

quaderni di psicoterapia comparata
esperienze di confronto e integrazione

2010-2020

DIECI ANNI DI QUADERNI

QUADERNI DI PSICOTERAPIA COMPARATA
9/2020
GIUGNO 2020

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 PECCHIOLI, ANDREA INNOCENTI, MANUELE MATERA

COMITATO DI REDAZIONE:
STEFANO CALAMANDREI, HUGO BLEICHMAR, ELENA CHILLÈ, LAURA CIONI, ILARIA DETTI, LORENZO
FRANCHI, KARINE GOUST, CECILIA GUIDI, FEDERICA NIRO, LINDA PANNOCCHIA, MIKI RAHMANI,
SILVIA SELLITTO, JONATHAN H. SLAVIN, CLAUDIA VALLEBONA, ALICE VISI

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

Andrea Innocenti e Manuele Matera
Editoriale pag. 9

LA COMPARAZIONE

Patrizia Adami Rook
Quasi prete, quasi medico pag. 11

Patrizia Adami Rook
Scienze, psicoterapia e chiacchiere (parte I) pag. 15

Patrizia Adami Rook
Scienze, psicoterapia e chiacchiere (parte II) pag. 23

Pietro Caterini e Linda Pannocchia
Breve storia della psicoterapia comparata pag. 33

Elena Chillè e Simona Pecchioli
Il setting in psicoterapia comparata pag. 45

Laura Cioni, Ilaria Detti, Lorenzo Franchi e Claudia Vallebona
L'esperienza di "Luoghi di pensiero": la ricerca di un setting per la formazione comparata pag. 65

Andrea Innocenti
4 paradossi sulla creatività pag. 69

Nicola Materassi e Alice Visi
Filosofia della mente, epistemologia e comparazione (parte I) pag. 73

Nicola Materassi e Alice Visi
Filosofia della mente, epistemologia e comparazione (parte II) pag. 87

LE EMOZIONI IN TERAPIA

- Pietro Caterini
La vita emotiva del terapeuta: figura-sfondo della relazione che cura pag. 93
- Karine Goust
Il lavoro con le emozioni in psicoterapia pag. 99
- Silvia Sellitto
Non sono Winnicott. Essere se stessi in psicoterapia: un approccio comparato pag. 131

PROSPETTIVE CLINICHE

- Hugo Bleichmar
Il cambiamento terapeutico alla luce delle conoscenze attuali sulla memoria e i processi inconsci multipli pag. 143
- Stefano Calamandrei
La creatività emotivo-simbolica pag. 191
- Manuele Matera
L'atrofia della mente. Dall'ipertesto alle terapie comportamentali pag. 199
- Jonathan H. Slavin e Miki Rahmani
Un ballo lento. Mente, corpo e sessualità in una nuova psicoanalisi relazionale pag. 201

RIFLESSIONI

- Mario Aiazzi Mancini
Kafkiano? Ein bescheidener Beitrag zur "Kafkologie" pag. 211
- Cecilia Guidi
"Curarsi di relazioni e curare attraverso relazioni". Portare in salvo il legame: da gestione del dolore, valore del Sé e fiducia nelle relazioni, al gruppo come strumento di empowerment pag. 215
- Federica Niro
Non per custodirci pag. 243
- Luca Teodori
Coscienza tra tossicomania e illuminazione. Conversazione di una sera pag. 261

EDITORIALE

Siamo giunti al decimo numero della nostra rivista, dieci anni dalla sua nascita ufficiale. Si tratta di un piccolo grande traguardo e rappresenta per noi un passaggio importante che si è sviluppato dal primo “numero zero” a quello attuale.

Nel 2011 i tempi erano maturi per rendere sistematico un lavoro di ricerca e riflessione che per anni, fin dalla sua fondazione nel 1989 e ancora prima con la creazione del primo gruppo di lavoro del 1981, la Scuola di Psicoterapia Comparata aveva messo in atto ed elaborato. L’idea iniziale che ha portato alla nascita della rivista è ben sintetizzata da Annalisa Campai e Pietro Caterini, rispettivamente Direttore Responsabile e Direttore Scientifico della rivista, nel primo editoriale: volevamo che Quaderni di Psicoterapia Comparata fosse un *“laboratorio intento all’esplorazione e alla verifica di nuove e vecchie idee. In questa declinazione, comparare significa confrontarsi, sottoporre a verifica le proprie intuizioni e convinzioni”*.

L’anima della rivista è rimasta inalterata, tesa al porsi domande su temi complessi, più che individuare frettolose risposte. Mantenere una mente aperta a più punti di vista, senza necessariamente porli in contrapposizione, sottrarsi alla logica del riduzionismo e permettere una prospettiva di complessità, rimanere in ascolto resistendo alla tentazione - tutta umana - di dividere le cose in giusto e sbagliato. Il tutto, ovviamente, all’interno di una cornice di serietà scientifica e onestà intellettuale, presupposti che da sempre guidano il lavoro attorno alla comparazione.

Nel chiederci in che modo questo decennale potesse essere adeguatamente celebrato, abbiamo optato per un numero che faccia da contenitore e da raccordo rispetto a ciò che abbiamo pubblicato in questi anni, riproponendo i contributi che riteniamo più significativi. La selezione degli articoli è stata impegnativa e gratificante: riprendere in mano tutto il lavoro svolto ci ha emozionati e fatto provare una grande soddisfazione per la varietà e la qualità di quanto abbiamo editato. Questa una breve sintesi delle varie sezioni e contenuti che troverete in questo numero:

LA COMPARAZIONE

Qui abbiamo raccolto i contributi più storici - primi tra tutti quelli di Patrizia Adami Rook, fondatrice della Scuola di Psicoterapia Comparata - che testimoniano l’approccio della comparazione e ne tratteggiano una presentazione sia storica, sia teorico-tecnica.

LE EMOZIONI IN TERAPIA

Come un artigiano nel proprio laboratorio utilizza il proprio sapere e il proprio saper fare per dare vita alle sue creazioni, un terapeuta si muove nel campo emotivo che si genera nella situazione clinica. In questa sezione troverete tre contributi significativi sul ruolo delle emozioni in terapia, dal punto di vista del paziente e del terapeuta.

PROSPETTIVE CLINICHE

Si tratta di una raccolta di articoli di autori nazionali e internazionali, che abbiamo avuto con piacere come ospiti sui nostri Quaderni, attorno ai temi della psicoterapia. I contributi si sviluppano da vari punti di vista, nel solco della tradizione comparata.

RIFLESSIONI

Chiude questo numero una sezione dedicata ai contributi più trasversali attorno alle tematiche dell'umano, dai legami e delle restrizioni, dall'arte della letteratura ai risvolti della coscienza.

Buona lettura!

di Andrea Innocenti, Direttore della Scuola di Psicoterapia Comparata
e Manuele Matera, Presidente della Società di Psicoterapia Comparata

Struttura classica 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.

QUASI PRETE, QUASI MEDICO

di Patrizia Adami Rook
Fondatrice Scuola di Psicoterapia Comparata

L'articolo è tratto da *Simposio, Rivista di Psicologia e Psicoterapeuti*, 3, Primavera (1995).

Dire che cosa sia la psicoterapia in quanto cura dell'anima, significa imbattersi in un rompicapo nell'accezione di Kuhn. Intanto c'è da chiedersi - altro rompicapo - che cosa sia l'anima quando quest'ultima si ponga quasi (*quam si*) fosse un corpo suscettibile d'essere curato, quindi - si presume - d'ammalarsi e di guarire, oppure di non guarire. L'altra questione è se ci sia o no un rapporto, e in quali termini (forse in quelli del vecchio principio di causa ed effetto?) fra quell'anima e il relativo corpo propriamente detto, nonché tra le malattie eventuali di questa e di quello: è il corpo che fa ammalare l'anima o viceversa? Oppure trattasi di un sistema complesso dove anima e corpo, la materia *extensa* e quella *inextensa*, altro non sarebbero che le parti di una *gestalt* che le trascende ambedue? Una cosa è certa: di anima si è sempre parlato come di altro dal corpo e tuttavia a quest'ultimo talmente connesso da renderlo vivo, mentre non si dice troppo il contrario, che sia il corpo a rendere viva l'anima, nonostante Aristotele che con il concetto di *entelechia* arrivò quasi a dirlo. Ma è noto che l'anima e il corpo si ripropongono sempre come entità distinte e se c'è chi nega, per dirlo con Jung, la realtà dell'anima (ché quella del corpo la cultura occidentale non ha mai osato negarla), rischia poi di trovarsi in imbarazzo a dovere spiegare come ci si possa ammalare senza che il corpo risulti ammalato. Infatti, si è detto, la psicoterapia raccoglie coloro che già ricorsero – invano - al medico, e magari anche al prete, e lo psicoterapeuta, ponendosi come quasi prete e quasi medico altro non farebbe che pescare nell'inconscio collettivo tra vecchie, vecchissime immagini, per esempio quella... nucleare del Salvatore (Carotenuto), e sfruttare una domanda

permanente (garantendosi così che i pazienti non manchino mai) a prescindere dall'efficacia della risposta. Può darsi. Può darsi invece che la domanda torni sempre a rinnovarsi proprio per l'efficacia della risposta e non a prescindere da quella, e perché trattasi di domanda a cui il medico non sa o non vuole rispondere, forse, neanche ascoltare. "Ti ésti", chiederebbe Socrate: che cos'è ciò di cui tu parli?

Ebbene si tratta di qualcosa che non riguarda il corpo propriamente detto, per lo meno non quello di competenza del medico, ma quasi, e nemmeno l'anima, per lo meno non quella di competenza d'ogni ministro di Dio, ma quasi, e quasi è un termine che, nel mentre li avvicina, rende l'anima e il corpo irriducibili l'uno all'altro, per cui il medico, per quanto si affanni, a ridurre l'anima a mera funzione di qualche struttura fisica, spesso non riuscirà, curando solo quest'ultima, a guarire e neanche a lenire la sofferenza dell'altra, né ci riuscirà il prete operando in senso inverso. Anche perché le funzioni e le strutture pare che a volte giochino a scambiarsi i ruoli che sono stati loro assegnati. Come quando un cuore si spezza a seguito di un lutto che non fu a suo tempo curato (elaborato) a dovere.

Quasi è anche un termine che nel mentre si protende verso questo o quello, traccia confini di nuovi campi d'indagine che l'esperienza di questo o di quello ignorava e quindi di altre competenze possibili.

Se le competenze del prete e quelle del medico debbono considerarsi assolutamente distinte, si deve anche considerare l'eventualità che l'essere umano non sia fatto a pezzi, o che almeno ci sia, a legare un pezzo e l'altro, qualcosa che possa dirsi quasi l'uno e quasi l'altro, dove andrebbero a finire tutti i dati di scarto del medico e anche quelli del prete. Questi, se

contribuiscono a determinare l'andamento di certi fatti (e di certe malattie) non sono meno degni degli altri d'essere considerati reali, e rinnegarli come tali non basterà a cambiare i fatti in questione e neanche a guarire quelle malattie. Per cui la domanda di psicoterapia potrebbe nascere proprio dal luogo di quei... non dati, poiché lo specialista del corpo e quello dell'anima insieme li trascurano e la risposta dovrà provare a darla qualcun'altro, uno che intende il concetto di cura quasi come un medico (Freud stesso lo era prima di diventarlo quasi) e però pensi a curare tutto quello che il medico trascura quasi come un prete.

Dire che cosa sia la psicoterapia significa imbattersi in un rompicapo si è detto, né c'è da stupirsi se si pensa a quello che può succedere (sul piano logico), quando la psiche, come altro dal corpo, si sostituisce a quest'ultimo quale oggetto di cura, ovvero sia di un procedimento riservato per antonomasia ai mali fisici. Insomma psiche e terapia sono due termini in certo senso antitetici, il primo provenendo dal mondo dello spirito, l'altro da quello della materia organica.

Evocano peraltro un diverso tipo d'esperienza, quella etico-religiosa il primo, quella medica l'altro.

La sostituzione della psiche al corpo fa della cura - quella tradizionale; una quasi cura - e nella misura in cui ogni cura si rivolge a qualcosa di assimilabile al concetto di male e malattia, fa della malattia psichica una quasi - malattia (infatti in campo psicoterapeutico ci si darà presto un gran daffare per sostituire il termine malattia con quello di disagio, disturbo, problema, ecc.) e lo psicoterapeuta, riguardo all'esercizio delle sue funzioni, continuerà a chiedersi se debba trattarsi di "guarire un disturbo come ancora si proponeva di fare Freud, oppure, come poi opererà gran parte della clinica psicoanalitica freudiana e non, di promuovere per il paziente (cliente?) un qualche itinerario esistenziale".

Ma se il campo della psicoterapia si colloca fra quello del prete e quello del medico, gli si può conferire la dignità di campo a tutti gli effetti? La psicoterapia ha limiti e confini tali che il suo essere quasi non si costituisce come non essere né questo né quello? Piuttosto che essere altro? Quasi, si è detto, è un termine che nel mentre si protende verso questo e quello, traccia confini

per nuovi campi di indagine. Freud, che era un medico, lo aveva intuito quando, nel 1896, annunciando al mondo di aver fatto una scoperta importantissima, dichiarò che ci si poteva ammalare "a causa di certe esperienze particolarmente traumatiche" e che ci si poteva curare semplicemente conversando col medico, in modo del tutto particolare. L'io, l'es, il Superio e tutto l'armamentario psicoanalitico erano ancora da venire, la teoria della seduzione doveva ancora essere ripudiata e però erano state gettate le basi per ogni psicoterapia.

Erano state tracciate le prime grandi linee di quello che avrebbe potuto già definirsi come il modello psicoterapeutico, diverso da quello medico (dal quale aveva sconfinato) e pur tuttavia simile (in fondo non aveva sconfinato più di tanto dal momento che ancora intendeva la cura come un procedimento per "guarire un disturbo"), diverso anche da quello che potremmo chiamare modello etico-religioso e pur tuttavia simile nella misura in cui il medico, per curare il paziente, e rettificare il decorso psichico, responsabile dei suoi sintomi, doveva giocoforza guardare, anziché al corpo del malato, all'itinerario esistenziale di quest'ultimo. Se Freud non avesse tanto presto ritrattato la sua prima teoria della seduzione, sostituendola con quella della fantasia di seduzione (Freud, 1924), forse non si sarebbe aperta fra psicoanalisi e psicoterapia, quella breccia che significò per quest'ultima il suo frantumarsi in tante psicoterapie, ognuna delle quali pretendenti di ovviare ai difetti terapeutici (veri o presunti) della psicoanalisi stessa. Perché Freud dubitò presto che l'esperienza chiamata in causa - il trauma sessuale- per spiegare l'eziologia dell'isteria, avesse a che fare più di tanto con una qualche oggettiva realtà e ripiegando nell'idea che si trattasse di una fantasia tralasciò quanto in un primo momento gli era sembrato determinante per rettificare il decorso morboso ovvero sia la rievocazione di quella realtà.

Quello che Freud non aveva previsto era che, mantenendo il metodo come la via giusta ("l'analisi era risalita a quei traumi sessuali infantili lungo la via giusta..."; Freud, 1916), e rinunciando nel contempo alle conclusioni alle quali era arrivato percorrendo quella via ("e ciò nonostante essi non erano veri"), si sarebbe in un certo senso procurato un auto-goal. Né

potrebbe essere altrimenti che dal momento in cui la famigerata “rettifica” non doveva più essere ottenuta mediante il ricordo e la rielaborazione di un trauma al quale aveva cessato di credere, qualsiasi altra via poteva essere tentata. E così è stato.

Nonostante siano passati cento anni dalla teoria della seduzione, manca un modello psicoterapeutico che permetta di comprendere come e quanto la psicoterapia si allontani o si avvicini al modello medico. In compenso ci sono i modelli, al plurale. I cosiddetti indirizzi psicoterapeutici tanto scollegati (apparentemente) tra loro, quanto potrebbero esserlo delle strade con tanto di denominazioni e numeri civici e però non appartenenti a nessuna città.

La psicoterapia

Eppure il fatto stesso di avanzare la pretesa, ognuno di quei modelli, di chiamarsi psicoterapeutico tradisce, per quanto vaga, la coscienza di una provenienza comune.

In quanto alle differenze - innegabili - che li distanziano l'uno dall'altro, al punto di far dubitare del fatto che facciano capo a un modello unico, queste, a ben guardare, ne denuncerebbero invece l'esistenza, poiché potrebbero vedersi allineate lungo un continuum i cui estremi si protendono, senza peraltro arrivarvi, l'uno verso il modello medico - per cui l'attenzione si rivolgerà al sintomo e alle tecniche per ottenere la sua remissione - l'altro verso un modello di tipo etico-religioso: là dove oggetto della “cura” sarà la stessa storia di vita del paziente.

Freud, mettendo la seduzione al posto della genetica, quale causa dell'isteria, era già uscito fuori dal modello medico. Ma quando sostituì la seduzione con la fantasia di seduzione (poi la chiamerà fantasma), si riaccostò, da una parte al modello medico, collocando il male all'interno del malato (e liberando così l'ambiente da ogni responsabilità etiologica), finendo però dall'altra, per allontanarsene ulteriormente.

Invano, tutta la vita cercò di riavvicinarvisi. Difficilmente quel modello poteva consentire che un principio irrinunciabile come quello eziologico venisse affidato a... fantasmi. Questi ultimi, per quanto potessero preferirsi all'idea

dei padri dediti alle violenze sessuali nei confronti delle figlie, risultavano troppo sfuggenti ad ogni tentativo di validazione scientifica. E il tentativo di dare loro una qualche “veste scientifica” fissando dogmi, limiti e regole fece sì che l'edificio psicoanalitico finisse per sembrare sempre più a una chiesa. E come ogni chiesa che si conviene ebbe subito i suoi grandi eretici, Jung, Adler, ecc..

Oggi, a distanza di un secolo da quelle vicende due sono i casi: o non è vero che ci si possa ammalare a causa di certe esperienze traumatiche - in relazione alle quali potrebbero anche costituirsi determinati fantasmi - e allora la psicoterapia in quanto metodo di cura alternativo a quello medico, non ha ragione di essere, oppure, se è vero, la psicoterapia non solo ha ragione di essere, ma non può che definirsi come campo autonomo di ricerca e, fermo restando la necessità d'individuare i rimanenti punti di contatto con quello medico, deve rifiutarsi d'essere considerata semplice prolungamento o funzione di quest'ultimo.

In quanto all'oggetto della cura (malattia? disturbo? problema?) non ci sarebbe ragione di curare... alcunché se questo non si manifestasse come qualcosa di indesiderabile. A meno che per curare non si voglia intendere “prendersi cura” di ciò che sarebbe indesiderabile perdere, al fine di conservarlo o “mantenerlo in vita” come dice l'etimo stesso del termine terapia. Resta il fatto che l'idea di cura non può sussistere senza quella di un qualche male che si vuole allontanare (e può essere la morte stessa, nel qual caso curarsi può coincidere col riuscire a sopravvivere) attraverso quello che oggi si usa chiamare prevenzione oppure, se si tratta di qualcosa che già si è manifestato con evidenza (e allora si parlerà anche di sintomo e di sintomatologia), cercando di eliminarlo o almeno di ridurlo.

Cura, malattia, guarigione sono termini indistricabilmente connessi, che lo si voglia o no. Essi si conferiscono senso l'un l'altro, e gli stessi sforzi per dissociarsene in psicoterapia (e ciò anche in omaggio a certa ideologia volta a negare il concetto stesso di malattia psichica) non hanno fatto altro che conferire alla psicoterapia sempre maggior vaghezza riguardo la sua struttura e la sua funzione.

Freud annunciando un'importantissima scoperta, non fece altro che proporre un nuovo

metodo per curare una vecchia malattia. La novità del metodo era strettamente connessa a un'altra grande novità: dicendo che ci si poteva ammalare a causa di certe esperienze particolarmente traumatiche...” la causa, ovvero l'origine del male veniva spostata dalla genetica all'...esperienza”, la relazione con gli altri ecc... dalla lesione organica a quella dell'anima.

Tale spostamento ne implicava altri: dall'osservazione del sintomo alla comunicazione (tra paziente e medico) del e attraverso il sintomo. Dalla diagnosi al dialogo e all'interpretazione. Dall'intervento su alla relazione con: il modello medico, diventando quasi medico, si trasformava in quello psicoterapeutico. Ma il nuovo modello manteneva del vecchio non poco. Intanto restava decisamente ancorato al pensiero causale. L'eziologia dell'isteria, in quanto discorso sulle cause di quella particolare malattia, manteneva tutti gli impianti del discorso medico per cui la malattia come evento manifestatosi attraverso una specifica sintomatologia veniva vista come effetto di qualche altro evento, la causa, passibile al momento di restare latente. In quanto al fatto di dovere reperire quella causa, questo non si poneva tanto come vezzo speculativo, ma come una necessità: la *coditio sine qua non* perché spezzandosi il legame (inconscio) fra causa ed effetto con il riconoscimento della prima, il “decorso psichico” che teneva il paziente ancorato ai suoi sintomi, potesse modificarsi.

Tanto il nuovo modello si manteneva vicino a quello medico - per cui remissione dei sintomi e successo terapeutico sono un tutt'uno - che furono proprio certe insufficienze di “successo terapeutico” che spinsero Freud a ricredersi riguardo la validità della sua eziologia dell'isteria e a rinnegare con forza quanto aveva in un primo momento (con altrettanta forza) affermato.

Ma sostituendo la seduzione con la fantasia di seduzione egli non fece altro che reperire altra causa rispetto alla prima, il fantasma invece del fatto, l'evento interno invece di quello esterno: il pensiero causale non veniva intaccato e neanche quello terapeutico, ché il fantasma avrebbe tenuto legato il paziente ai suoi indesiderabili sintomi fino a quando non fosse stato messo in fuga dal suo riconoscimento.

Dunque se il modello psicoterapeutico si mantiene vicino a quello medico nella misura in cui conserva tracce del pensiero causale è perché il sintomo, quale evento fortuito ma significativo al tempo stesso, manifesta (o nasconde) qualcosa di indesiderabile (malattia) da modificare; il modello psicoterapeutico si allontana da quello medico (e si protende verso quello etico-religioso) quando nel sintomo individua anche un segno proveniente da un al di là del corpo non riducibile a mera funzione di quest'ultimo.

Ché se di esperienza ci si può ammalare e può esserci stato un trauma (alla lettera avaria) in quell'altro dal corpo che si chiama anima, cosicché quest'ultima si sarebbe messa a funzionare male (e anche a far male) allora per curarsi ci vorrà qualcuno che guardi a quell'anima non come “cosa determinata dal corpo e da esso dipendente” come eventualmente farebbe il medico, ma come struttura a sé stante, con un dinamismo da studiare in sua re , e un livello di realtà non riconducibile tout court a leggi elementari sottostanti. Quasi come farebbe un prete.

Quasi come fece Freud quando si mise a guardare il sintomo - l'attacco isterico - come avente una storia, e la storia di quel sintomo come fatto inerente alla stessa storia di vita del paziente, qualcosa da eliminare, ovviamente, in quanto indesiderabile, ma prima di tutto da comprendere.

D'altra parte il fatto che anima e corpo possano essere considerati sì come strutture distinte e irriducibili l'una all'altra, ma anche tra loro interagenti, al punto da non poter prescindere l'una dall'altra relativamente al loro funzionamento, facenti capo, ambedue, sia pure su piani distinti a una stessa storia di vita, fa sì che il modello psicoterapeutico sia comunque altro anche da quello etico-religioso (per il quale l'anima dev'essere concepita dal tutto autonoma rispetto al corpo in cui si troverebbe soltanto ad abitare).

Dunque che cos'è ciò di cui tu parli?

Forse se a Socrate qualcuno avesse risposto “che cos'è ciò che tu vuoi che io ti risponda?” egli avrebbe cessato d'insistere e riconosciuto di mentire sostenendo di sapere solo di non sapere niente. Semmai quasi niente.

Ovverosia qualcosa di abbastanza preciso.

SCIENZE, PSICOTERAPIA E... CHIACCHIERE (PARTE I)

di Patrizia Adami Rook
Fondatrice Scuola di Psicoterapia Comparata

L'articolo è tratto dai numeri 9, 10, 11, 12 (1998-1999) di *Simposio, Rivista di Psicologi e Psicoterapeuti*

BREVE PRESENTAZIONE

di Pietro Caterini
psicologo psicoterapeuta

Con il numero presente di Quaderni di Psicoterapia Comparata, iniziamo a riproporre gli articoli di Patrizia Adami Rook del ciclo "Scienze psicoterapia e chiacchiere" che furono pubblicati per la prima volta su Simposio - Rivista di psicologi e psicoterapeuti, a partire dal 1998.

Patrizia Adami Rook, fondatrice della Scuola di Psicoterapia Comparata, scomparsa prematuramente nel settembre del 2007, ha ispirato la generazione di colleghi che attualmente lavora nella Scuola e nei centri ad essa collegati. Con immenso piacere ripubblichiamo quella serie di scritti attraverso i quali Patrizia, colloquialmente, ci ha introdotto ad una parte del suo pensiero e ad un lavoro comparato. Nella loro lettura ritroviamo ancora nuovi spunti di riflessione e ci scopriamo, nel nostro lavoro, dentro la traccia che già era stata segnata da Patrizia molti anni fa.

Vi auguriamo una fertile lettura, così com'è stata la nostra.

Forse non aveva del tutto ragione Schopenhauer (del resto quale filosofo l'ha mai avuta?) a pensare che il colore del mare non esisterebbe senza l'occhio dell'uomo che lo percepisce. Lo sviluppo delle scienze esatte degli ultimi cento anni ci ha riportato inesorabilmente all'idea di una realtà forte, a se stante, che in un certo senso se la ride di ogni presunzione da parte del suo osservatore, d'essere stato egli stesso a strutturarla o a contribuire almeno un pochino al suo andamento. Oggi si sarebbe capito a proposito dei nostri sensi (l'occhio di cui sopra), ma anche dei nostri sentimenti, emozioni e tutto il resto, che non si tratta necessariamente di un atto primario, ma di un prodotto di quell'evoluzione che ai tempi di Kant non era ancora granché conosciuta, e che spiegherebbe tutto, accomunando soggetto e oggetto in un unico destino senza che sia più

permesso l'antico gioco di stare a stabilire chi viene prima a determinare l'altro. In quanto alla storia altrettanto antica dei dualismi ricorrenti del tipo soggetto e oggetto, appunto, ma anche mente e corpo, spirito e materia ecc., non sarebbe più il caso di perderci tanto tempo dal momento che basta quest'ultima (la materia) con la sua evoluzione a rendere ragione di ogni altro dilemma.

Insomma la rivalutazione filosofica della realtà che pare essere uno dei fulcri della scienza moderna, dal neurofisiologo Eccles al fisico atomico Pascal Jordan avrebbe avuto come effetto collaterale e indesiderato il ritorno a un realismo quasi pre-kantiano, e con questo, un uso (e un abuso) dell'affettivo "scientifico" un po' ristretto in quanto a significato, quasi un revival dell'idea che scientifico, vero e attendibile è solo quello che riesce a rientrare

negli ambiti di verità delimitati dalle scienze naturali.

Tutto il resto non sarebbe scientifico né vero né attendibile. Rientrerebbe nell'ambito delle opinioni, delle dissertazioni... insomma delle chiacchiere.

In quel *resto* ci starebbe anche la psicoterapia qualora quest'ultima non potesse essere rigorosamente ricondotta alla psicologia sperimentale, la neurofisiologia ecc. Anche perché la psicoterapia, a cominciare dalla psicoanalisi, suo progenitore, costituendosi come atto comunicativo tra persone, fa largo uso delle parole - già Freud aveva commentato la cosa- quale strumento del suo operare, dunque di chiacchiere. Quando Freud, in difesa della psicoterapia, scrisse che sarebbe stata proprio la scienza a restituire alle *parole* la magia che un tempo gli veniva assegnata dai maghi... come si sbagliava! La scienza - certa scienza - avrebbe invece fatto puntualmente il contrario restituendo le parole alla... magia, e proclamando nel contempo il proprio totale dissociarsi da quest'ultima. Così la psicoterapia presa tra l'incudine di dovere essere scientifica e il martello di essere fatta molto di chiacchiere, vorrebbe fare lo sforzo massimo di ripulirsi da ogni scoria che ancora la lega a quelle scienze che per alcuni sarebbero tali solo per modo di dire, tanto... umane quanto presuntuose nel credere di potere guardare all'uomo oltre e anche a prescindere dal fatto di essere di materia organica. Sarebbe però un errore. Essa (la psicoterapia) cadrebbe dalla padella nella brace della perdita definitiva di fondamenti suoi propri e contentarsi di una epistemologia presa a prestito da altri, magari dalla medicina, non farebbe bene alla salute della sua scientificità. Si tratta ancora di chiacchiere?

Ebbene sì. Ma ci sono chiacchiere e chiacchiere, quelle su cui si fondano le scienze (comprese quelle positiviste), e le chiacchiere che le scienze riescono facilmente a smontare e a dimostrarne l'inconsistenza, anche se, ahimè, non sempre quest'ultima vorrà mantenersi tale e magari andrà a fondare, come dice anche Kuhn, altra nuova scienza.

C'è una filosofia dietro ogni metodo scientifico, che piaccia o no ai positivisti puri, se cambia la filosofia sottostante il metodo, cambia anche quest'ultimo e può darsi si facciano nuove

scoperte... scientifiche e che queste, a loro volta aprano nuove strade alla ricerca...scientifica, ai nuovi metodi, le nuove filosofie e perché no? Le nuove chiacchiere. Dunque.....

Dunque non si creda che la rivalutazione filosofica della realtà connessa alle scoperte scientifiche degli ultimi cento anni, consenta, quando si tratti dello studio e la cura dell'uomo un ritorno al passato realismo tout court e alla tradizione positivista, così senza colpo ferire. Il colpo ci sarebbe eccome. Perché la psicoterapia studia l'uomo mentre lo cura (e viceversa) e la cosa avviene tra *uomini che si pongono domande* ovverosia in un campo in cui l'ideale della sperimentazione classica, l'organo in isolamento, non funziona granché. Si deve ricorrere ad un altro ideale: per esempio quello dell'esistenza di diversi livelli di realtà correlati tra loro e pur tuttavia ognuno con una struttura e un dinamismo da studiare *in sua re*, frutto della nuova coscienza di una realtà a se stante che fa parte sì, dell'eredità positivista della scienza, ma che dalla tradizione positivista si distingue proprio per questo. Il livello di realtà costituito da quello che accade tra soggetti che chiacchierano insieme con l'intento uno di rispondere alle domande di cura dell'altro, è tutt'altro rispetto a quello che succede nel frattempo nei loro organi. Può darsi che le due realtà siano collegate tra loro? Come no. Che ad ogni emozione, sensazione, intento dei due (ma potrebbero essere anche di più), corrispondano precise attività del loro cervello? Come no. Che quelle attività sia possibile misurarle? Questo lo sappiamo già dai tempi di Helmholtz. Ma attenzione, le correlazioni esistenti tra livelli di realtà affatto differenti, non consentono di ridurre (Ah il riduzionismo tanto caro ai positivisti!) quello che accade su un livello a quello che accade sull'altro, né di assegnare una volta per tutte all'uno (il famigerato substrato organico) il ruolo solido di causa e all'altro quello effimero di effetto. Così, senza colpo ferire. Nemmeno se è vero che, intervenendo sul primo (penso agli psicofarmaci) si ottengano risultati apprezzabili anche sul secondo. Nel senso che i comportamenti e le emozioni annesse mutano e mutano anche i pensieri. Perché è vero anche il contrario e già Freud l'aveva intuito quando pensò che un trauma potesse stare alla *base* di una malattia. Oggi si

dice ancora di più. Tanto di più che è permesso ipotizzare, senza tema di essere deliranti, un substrato psicologico o psicosociale alla base di modifiche su quello organico. Allora, a proposito di strati, quello in cui interviene la psicoterapia non è meno *sub* di qualsiasi altro riguardo il problema dell'essere dell'uomo (così lo chiamerebbe Heidegger) e il problema del suo non riuscire ad essere quello che vorrebbe.

Dunque tornando all'occhio di Schopenhauer e al colore del mare, tanto per chiudere in bellezza, studiare la composizione biochimica dell'uno e dell'altro è bene, ma rinunciare a credere di potere, così facendo, carpire il senso che ha per un uomo starsene lì a guardare il mare, è meglio. Meglio ancora provare a porgli qualche domanda e mettersi a chiacchierare con lui. Poi, dopo avere riflettuto su quello che si è detto, tornare a chiacchierare con lui.

Capitolo 2

Parlare insieme

L'idea ricorrente che sia il soggetto, nonostante tutto, a costruirsi il suo mondo e a decidere in qualche modo della realtà fuori di lui, non è poi così impossibile come potrebbero credere i cultori del realismo a tutti i costi. In fondo è sempre stato il soggetto a chiedersi che cosa ci sia mai al di là, al di fuori di lui, ancora il problema dell'essere di Heidegger, ma anche di Eraclito che parlava di *oggetto "chiuso alla ricerca"* e al quale *"non porta nessuna strada"*, e Kant naturalmente, che per non rassegnarsi all'idea del *noumenon*, l'inconoscibile, inventò le categorie attraverso le quali si sarebbe comunque resa possibile l'esperienza umana. Già l'esperienza: così il soggetto se la ride a sua volta dell'inaccessibile e vi accede e il noumenon o mondo oggettivo o realtà a se stante, comunque lo si voglia chiamare, si trasforma nel mondo del soggetto umano, gli diventa familiare, prevedibile quanto basta, direbbe Hartmann, per potercisi orientare. Dove si colloca il livello di realtà dell'esperienza umana? Né dentro il soggetto, né fuori, forse fra dentro e fuori, linea limite tra lui e quello che sta oltre, e fissata da quanto i suoi sensi gli rivelano in proposito, ma anche i suoi pensieri, affetti ecc. Si tratterebbe anche di quella stessa

esperienza, nella fattispecie quando fosse stata traumatica, che Freud invocò (e non è facile dire se Freud si rese mai conto fino in fondo del colpo che stava assestando al modello medico per il quale la *causa* di una malattia doveva essere reperibile solo sul piano organico) quale possibile causa di un esserci ed orientarsi nel mondo da... malati, o comunque in modo tale da costituire un problema, nell'accezione etimologica del termine, "problema", qualcosa che sporge e va oltre le capacità del soggetto di comprendere, di contenere e di sopportare il disturbo che quel problema gli arreca. Stava nascendo il modello psicoterapeutico.

A questo punto c'è da chiedersi quali siano le condizioni perché, chiacchierare insieme (come nel caso della psicoanalisi e delle psicoterapie da essa derivate, e poi delle psicoterapie tutte...) riguardo un problema che qualcuno accusa a un altro come proprio, con la domanda che quello lo aiuti a risolverlo, diventi metodo che possa dirsi adeguato, la strada giusta per arrivare a carpire il senso, a comprendere di che problema si tratti. Non solo, c'è da chiedersi anche se continuare a chiacchierare insieme, ossia proseguire in una conversazione che porterà sì, ad approfondimenti del senso in questione, ma anche, con quegli approfondimenti, a implicazioni sul piano emotivo e comportamentale degli interlocutori, insomma a un'altra esperienza sui generis, possa portare anche alla risoluzione del problema di uno di loro e perché.

In altri termini, posto che la psicoterapia operi su un piano di realtà che non è quello organico e posto che il riconoscimento dei due piani, *quali diversi livelli di un unico meccanismo* non possa affatto tradursi per la psicoterapia, nel disconoscimento di una propria *autonomia di livello*, resta da stabilire se il livello di realtà di cui tratta la psicoterapia, fatto delle emozioni, dei pensieri e dei comportamenti di qualcuno per cui l'esserci nel mondo in quel momento lo disturba al punto tale da indurlo a comunicare la cosa a qualcun altro, possa essere trattato dalla stessa in modo che quello che già Freud chiamò successo terapeutico si dimostri avvenuto (nel caso sia avvenuto) e si possa altresì dimostrare che non sia avvenuto per mero caso (ovverosia senza che si abbia

coscienza di aver usato un metodo quale che sia).

In quanto al livello di realtà o *strato* di cui tratta la psicoterapia, il fatto che possa modificarsi in conseguenza di indesiderabili modifiche verificatesi all'altro livello, ciò non autorizza ad affermare l'inconsistenza del primo e neanche a considerarlo influente riguardo l'andamento o il decorso di quello che accade all'altro. Poniamo il caso dell'insorgenza di un tumore. Esso è portatore di per sé di nefasti significati di minaccia alla sopravvivenza e quindi di stress emozionale che a sua volta potrà avere conseguenze deleterie all'altro livello, quello organico e già compromesso dalla malattia. Tanto più che se riguardo l'insorgenza di quel tumore si dovessero riscontrare dei determinanti legati alla storia di vita del malato, (ancora una volta a qualche sua brutta esperienza) mancare di intervenire su quella storia, che è compito della psicoterapia, potrebbe significare riesporre il malato, anche se al momento risultasse clinicamente guarito sul piano organico, a riammalarsi.

Ma torniamo al parlare insieme. Una volta dirottata l'eziologia su tutt'altro piano rispetto a quello tradizionale, anche ogni altro discorso relativo alla terapia doveva gioco forza uscire fuori da quest'ultimo, seguire il primo e inoltrarsi per una nuova strada, un nuovo metodo poco o per nulla esplorato fino a quel momento. Per Freud si trattò di parlare insieme (tra medico e paziente) alla ricerca di una verità perduta, nascosta alla memoria e da nascondersi alla coscienza, non solo del soggetto interessato, ma anche a quella comune e del medico stesso, che si sarebbe potuto rifiutare (e forse fu quanto successe quando Freud rinnegò quello che si era appena azzardato ad affermare, ovvero che a qualcuno fossero davvero accaduti dei fatti tali da farlo ammalare, per ricorrere all'idea che quei fatti fossero accaduti solo nella fantasia) di arrivare a sapere oltre i limiti della sua tolleranza a ... sapere. Una brutta verità. Brutta e da dimenticare e per questo dimenticata ecc. e verità in quanto tutta quella bruttura si riferiva a un evento che doveva essersi effettivamente *verificato nella vita del malato*, ovvero, a un livello di realtà che non si esaurisse a quello costituito dalla sua fantasia.

Una brutta esperienza alla quale assegnare un ruolo forte di causa rispetto a quegli effetti -la malattia- che avrebbero portato il soggetto a chiedersi: perché mi succede questo? Perché sto male? E a chiederlo al medico. Ora, se parlare insieme alla ricerca di una causa, stante al di fuori dell'immediata comprensione e dell'evidenza richiama l'anamnesi medica e la diagnosi, quando l'oggetto della ricerca non è il corpo del malato perché non è lì che si presume si nasconda la causa ma è la sua stessa esperienza allora.... tutto cambia.

Capitolo 3

La questione del metodo

Chissà se lo sforzo del soggetto umano di riordinare il suo mondo dividendone gli eventi in cause ed effetti così da comprenderlo, renderlo sufficientemente prevedibile e potere operare su di esso, adattarsi ma anche adattarlo ai suoi bisogni per sopravvivere ecc. possa riallacciarsi all'esperienza di ognuno di noi d'accorgersi presto d'esser nato - scaturito da qualcun'altro, causa del nostro esserne l'effetto e trovarsi a esistere, radice di ogni problema ontico nonché di quello del bene e del male (malattie comprese) che andremo poi a sperimentare per tutta la durata della nostra esistenza. Ancora chiacchiere? Chiacchiere legittime però perché i filosofi e anche gli scienziati, insomma tutti coloro che si sono sistematicamente interrogati sul perché di questo e di quello, lo hanno fatto da adulti. Persone coscienti, alle quali Piaget avrebbe sicuramente riconosciuto l'aver raggiunto la fase del pensiero formale e però immemori di quelle esperienze che strutturatesi agli albori della vita andarono a costituire la *premessa formatrice* della loro coscienza...adulta (ma quando esattamente cominciò a diventarlo?) e del loro pensare e interrogarsi sul *perché* di questo e di quello. Certo è che il soggetto umano non ha mai cessato di sforzarsi di rintracciare la causa di quello che succede e che gli succede - ed è l'eterna domanda che ogni nuovo bambino torna a formulare alla sua mamma (perché?) e pare che la cosa gli sia anche servita, a sapere... la verità via via che ce n'era bisogno. Già, la verità. Se Kant avesse aggiunto alle sue categorie di spazio e di tempo

quella della verità (ma col dare tanta importanza alla *relazione causale* ci andò molto vicino) forse avrebbe fatto bene, perché l'esperienza umana diventa insopportabile se accade di non riuscire più a discernere, proprio quando sarebbe più utile farlo, ciò che è vero da ciò che è falso. Per esempio in caso di malattia. Quando il reperimento della verità, la diagnosi corretta, costituisce la *conditio sine qua non* perché il soggetto umano acquisisca il potere di modificare con cognizione... di causa gli effetti indesiderabili di quest'ultima. E poco importa a quel soggetto, che il principio di causa ed effetto, egli torni a revisionarlo e metterlo in discussione (già Hume lo aveva fatto) ridefinirlo ora come non lineare ma circolare oppure complesso, ora soltanto in termini di probabilità che accada questo anziché quest'altro. Quello che al soggetto umano importa è discernere - e anche ogni diagnosi medica è un atto di discernimento - dove intervenire e se sia possibile farlo con esattezza *sufficientemente buona*, nel concatenamento ingarbugliato di eventi e di livelli di realtà in cui questi si presentano, in modo da aumentare le probabilità che questo (anziché quest'altro) si verifichi (diventi vero). Potrebbe trattarsi di una questione di vita o di morte come, per il malato grave, la ricognizione della causa della sua malattia il modo in cui sia possibile mutare quel fatto nell'altro, assai più desiderabile, almeno ai fini della sua sopravvivenza, della guarigione. Ma potrebbe anche darsi, per il soggetto umano, a meno che non sia uno scettico e faccia come Ponzio Pilato che della questione volle lavarsene le mani, di rischiare di ammalarsi per non essere riuscito a sapere la verità e preferire morire piuttosto che rinunciare alla speranza - *chi non spera l'insperabile non lo troverà*, diceva Eraclito - di poterla trovare. Sappiamo del sangue versato dagli uomini di ogni tempo in nome della verità, compresa quella scientifica. E sappiamo anche dei tradimenti e delle... rivoluzioni di quest'ultima che, una volta scoperta, finalmente, e trovata la causa di questo o quel fenomeno oscuro, tornava con allegra perfidia a produrre altri fenomeni oscuri, così da nascondersi dentro e rinnovare al soggetto umano ancora e ancora la sfida al gioco della ricerca. Ma come per le chiacchiere c'è verità e verità: c'è quella insulsa, anche se inoppugnabile, e quella per cui talvolta ognuno sarebbe pronto a combattere e

anche a morire o fare morire qualcun altro pur di non dovere continuare a vivere in sua assenza, come se in sua assenza, e a questo proposito sono state fatte molte chiacchiere in ogni tempo, non avesse più senso il proprio continuare a esserci nel mondo.

In quanto alla questione del metodo, *come e dove* cercare la verità se dentro di sé, come tornano via via a proporre gli idealisti, o fuori del proprio percepirsi come soggetto, e così ripetere il paradosso di provare a conoscere, sperimentandolo, l'oggetto inconoscibile, oppure tra dentro e fuori, e considerare quel dentro e quel fuori livelli diversi di una realtà impossibile da conoscere tutta contemporaneamente, perché innumerevoli possono essere i livelli su cui si svolge e c'è da chiedersi se mai ci sia, tra quei livelli, una relazione in qualche modo... causale e in quale modo... insomma non è una questione da poco. Non lo fu nemmeno per Freud quando ritenne di non potere più credere alla verità della sua *neurotica* (eppure l'aveva appena proclamata quale scoperta importantissima e *caput nibili della psicopatologia*) e voleva ciò nonostante continuare a credere che il metodo che aveva usato per arrivarci fosse quello giusto. Se alla *base* di ogni caso di isteria non c'erano *uno o più episodi di esperienza sessuale precoce della prima infanzia* (Breuer aveva parlato di esperienze traumatiche in genere), allora cosa c'era? Quale la causa di quella malattia? Quale la verità? I casi erano due: o il metodo era davvero giusto e allora a causare quella malattia dovevano essere stati proprio quegli episodi e quelle esperienze, oppure quegli episodi non erano mai accaduti, e allora il metodo scelto per arrivare a sapere la verità riguardo le cause della malattia era sbagliato. *Tertium non datur*. O almeno non avrebbe dovuto esserlo. Il fatto che Freud avesse bisogno proprio di quel terzo per salvare il metodo e lo trovasse ricorrendo all'idea di *una realtà psichica* che da quel momento in poi, disse, avrebbe dovuto essere presa in considerazione *accanto alla realtà pratica*, non risolse il problema del reperimento della verità.

Fu come dire che a causare la malattia erano stati sì quegli episodi e quelle esperienze (lesioni biografiche anziché organiche) ma accadute... dentro e non fuori i soggetti interessati, ovvero a un livello di realtà con cui si poteva salvare

capre e cavoli in quanto a mantenere il metodo e al tempo stesso tranquillizzarsi e tranquillizzare la comunità scientifica rimasta, pare, indignata dalla sua scoperta, che non c'era più da mettere in gioco la rispettabilità dei padri e di tutto il mondo adulto che pareva scoperto ad abusare sessualmente dei bambini *molto più di quanto non si potesse immaginare*. Meglio per tutti optare per l'ipotesi opposta, ovvero che quegli incresciosi episodi fossero accaduti... fuori molto meno di quanto non immaginassero i soggetti in questione. Meglio per tutti fuorché per quei poveretti, o meglio quelle poverette, che una volta diagnosticate come visionarie, oltreché isteriche, e relegate nella loro realtà psichica, avrebbero perso ogni chance di essere credute dal loro medico, anzi da questo meno che da chiunque altro, di dire il vero (nel caso in cui l'avessero detto) riguardo a quanto era loro accaduto nella prima infanzia anche nell'altra realtà.

Capitolo 4

Non si pensi che essere o non essere creduto dall'altro quando entra in gioco la ricerca della verità sia ininfluente riguardo il destino dei giocatori impegnati in quella questione. Ponzio Pilato non credette a Gesù Cristo. Non che avesse niente contro di lui, anzi, ma si chiese: qual è la verità? E volle lavarsi le mani del problema e del sangue di chi professava di sapere quale fosse e dove si potesse trovare. Chissà come sarebbero andate le cose se invece gli avesse creduto.

Se Freud avesse dato più credito alle sue pazienti e meno ai colleghi che si erano affrettati a considerare una *favola scientifica* il fatto che durante l'infanzia delle stesse potesse essere successa...una certa cosa e che tra quella cosa e il sintomo isterico potesse esserci un nesso causale...

Le donne di allora e quelle a seguire avrebbero avuto un altro trattamento e la psicoanalisi un altro sviluppo. Ma Freud era un medico. Quando spostò l'attenzione dal corpo alla storia di vita delle sue malate, così traslocando verso il nuovo modello, dal vecchio si portò dietro (poteva fare diversamente?) alcuni bagagli concettuali di cui non era facile sbarazzarsi e

uno di questi, quello di *ritenere auspicabile procedere indipendentemente dai dati forniti dal paziente*, gli tornò poi comodo per uscire dall'empasse in cui si era cacciato con la teoria della seduzione. In quanto alla verità...*τι εστι* chiedeva Socrate ai discepoli che lo interrogavano in proposito, cos'è ciò di cui tu parli? Che è un po' quello che si fa in psicoterapia quando si chiede: qual è il problema? Ma il problema proprio perché sfugge alla comprensione del suo portatore (paziente?) ed è ciò che va oltre e al di là di ogni risposta disponibile al momento, è sempre altro rispetto a quello che al momento si presume che sia. Ma c'è una cosa che il maestro non può fare e neanche lo psicoterapeuta, (e neanche Freud, a mio parere doveva farlo) quella di lavarsene le mani appunto, o di non curarsi di quanto l'altro già sa e considera *vero* riguardo il proprio esserci nel mondo e di non curarsi del bisogno che quello ha di essere creduto per potersi sentire compreso e credere, a sua volta, che valga la pena ascoltare e provare a comprendere quello che l'altro risponderà. In quanto a rispondere l'altro non ha scampo. Non c'è *analisi della domanda* né silenzio, né interpretazione, né altra domanda che non si costituisca comunque come risposta, a meno che tutto quello che sappiamo dell'atto comunicativo tra soggetti umani siano solo chiacchiere insulse. Lo psicoterapeuta non può non rispondere e lo fa, anche quando pensa di non farlo, risponde personalmente, e non ha oggetti né strumenti attraverso i quali *trattare* l'altro, se non le *sue* risposte che, a dispetto dei *modelli*, sono solo le sue (possono forse essere quelle di un altro?). Ma c'è di più. C'è il fatto che si è solo in due in psicoterapia perché il terzo, quello che invece è sempre presente tra paziente e medico, l'oggetto concreto della conversazione, il corpo malato di uno dei due e che è quello che è (malato) a prescindere da ogni altra interpretazione, realtà a se stante e che però si fa sentire (fa male), ragione per cui le parti entrarono in relazione, in psicoterapia tende a mancare, e non senza conseguenze per quanto riguarda quello che succede tra le parti in questione, tra chi si offre come colui che sa curare e chi si rivolge a quella fonte di *sapere* per essere curato. Neanche qui si tratta di chiacchiere insulse anzi, è qualcosa di cui si parla troppo poco e che invece segna una linea di demarcazione netta tra i... giochi che quelle

parti attuano ogni volta quando chi cura è un medico oppure è uno psicoterapeuta. Quando il terzo, viene a mancare, manca l'oggetto, quello su cui i soggetti si pongono domande (il corpo, la testa che duole l'organo malato) e al suo posto subentra qualcosa che non può mai diventare oggetto vero, ché l'esperienza di uno dei due è inesorabilmente soggettiva ed è soggettivo il suo bisogno di essere creduto di dire la verità e al tempo stesso quello di doverla ancora trovare. Ma chi sta male, sia che il suo male si collochi sul piano organico oppure su tutt'altro piano, sia che vada dal medico o dallo psicoterapeuta, ha bisogno di sapere, (Perché sto male? Cosa posso fare per guarire?) o che qualcun altro sappia quale sia la verità e glielo faccia sapere. Il fatto è che un posto oggettivo dove cercare la causa del male - il corpo - manca e mancano i rimedi ... *oggettivi*, i farmaci già confezionati per modificare gli effetti di quella causa, e manca il metodo oggettivo, la procedura che basta avere imparato per sapere come reperire la verità. In quanto alla paura di sapere la verità o il bisogno di volerla ignorare, questo può succedere, ma non c'è bisogno di ignoranza che non sia per il soggetto umano, grande esperto nei conflitti di questo genere, strettamente collegato col bisogno opposto di sapere. E quello che si vuole sapere... quando si vuole sapere, è sempre la verità. In quanto all'altro fatto, di non riuscire talvolta a credere di poterla mai trovare, né che qualcun altro possa farlo, nemmeno quanto basta al momento per riuscire a sopravvivere, insomma la perdita della fiducia e della speranza nell'insperabile (che in questo caso non si troverà) ebbene non resta che... restare malato, fino forse a morire, o forse no. Ma lasciamo stare per ora le chiacchiere sul significato per il soggetto umano del suo essere malato, e del suo continuare a esserci nel mondo come tale e torniamo alla differenza tra malato e malato, quello che va dal medico e quello che va dallo psicoterapeuta e alla differenza del gioco delle parti. Se si gioca solo in due in psicoterapia, chi domanda e chi risponde, e tra questi due soggetti umani non ci sono a garantire che si stia dicendo la verità, né farmaci, né qualcosa di fisico che da un altro livello di realtà rispetto a quello della comunicazione che si sta svolgendo tra i due, si costituisca come... oggettivo... ebbene il fatto di credersi per riuscire a

comprendersi, e viceversa, riuscire a comprendersi per credersi si pone come unica garanzia di potere insieme discernere ciò che è vero da ciò che è falso e trasformare quella comunicazione in diagnosi e cura al tempo stesso secondo un *modello* che non è più quello medico. Perché se si può ragionare della propria malattia col medico, discorrere su questo o quell'organo che fa male o non funziona come dovrebbe o tutt'e due le cose, su questo o su quel sintomo ma non si può nello stesso modo ragionare della propria esperienza, cercare quella che ci fece male nel mentre che quel male ancora lo si sta sperimentando. O meglio si può, ma la conversazione si svolge in tutt'altri termini e la relazione che si costituisce tra gli interlocutori è affatto diversa. Si può dire: "dottore ho male di testa" mentre la testa duole, ma è difficile dire: "ho un delirio" mentre si sta delirando. Il male di testa si pone come complemento d'oggetto rispetto a un soggetto che ce l'ha e comunica all'altro tale suo spiacevole avere, il delirio no. Esso stenta a diventare complemento d'oggetto rispetto a un soggetto che non può comunicare di avere niente del genere perché è egli stesso delirante e la sua posizione è ormai diventata quella paradossale del mentitore che se denuncia di esserlo non gli si può credere proprio perché si sa che mente. Ma il delirio è comunicazione a sua volta, sia pure non convenzionale, e il delirante avrebbe bisogno a sua volta di essere compreso per tornare, attraverso quell'esperienza a comprendere se stesso e il mondo in cui abita. Né la cosa è tanto diversa per chi, senza arrivare a delirare, soffre di emozioni che non comprende e di comportamenti che vorrebbe evitare, e che non si spiega perché non riesce a farlo. Anch'egli chiede di essere compreso e che l'altro lo aiuti a comprendersi (come potrà mai guarire se non sa di che cosa è malato?) ma la sua domanda sarà essa stessa sofferente... sintomatica, così come per chi delirava era delirante, il sintomo *attraverso* il quale comunicare sul sintomo stesso: un pasticcio.

SCIENZE, PSICOTERAPIA E... CHIACCHIERE (PARTE II)

di Patrizia Adami Rook
Fondatrice Scuola di Psicoterapia Comparata

L'articolo è tratto dai numeri 13,14 (2000) e 1/2006 di *Simposio, Rivista di Psicologi e Psicoterapeuti*

BREVE PRESENTAZIONE

di Pietro Caterini
psicologo psicoterapeuta

Dopo i primi 4 capitoli già presentati nel numero precedente, continua su Quaderni di Psicoterapia Comparata la pubblicazione degli articoli di Patrizia Adami Rook del ciclo "Scienze psicoterapia e chiacchiere" che furono presentati per la prima volta su Simposio - Rivista di psicologi e psicoterapeuti, a partire dal 1998. Buona lettura.

A dispetto dei pasticci o dei paradossi in cui ci si imbatte tutte le volte che si ha a che fare con quelle scienze che vogliono essere scienze e al tempo stesso... umane (ma che altro aspettarsi se il soggetto umano si mette a fare di se stesso o di un altro soggetto il proprio oggetto di indagine?) i casi sono due: o non è vero che un certo tipo di esperienza, quella che allora si chiamò trauma e che poi verrà a riproporsi all'attenzione delle scienze mediche sotto il nome di stress, può essere causa di malattia (anche organica) e allora la psicoterapia, in quanto metodo di cura sui generis (che cura solo attraverso quello che succede tra soggetti intenti a comunicare tra loro) non avrebbe ragione di essere o, se è vero, e ormai sono molte le ricerche anche di laboratorio che depongono in questo senso, bisogna ritenere che la psicoterapia apra al malato la possibilità di fare un'esperienza tale da *rettificare* come già disse Freud, il... *decorso allora* (al momento del trauma) *instauratisi*, ovvero correttiva del danno prodotto da un'altra esperienza. L'avvento di un nuovo paradigma terapeutico, rivoluzionario e

caput nibili non tanto della psicopatologia, ma della patologia in genere, non fu l'aver scoperto da parte di Freud quello che poi egli stesso si sarebbe affrettato a... ricoprire, ovvero che alla base dell'isteria potesse esserci un trauma sessuale, e neanche l'aver poi proclamato che invece di un trauma veramente accaduto, potesse esserci un trauma solo fantasticato (e mai una teoria ebbe tanto successo come il suo ripudio) quanto che potesse esserci un trauma tout court, ovvero un'esperienza speciale.

Peccato che l'aver toccato, peraltro con molto ardore, dati i tempi in cui si svolgeva la vicenda la scabrosa questione del sesso e quella ancor più scabrosa del sesso tra adulti e bambini, abbia tanto turbato Freud da fargli perdere di vista, tra un'argomentazione e l'altra, ora per giustificare una teoria, e ora per giustificarne il ripudio, il fatto del trauma che, sessuale o meno, rispondente o meno, nel ricordo o nella fantasia, alla lettera di una verità... oggettiva o appartenente ad altro livello di realtà rispetto a quella che poi chiamò realtà psichica, spostava

l'attenzione del medico dal corpo del soggetto malato, alle sue relazioni con gli altri soggetti. Dal malato che va a fare una domanda di cura e pone al medico un problema... concreto in quanto corredato di un corpo fisico... malato a quello che potrebbe essere successo *tra* lui (il malato) e qualcun altro ... tale che lo avrebbe fatto ammalare. In fondo, l'idea di ogni filosofo, di un soggetto umano sempre alle prese con il suo oggetto inconoscibile e pur tuttavia abbastanza facile da conoscere, almeno quanto basta per sopravvivere, potrebbe rivelarsi insufficiente a rendere ragione della realtà umana se si pensa che di fatto quel soggetto non è mai esistito da solo (il soggetto umano lasciato solo e isolato dagli altri, immediatamente si ammala e muore).

E se si pensa che quello che succede tra i soggetti umani (al plurale) è invece di capitale importanza, non solo riguardo il loro ammalarsi e riuscire o no a guarire, ma anche del loro apprendere a stare al mondo dal momento in cui nascono, al momento in cui non ce la fanno più a sopravvivere.

Freud nel passare dalla teoria della seduzione a quella della fantasia di seduzione non si chiese a quali particolari esperienze potesse essere legata l'insorgenza di particolari fantasie e quanto certa *realtà psichica* non potesse verificarsi senza che fosse accaduto qualcosa di speciale anche *nella realtà pratica*, qualcosa *tra* i soggetti e non soltanto *dentro* uno di loro. Con l'escamotage della fantasia di seduzione Freud pensò forse, per lo meno al momento, di essersi liberato dall'indecoso sospetto che certe cose potessero davvero accadere nella realtà.

Il modello medico per cui non c'era bisogno per effettuare una diagnosi, di credere a quanto di sé raccontavano i pazienti, gli era tornato comodo per togliersi da certi impicci, e però non aveva tenuto conto che quel modello richiedeva che tra medico e paziente, e al di fuori del loro comunicare, ci fosse la presenza forte dell'oggetto, il corpo di uno dei due. E non aveva tenuto conto che egli, nel passare al nuovo modello, quel corpo lo aveva invece tolto di mezzo. Ciò avrebbe dato luogo ad un altro pasticcio. Ché la fantasia, trattata come corpo da visitare isolato o oggetto in cui frugare dentro e interpretare senza interessarsi dei suoi legami con la realtà e senza che l'autore di quella fantasia potesse reagire a chi la definiva

tale (fantasia non somiglia forse a... finzione?) e dire che invece... ecc. ecc. avrebbe dato luogo a una psicoanalisi che nel mentre continuava a rispondere a una domanda di cura pareva sempre meno interessata alla sua funzione psicoterapeutica e dimentica del fatto che invece, a detta dello stesso Freud, era nata proprio per quella funzione.

A distanza di cento anni da quelle geniali anche se controverse innovazioni chiunque abbia a che fare con i problemi umani, dagli psicologi, agli insegnanti, dagli assistenti sociali, ai giudici minorili etc., si trova nella condizione di poter affermare che le esperienze già menzionate da Freud sono diffuse, proprio come disse lui stesso a sostegno della prima teoria *molto più di quanto non ci si dovrebbe aspettare* e anche quando non si voglia prendere certi racconti alla lettera e si tenda a considerarli fantasie, certe fantasie è ormai difficile pensare che siano insorte senza che sia accaduto comunque qualcosa atto a determinarle. La realtà umana si svolge su più livelli. Questi ultimi sono irrimediabilmente collegati tra loro e pur tuttavia con una autonomia che li rende irriducibili l'uno all'altro. Trattare le fantasie a prescindere dai loro collegamenti con quella che viene comunemente chiamata *la realtà* può essere... bene, ma rinunciare a farlo quando si tratta di comprendere qualcuno che per sentirsi compreso ha bisogno di sentirsi creduto almeno... quanto basta per tornare a comprendere se stesso... è meglio.

Insomma, quando si tratta di curare ad altro livello che non sia quello organico. Altrimenti quel soggetto non potrà avviarsi a guarire (a meno che la cosa non avvenga per caso) e se *il paziente conserva intatti i suoi sintomi* questo era Freud stesso a dirlo, ciò non può che voler dire che il *metodo* era sbagliato.

Capitolo 6

...ma se Freud avesse avuto ragione a ritenere il suo metodo giusto e non a prescindere dai risultati che invece non lo sarebbero stati (*l'analisi era risalita a questi traumi sessuali infantili lungo la via giusta, e ciononostante essi non erano veri*), ma proprio perché è invece molto probabile

che purtroppo lo fossero, si potrebbe capire perché la rievocazione della scena traumatica, ovvero l'emergere e il precisarsi di ricorsi all'interno di una conversazione particolare volta a comprendere che cosa potesse essere successo un tempo doveva *rettificare un certo decorso* e costituire, a qualche livello, un intervento sulla causa di una malattia instauratasi al momento in cui si sarebbero verificati fatti impossibili da comprendere (non c'è da dimenticare che si tratterebbe di fatti accaduti all'interno di una cultura sessuale ben più restrittiva e bigotta di quella attuale) per lo più subiti e poi, forse, dimenticati.

È sulla possibilità di una tale comprensione o ri-comprensione da parte del soggetto interessato di passare esperienze tanto ignorate da quest'ultimo quanto determinanti dei modi di esserci nel mondo che sta la ragione d'essere di un paradigma terapeutico che possa dirsi degno di quella tutela che la comunità scientifica negò al tempo di Freud e che ancora oggi tende a negare, un po' perché frastornata dagli innumerevoli paradigmi (i modelli) che sono andati e ancora vanno via via differenziandosi prima da quello che aveva allora appena iniziato a formarsi, poi, come una specie di mitosi, uno dopo l'altro; un po' perché, malata a sua volta di un positivismo talvolta anche abbastanza sbrigativo, stenta a concepire come scientificamente vero tutto quello che non rientra nei domini di verità delineati delle scienze positive. Ma oggi, anche all'interno di quei domini si sono accumulate prove a sostegno di quei primi assunti freudiani. Per esempio gli studi fatti sul condizionamento incosciente per cui i soggetti umani, una volta subito un trauma tenderebbero, sul piano emotivo (e poi, innescato da questo, su tutti gli altri piani, cognitivo, comportamentale ecc.) a ripetere risposte stereotipate, a tutti quegli stimoli che presenterebbero una configurazione semantica simile a quello che a suo tempo costituì momento di rottura (trauma in greco vuol dire rottura e anche, con significato mutuato dalle attività navali, avaria) del rapporto tra dentro e fuori sul quale si delinea il filo dell'esperienza umana. Come se quei soggetti rimanessero imbrigliati nel loro passato, derubati del tempo della loro vita e

della possibilità di proseguire a scoprirne il senso attraverso esperienze nuove. E non solo. Gli studi menzionati dimostrerebbero che la dimenticanza del trauma originario, con la perdita di ogni cognizione riguardo ai nessi che sul piano simbolico li avrebbero legati ad altri episodi, anziché migliorare la situazione la peggiorerebbe: le risposte famigerate invece di estinguersi andrebbero sempre di più rafforzandosi, così sempre più limitando il repertorio delle soluzioni possibili ai problemi posti via via dall'esistenza. Dunque un nuovo modello riguardo la formazione della malattia umana e la loro possibile cura. Ma un modello che Freud stesso contribuì subito a compromettere con il ripudio della prima teoria. Perché la teoria della seduzione metteva in relazione sì malattia e storia di vita del malato (e questo in ambito medico non poteva che suscitare diffidenza), ma almeno a quella storia riconosceva, al di là delle possibili trasformazioni operate dalla fantasia e dalla memoria dello stesso (e sarebbe strano che queste ultime non avessero avuto luogo) anche diritto di credibilità: Ma poi, una volta messo in dubbio o negato addirittura che la storia in questione si fosse realmente svolta, e che la causa (i traumi sessuali infantili) appena rintracciata, trovasse un riscontro di verità (..e ciò nonostante essi non erano veri) al di là e al di fuori di quanto pensato, immaginato, sognato, ricordato o creduto di ricordare...dal soggetto stesso, quella causa finiva per non avere più consistenza di un sogno, troppo debole per competere con quelle forti rintracciabili dal medico sul piano organico, dove la verità, quando la si scopre è...vera e basta (scientificamente dimostrabile), e il resto sono solo chiacchiere.

Così il passaggio da una teoria all'altra, se permise a Freud di riconciliarsi con la comunità scientifica (ma di scientifico la seconda teoria ebbe, rispetto alla prima, soprattutto il pregio di inaugurare la psicologia vera e propria) inaugurò anche il distacco da quest'ultima dalla psicoterapia in quanto neonato modello di diagnosi e cura, diverso da quello medico, di tutto ciò che il soggetto umano, al di là delle chiacchiere e delle filosofie volte a negarne la consistenza, ora a disquisire sui criteri di riconoscimento della stessa, finisce sempre per

riconoscere come malattia, perché sa bene, per esperienza, che cosa gli succede quando il suo esserci nel mondo si identifica con lo starci male a vari livelli, fisico, psicologico (ma c'è poi l'uno senza l'altro?). Oggi con la rivalutazione filosofica della realtà, legata allo sviluppo delle scienze esatte che, al di là dei rigurgiti di realismo pre Kantiano, ha fatto diventare quest'ultima tanto più complessa del semplice noumenon, la teoria ripudiata può tornare a proporsi come la via giusta o il modello, al di là dei modelli (al plurale) che oggi appaiono un po' come tante strade fornite di bei palazzi, alcune più di altre, denominazione e numeri civici, e però non appartenenti a nessuna città.

Dunque oggi è possibile ipotizzare che l'ammalarsi possa essere dovuto a cause reperibili anche al di fuori del livello organico e non per questo da considerarsi come evanescenti come potrebbero apparire se collocate all'interno di una pura fantasia. Ed è possibile attribuire a quell'ipotesi sufficiente dignità per essere accolta in quell'ambito che invece li venne chiuso dalla comunità scientifica del tempo di Freud. Tanto più che oggi, di fronte al proliferare di modelli così detti psicoterapici e delle centinaia di scuole che dopo essersi per tanto tempo contese, per lo più a colpi di insulti reciproci, l'esclusività della scientificità del loro modello, sembrerebbero finalmente cominciare a capire che solo attraverso il reperimento di un paradigma comune di base potrebbero anche fare serie ricerche sulla validità del loro modello e superare degnamente il problema dell'autoreferenza, possiamo constatare che l'idea di un qualche nesso causale (il decorso psichico da allora instauratosi) tra certe esperienze traumatiche (tali per cui si sarebbero stabiliti apprendimenti disadattivi o modi di comprendere il mondo, tali da starci male) e il comparire di sintomi particolari (così da porsi come problemi e motivare una domanda di terapia) sottende ogni modello sia esso di impostazione psicoanalitica o no. Un'idea che deve collegarsi gioco forza collegarsi a un'altra, quella che alla risposta alla domanda in questione, non possa che essere volta a modificare quegli apprendimenti e a far sì che il soggetto interessato riapprenda qualcosa (e per fare ciò dovrà disapprendere qualcos'altro) che

gli permetta di stare al mondo con meno problemi irrisolti o impostati in modo tale da essere irrisolvibili.

In quanto al livello se quello emotivo, cognitivo o comportamentale in cui dovranno avvenire quelle modificazioni, la cosa non è poi così rilevante, tanto le emozioni di ogni soggetto umano, le sue cognizioni, i suoi comportamenti sono indissolubilmente legati tra di loro nello sforzo continuo per riuscire in qualche modo a sopravviverci. Ogni comprensione è sempre emotivamente tonalizzata come diceva Heidegger. Ma se ciò è vero è vero anche il contrario: ogni emozione costituisce per ognuno di noi un'informazione precisa circa quello che sta succedendo tra se stesso e il mondo in cui, a quanto pare, tocca esserci, e capire e comportarsi... in qualche modo. Comunque in modo da fissare quella linea di demarcazione tra dentro e fuori in bilico della quale ogni soggetto umano costruisce, anche in barba al suo stesso teorizzare sull'impossibilità di farlo, la realtà e il paradosso della sua esistenza.

Capitolo 7

Una volta attuato il trasloco dal modello medico al modello psicoterapeutico, e invocata l'esperienza quale possibile causa di malattia e non solo psichica ma anche somatica, non c'era che invocarla quale possibile mezzo di cura e causa di guarigione.

È quello che fece Freud inventando la psicoanalisi, quella cosa per cui paziente e medico si sarebbero messi a fare a fare una particolare esperienza insieme, ovvero a cercare di capire da dove originassero i sintomi del primo, e ciò al solo scopo di rifornire di senso ciò che al momento non sembrava più averne. Perché chi quei sintomi li accusava – e ne soffriva – non sapeva né spiegarsi (...non riesco a capire perché mi succede questo...c'è un pensiero che mi ossessiona...non riesco a liberarmene...) né farne a meno. Come se capire (e capirsi) fosse di per sé terapeutico, un'esperienza tale da doversi considerare riparativa degli effetti di altre esperienze della vita di quella persona.

Ma un'esperienza che non poteva darsi se non all'interno di quella speciale relazione, vincolata da una domanda: che cosa mi sta dicendo? Da una parte; e da una promessa: lo scopriremo insieme esplicita o no, non importa, dall'altra, la relazione costituitasi tra medico e paziente e che avrebbe direttamente coinvolto il primo quale contribuente al farsi della relazione stessa.

Si capisce come approfondendo la propria storia di vita e ritrovando un senso di questo o di quel punto di quella storia, le idee si modificano e si aprono spazi nuovi per nuove teorie, visioni di sé e di quel mondo in cui ognuno si trova impegnato a sopravvivere, che si modifichi di conseguenza quello che si prova rispetto a questo e quello e, di conseguenza rispetto a quello si possa prendere e comportarci diversamente (vedo mio padre sotto una luce diversa...ora capisco che...). È una illusione pensare che in analisi non si prescrivano comportamenti. Non lo si fa, forse esplicitamente. Ma implicitamente, ovvero a quel livello della comunicazione umana che abbiamo chiamato terapeutica in cui le persone si informano – si trasmettono comunicazioni del loro modo di esserci nel Mondo rispetto all'altro (mi piaci... non mi piaci... perché... anche se... ti credo... non ti credo... perché) lo si fa eccome. Ogni interpretazione è anche, implicitamente un'ingiunzione nella misura in cui viene comunicata all'altro e si fa messaggio, un'ingiunzione a vedere le cose in un altro modo, ad andare oltre il modo in cui quella persona definiva (e lo faceva sempre in base alla sua esperienza) gli altri, l'altro, il proprio padre, questa o quella parte di mondo, insomma quella che ognuno di noi chiama realtà. Prova a vedere le cose in quest'altro modo e comportarti di conseguenza. Ingiunzione o command (nell'accezione di Bateson) che il paziente farà sua oppure no nella misura in cui comprenderà oppure no il senso del discorso in atto tra lui e il terapeuta. Freud si preoccupava oltre che del contenuto delle sue interpretazioni, del momento in cui avrebbero dovuto essere date, e raccomandava ai suoi ipotetici seguaci di stare attenti. Non si trattava solo di cosa dire o non dire, ma anche di come, quando e perché. Così anticipando di parecchio tempo quello che poi le scienze della comunicazione avrebbero

asserito riguardo la struttura e gli effetti sul destinatario di ogni comunicazione umana.

In psicoterapia, nella misura in cui questa si costituisce come modello di cura altro rispetto a quello medico, ogni modello (con la m maiuscola) altro non è che una variante del modello stesso. Comportamentista o analitico poco importa, buoni tutti e due avrebbe detto Freud (meglio comunque quello analitico!) purché portino la guarigione. E nemmeno importa granché, se con la parola guarigione Freud intendeva qualcosa di molto – troppo – simile a quello che con detta parola si indicava e si indica in campo medico. Il medico e lo psicoterapeuta possono concordare sul fatto che quando dicono guarigione, dicono, tutti e due, che qualcosa per quella persona, rispetto a come era prima della cura, è cambiato nella direzione in cui si desiderava che cambiasse. Chi lo desiderava? Quella persona prima di ogni altro. Egli non desiderava tenersi quel male al ginocchio. Egli non desiderava tenersi quel...male di vivere. Né lo desideravano molti altri. Quella moglie, quel marito, quegli amici...Nella misura in cui il male – quel male sia che si manifesti sul piano fisico più che su quello psichico o viceversa, si connota all'interno di questo o quel consesso umano come oggetto di non desiderio, cosa da tenere lontano, di cui...guarire (guarire, nella sua accezione etimologica significa proprio questo, tenere lontano). Il medico potrà allora parlare di remissione dei sintomi. Lo psicoterapeuta di trasformazione degli stessi. Per quest'ultimo i sintomi non sono altro che comportamenti sui generis ai vari livelli, ideativi, emotivo etc.. quindi comunicazioni. E comunicazioni sulle quali è ancora possibile comunicare, o meglio metacomunicare, oggetti di un discorso possibile (dottore mi sento...così e così...che dice, ho una depressione?) oppure non è possibile comunicare (che può dire il delirante sul suo delirio?) ma attraverso i quali volente o nolente, malato o no, ognuno di noi comunica sempre chi è, declina le sue generalità, si fa conoscere, cerca di farsi comprendere dall'altro, dagli altri...dal terapeuta. E se quest'ultimo proverà a comprenderlo che ci riesca o meno, comunicherà all'altro che lo riconosce come soggetto degno di essere compreso, quanto basta perché anche l'altro lo riconosca come

tale, e perché inizi a trasformarsi in discorso comprensibile, tale da acquisire senso e potersi fare anche su quello che prima – il tempo torna così a scandirsi- era soltanto delirio senza senso e senza tempo.

Capitolo 8

Psicoterapia. trattamento, di disturbi psichici o somatici con mezzi che agiscono in primo luogo e immediatamente sulla psiche dell'uomo. Diceva anche che un tale mezzo è soprattutto la parola e che le parole sono lo strumento essenziale del trattamento psichico. Il che equivale a dire che si potevano usare le parole come farmaci. Come farlo, in quali casi, quante e quali parole usare, dove e quando, tutto ciò avrebbe riguardato la questione del metodo sulla cui ortodossia o meno si sarebbe aperto un dibattito a tutt'oggi vigente, tanto violento quanto prolifero (da quel dibattito sarebbero scaturiti, innumerevoli, i modelli psicoterapeutici).

Ma ormai il dado era tratto e il neonato modello, in quanto metodo di cura alternativo a quello medico, era stato pubblicamente battezzato: le parole assimilabili a farmaci in quanto mezzi atti a curare i disturbi umani, e non solo quelli psichici, ma anche quelli somatici.

Freud era ben consapevole che certe sue affermazioni avrebbero suscitato grande diffidenza per non dire resistenza (proprio nell'accezione che Freud stesso diede a quel termine) nei suoi colleghi, i quali, pur avendo sufficienti motivi per studiare l'innegabile rapporto tra corpo e psiche, quel rapporto lo concepivano come una specie di specchio unidirezionale, non potendo smettere di rappresentare la psiche come determinata dal corpo e da esso dipendente e mai prendendo in considerazione anche.... l'altro aspetto, ovvero l'azione della psiche sul corpo. Il fatto è che considerare anche l'altro aspetto avrebbe significato (e significa) accordare una certa autonomia alla vita psichica, cosa che Freud era ben disposto a fare (come altrimenti avrebbe potuto inventare la psicoanalisi?) ma altri no (pareva che questi temessero di accordare una

certa autonomia alla vita psichica come se con ciò abbandonassero il terreno della scientificità).

Ed è questo il punto e il nodo da sciogliere. Se accordare o no alla vita psichica una certa autonomia. Perché se una psiche in odore di autonomia può indurre ad attribuire alla stessa qualche potere di esserci anche a prescindere dalla vita fisica (così sconfinando dal terreno della scientificità per finire... in quale altro terreno? Forse quello riservato alla religione?) non accordare alla vita psichica nessuna autonomia significherebbe ipso facto vanificare la psicoterapia in quanto tale, ovvero come ragionevole possibilità di trattare i disturbi umani attraverso mezzi che agiscono direttamente sulla psiche, siano essi le parole od altri, comunque assai diversi da quelli tradizionalmente usati dal medico, siano essi farmaci od altri mezzi.

Freud parlava di una certa autonomia. Quale operazione logica egli intese attuare, o comunque di fatto attuò mettendo avanti al termine autonomia l'aggettivo certa?. Sicuramente voleva distinguere l'autonomia in questione, quella che lui riteneva, a differenza di altri, di dover accordare alla vita psichica, da quella accordatale da sempre per esempio dai preti: la psiche intesa come Anima, capace di trascendere il corpo e capace, secondo i credenti di tutti i tempi, di abitare in un al di là del luogo occupato dal corpo, luogo in cui, una volta morto quel corpo, essa sarebbe andata a traslocare. Insomma non quel tipo di autonomia poteva il medico accordare alla psiche, ma una certa autonomia sì. Altrimenti parlare di un trattamento di disturbi psichici o somatici etc. doveva giocoforza rivelarsi vacuum... Chiacchiere. Freud aveva ragione.

La paura di attribuire alla psiche una certa autonomia era esagerata. Autonomia e trascendenza non sono la stessa cosa. La paura dell'una (la trascendenza), non giustifica la negazione dell'esistenza possibile dell'altra e delle sue implicazioni e per convincersi di questo, basterebbe pensare a tutte le autonomie esistenti in rerum natura, niente affatto trascendenti alcunché, bensì intimamente connesse le une alle altre e interdipendenti tra loro. Comunque una scelta va fatta: o gliela si attribuisce una certa autonomia, alla vita

psichica rispetto a quella fisica (e viceversa) tale da potere avere un'azione anche sul corpo (ma altrettanto dovrà riconoscersi in senso inverso) o non gliela si attribuisce. Nel primo caso parlare di psicoterapia ha un senso come particolare modello di intervento sui generis riguardo i disturbi umani, nel secondo caso no.

In quanto alle parole da utilizzarsi quasi fossero farmaci e però a un livello di realtà del tutto improprio rispetto a quello fisico in cui l'uso dei farmaci sarebbe stato adeguato, essi sono anche i mezzi privilegiati attraverso i quali da tempo immemorabile gli esseri umani cominciarono a comunicare tra loro: ne consegue che terapia e comunicazione possono essere un tutt'uno. Che si può fare terapia soltanto comunicando con l'altro. Cosa che Freud affermò con forza preoccupandosi per altro della necessità di fare capire al profano come la scienza potesse restituire alla parola almeno una parte della sua primitiva forza magica (il profano troverà certo difficile comprendere come disturbi patologici del corpo e della psiche possano venire eliminati attraverso le sole parole del medico. Egli penserà che si pretenda da lui la fede nella magia).

Se si accetta che le parole possano curare senza per questo dovere ricorrere alla fede nella magia e che la comunicazione umana possa costituire di per sé un piano di realtà da studiare in sua re e manipolare a fini terapeutici, senza dovere necessariamente riferirsi a quello della realtà organica, si pongono (e si posero anche a Freud) vari problemi cominciando da quelli che anche il profano da lui citato avrebbe subito potuto sollevare: perché mai comunicare dovrebbe fare bene in senso medico? Bene a che cosa? Comunicare che cosa? Come? Quando? E se le parole sono mezzi psichici atti a curare proprio come lo sarebbero a livello fisico i farmaci, di quali e di quante parole si sta... parlando? O meglio: è possibile stabilire dei criteri sulla base dei quali potere formulare dei... protocolli, se così si può dire, comunicazionali? Né sarebbe accettabile che in risposta a tali domande ci si rifiutasse tout court di rispondere adducendo il pretesto che, trattandosi di psicoterapia, ovvero di un modello terapeutico del tutto diverso da quello medico, certe trasposizioni non si possono fare.

Certe trasposizioni si devono invece fare se si vuole arrivare a capire perché i due modelli, quello medico e quello psicoterapeutico, possano essere entrambi buoni, sia pure per vie diverse, a raggiungere lo stesso scopo, ovvero trattare i disturbi psichici e somatici di chi di tali disturbi soffre quanto basta per rivolgersi a qualcun altro chiedendogli di aiutarlo a guarire.

Né sarebbero questi i problemi più spinosi. Che dire infatti di quelli legati alla questione che, se comunicare può significare curare (e curare bene oppure male) qualsiasi comunicazione in ambito psicoterapeutico sarebbe già terapia (e terapia giusta oppure sbagliata)? Così il terapeuta non avrebbe via di scampo: egli non potrebbe comunicare alcunché al paziente riguardo il suo disturbo e la cura da farsi (lei avrebbe bisogno di questo, di quello... perché... etc.) come potrebbe agevolmente avvenire tra medico e paziente, senza averlo con questo già... trattato in qualche modo (male? bene?). Era a questo che pensava Freud quando disse che in fondo il profano non aveva tutti i torti a ritenere che si pretendesse da lui la fede nella magia? La magia delle parole. Ai tempi in cui Freud si azzardava a fare certe affermazioni le scienze della comunicazione non erano ancora nate ed egli non poteva ancora sapere quanto un giorno gli avrebbero dato ragione. Ragione e però anche torto. Ragione in quanto a credere che la scienza possa restituire alla parola almeno una parte della sua primitiva forza magica.

Torto a presumere che, trasformando l'atto terapeutico in atto comunicativo, così operando un salto di livello della realtà su cui intervenire, il terapeuta (in tutta la sua opera egli continuò a chiamarlo medico) si sarebbe potuto impossessare di quella forza magica ed esercitarla a fini terapeutici per qualcun altro rimanendo immune lui stesso dai suoi effetti, compresi certi indesiderabili effetti... collaterali.

Capitolo 9

Ormai è passato troppo tempo da quando Freud inventò la psicoanalisi perché ancora ci si attardi a risolvere rompicapo di Kuniana memoria come quelli posti da chi a tutti i costi intenda distinguere la stessa da ogni tipo di

psicoterapia. Quali che siano i motivi profondi, epistemologici, politici o altro, se ci sono psicoanalisti che proprio non vogliono essere considerati psicoterapeuti.... pazienza. Ma chiunque si offra di rispondere a una domanda di terapia con mezzi, come disse Freud, psichici anziché fisici, ovvero limitandosi a relazionarsi con l'altro in un certo modo, dovrebbe sapere che è proprio sul modo individuato per farlo che si giocherà la partita, talvolta drammatica, della terapia, e l'efficacia o meno del setting. Il quale, se in un certo senso somiglia alla sala operatoria da cui possono uscirne, quelli che vi entrarono, considerandosi vittoriosi tutti, oppure tutti perdenti, si differenzia molto da quella per il fatto di ricostituirsi, ogni volta ex novo, se non sul piano fisico, di certo su quello psichico.

Si tratta di un fatto, quest'ultimo, per nulla irrilevante ché i mezzi (psichici) con i quali si opera, bisturi invisibili, pericolosi ed efficaci questi, come quegli altri, non possono darsi se non al momento in cui ci si incontra, il terapeuta e il nuovo paziente. D'altra parte una relazione non è proprio come il bisturi la cui lama può incidere solo da una parte e l'altra parte è quella che il chirurgo tiene in mano, né come un farmaco che può essere somministrato all'altro senza che il medico debba a sua volta assumerne un po'. Né si è mai vista una relazione che goda di un'esistenza sua propria a prescindere da quella tanto effimera quanto invischiante accordatagli dai soggetti contribuenti all'instaurarsi della stessa. Essa non arriva mai ad essere cosa in sé, né esserci al mondo con quel grado di ...verità che possono avere, come dice oggi uno psicoanalista (nota 1), i tavoli e le sedie. I farmaci ed i bisturi invece sì. E anche i corpi. Dunque?

Dunque, non c'è che riconsiderare i dualismi di sempre, quelli che nel corso della storia del pensiero umano sembrano come l'araba fenice, risorgere ogni volta dalle proprie ceneri, *res cogitans* e *res extensa*, spirito, materia, mente, corpo e così via, livelli diversi di una realtà unica interagenti e però irriducibili l'uno all'altro (nota 2). Tant'è che "cose" indicate con il termine esperienza, per esempio quella particolare esperienza invocata da Freud quale causa di certe malattie (nella fattispecie

dell'isteria) era direttamente reperibile, da parte del medico, nel corpo del malato. I suoi effetti magari sì, perché si sa (e anche Freud lo sapeva), che certi traumi emotivi, potrebbero avere innescato ad altro livello di realtà, quello biochimico, processi tali da alterare, anche in modo irreversibile, certe strutture fisiche, (alterazioni che potranno poi essere individuate quali cause di altri effetti sul piano psichico e così via). Ma l'esperienza in sé, quella imputata o imputabile di avere provocato la malattia in questione, non poteva essere identificata se non riuscendo, il malato a comunicarla a qualcuno, nella fattispecie al suo medico, che trasformatosi, a quel punto, in psicoanalista, aveva scelto di curare il suo paziente solo provando a sua volta a comunicare con lui, ma a farlo in modo tale da scambiare con quello, superando tutti gli ostacoli eventuali che si sarebbero frapposti di lì alla meta (quale altra se non avviare un processo antitetico a quello che provocò la malattia del paziente?) le informazioni più utili.

Due furono le conseguenze o gli effetti collaterali immediati di tanto stravolgimento del modello medico. La prima è che la diagnosi quale atto di conoscenza delle possibili origini del disturbo incriminato e la terapia dello stesso, venivano a sovrapporsi. La seconda che la conoscenza in questione altro non era che quella raggiungibile all'interno di un processo comunicativo attivatosi tra persone, i soggetti contribuenti alla relazione, il paziente e il suo terapeuta. Una conoscenza sui generis dunque e, se è insito nel concetto stesso di conoscenza il reperimento di qualche verità, una verità sui generis, qualcosa che in un'ultima analisi, dato il carattere di infinitezza di ogni processo comunicativo, sarebbe rimasto inaccessibile e... incomunicabile. Ma non solo. Si sarebbe trattato anche di una conoscenza il cui discrimine tra vera verità e falsità (fantasie, falsi ricordi ecc....) si presentò subito come assai difficile, per non dire impossibile, da definire, tant'è che Freud, vacillando presto ai suoi occhi quel successo terapeutico che avrebbe dovuto costituire la prova sicura della validità del nuovo metodo e la verità dei suoi presupposti (successo al quale, da bravo medico qual era, non poteva rinunciare) ripudiò la sua prima

teoria della seduzione per adottare quella della fantasia di seduzione.

Se l'unico mezzo a disposizione dello psicoterapeuta per curare il suo paziente è la relazione che riesce ad instaurare con lui (mezzo del tutto impossibilitato ad assumere un'esistenza sua propria come potrebbe essere per un'aspirina e quindi sprovvisto di qualità tali da potersi considerare oggetto tra i soggetti impegnati in quella relazione) si può capire come la psicoterapia si muova all'interno di una esasperante contraddizione, ché per essere scienza non può esserlo affatto (ci saranno tante relazioni diverse e ogni volta ex novo per quanti saranno via via i contribuenti alla stessa, combinati con i modelli teorici a cui vorranno riferirsi per impostare dette relazioni) e per non esserlo affatto, deve giocoforza riuscire ad esserlo a qualche livello se non vuole, rinnegando il suo statuto, dare ad una domanda di terapia (che di per sé non è una domanda di relazione) una risposta del tutto evasiva. Ogni terapia nasce dall'incontro di una promessa da una parte e una speranza dall'altra. Promessa e speranza di che cosa se non di guarigione da qualche male...malanno...malessere...malattia?

Chiamare quei mali, malesseri, malattie, in altro modo, magari disagi o problemi, anziché malattie, con conseguente esclusione del termine guarigione, costituisce un'operazione linguistica di qualche valore sul piano comunicativo (e quindi anche psicoterapeutico) e forse anche su quello del business (così la psicoterapia si vende meglio?) ma non risolve la contraddizione o meglio dire l'antinomia, di cui sopra. Né vale iniziare il trattamento comunicando al paziente di non potere promettere guarigione alcuna. Quale che sia l'enunciato iniziale, ad altro livello di quello inerente la comunicazione esplicita, chi accoglie una domanda che è mossa da uno star male e una speranza che quello stato venga a cessare, ha già risposto con la promessa fatidica promessa senza la quale non solo non potrebbe avviarsi la relazione di cui si parla, ma neanche la vita per ognuno di noi, quando all'inizio della stessa si è davvero troppo piccoli per sopravvivere se non affidandosi alla volontà e alle abilità di altri più grandi di salvarci,

ovverosia di guarirci dalla morte, dalla sofferenza e dalla malattia.

Note

¹ Vedi Morris N. Eagle, *La svolta post-moderna in psicoanalisi, Psicoterapia e Scienze Umane, Anno XXXIV n. 4, 2000*

² *Che si assuma o meno che tutti i fatti mentali sono di natura biologica, appare sempre più chiara la loro presenza e la loro strutturazione in un livello diverso da quello in cui noi descriviamo i processi energetici della biologia. Da Neuropsicologia, Gaetano Benedetti.*

BREVE STORIA DELLA PSICOTERAPIA COMPARATA

di Pietro Caterini¹, Linda Pannocchia²
¹psicologo psicoterapeuta, ²psicologa psicoterapeuta

La comparazione nasce come una metodologia di ricerca tesa a superare i confini di un'unica prospettiva, caratterizzandosi per un'apertura verso teorie e tecniche diverse in particolare verso quelle psicodinamiche, cognitivo-comportamentali e gestaltiche.

La nostra esplorazione attraverserà il contesto culturale dove si è sviluppato l'approccio comparato, le sue radici, la sua storia. Approfondiremo poi il metodo di ricerca, il metodo di insegnamento e il modello terapeutico.

Breve storia dell'integrazione in Psicoterapia

L'approccio comparato fa parte dell'approccio teorico volto all'integrazione e meglio conosciuto come psicoterapia integrata, ma occorre precisare che la psicoterapia comparata pone maggiormente l'accento sul confronto fra un modello e un altro più che sulla loro integrazione al fine di non rischiare di trascurarne i contributi specifici. L'approccio comparato nasce a Firenze nei primi anni 80 ma la storia della psicoterapia integrata ha radici ancora più lontane.

Una delle prime pubblicazioni sull'integrazione risale addirittura al 1933, anno in cui French mise a confronto la psicoanalisi con il condizionamento operante. Nonostante le numerose critiche a cui questo scritto andò incontro, molti autori continuarono a lavorare in questa direzione portando avanti la linea di pensiero integrativa.

Il volume che costituisce una pietra miliare nel campo dell'integrazione fu scritto nel 1950 da Dollard e Miller che, con il loro *Personality and Psychotherapy*, tentarono di spiegare i metodi

psicoanalitici attraverso la teoria dell'apprendimento.

Rosenzweig (1963) fu invece il primo a parlare di un approccio alla terapia basato sui fattori comuni. Egli sosteneva che l'efficacia delle terapie dipende soprattutto dalla somiglianza dei loro metodi e dalla possibilità di fornire una visione alternativa dei problemi del paziente.

Altri lavori autorevoli di quegli anni sono il libro di Garfield (1957) sulla psicologia clinica, che contiene una discussione sui fattori comuni tra le varie psicoterapie, e la pubblicazione di Frank (1961), *Persuasion and Healing*, in cui l'autore sosteneva che tutte le procedure di guarigione, compresi tutti i tipi di psicoterapia, operano attraverso processi comuni.

Lazarus nel 1967 introdusse il termine di eclettismo tecnico sostenendo l'idea che dalla combinazione dei metodi derivanti dalle differenti scuole si sarebbe potuta ottenere la massima efficacia terapeutica. Tra i primi contributi eclettici si deve citare Weitzman (1967) che studiò la desensibilizzazione sistematica all'interno della terapia analitica, e Kraft (1969) il quale dimostrò che attraverso la desensibilizzazione emerge materiale inconscio.

Come si può vedere da questo breve excursus, erano dunque molti gli autori che lavoravano nella direzione dell'integrazione già prima degli anni settanta, periodo nel quale prenderà maggior forza il pensiero integrativo. Essi tuttavia non erano consapevoli che anche altri stavano facendo percorsi simili e solo a poco a poco e con il passare del tempo si è creato un movimento sempre più ampio e significativo che ha gettato le basi per l'integrazione delle psicoterapie.

Prima del 1970, dunque, gli elementi per l'integrazione terapeutica erano già ben presenti nel panorama della psicoterapia ma non sono stati riconosciuti poiché non formavano ancora un sistema organico e correlato. Il movimento

integrativo ha dovuto aspettare gli anni '70 per poter essere percepito come un nuovo orientamento.

Perché proprio gli anni '70? I motivi che hanno contribuito a concentrare l'interesse sulla psicoterapia integrativa a partire da quegli anni sono numerosi (Beitman, Golfried e Norcross, 1989).

Per prima cosa in quel periodo tra gli psicoterapeuti si era diffusa una certa insoddisfazione sul piano clinico verso ogni scuola. Se, infatti, da un lato molti psicoterapeuti erano interessati all'approfondimento di un particolare approccio, dall'altro la ricerca trovava poche differenze tra l'efficacia delle varie terapie (Luborsky, Singer e Luborsky, 1975; Sloane, Staples, Cristol, Yorkston e Whipple, 1975; Smith, Glass e Miller, 1980). C'è in effetti da dire che l'integrazione è stata, almeno in parte, un effetto della migliore qualità della ricerca sugli esiti psicoterapeutici, la quale, a partire proprio dagli anni '70, ha permesso di verificare l'assenza di differenze sostanziali tra i risultati dei diversi approcci esistenti.

La seconda motivazione che ha spinto i terapeuti verso l'integrazione è relativa alla presa di coscienza che, sebbene il campo della psicoterapia fosse dominato da società, istituti e centri che si rifacevano ad un particolare approccio terapeutico, la maggior parte dei terapeuti che esercitavano la professione non si identificava con un particolare paradigma ma si definiva "eclettica" o "integrata" (Garfield e Kurtz, 1976; Norcross e Prochaska, 1983; 1988).

Un altro fattore da prendere in considerazione è inoltre l'aumento, avvenuto parallelamente alla crescita dell'interesse per l'integrazione, del numero degli approcci psicoterapeutici (Karasu, 1986) e delle varianti all'interno delle principali scuole. Tale varietà ha sia reso disponibile una più vasta gamma di teorie e tecniche a cui attingere per l'integrazione, sia reso consapevoli i terapeuti delle quasi infinite variazioni possibili a livello tecnico. Ciò potrebbe avere scoraggiato la ricerca di ulteriori modifiche e incoraggiato i terapeuti a cercare modalità più creative per utilizzare le terapie già esistenti.

Un quarto punto a cui fare riferimento nello spiegare l'aumento dell'interesse per l'approccio integrativo delle psicoterapie è da ricercare nella

tendenza dei terapeuti, emersa sempre a partire dagli anni '70, a descrivere le tecniche e le strategie psicoterapeutiche in modo più specifico e dettagliato. La disponibilità di descrizioni più chiare delle diverse procedure psicoterapeutiche ha reso possibili confronti più accurati, dando ulteriore slancio al settore dell'integrazione.

Anche l'accresciuto interesse degli ultimi vent'anni per le psicoterapie a breve termine può aver contribuito a far lievitare l'interesse per l'integrazione, in quanto l'enfasi posta "sul problema da risolvere" ha favorito l'affinità tra le diverse psicoterapie.

Un sesto fattore implicato nello sviluppo dell'integrazione è legato al successo e alla popolarità della terapia cognitiva comparsa in quegli anni. Essa, secondo alcuni autori, può infatti già essere considerata una terapia integrata che combina le tecniche comportamentali alla teoria e alle tecniche cognitive (Alford e Norcross, 1991; Beck, 1991). L'evidenza dell'efficacia di questa terapia (Freeman, Simon, Beutler e Arkowitz, 1989) ha, almeno in parte, fornito lo spunto per esplorare altri tipi di integrazione.

Secondo London e Palmer, infine, lo sviluppo dell'integrazione è dovuto anche alla crescente possibilità di contatto ed interazione fra terapeuti appartenenti a differenti orientamenti, avvenuto soprattutto all'interno di cliniche specializzate per il trattamento di disturbi specifici. L'apertura ad altre teorie e terapie può avere infatti spinto alcuni terapeuti a considerare in modo più serio altri orientamenti.

Numerosi sono dunque i fattori che hanno contribuito alla crescita esponenziale del movimento dell'integrazione psicoterapeutica la quale, nata come tentativo, almeno parziale, di superare alcune contraddizioni esistenti nel campo della psicoterapia, è arrivata ad affermarsi in maniera decisa nel panorama della psicoterapia dal 1980 ad oggi.

Tuttavia, come si è già accennato in precedenza, nonostante in molti si occupassero di questo argomento, non si era al corrente del lavoro degli altri e non si utilizzava il termine integrazione psicoterapeutica per definire questi studi.

Fu solo nel 1983 che venne costituita, grazie agli sforzi iniziali di Marvin Golfried e Paul

Wachtel, la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI) allo scopo di riunire coloro che erano interessati allo studio delle varie forme di collegamento tra le psicoterapie. Obiettivo della SEPI era quello di porre l'accento sull'esplorazione delle possibilità in questo campo piuttosto che promuovere o formalizzare una specifica forma di integrazione. Tale organizzazione mise in contatto molti psicoterapeuti interessati all'integrazione pubblicando anche un notiziario e organizzando conferenze annuali.

Nel 1991 nacque il *Journal of Psychotherapy Integration*, finanziato dalla SEPI, che, come primo editore, ebbe Hal Arkowitz.

Che cos'è l'integrazione in psicoterapia

Caratteristica fondante del movimento integrativo è, ed è stata, l'insoddisfazione per gli approcci delle singole scuole e il desiderio di guardare oltre i confini delle diverse correnti per scoprire altre concezioni di psicoterapia e di cambiamento.

Detto in parole semplici, integrare in psicoterapia significa non aderire ad un solo approccio ma andare oltre i confini di un'unica scuola e apprendere anche da altre prospettive.

A differenza di un terapeuta appartenente ad una determinata scuola, che crede in una specifica teoria e ne usa le tecniche e le strategie correlate, uno psicoterapeuta integrato si caratterizza per la sua apertura verso teorie e tecniche diverse.

Con ciò non si intende dire che egli può utilizzare qualsiasi tecnica ritenga efficace scegliendola sulla base della sua utilità pratica con poca o nessuna attenzione alla teoria di riferimento. Peculiarità della psicoterapia integrata è, al contrario, la tendenza a costruire una struttura globale che permetta di capire o predire il cambiamento e di determinare la scelta delle procedure terapeutiche.

Un modo per valutare la recente tendenza verso l'integrazione in psicoterapia è quello di considerarla come una risposta al confronto con "l'altro" (Safran e Messer, 2006). Abituamente, nel confronto fra i diversi orientamenti psicoterapeutici, ciascun approccio si caratterizza per contrasto con gli altri. Il movimento integrativo, a differenza,

può svolgere la funzione di aiutare i teorici e i clinici a superare l'atteggiamento di superiorità, disprezzo e rifiuto che frequentemente si sviluppa nel confronto con altre "culture" terapeutiche, permettendo di sviluppare un atteggiamento di sorpresa e un vivo desiderio di apprendere, che è anche una naturale risposta umana alla differenza (Feyerabend, 1987).

Si può confrontare il compito della psicoterapia integrazionista con quello dell'antropologo culturale che con stupore, sorpresa, curiosità, eccitamento, entusiasmo e simpatia reagisce nei confronti della differenza e della singolarità "degli altri". Una tale disposizione allo stupore è una delle più importanti attitudini che può emergere dal movimento di integrazione in psicoterapia. Solo liberandosi da un atteggiamento di sdegno o accondiscendenza e confrontandosi con differenti paradigmi e tecniche terapeutiche, si possono realmente prendere in considerazione altre visioni del mondo. Obiettivo della psicoterapia integrata è quello di creare la possibilità di giungere a un dialogo che può realmente approfondire la comprensione del processo del cambiamento umano.

Tre sono, secondo Arkowitz (1989), le tendenze che caratterizzano l'integrazione in psicoterapia: l'integrazione teorica, la ricerca dei fattori comuni e l'eclettismo tecnico.

Ciò che accomuna queste tre correnti è l'idea che "ci sia molto da imparare" oltrepassando i confini dei singoli approcci, ciò che li differenzia sono le modalità per raggiungere questo fine.

In maniera molto sintetica si può dire che nell'integrazione teorica vengono integrati due o più modelli di psicoterapia con la speranza che il risultato sia migliore rispetto ai singoli approcci. Come il nome stesso accenna, l'enfasi di questo approccio è posta sia sull'integrazione delle teorie (theory smushing) che delle tecniche. La storia dell'integrazione teorica è sostanzialmente quella dei tentativi di combinare gli approcci psicoanalitici a quelli comportamentali e le varie proposte presentate a questo fine, soprattutto il lavoro di Wachtel (1977; 1987), illustrano al meglio questa tendenza.

L'approccio basato sui fattori comuni prende in esame diverse forme di psicoterapia per tentare di individuare gli elementi che esse hanno in

comune, nella convinzione che tali fattori siano importanti per il risultato terapeutico quanto gli elementi che le differenziano, se non di più. Mentre l'integrazione teorica enfatizza l'integrazione delle differenze, l'approccio dei fattori comuni astrae le affinità sia a livello di teoria che di pratica clinica. Autori di rilievo nel campo sono Frank (1961; 1982) e Goldfried (1980; 1991).

Rispetto a queste due tendenze, l'eclettismo tecnico attribuisce alla teoria un'importanza considerevolmente minore. Esso può essere visto come una strategia che mira a scegliere, tra una varietà di alternative, quella migliore. Gli psicoterapeuti eclettici scelgono tra le tecniche terapeutiche disponibili quella che ritengono più utile per ciascuna persona e problema particolare. Il principale criterio adottato è quello di utilizzare le tecniche che si sono dimostrate più utili in passato nel trattamento di pazienti che presentavano problematiche simili; la teoria non è considerata una base importante per la scelta. A differenza degli altri due approcci l'eclettismo tecnico è più pragmatico che teorico e si interessa meno al perché le tecniche funzionino cercando piuttosto di prevedere per chi funzioneranno. I lavori di Beutler (1983), Beutler e Clarkin (1990) e Lazarus (1976; 1981) sono esempi di tale forma di integrazione.

L'integrazione oggi

Negli ultimi due decenni si è osservato un cambiamento significativo nel campo della psicoterapia verso un atteggiamento di dialogo e riavvicinamento fra le varie scuole rispetto al clima fazioso presente in passato (Arkowitz, 1992; Bergin e Garfield, 1994; Norcross e Goldfried, 1992; Stricker e Gold, 1993).

Approcci integrati sono stati creati fra le terapie psicodinamiche, comportamentali, sistemico-familiari (ad es., Watchel e Mc Kinney, 1992) e fra quelle ad orientamento esperienziale, cognitivo e interpersonale (ad es., Safran e Segal, 1990), gli aspetti comuni di diversi tipi di terapia sono stati unificati in un singolo tipo di terapia (ad es., Garfield, 1992; Prochaska, 1995) e tecniche provenienti da molteplici approcci sono state integrate in modo eclettico in

risposta ai differenti bisogni dei clienti (Beutler e Hodgson, 1993; Lazarus, 1992).

Un sondaggio effettuato tra psicologi clinici, terapeuti della coppia e della famiglia, psichiatri e assistenti sociali ha documentato che tra il 59% e il 72% di essi sosteneva di utilizzare preferenzialmente un approccio eclettico (Jensen, Bergin e Greaves, 1990). Il movimento integrazionista non ha mai avuto tanto successo come oggi. Pressappoco la metà di tutti gli psicoterapeuti, in tutto il mondo, si definiscono integrativi, e il loro numero è in crescita, come aumentano le scuole di orientamento integrato. Tutto ciò è avvenuto per i motivi che si sono precedentemente esposti e soprattutto in risposta alle scoperte scientifiche che hanno evidenziato i limiti dei singoli modelli.

La Scuola di Psicoterapia Comparata

L'approccio comparato nasce in Italia intorno agli anni '80 grazie a Patrizia Adami Rook, la quale, a seguito della rielaborazione della sua lunga attività teorica e clinica, si trovò a ripensare i modelli terapeutici dai quali aveva appreso. Per un certo numero di anni Adami Rook aveva lavorato con i gestaltisti, con i freudiani e con gli psicologi analitici junghiani, aveva studiato a fondo il cognitivismo di Beck, Semerari, Reda e Ellis, la pragmatica della comunicazione umana di Watzlawick e il movimento integrazionista di Wachtel, Schwartz e Beckham.

La Adami Rook, mediante la comparazione, voleva dedicarsi all'individuo in maniera completa e guardarlo da diverse angolature con una pluralità di punti di vista. Mirava ad una visione unitaria e completa per rendere possibile il confronto con le nuove problematiche umane.

Aspetto di rilievo nella sua teorizzazione della psicoterapia era assunto dalla ricerca che, in questo terreno fertile, poteva affinare i propri strumenti metodologici e permettere un allargamento degli orizzonti conoscitivi, facendo giungere ad una sempre migliore comprensione dell'individuo.

L'idea di fondo che Adami Rook (Patrizia per i suoi allievi) aveva, era che psicoterapia e ricerca sulla psicoterapia sono solo due aspetti di un unico processo. Tale ricerca deve avvenire

dunque tramite la comparazione tra i principali modelli che sono andati costituendosi nel tempo e che vengono intesi quali costruzioni astratte e sufficientemente collaudate (ma suscettibili di continuo divenire) per la comprensione del comportamento umano quando questo sia considerato un problema e quando per comportamento non si voglia intendere solo quello osservabile ma anche quello (cognitivo ed emotivo) che può rivelarsi solo all'interno della comunicazione intersoggettiva.

L'approccio comparato doveva essere dunque, così come lo intendeva la sua fondatrice, una struttura teorica aperta alle nuove proposte terapeutiche che consentisse più ampie possibilità di ricerca.

La Scuola di Psicoterapia Comparata, strumento di divulgazione dell'approccio comparato, ha visto la luce all'inizio degli anni '80.

Patrizia Adami Rook, con alcuni stretti colleghi, iniziò in quegli anni a fare dei seminari in cui, in termini abbastanza informali, venivano discussi temi che via via riguardavano la possibilità di comparazione e di rilevamento di elementi che venivano individuati come comuni, e quindi fondanti la psicoterapia al di là di questa o quella psicoterapia.

Queste discussioni sistematiche vennero poi formalizzate, nel 1981, nella Scuola di Psicoterapia Comparata, principali fondatori della quale furono Patrizia Adami Rook, Rolando Ciofi e Marco Giannini. In un secondo momento si aggiunse, informalmente, Mario Ajazzi Mancini. Nacque così l'associazione senza fine di lucro Scuola di Psicoterapia Comparata.

Patrizia Adami Rook, ironizzandoci su, diceva che la nascita della scuola era stata per lei una autoterapia. Avendo fatto, nel suo percorso formativo, esperienze molto diverse, dalla Gestalt alla psicologia analitica, da Jung alla psicoanalisi freudiana, per non impazzire era stata costretta a trovare e comparare i collegamenti tra teorie che, nonostante si presentassero non di rado in guerra tra loro, avevano tutte in comune di costituire modelli di terapia operanti, come disse Freud, con mezzi psichici anziché fisici. Fondare una scuola che si chiamasse "comparata" era dunque stata solo una naturale conseguenza del suo lavoro.

La finalità della Scuola era identica a quella di ogni altra scuola di formazione in psicoterapia ma secondo il particolare tipo di modello comparato. In realtà quello comparato non voleva nemmeno essere un modello vero e proprio, o per lo meno non un modello chiuso. La comparazione doveva essere intesa come una forma di ricerca sistematica, sia nella teoria che nella prassi, degli elementi fondanti la psicoterapia. Patrizia Adami Rook infatti preferiva chiamare il suo lavoro "approccio" comparato e non "modello".

Le sue iniziative negli anni ebbe sempre più successo ed arrivarono anche i dovuti riconoscimenti. Patrizia Adami Rook scomparve prematuramente il 26 settembre 2007.

Ad oggi la Scuola di Psicoterapia Comparata ha tre sedi riconosciute dal M.I.U.R.: a Firenze (2001) diretta da Pietro Caterini, a Genova (2002) diretta da Laura Grignola, e a Cagliari (2005) diretta da Camilla Aymerich.

La Scuola di Psicoterapia Comparata ha organizzato e ospitato il II Congresso S.E.P.I.-Italia a Firenze nel 2006 e il XXVI S.E.P.I. International Meeting nel 2010, sempre a Firenze.

Il metodo di ricerca comparato

Come abbiamo già avuto modo di dire la comparazione si caratterizza per lo studio dei singoli modelli e il loro confronto, non necessariamente viene perseguita una integrazione "a tutti i costi", non è tra le sue finalità produrre modelli "chiusi" che rischiano di divenire autoreferenziali. Con i nostri metodi cerchiamo di sostenere e approfondire sistemi terapeutici aperti. Un sistema aperto "ha una certa coesione interna, e non tutti gli elementi vi possono subito entrare. Certi elementi vi si inseriscono meglio di altri. Altri elementi non possono entrarvi, oppure devono cambiare per poterlo fare. Inoltre, un cambiamento in uno degli elementi modifica potenzialmente l'intero sistema" (Arkowitz, 1997).

È possibile definire il metodo comparato come quel metodo che consiste nell'insieme delle fasi e degli atti razionalmente disposti, finalizzati a cogliere, attraverso un procedimento ordinato, metodico e progressivo di raffronto, le somiglianze, le differenze e le loro cause, cioè a

rivelare le relazioni esistenti fra le strutture e le funzioni di termini appartenenti a modelli diversi. Il metodo comparato costituisce un procedimento sistematico e razionale suddivisibile in fasi. Lo scopo del procedimento è la rilevazione delle relazioni e delle loro cause, fra i termini da comparare.

L'impostazione di lavoro dell'approccio comparato è vicina alla ricerca nel campo dei fattori comuni di efficacia; si parte dal presupposto che all'interno di diversi modelli teorici vi siano aspetti tecnici e relazionali comuni, afferenti sia al paziente sia al terapeuta, che sebbene nominati in contesti teorici diversi con nomi diversi, farebbero sostanzialmente riferimento a procedure di lavoro identiche o comunque simili.

Frank (1974) fu tra i primi a cercare di individuare fattori terapeutici comuni a diverse psicoterapie e ne individuò cinque:

- attivazione delle aspettative positive nel paziente
- acquisizione di sue nuove abilità sociali
- rapporto rassicurante e incoraggiante con il terapeuta
- accettazione del paziente di una teoria esplicativa sull'origine dei sintomi e sul loro superamento
- rituale terapeutico condiviso tra il paziente e il terapeuta

Più recentemente Norcross (2006) individua quattro fattori fondamentali del processo terapeutico:

- la relazione terapeutica
- le caratteristiche del terapeuta
- le caratteristiche del paziente
- le caratteristiche del metodo

All'interno di un processo di ricerca, nessuna di queste quattro caratteristiche può essere considerata isolatamente. Secondo le ricerche di Norcross la relazione terapeutica determina in modo consistente e sostanziale il risultato terapeutico indipendentemente dal tipo di trattamento utilizzato.

Gli elementi della relazione ritenuti particolarmente efficaci sono:

- l'alleanza (coesione nella terapia di gruppo)

- l'empatia
- il consenso sugli obiettivi
- la collaborazione

L'indagine dei fattori comuni in psicoterapia è sicuramente affascinante e ci auguriamo piena di sviluppi; certamente non è priva di difficoltà, soprattutto nell'individuare criteri di selezione per i fattori comuni: a seconda degli autori di riferimento si può passare da un minimo di quattro fattori comuni ad un massimo di 30! Arkowitz (1997) sostiene che i fattori comuni di efficacia sono stati individuati in tutte le aree del processo terapeutico.

Il metodo di insegnamento comparato

Il metodo di insegnamento comparato è piuttosto impegnativo sia per gli allievi sia per i docenti. Teoricamente vengono insegnati i principali modelli terapeutici che fanno parte della tradizione formativa della scuola: alcuni orientamenti psicodinamici, la teoria della Gestalt, elementi cognitivo comportamentali. Altri insegnamenti sono di orientamento rogersiano e sistemico-relazionale. La Scuola prevede anche approfondimenti seminariali sulle teorie classiche, come quella freudiana e quella junghiana. Grande importanza viene attribuita alla formazione personale e alla pratica clinica che gli allievi sono incoraggiati a esercitare già dal terzo anno. È prevista dal primo anno una terapia individuale che durerà per l'intero percorso formativo con una cadenza di una volta alla settimana. Il terapeuta viene liberamente scelto dall'allievo da un elenco di professionisti messo a disposizione dalla Scuola. Dopo il primo biennio è possibile cambiare terapeuta per condurre un altro tipo di esperienza, se viene ritenuto utile dall'allievo e dal terapeuta che ha in quel momento la presa in carico. La terapia individuale è fondamentale partendo dall'assunto che per comprendere gli altri è necessario aver compreso almeno in parte se stessi. Nel modello teorico comparato, principale strumento di cura è la relazione che s'instaura tra paziente e terapeuta (Adami Rook, 2002; Norcross, 2005), dunque è fondamentale essere il più possibile consapevoli rispetto a cosa mettiamo nella relazione delle nostre emozioni, delle nostre cognizioni, dei nostri

comportamenti. È necessario che il “prisma” con il quale filtriamo il mondo, la nostra personalità, sia stato analizzato dall’allievo nelle sue chiarezze e nelle sue opacità. Il “nostro modo di essere” può essere “più o meno terapeutico”, la formazione personale serve a raffinare le nostre capacità. La dimensione autoriflessiva è esaltata nel percorso terapeutico individuale e la propria crescita personale viene favorita anche attraverso gruppi esperienziali, come i gruppi Gestalt.

In modo analogo al metodo terapeutico ideato da Paul Wachtel, sono previsti per la formazione dell’allievo due momenti fondamentali: una prima fase di esplorazione profonda del sé e una seconda fase di “accompagnamento” ovvero una fase di sperimentazione e messa alla prova delle proprie reali capacità; questa seconda fase può trovare espressione in un ambiente protetto come i gruppi Gestalt, più incentrati alla verifica di sé mediante l’azione. Attraverso questo complesso percorso l’allievo dopo due anni viene autorizzato ad iniziare la propria attività psicoterapeutica. Anche in questa fase l’allievo non viene lasciato da solo, il proprio lavoro viene portato nelle supervisioni di gruppo dove è possibile parlare della relazione terapeutica esperita con i propri pazienti ad un livello “meta”, ovvero avere la possibilità, insieme ad uno psicoterapeuta esperto, di riflettere sulla “comunicazione della propria comunicazione”. Sebbene la formazione con tale approccio sia comparata e quindi esponga l’allievo a metodi di lavoro tra loro spesso diversi, ciascun terapeuta diviene necessariamente “integrato”. L’allievo durante la sua formazione ha modo di fare delle scelte, in base alla sua personalità può comprendere quali sono i metodi di intervento e le strategie terapeutiche che maggiormente gli si confanno. Ci saranno allievi che diventeranno più terapeuti “dell’azione” e allievi che saranno maggiormente dediti “all’esplorazione” del sé. Tutti loro saranno terapeuti integrati attraverso una formazione di tipo comparato. Un altro modo per comprendere la nostra formazione è quello della assimilazione per integrazione. Un terapeuta che parte dalla propria formazione di base diciamo “monocolore”, può nel tempo attraverso la sua esperienza integrare aspetti di altri orientamenti. Un processo simile avviene anche per gli allievi “comparati”: partendo da

uno o più approcci psicodinamici vengono integrate altre tecniche terapeutiche mantenendo dunque un modello della mente coerente ma aperto.

Il modello terapeutico applicato alla Scuola di Psicoterapia Comparata è un modello aperto e quindi in continua evoluzione, è un modello che deriva principalmente dal lavoro svolto con Patrizia Adami Rook e dagli insegnamenti di Paul Wachtel. Come è naturale che sia in una scuola appartenente al filone integrativo, varianti differenti sono insegnate nella scuola fiorentina e nelle sedi di Genova e Cagliari.

Il modello terapeutico comparato

L’approccio terapeutico comparato è un sistema aperto e in evoluzione, si presta dunque ad avere anche all’interno della Scuola differenti declinazioni. Cercheremo di esprimere il nostro punto di vista coerentemente a quanto insegnato da Patrizia Adami Rook.

L’essere umano, nel nostro modo di vedere le cose, è psichicamente costituito da elementi cognitivi, affettivi e comportamentali che sono livelli diversi e interagenti di uno stesso sistema. Un intervento terapeutico effettuato ad uno qualunque dei livelli esposti può avere ripercussioni negli altri livelli e dunque sull’intero sistema. Ad esempio, un bambino di circa due anni può comprendere emotivamente ed empaticamente che un proprio comportamento, come buttare degli oggetti in terra, possa essere di dispiacere ai propri genitori. Il bambino può decidere di non mettere in atto quel comportamento per non arrecare disturbo alle proprie figure di riferimento o scegliere di emettere quel comportamento intenzionalmente per disturbare o attirare l’attenzione. Dunque una comprensione emotivo-affettiva ha fatto modificare i comportamenti del bambino. A questa comprensione il bambino può essere arrivato tramite l’emissione del comportamento “lanciare gli oggetti” per puro divertimento o desiderio di esplorazione. Questo comportamento ha creato una reazione del sistema familiare e una “censura” del comportamento stesso. Potremmo pensare che il bambino sia arrivato a questa comprensione tramite un’azione “lanciare gli oggetti”, di aver

osservato una reazione familiare “censura del comportamento” che ha portato ad una comprensione di una dinamica relazionale. Lo stesso processo può anche avvenire perché il nostro bambino ha osservato emettere questo comportamento ad un altro bambino, suo fratello ad esempio e ha dunque imparato, tramite l’osservazione che il comportamento “lanciare gli oggetti” è un comportamento censurato e dunque può decidere tramite questo apprendimento se emettere o non emettere quel comportamento.

Questo semplice esempio vorrebbe illustrare che la possibilità di comprensione profonda, che possiamo chiamare “insight”, può avvenire tramite una osservazione, un processo cognitivo dunque che porta alla comprensione di un determinato fenomeno, oppure anche attraverso un’azione che porta poi successivamente alla comprensione del fenomeno.

Il nostro presupposto è che un comportamento disfunzionale di un paziente possa essere analizzato, compreso e dunque modificato attraverso un processo di tipo esplorativo ma anche, lo stesso processo disfunzionale, può venire modificato attraverso un intervento di tipo comportamentale, un intervento quindi applicato direttamente al fenomeno, come nel condizionamento operante. Quello che è importante, affinché una modificazione dei pattern disfunzionali possa durare, è che sia coinvolto anche il livello emotivo del paziente oltre che il livello cognitivo e comportamentale. Questo può avvenire in molti modi. Nei gruppi Gestalt una possibile modalità terapeutica è quella di consentire al paziente, nell’ambiente protetto del gruppo, di “agire” i propri comportamenti disfunzionali attraverso una rappresentazione degli stessi con l’aiuto degli altri partecipanti. Se ad esempio un membro del gruppo rischia di essere eccessivamente aggressivo con il proprio bambino, può essere rappresentato questo comportamento attraverso una messa in scena simile a quella teatrale: qualcuno può impersonare il bambino, qualcuno la madre, qualcun altro altri membri familiari. Il protagonista della scena racconta un’interazione tipica che lo fa arrabbiare e viene dato il via all’azione. Abbiamo in questo caso la possibilità di compiere un’azione “come se” appartenesse allo scenario originario, creando

dunque una distanza e la possibilità di fare un’auto-osservazione. Durante l’azione il protagonista può esperire come si sente così possono fare gli altri partecipanti al gruppo. Finita la scena, il gruppo commenta ciò che è avvenuto, sia chi ha partecipato sia chi ha assistito. Questo processo terapeutico è composto di più livelli: un livello di azione, un livello di auto-osservazione, un livello di osservazione da parte del gruppo, un livello di comunicazione dei propri comportamenti, un livello di commento ai comportamenti altrui, un livello di espressione delle proprie emozioni ed un livello di riflessione sulle stesse.

Paradossalmente, attraverso la messa in atto è possibile visualizzare il pattern disfunzionale, contenerlo, commentarlo e tentarne una elaborazione e comprensione comportamentale, cognitiva ed emotiva. In questo senso riteniamo che comportamenti, cognizioni, emozioni siano livelli diversi di uno stesso sistema. Così come l’apparato psichico è profondamente interagente con quello biologico: procedendo sempre con un esempio, modificare la dieta inappropriata di un paziente può portargli non solo un benessere di tipo organico ma anche di tipo psichico come, ad esempio, un miglioramento dell’umore dovuto a un più corretto apporto di carboidrati. Proseguendo l’esempio sempre secondo il nostro modello, un miglioramento dell’umore dovuto a un successo lavorativo può far trovare la forza al nostro paziente di migliorare la dieta e quindi di avere ulteriori vantaggi come indicato sopra.

Nella nostra visione dell’essere umano, il nostro vertice osservativo privilegiato è il punto di vista psicodinamico, pur integrandolo con elementi di tipo cognitivo-comportamentali o gestaltici. Il modello integrato di riferimento che adottiamo è la psicodinamica ciclica di Paul Wachtel. Pensiamo dunque che il processo terapeutico possa essere sommariamente composto da due fasi, una di esplorazione ed una di accompagnamento, una di comprensione cognitiva ed emotiva ed una di azione, di correzione dei comportamenti e delle relazioni che ci fanno soffrire.

Il processo diagnostico e terapeutico, assumendo il presupposto che esistono processi consci e processi inconsci, inizia con l’analisi della domanda: quale richiesta di cura sta ponendo il paziente all’interno del suo

discorso? Ogni comunicazione, che secondo la *Pragmatica della comunicazione umana* di Watzlawick può essere intesa anche come un comportamento, è composta da due livelli: uno conscio, le ragioni del mio discorso, ed uno inconscio, ciò che mi porta a fare il mio discorso. Possiamo anche dire insieme a Watzlawick che ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione, un piano logico ed un piano analogico. Il processo diagnostico prevede l'ascolto e la decodifica della domanda del paziente attraverso l'analisi di rappresentazioni, fantasie e sogni. Le fantasie, gli aspetti relazionali inconsci possono essere esplicitati al paziente nel raggiungimento di una riformulazione della domanda che possa far lavorare la coppia terapeuta-paziente su degli obiettivi condivisi. La condivisione degli obiettivi permette alla coppia terapeuta-paziente di monitorare l'andamento della psicoterapia e di non auto ingannarsi rispetto agli esiti.

Sempre in un'ottica psicodinamica, resta fondamentale sostenere la capacità auto riflessiva del paziente sulle proprie difficoltà, modelli di funzionamento, relazioni attuali, relazioni interiorizzate in modo tale che possa liberamente scegliere di compiere o non compiere un atto terapeutico su di sé. Nella fase di esplorazione, strumenti importanti sono l'analisi del transfert e del contro-transfert, l'interpretazione delle fantasie, rappresentazioni e sogni ma anche l'empatia intesa in senso Kohutiano e l'esperienza emozionale correttiva di Alexander. Questa prima fase corrisponde ad un livello di intervento, sul sistema omeostatico, umano cognitivo ed emotivo; modificazioni a questi livelli possono portare modificazioni anche a livello comportamentale ma riteniamo, insieme a Wachtel, che il cambiamento vada sostenuto e monitorato anche a livello comportamentale. Questa è quella che Wachtel chiama fase di accompagnamento, ovvero sostenere il paziente nel mettere in atto fuori dal contesto terapeutico comportamenti correttivi dei comportamenti e delle relazioni che fino a quel momento lo hanno danneggiato. È come dire, in poche parole, che la comprensione profonda non basta, se il paziente decide di voler compiere un atto terapeutico su di sé possiamo sostenerlo anche in questo processo. Gli strumenti operativi in

questo campo sono maggiormente di matrice gestaltica, comportamentale e sistemico relazionale. Ad esempio, quando un paziente ha compreso un proprio funzionamento e vuole effettivamente cambiare non è detto che gli altri attorno a lui, in un'ottica sistemica, siano disponibili ad accettare questa sua scelta. Poniamo il caso di una signora in terapia che decida di essere più assertiva e meno a disposizione delle richieste di un marito autoritario. Certamente il marito non gradirà il cambiamento della moglie e noi potremo sostenere la signora nel fronteggiare il proprio compagno e sostenere le proprie posizioni. Modalità possibili e adoperabili all'interno del processo terapeutico sono quelle di aiutare la signora ad immaginare gli scenari nelle interazioni con il proprio marito, cercando in qualche modo di anticiparne le possibili reazioni. Possiamo aiutare la signora ad immaginarsi un'interazione attraverso la tecnica della sedia vuota (di matrice gestaltica) o adoperando un'altra tecnica "come se" come un role-playing. La paziente può essere anche aiutata attraverso delle visualizzazioni. Continuando nello stesso esempio, la signora potrebbe non aver appreso, a causa della propria storia, della abilità come quella di competere, comportamento decisamente importante e complesso. Il terapeuta può spiegarle i meccanismi mentali utili, insegnarle le abilità necessarie, sostenendola ed incoraggiandola. Questa seconda fase terapeutica, se necessaria, resta in una cornice teorica psicodinamica, integrando nella sua visione gli apporti tecnici di altre importanti teorie, in un'ottica di tayloring (Norcross, 2005) ovvero la necessità di ritagliare l'intervento terapeutico sulle esigenze del paziente e non su quelle del modello teorico. Il nostro sforzo è quello di mantenere una visione del processo terapeutico il più possibile coerente, riconoscibile e in questo senso "prevedibile" dal paziente in modo tale che, dentro una cornice stabile, possa fare le sperimentazioni a lui necessarie per la propria crescita e il proprio cambiamento.

Riferimenti Bibliografici

Adami Rook, P. (1983). *Le due femminilità*. Roma: Bulzoni Editore.

- Adami Rook, P. (1984). *Il calcolo del desiderio*. Roma: Bulzoni Editore.
- Adami Rook, P. (1987). A proposito della immagine nucleare. Un parere diverso da Carotenuto, *Giornale Storico di Psicologia Dinamica*, Roma: Liguori Editore.
- Adami Rook, P. (1995). Quasi prete quasi medico, *Simposio, Rivista di Psicologi e Psicoterapeuti*, 3, Primavera. Firenze: ABC.
- Adami Rook, P. (1996). Modello medico, modello psicoterapeutico, *Simposio, Rivista di Psicologi e Psicoterapeuti*, 5, Primavera. 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), Marzo. Firenze: Vertici Editore.
- Adami Rook, P. (2007). Comparare... perché?, *Simposio, Rivista di Psicologi e Psicoterapeuti*, 3(2), Settembre. Firenze: Vertici Editore.
- Alberti, G. (2000). Le Psicoterapie. Dall'elettismo all'integrazione. Milano: Franco Angeli.
- Alford, B. & Norcross, J.C. (1991). Cognitive therapy as an integrated therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 175-190.
- Arkowitz, H. (1984). Historical perspective on the integration of psychoanalytic therapy and behavior therapy. In H. Arkowitz and S.B. Messer (Eds.). *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: is integration possible?*, 1-30. New York: Plenum.
- Arkowitz, H. (1989). The role of theory in psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 8, 8-16.
- Arkowitz, H. (1997). Integrative theories of therapy. In Wachtel, P.L. e Messer, S.B. *Theories of psychotherapy*. Washington: American Psychological Association
- Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy as an integrative therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 191-198.
- Beckham, E.E. (1990). Psychotherapy of depression at the crossroads: Directions for the 1990s. *Clinical Psychology Review*, 10, 207-228.
- Beitman, B.D., Goldfried, M.R. & Norcross, J.C. (1989). The movement toward integrating the psychotherapies: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 146, 138-147.
- Beutler, L.E. (1983). *Eclectic psychotherapy: a systematic approach*. New York: Pergamon.
- Beutler, L.E. & Clarkin, J. (1990). *Differential treatment selection: toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Dollard, J. e Miller, N.E. (1950). *Personality and Psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking and culture*. New York: McGraw-Hill.
- Eagle, M. (1987). *Recent developments in Psychoanalysis: a critical evaluation*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J., & Parloff, M.B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Tavistock Publications & Routledge & Kegan Paul.
- Ford, D.H. & Urban, H.B. (1998). *Contemporary Models of Psychotherapy*. Wiley: New York.
- Frank, J.D. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Frank, J.D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J.H. Harvey and M.M. Parks (a cura di). *The Master Lecture Series. Vol. 1. Psychotherapy research and behavior change*. 73-122. Washington, DC: American Psychological Association.
- Freeman, A., Simon, K., Beutler, L., & Arkowitz, H. (a cura di) (1989). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Plenum.
- Garfield, S.L. (1957). *Introductory clinical psychology*. New York: MacMillan.
- Garfield, S.L. & Kurtz, R. (1976). Clinical Psychologists in the 1970s. *American Psychologists*, 31, 1-9.
- Goldfried, M.R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologists*, 35, 991-999.
- Goldfried, M.R. (1991). Research issues in psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 5-25.
- Goldfried, M.R. & Newman, C. (1986). Psychotherapy integration: an historical perspective. In J.C. Norcross (a cura di). *Handbook of eclectic psychotherapy*. 25-61. New York: Brunner/Mazel.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe: Göttingen.
- Gurman, A.S. e Messer, S.B. (1995). *Essential Psychotherapies. Theory and Practice*. Guilford: New York, Londra.
- Karasu, T.B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Kendall, P.C. & Bemis, K.M. (1983). Thought and action in psychotherapy: the cognitive behavioral approaches. In M. Hersen, A.E. Kazdin, & A.S. Bellak (a cura di). *The clinical psychology handbook*. 565-592. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Lambert M.J. (a cura di). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (5th Edition). Wiley: New York.
- Lambert, M.J., Shapiro, D.A., & Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S.L. Garfield e A.E. Bergin (a cura di). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, (3rd edition), 157-211. New York: Wiley.
- Lazarus, A.A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports*, 21, 415-416.
- Lazarus, A.A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer.
- Lazarus, A.A. (1981). *The practice of multimodal therapy*. New York: McGraw-Hill.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies : is it true that "Everybody has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Mahoney, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger.

- Norcross, J.C. & Prochaska, J.O. (1983). Psychotherapists in independent practice: some findings and issues. *Professional Psychology: research and practice*, 14, 869-881.
- Norcross, J.C. & Prochaska, J.O. (1988). A study of eclectic (and integrative) views revisited. *Professional Psychology: research and practice*, 19, 170-174.
- Rosenzweig, S. (1963). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Safran J.D. & Messer S.B. (2006). Psychotherapy Integration: A Postmodern Critique. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2), 40-152.
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J., & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Smith, M.L., Glass, G.T., & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Stiles, W.G., Shapiro, D.A., & Elliot, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent?. *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Wachtel, P.L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: toward an integration*. New York: Basic Books.
- Wachtel, P.L. (1987). *Action and insight*. New York: Guilford.
- Wachtel, P.L. & Messer, S.B. (1997). *Theories of Psychotherapy. Origins and Evolution*. Washington: American Psychological Association.
- Watson, J.B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20, 158-177.
- Weitzman, B. (1967). Behavior therapy and psychotherapy. *Psychological Review*, 74, 300-317.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

IL SETTING IN PSICOTERAPIA COMPARATA

di Elena Chillè¹, Simona Pecchioli²

¹psicologa, psicoterapeuta, specializzata presso la Scuola di Psicoterapia Comparata, ²psicologa, psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Comparata

Riferendosi alla tradizione psicoanalitica, il setting viene definito da Di Chiara (1986; in Ferrara, 1998) come l'assetto relazionale che l'analista deve tenere per tutta la durata del trattamento ed è funzionale a consentire l'esperienza psicoanalitica, cioè a stabilire un contatto con l'inconscio e con la storia personale del paziente, i conflitti, il transfert. Il tema del transfert concerne per definizione il campo di incontro tra analista e paziente, e il setting è elemento centrale del processo analitico che permette l'instaurarsi del transfert stesso.

Quando parliamo di setting prima di tutto dobbiamo riferirci in termini generali ad una scuola o ad una tradizione, nonché alla concezione dell'uomo che vi è dietro. Poi, in particolare, alla persona che effettivamente sta operando e alla specifica situazione nella quale lo fa.

In tutta la storia della psicoanalisi ci sono state posizioni contrastanti tra quanti hanno scelto modelli rigidi e quanti invece, deviando, hanno proposto relazioni più aperte al coinvolgimento personale. Anche Freud fu sempre indeciso tra una neutralità asettica e rigorosa, da chirurgo, e un atteggiamento umanamente più partecipe (Ferrara, 1998).

Ispirandoci alla tradizione psicoanalitica possiamo parafrasare il concetto di setting definendolo come il complesso dei fenomeni, piuttosto che delle regole, che si verificano durante la relazione e favoriscono gli obiettivi del processo terapeutico.

Il setting terapeutico non esiste in natura, ma è un contesto relazionale artificiale, una costruzione culturale, concettuale, tipica dell'occidente dell'ultimo secolo (da Freud in poi). Esso è caratterizzato da procedure del tutto inusitate rispetto alle comuni relazioni

umane perché è connotato da specularità, neutralità, distanza e astinenza. Come scrive Nathan (1996; in Di Blasi e Lo Verso, 2006), il setting è un quadro tecnico, un dispositivo totalmente "costruito" dal terapeuta entro il quale ciò che accade viene concepito come se fosse "naturale". Attraverso la costruzione del setting il terapeuta crea il suo lavoro ed attraverso questo "legge" il paziente, la sua storia, la sua sofferenza.

È proprio questo aspetto di costruzione che lo caratterizza come una dimensione che, essendo al di fuori delle dinamiche quotidiane, rende possibile la creazione di uno spazio mentale all'interno del quale vengono vissute e condivise vicende psichiche e relazionali significative e profonde. Tale campo mentale, sia esso gruppale, duale, familiare o integrato, non viene definito una volta per tutte, ma si costruisce e si auto-organizza attraverso la rete di comunicazione condivisa tra paziente e terapeuta.

Il quadro procedurale, inoltre, in quanto derivato da specifici vertici teorici, epistemologici e clinici, determina la visibilità e la pensabilità degli eventi che si presentano sulla scena terapeutica: gli accadimenti stessi mutano la loro conformazione e il loro significato in base al setting in cui si presentano. Infatti, in funzione di specifici aspetti teorici, metodologici e clinici, ogni psicoterapia focalizza l'attenzione sui modelli di attaccamento, sui conflitti intrapsichici, sulle ideazioni disfunzionali, sulle trasformazioni corporee delle emozioni, sulle relazioni gruppali o familiari, e via dicendo (Di Blasi e Lo Verso, 2006).

Tuttavia, al di là dei vari modelli di psicoterapia, a partire dal lavoro di Frank *Persuasion and Healing* del 1961, il setting viene ascritto a quella tradizione clinica e di ricerca definita dei fattori

comuni. In questo contesto, il setting è un elemento comune a tutti i modelli, come luogo sicuro e socialmente riconosciuto che potenzia il prestigio del terapeuta e la speranza di ricevere aiuto, e che contribuisce all'efficacia della terapia al di là della tecnica specifica. L'uso del setting, oltre a fornire struttura e formalità al processo terapeutico, altra caratteristica che lo contraddistingue dalle altre relazioni umane, favorisce anche le aspettative del paziente e un coinvolgimento attivo da entrambe le parti.

Il setting è costituito da aspetti concreti e psichici che consentono lo svolgersi di quel processo comunicativo che è il colloquio, psicologico o psicoterapeutico che sia (Agosti, 2009). Ma setting dice anche riferimento a regole: per Novellino e Miglionico (1987; in Vercellino, 1998) il setting è l'insieme delle regole che definiscono la natura della relazione terapeuta-cliente, salvo che per certi pazienti più regrediti per i quali il setting simboleggia il terapeuta. Il complesso delle norme spaziali, temporali ed economiche va a delineare gli aspetti materiali, mentre l'atteggiamento e l'assetto mentale dello psicoterapeuta determinano quelli psichici del setting.

Potremmo, in sintesi, definire il setting come l'insieme degli elementi, precostituiti dal terapeuta in base al proprio orientamento, che contribuiscono alla strutturazione di una relazione di tipo terapeutico e del processo a cui tale relazione dà vita e, quindi, alle regole che la rendono possibile, la definiscono e la organizzano (Loriedo e Acri, 2009).

Storia ed evoluzione del concetto di setting

Dal 1905 al 1915 Freud descrive con precisione i principi della cura psicoanalitica che definiscono il setting in cui si sviluppa il trattamento e la natura della relazione che lega il paziente allo psicoanalista (Petrini e Visconti; in Loriedo e Acri, 2009). Fino a questo momento il setting analitico derivava essenzialmente dall'esperienza della pratica ipnotica, ove il metodo, il dispositivo, servivano ad indurre uno stato psichico particolare (il lettino, uno spazio tranquillo e protetto, una relazione a due e un tempo, quello della seduta ipnotica, di un'ora); ma in questa fase il setting psicoanalitico è ancora estremamente elastico.

Una volta abbandonata la tecnica dell'ipnosi, attraverso la tecnica della pressione associativa, Freud scopre il fenomeno della resistenza, pietra miliare della psicoanalisi. La teoria della resistenza si amplia in due direzioni: da una parte si scopre l'inconscio, oggetto della resistenza, regolato da leggi di condensazione e spostamento e il cui contenuto si rintraccia nella teoria della libido; dall'altra parte nasce la teoria del transfert, che porta all'immediata riformulazione della relazione analitica, che deve restare definita in confini precisi e rigorosi.

La risposta tecnica a questa peculiare relazione tra analista e analizzato è il setting: l'analista deve essere uno specchio che riflette soltanto ciò che il paziente proietta, non mostra niente di sé e si limita a restituire al paziente ciò che egli di sé ha proiettato. Nel corso della sua scoperta e continua esperienza del transfert, della sua intensità e complessità, Freud impone un cambiamento radicale del setting, che diventa da "non definito" a rigoroso, in quanto così strutturato permette una maggior precisione nel valutare il transfert. Un setting stabile permette, infatti, di non contaminare il transfert, rendendolo più nitido e trasparente.

A partire dall'allontanamento da Freud, intorno al 1913, Jung apporterà delle modifiche sostanziali sia al setting freudiano che alla teorizzazione di base, di cui le più rilevanti sono una maggiore attività da parte del terapeuta, l'interesse per la situazione attuale del paziente, il passaggio dal divano al vis-à-vis, la riduzione della frequenza delle sedute, l'evitamento della regressione il più possibile e l'importanza data all'ambiente culturale (Petrini e Visconti, 2009; in Loriedo e Acri, 2009). Tali variazioni includono anche il ruolo dello psicoanalista che non può essere un semplice specchio riflettente; esiste invece una realtà "relazione" con cui è necessario fare i conti e inserirla all'interno della valutazione diagnostica del paziente.

Ferenczi, allievo di Freud, rivolge la sua attenzione alla tecnica, ponendo particolare attenzione alla relazione terapeutica: il metodo attivo mira a dare nuovo impulso al processo analitico nel momento in cui ristagna, mediante ingiunzioni e proibizioni dirette. È proprio a seguito delle successive esperienze di Ferenczi

di fronte al problema della stagnazione del processo psicoanalitico, che Freud fu spinto ad una maggiore definizione del quadro psicoanalitico per controllare maggiormente gli elementi seduttivi e manipolatori che si sviluppavano nella relazione terapeutica. Quindi fu proprio l'introduzione del corpo nella relazione terapeutica a spingere Freud e la psicoanalisi verso una maggiore definizione del setting (Roccalbegni, 2009). Così, il lavoro psicoanalitico si definisce sempre più come un processo di simbolizzazione in cui rendere analizzabile il transfert: alla capacità dei pazienti di trasferire situazioni antiche e rimosse nella relazione terapeutica presente, corrisponde la capacità dell'analista di restituire loro la loro storicità affettiva e il loro senso perduto. A questo fine vengono definiti alcuni punti del quadro: la sospensione della motricità, che implica una teoria della simbolizzazione come interiorizzazione dell'atto, trasformato dunque in pensiero; la rarefazione percettiva visiva; la restrizione della comunicazione al solo campo verbale; la posizione ritratta dell'analista, che crea uno spazio vuoto che simbolizza la perdita e l'assenza; il divieto del contatto. Come si vede da questi punti costitutivi, il setting freudiano serviva a rendere leggibile la relazione transferale attraverso l'introduzione di una serie di limiti che obbligavano la relazione all'utilizzo del solo canale verbale.

Negli anni '50 si apre un grosso dibattito che lega lo studio del setting a quello dei processi transferali e controtransferali che si attivano nella relazione psicoanalitica. Ne fanno parte, ad esempio, la Klein (1953) con l'applicazione della psicoanalisi del gioco nella terapia con i bambini, Winnicott (1955) che mette in discussione il setting freudiano se usato con pazienti non nevrotici, ma con bambini e adulti che hanno strutturato un falso Sé, Bion (1961) con i suoi studi sui piccoli gruppi, Bleger (1967) con l'applicazione del setting psicoanalitico a pazienti borderline o psicotici (in Roccalbegni, 2009).

Alexander, allievo di Ferenczi, teorizza quella che viene definita esperienza emozionale correttiva, secondo la quale non è il semplice ricordo di un avvenimento che guarisce un paziente dalla sua nevrosi, ma la riviviscenza di una esperienza correttiva che distrugge l'affetto

dell'esperienza originaria (Petrini e Visconti, 2009; in Loriedo e Acri, 2009). Tale metodo era preceduto da una valutazione diagnostica della personalità del paziente, in modo che il terapeuta potesse valutare la modalità di intervento più idonea, allo scopo di provocare una nuova esperienza emotiva destinata a correggere i traumi del passato in un'ottica riparatrice. Le misure proposte da Ferenczi e Alexander avevano lo scopo di aprire il setting psicoanalitico alla realtà esterna (Petrini e Visconti, 2009; in Loriedo e Acri, 2009).

Winnicott (in Bleger, 1967) definisce il setting come l'insieme di tutti i dettagli della tecnica psicoanalitica. Nel caso di trattamento di pazienti con un falso Sé il setting diventa un elemento fondamentale, più importante dell'interpretazione; diventa cioè il contenitore che permette al passato del paziente di essere il presente nello studio dell'analista. C'è per la prima volta nella vita del paziente l'occasione che si sviluppi un Io, che esso si instauri come Io corporeo, e anche che, iniziando a relazionarsi con gli oggetti, si opponga a un ambiente esterno. Il setting, nel lavoro di Winnicott, diventa ancora più importante, perché diviene il contenitore del processo di strutturazione dell'Io passando attraverso l'organizzazione dell'Io corporeo. Quindi nel setting entra a pieno titolo il corpo come primo organizzatore dell'Io.

Un'idea molto simile è quella di contenitore di Bion (1962; in Etchegoyen, 1986), che può essere applicata al processo analitico. Bion (1963) pensa il setting come un contenitore entro cui il paziente porta ed elabora insieme all'analista i propri vissuti; senza tale contenitore, la "cura" diventa impossibile. Nella teoria del contenitore di Bion, il paziente proietta elementi β , mentre la mente del terapeuta è un contenitore con funzione α , ovvero di passaggio dal processo primario alla formazione di immagini oniriche, o di rêverie, la capacità di risonanza con ciò che proietta il paziente, in cui è fondamentale il contatto emotivo intersoggettivo. Attraverso essa si decifra l'elemento β e lo si traduce in un linguaggio comprensibile al paziente, al quale lo si restituisce come elemento α . Inoltre, Bion estende lo studio della psicoanalisi

all'esplorazione delle dinamiche dei gruppi, per cui dallo studio della relazione a due si passa a relazioni plurime, al transfert fra due si aggiungono i transfert laterali.

Come si può vedere, il setting psicoanalitico si va trasformando progressivamente in funzione del cambiamento dei bisogni e delle caratteristiche del campo che si va a studiare.

Bleger (1967) adotta il termine situazione psicoanalitica per indicare quel complesso di fenomeni che costituiscono un processo e che include anche un inquadramento, un "non processo", vale a dire un insieme di costanti nell'ambito delle quali avviene il processo stesso; in altre parole, il setting. L'inquadramento dunque corrisponde alle costanti del metodo e della tecnica, il processo all'insieme delle variabili. Nell'inquadramento psicoanalitico viene incluso il ruolo dell'analista, l'insieme dei fattori relativi allo spazio (ambiente) e al tempo (fissazione e mantenimento degli orari, interruzioni concordate), gli aspetti economici (onorario), il contratto analitico.

Esiste un'importante letteratura sulla necessità di mantenere l'inquadramento psicoanalitico, sulle rotture e distorsioni che il paziente provoca su di esso nel corso di qualunque analisi, anche se con gradi e caratteristiche variabili: dal rispetto ossessivo alla rimozione, all'acting out, alla disgregazione psicotica. Anche per Bleger il rapporto analitico è un rapporto simbiotico, ma nei casi in cui l'inquadramento viene rispettato è esso stesso che diventa il depositario della simbiosi, la quale non è presente, allora, nel processo analitico. Secondo Bleger, ci sono in realtà due inquadramenti: quello che l'analista propone, mantiene e viene accettato dal paziente e quello in cui il paziente proietta il suo mondo fantasma. I pazienti portano in analisi il proprio inquadramento, cioè l'istituzione della loro relazione simbiotica primitiva. Per Bleger, l'analista deve accettare l'inquadramento del paziente, ma deve anche tenere presente che questo non vuol dire abbandonare il proprio, senza il quale sarebbe impossibile analizzare il processo e l'inquadramento stesso che diventa processo.

La situazione analitica: relazione, campo e processo

Quando parliamo di situazione analitica, nel linguaggio ordinario intendiamo dire che il trattamento analitico ha un posto, un luogo: l'analisi ha luogo nella situazione analitica. La teoria psicoanalitica distingue una serie di elementi che compongono la situazione analitica (Winnicott, 1955; Bleger, 1966; Donnet, 2001; in Gaddini e Riefolo, 2006) e permettono il processo trasformativo dell'analisi. In sostanza la situazione analitica si compone di un paziente, un analista e il setting. Riconoscendo la situazione analitica come composta da diversi elementi, implicitamente viene riconosciuta la possibilità di altrettanti livelli di transfert (Gaddini e Riefolo, 2006).

Per stabilire la situazione analitica occorre un ambito, il setting, in cui si situano le norme che la rendono possibile. Tali norme hanno la loro ragione di essere nelle teorie della psicoanalisi e dello psicoanalista e sorgono da un accordo tra paziente e analista in funzione di un lavoro che li unisce, che costituisce il contratto analitico. Introducendo nella definizione la nozione di lavoro, si scivola inevitabilmente dalla situazione al processo; ogni lavoro, infatti, implica uno sviluppo nel tempo. In sintesi potremmo dire che la differenza tra situazione e processo sta nella dimensione: la situazione ha un riferimento spaziale, mentre il processo ha un riferimento temporale. Per gestire e controllare la dimensione del tempo è fondamentale considerare la durata effettiva della seduta, la fissazione e il mantenimento del giorno e dell'orario e il valore delle interruzioni. In questo modo, la temporalità interna viene ridimensionata attraverso una dimensione effettivamente misurabile, che si collega al principio di realtà e a concetti quali limiti e possibilità.

Se mettiamo da parte la dimensione temporale, la situazione analitica può essere definita campo, ossia zona di interazione tra organismo e ambiente; in particolare il campo analitico risulta dall'interazione tra paziente e ambiente, che include la persona e il ruolo dell'analista. Diverse tradizioni intendono la situazione analitica come un campo che è allo stesso tempo di osservazione e di interazione:

L'analista non può essere semplicemente un occhio neutrale, ma interviene di fatto e di diritto nella situazione che egli stesso ha contribuito a creare. I due membri della coppia analitica sono legati in modo complementare e nessuno dei due può essere inteso senza l'altro (Baranger e Baranger, 1969; in Etchegoyen, 1986). Questo pone le basi perché si crei, tra analista e paziente, una fantasia condivisa, un fenomeno di risonanza che permette l'insight.

Il setting analitico, dunque, offre le migliori condizioni perché si sviluppi l'insight; infatti, esso ci dà la possibilità di vedere il nostro passato nel presente e riesaminarlo, ci fa vedere in che modo stiamo operando adesso e come, attraverso l'interpretazione, il paziente possa introiettare questo processo. Il campo così inteso non è semplicemente lo spazio della situazione analitica, ma lo spazio dell'interazione.

Elemento fondante della situazione analitica è l'alleanza terapeutica, che ne sta alla base, e dove i cambiamenti esistono, ma sono molto lenti (Etchegoyen, 1986). La costruzione di un'alleanza terapeutica si basa anche sulla capacità dell'analista di cogliere progetti che possono essere terrificanti, mostruosi, distruttivi; naturalmente il problema è poi come anche il processo più pericoloso, il più mostruoso, il più distruttivo possa essere ospitato, trasformato, mitigato e in qualche misura diventare pensabile per il soggetto che lo ha portato.

Altri autori, ad esempio Bleger (1967) e Zac (1971), propongono che la situazione analitica si definisca a partire dal processo. Il processo analitico, per potersi realizzare, ha bisogno di un non processo, una parte fissa e stabile, che è il setting, che si trova così ad essere definito come un insieme fisso di costanti grazie alle quali può avere luogo il processo psicoanalitico. Zac individua tre tipi di costanti: 1) le costanti assolute, che sono presenti in tutto il trattamento e mantengono una relazione diretta con tutte le ipotesi che definiscono la psicoanalisi, quali la stabilità del ritmo di lavoro (frequenza e durata delle sedute); 2) le costanti relative che dipendono dall'analista, quali tratti di personalità, ideologia scientifica, luogo in cui si trova lo studio, stile dell'arredamento, regolamentazione dell'onorario, delle ferie; 3) le

costanti relative che derivano dalla coppia particolare formata da quell'analista e da quel paziente, che danno maggior sostegno ai conflitti di controtransfert, quali la conciliazione dell'ora della seduta in base alle esigenze di entrambi. Una volta stabilite, le costanti relative diventano fisse. Una volta fissate le variabili per costituire il setting, le altre variabili contenute nella situazione analitica genereranno il processo analitico.

Il setting è dunque l'ambito che alberga un contenuto: il processo. Per struttura e organizzazione il processo analitico mette il soggetto di fronte a periodi di contatto e di assenza che condizionano un tipo particolare di angoscia, l'angoscia di separazione, fondamentale nel periodo precoce della vita. In base a questo presupposto teorico, il setting deve essere ideato perché possa fare da contenimento agli imprevisti del contatto e della separazione. Ogni setting influisce sullo sviluppo del processo cui appartiene, e viceversa; di conseguenza non ci può essere alcun processo se non all'interno di un setting.

L'incontro tra terapeuta e paziente si propone quindi come incontro tra due setting diversi, che, almeno inizialmente, hanno bisogno di tempo per entrare in contatto e in sintonia, realizzando esperienze emotive nuove proprie delle singole coppie terapeutiche nell'ottica di un'unicità dei rapporti creata da entrambi gli attori.

Ci sono poi due modi di intendere il setting: come comportamento o come atteggiamento mentale dell'analista, vale a dire introdurre il minor numero di variabili nello svolgimento del processo, fondamentalmente un atteggiamento etico.

All'interno del setting possiamo quindi distinguere due aspetti. Il primo è quello che di solito coincide con l'uso consueto del termine set e corrisponde agli aspetti materiali, quali luogo, tempo, modalità organizzative ed economiche. Potremmo definirlo il setting esterno, sottolineando così la sua posizione rispetto alle persone che vi concorrono. Il secondo aspetto riguarda gli aspetti relazionali, in genere indicati in letteratura con i termini di transfert e controtransfert. Accettare la distinzione del setting in due ordini di fatti,

quelli materiali (esterni) e quelli relazionali (interni), permette di renderci conto di come diversi modelli teorici o diversi momenti della stessa pratica clinica portano ad accentuare l'attenzione agli aspetti materiali o a quelli relazionali. Potremmo immaginare due poli estremi di un possibile continuum: da un lato si situa una posizione che potremmo definire di rigidità procedurale, in cui l'attenzione al setting è rivolta tutta agli aspetti materiali, esterni, organizzativi, che vengono sentiti come condizioni imprescindibili e la cui assenza squalifica le altre operazioni, o addirittura si ritiene che le operazioni terapeutiche consistano nel mantenere un setting e che il mantenimento sia già di per sé terapeutico. Dal lato opposto, possiamo ipotizzare una posizione di "temerarietà relazionale" in cui l'incontro avviene senza la protezione del setting materiale ritenuto uno schermo che disturba la spontaneità dell'incontro, che differenzia le persone relegandole in ruoli di diversa dignità, che ostacola la realizzazione dello scambio (Gaddini e Riefolo, 2008). Ne possiamo dedurre che all'interno del setting si intrecciano aspetti materiali e mentali che consentono lo svolgersi del colloquio.

Il setting come luogo fisico

Gli elementi reali sono sostanzialmente il tempo della terapia, il tempo delle sedute, la frequenza degli incontri, l'onorario del terapeuta, la responsabilità di entrambi nel rispetto degli accordi presi, le sedute mancate, le vacanze, i rapporti extraterapeutici, le interferenze di terze persone, i regali, l'uso di eventuali registratori. Con la definizione di contratto analitico, Freud stabilisce le basi per la definizione del setting. Infatti, è solo a partire da determinati accordi, che si possono richiamare al contratto, che certe variabili vengono fissate come costanti del setting. Le clausole del contratto sono il posto occupato dal paziente in terapia (ad es. lettino o poltrona, posizione frontale o inclinata rispetto al terapeuta); il tempo fisso delle sedute, ovvero frequenza, durata (dai trenta minuti previsti da alcune psicoterapie, alla seduta a tempo indeterminato di Lacan, anche se oggi quasi tutti concordano sui classici cinquanta minuti) e

ritmo (dalle classiche sei sedute freudiane fino alla frequenza monosettimanale); le modalità con cui si ricevono i pazienti e si fanno accomodare in studio; le vacanze e la forma di pagamento.

Dal punto di vista pratico, il setting si istituisce perché offre le migliori condizioni per il lavoro analitico.

Elemento fisico chiave del setting è lo studio, che dovrebbe essere caldo, accogliente e quel tanto personalizzato (Foglio Bonda, 1983; in Di Sauro, 2009); in altre parole deve essere garantita la privacy, l'ordine e la comodità. L'arredamento dovrebbe essere sobrio, confortevole, personalizzato nella giusta misura, ovvero senza elementi troppo chiari della realtà esistenziale del terapeuta, come ad esempio il suo credo religioso. Lo studio può comprendere la scrivania, due o più poltrone poste frontalmente o più o meno a quarantacinque gradi, con un tavolino nel mezzo oppure no, ma al di là di questo è importante che gli elementi della stanza di terapia siano costanti, in quanto in caso contrario si creerebbe una situazione precaria e disturbante.

Altro elemento importante è l'abbigliamento del terapeuta: dovrebbe essere di rispetto per sé e per l'altro, pur senza rinunciare al gusto personale.

Altri fattori costitutivi del setting si pongono in modo tale da determinare le regole e di conseguenza l'alleanza di lavoro o il contratto terapeutico. Per accordo terapeutico o alleanza di lavoro possiamo intendere il rapporto responsabile, razionale e ragionevole che il paziente instaura con il terapeuta e che gli permette di operare nella situazione analitica in modo costruttivo (Grenson-Wexler, 1969; in Di Sauro, 2009). Anche Freud (1913; in Di Sauro, 2009) sosteneva che prima di dare inizio al lavoro principale dell'analisi si dovesse instaurare una relazione efficace. In sostanza il concetto di accordo si andava ampliando, iniziando a sottolineare gli aspetti reali e quelli non reali nella relazione terapeutica (Freud, 1932; Sterba, 1934; 1940; Fenichel, 1941; in Di Sauro, 2009). Inoltre, il concetto di accordo apre la strada ad aspetti di natura tecnica e non, che costituiscono l'insieme delle norme e regole

che paziente e terapeuta stabiliscono. Uno di questi aspetti è sicuramente rappresentato dal progetto diagnostico, quello che è oggi conosciuto come analisi della domanda (Carli, 1993). L'analisi della domanda, vista come aspetto fondante l'accordo terapeutico, comporta la comprensione di quelle problematiche relazionali, tra committenza e utenza, che motivano il ricorso alla consulenza psicologica; di conseguenza rappresenta un momento conoscitivo iniziale sul quale si può e si deve fondare la prestazione professionale (Carli, 1993).

Il setting terapeutico inteso in senso fisico si pone anche in modo sostanziale per costituire un modello di teoria della tecnica, ad esempio il rapporto vis-à-vis e l'uso delle due poltrone (Di Sauro, 2009). Il divano rispetto al vis-à-vis favorisce l'emergere di fantasie inconse perché il paziente non può andare incontro al terapeuta capendo se ciò che dice gli piace o meno a seconda delle sue espressioni facciali, cosa che invece succede se lo guarda in faccia. Il divano è il regno delle libere associazioni, in cui il paziente si sente libero ed esprime le sue fantasie.

Il setting come luogo della mente

Il setting terapeutico non è un luogo casuale, non è e non deve essere improvvisato; nemmeno si pone come assetto solo tecnico o luogo in cui avviene l'interazione. Esso è costituito da tutti gli aspetti relazionali transferali e controtransferali; potremmo dire che è il terapeuta stesso, nel senso che si pone come colui che non collude con il paziente e, dunque, delude tutte le aspettative magiche del paziente stesso, non lo gratifica, arricchendo in tal modo il suo vero Sé. Il terapeuta deve affinare tali capacità in modo da costruire il suo setting di lavoro efficace, in special modo attraverso l'empatia (Di Sauro, 2009).

Come già accennato, del setting fa parte anche l'atteggiamento mentale dell'analista, che dà senso e valore alle costanti e che si definisce come la sua disposizione a lavorare con il paziente realizzando nel miglior modo possibile il compito al quale si è impegnato: esplorare i suoi processi mentali inconsci e farglieli comprendere. Freud rappresentò in due norme

il tipo di atteggiamento che si richiede all'analista: la regola dell'astinenza e la riservatezza analitica. L'analista deve essere uno specchio che non mostra niente di sé, ma riflette solamente ciò che gli viene mostrato; la riservatezza analitica è così necessaria perché possa stabilirsi la situazione analitica. La regola dell'astinenza si riferisce al non gratificare i desideri del paziente.

La disposizione mentale del terapeuta richiede almeno due diversi tipi di competenza. La prima potremmo definirla conoscenza della teoria e della deontologia. La deontologia determina i nostri confini. Ciò che rende l'attività terapeutica diversa da un incontro qualsiasi, tra persone che stanno in relazione, sono le regole che si danno per questo tipo d'interazione. Tali regole non dovrebbero essere esclusivamente personali ma in larga parte condivise dalla comunità professionale degli psicoterapeuti nel contesto giuridico in cui operano. Inoltre abbiamo una teoria con la quale fare i conti, che comunque è un elemento di setting centrale nel terapeuta. Cioè, il terapeuta si accinge a fare terapia sulla base di una teoria che dà senso al suo operare.

La parte interpersonale del setting può essere definita come la parte interna del setting (Sambin, 1998) e riguarda i fenomeni di transfert e controtransfert che si sviluppano nella relazione terapeutica.

Freud (1913; in Gaddini e Riefolo, 2006) considerava il transfert solo come transfert verso l'analista; è Winnicott (1955) a suggerire la presenza, e la possibile prevalenza, del processo transferale verso il setting, in cui l'analista accetta il livello di transfert che il paziente instaura con il setting. Le operazioni sul setting che sono costituite da agiti del paziente, come quello di alzarsi o cambiare posizione, infatti, sono possibili, secondo alcuni autori, a seguito di un transfert che il paziente stabilisce con il setting, riproponendo uno stato affettivo di fondo che, nella sua esperienza, ha sostenuto la sua sospensione evolutiva (Gaddini e Riefolo, 2006). Un transfert sufficientemente compatibile con il setting permetterà all'analista di differenziarsi, poi, dalla sua appartenenza al setting verso una progressiva discriminazione. In questa ottica, l'analista è l'elemento specifico

che può passare dall'appartenere al setting al poter essere discriminato come differenziato da questo. Il transfert sul setting è importante perché decide le modalità da cui parte e con cui si struttura l'incontro. Il ruolo che l'analista si trova a rappresentare nell'incontro e durante il processo sarà deciso autonomamente dal transfert sul setting, non dall'analista e nemmeno dal paziente (Gaddini e Riefolo, 2006). Ciò contribuisce a connotare come specifico il tipo di setting per ciascun processo analitico. È possibile pensare che nel setting ci siano almeno due diversi livelli di transfert che si intersecano continuamente. Il primo livello è ciò che determina il tono e il tema delle associazioni, una sorta di scenografia delle urgenze affettive del paziente: l'aspetto, lo stile di accoglienza dell'analista, le contingenze relative alla seduta, ovvero quegli elementi che si prestano ad accogliere e far progredire le trasformazioni affettive che il paziente riporta poi nel transfert verso l'analista. Il secondo si compie a livello regredito della relazione del paziente con un oggetto arcaico indifferenziato a cui è legato in modo fusionale. Dalla rottura di questa fusione deriva una processualità in cui il setting risalta come oggetto di proiezioni e scissioni. Dal transfert verso il setting emerge poi il transfert verso l'analista (Gaddini e Riefolo, 2006).

Il setting, con le sue costanti, e, al suo interno, la riservatezza analitica, giustifica che per definizione chiamiamo transfert quel che proviene dal paziente e controtransfert la risposta dell'analista, e non il contrario. Il termine controtransfert implica dunque che il punto di partenza è il transfert del paziente. Il setting si istituisce proprio perché al suo interno possano verificarsi entrambi i fenomeni, affinché il paziente sviluppi il suo transfert e l'analista lo accompagni con il suo controtransfert, risuonando a partire da ciò che inizialmente è del paziente; se non si danno queste due condizioni non può svilupparsi il processo analitico. Il setting ordina una relazione nuova e distinta tra paziente e analista, una relazione particolare, non convenzionale e asimmetrica, in cui il paziente comunica le sue esperienze e l'analista risponde a quel che ha detto il paziente soltanto con ciò che ritiene pertinente. Solo così resta definito il tipo di

relazione che si instaura tra i ruoli di paziente e analista. Che sia un elemento del setting o che si identifichi nel setting stesso, la relazione terapeutica è oggi più che mai considerata come la condizione fondante per una terapia efficace. La relazione terapeutica inizia quando paziente e terapeuta si conoscono, a partire dal contatto telefonico. Il primo incontro tra i due avviene generalmente nella sala d'attesa o nello studio dell'analista in cui poi si svolgerà il trattamento. Sembra quindi che sia questo il momento in cui si stabilisce il setting, ove per setting intendiamo il luogo fisico, strutturale e logistico in cui avviene la relazione (Di Sauro, 2009).

Anche gli elementi emotivi rivestono importanza nel setting. Elementi come ritardi o sedute mancate racchiudono riflessioni su significati affettivi e oggetti di realtà. In definitiva il setting, sia gruppal, individuale, di coppia o familiare, si costituisce e si auto-organizza attraverso una comunicazione condivisa tra paziente e terapeuta. Mantenere un setting mentale è fondamentale per regolare le distanze, i ruoli, gli obiettivi, poiché il setting acquista significato solo alla luce del mondo interno del paziente e del terapeuta. Qualsiasi modificazione del setting interviene sulla qualità della relazione e sul processo terapeutico (Suman, 1997; in Gino e Romano Toscani, 1998). Anche nelle psicoterapie che hanno un setting a frequenza monosettimanale, il terapeuta deve mantenere le regole fondamentali e in particolare il suo atteggiamento psicoanalitico (Suman, 1997; in Gino e Romano Toscani, 1998).

I confini

Gabbard e Lester (1999) offrono una visione del setting come confini, facendo riferimento a Kernberg (1995). I confini che hanno in mente sono duplici: quelli tra analista e paziente nella situazione analitica e quelli tra Io e inconscio rimosso sia nel paziente sia nell'analista; quest'ultima considerazione in vista del fatto che le recenti tendenze considerano l'analista come un osservatore partecipe nella situazione analitica, soggetto al controtransfert quanto l'analizzando è soggetto al transfert. Gli autori si riferiscono alle caratteristiche uniche della cornice psicoanalitica, ideata per favorire la più

completa e disinibita comunicazione delle esperienze personali intime da parte del paziente. Nel processo, questa cornice ricrea simbolicamente la natura della relazione edipica. Sempre simbolicamente, la relazione edipica è riprodotta all'interno di una cornice che favorisce la piena esplorazione delle fantasie inconscie e viene riaffermata la stabilità della proibizione della gratificazione diretta dei desideri edipici.

Il processo psicoanalitico si sviluppa entro una matrice di complesse transazioni interpersonali. I confini interni ed esterni, o interpersonali, di chi vi prende parte influenzano e sono a loro volta influenzati dal processo (Gabbard e Lester, 1999). Guardando al processo analitico stesso, sembra possibile ipotizzare che una certa fluidità nei confini esterni dell'analista (capacità di comunicare affettivamente con l'altro) è necessaria al processo terapeutico. Si può quindi pensare che l'empatia richieda una certa permeabilità dei confini interpersonali dell'analista, la quale però non si estende ai confini interni, che, per una adeguata conduzione dell'analisi, devono essere dotati di coesione e stabilità, che promuovono uno scambio ottimale tra analista e analizzato.

I confini dunque possono essere anche visti come le dimensioni interpersonali del setting analitico. È possibile definire la cornice analitica come il contenitore all'interno del quale avviene il transfert (Gabbard e Lester, 1999). Tale contenitore non è rigido, anzi, è un insieme dinamico e flessibile di condizioni che riflettono i continui sforzi dell'analista di rispondere al paziente e di creare un ambiente ottimale per il lavoro analitico. Secondo Langs (1977; in Gabbard e Lester, 1999) la cornice pone i confini della relazione analitica, crea le regole dell'interazione, definisce la natura dei fatti reali e delle fantasie che avvengono, definisce le qualità terapeutiche del campo, contribuisce alla natura della rete comunicativa entro i suoi confini e crea anche ansie particolari in chi ne prende parte. Inoltre, l'autore aveva diviso la cornice in due serie di componenti: 1) i dettagli della comprensione contrattuale del setting analitico (costanti relative che includono elementi quali l'assenza di contatto fisico, la riservatezza, la sede degli incontri nello studio dell'analista, la posizione dell'analizzando e

dell'analista, il pagamento di un onorario prefissato e un accordo su durata e frequenza delle sedute); 2) gli elementi umani che definiscono l'interazione, quali l'accettazione non giudicante dell'analista, il tentativo di capire il significato delle comunicazioni e dei comportamenti, il relativo anonimato dell'analista, la disponibilità del paziente di dire qualsiasi cosa gli venga in mente, l'astensione da gratificazioni inappropriate, l'interpretazione di conflitti inconsci e l'attenzione alla relazione terapeutica.

La cornice analitica crea un'atmosfera di sicurezza, in cui si possono attivare affetti potenti senza paura di contraccolpi o critiche. Secondo Epstein (1994; in Gabbard e Lester, 1999) in buona parte la cornice analitica può essere considerata come l'estensione dei confini esterni dell'analista stesso. Gli analisti stanno continuamente attenti alla differenza tra che cosa sta succedendo nel paziente e che cosa sta succedendo in loro. I confini analitici aiutano in questa funzione rappresentando una sorta di confini interpersonali. Come sani confini dell'Io devono essere abbastanza flessibili da aprirsi in certi momenti e chiudersi in altri; così i confini analitici devono essere sufficientemente flessibili per poter fare aggiustamenti in relazione ai bisogni del processo analitico. Epstein aveva notato che terapeuti con confini eccessivamente labili possono essere inclini a confondere le proprie esperienze interne con quelle del paziente, mentre quelli con confini interpersonali eccessivamente spessi possono essere incapaci di cogliere le comunicazioni inconscie del paziente. Questi analisti sono presumibilmente meno capaci di empatia e di fantasia attiva, per cui possono essere più inclini a cercare soluzioni in azioni concrete.

Le caratteristiche strutturali della cornice, quali il setting dello studio, il pagamento, la durata delle sedute, l'astensione dal contatto fisico e dal fare regali, la posizione del paziente e dell'analista, sono importanti in sé per sé, ma tutte contribuiscono a definire la specificità del ruolo analitico. Secondo Almond (1994; in Gabbard e Lester, 1999) il ruolo analitico permette all'analista di essere soggettivamente e personalmente coinvolto mantenendo allo stesso tempo un certo grado di obiettività come partecipe di una relazione professionale.

Per quanto riguarda i confini interpersonali o esterni, sono state riportate delle differenze legate al genere, quali una maggiore permeabilità nelle femmine, a probabile base biologica e socio culturale (maggiore permeabilità nelle relazioni interpersonali, a tutte le età; minori difese nel permettere la vicinanza e maggior impegno a mantenere i legami interpersonali).

Per quanto riguarda i confini interni non sembrano esistere ancora prove conclusive che confermino differenze legate al genere. Nello studio di Hartmann (1991; in Gabbard e Lester, 1999) si mise in evidenza che le donne avevano confini interni più sottili degli uomini.

Setting e regressione

La regressione fa indubbiamente parte del processo psicoanalitico e contribuisce ad esso. È possibile distinguere due tipi di regressione: quella patologica, caratteristica della malattia, che porta il paziente al trattamento e ha carattere difensivo, di cui si occupò Freud, e quella utile, operativa, che favorisce il lavoro terapeutico. La relazione tra processo psicoanalitico e fenomeni di regressione e progressione può essere spiegata da due posizioni teoriche: quella che sostiene che la regressione dipende dal setting e quella che, al contrario, afferma che la regressione deriva dalla malattia. La prima posizione vede la regressione come una risposta al setting (Psicologia dell'Io), grazie al quale può essere effettuato il trattamento (regressione terapeutica); l'altra (Winnicott) parla di una regressione psicopatologica alla quale il setting analitico si adatta nel modo più razionale possibile, in quanto offre al paziente condizioni altamente favorevoli per reimpostare e risolvere le proprie carenze nello sviluppo.

Dal confronto tra le due scuole di pensiero, sembra emergere che l'analisi, per sua natura, si sviluppa sempre con progressi e regressi che si alternano tra loro, e che non sono creati dal setting. Il setting opera come conflitto attuale, mentre la disposizione del paziente spiega i fenomeni regressivi che compaiono mano a mano, infine l'attività interpretativa dell'analista

porta avanti il processo di crescita e integrazione. Il setting dunque non promuove la regressione, ma la scopre e la contiene.

Violazioni del setting

La rottura del setting consiste in qualcosa che altera in modo brusco ed evidente le norme del trattamento e, di conseguenza, modifica la situazione analitica. A volte la rottura proviene dal paziente, configurando quindi un agito; altre volte deriva da un errore dell'analista o, altre volte ancora, da una circostanza fortuita, come un'informazione non pertinente che il paziente riceve da terzi. Insieme a questa dimensione oggettiva, nella rottura del setting c'è anche la dimensione della fantasia del paziente: il paziente può negare che ci sia stata una rottura, oppure di contro vedere una rottura dove non esiste (Migone, 1999).

I teorici contemporanei concordano nel considerare gli agiti controtransferali dell'analista come inevitabili e in qualche misura utili al processo (Chused, 1991; Renik, 1993; Jacobs, 1993; Gabbard, 1994; in Gabbard e Lester, 1999). Tuttavia, il presupposto è che tali agiti siano parziali e che l'analista si trattienga prima che la messa in atto porti ad una grossolana e non etica violazione del setting. Sebbene spesso da una rottura del setting appaiano configurazioni nuove del materiale portato dal paziente, non è accettabile introdurre variazioni nel setting allo scopo di accedere a problemi fino a quel momento inavvertiti; infatti, ne deriverebbe un artificio che non potrà mai essere analizzato chiaramente e non si può avere la certezza che il paziente reagirà a tali modificazioni nel modo previsto. Tali variazioni segnalano una rottura dell'alleanza terapeutica (Cavallero, 1998).

Le violazioni da parte dell'analista possono essere di tre tipi: motivate, immotivate consapevoli e immotivate inconsapevoli (Loriedo e Acri, 2009). Le violazioni motivate avvengono quando il terapeuta vuole rendere più flessibile il setting, perché il paziente possa poi accettare regole che in prima istanza non accetterebbe. Nelle violazioni immotivate consapevoli il terapeuta sta venendo meno alle regole previste e non ha una motivazione

terapeutica per farlo. Se la trasgressione si mantiene nel tempo, si determina frequentemente un collasso del setting terapeutico, con connotazioni etiche e spesso sanzinatorie. Le violazioni immotivate inconsapevoli sono legate alla particolarità della relazione terapeutica e, pertanto, possono far luce su tali particolarità. L'individuazione di tali infrazioni può offrire al terapeuta la possibilità di comprendere complesse dinamiche relazionali fino a quel momento non conosciute; esse dunque hanno un valore potenzialmente terapeutico.

Il setting dunque non varia secondo il processo, tuttavia subisce l'influenza dell'ambiente sociale nel quale il trattamento si svolge: esso deve essere legittimamente modificato in base agli elementi di realtà alla quale appartiene. Liberman (1970; in Etchegoyen, 1986) denomina metasetting l'ambiente sociale che circonda e opera sul setting. Si tratta di

contingenze che il contratto analitico non sempre contempla in termini precisi, ma che influiscono dall'esterno e dunque il setting si trova prima o poi a dover contemplare.

La richiesta di dare del tu da parte del paziente costituisce una violazione del setting, con cui il paziente tenta di imporre il proprio inquadramento su quello dell'analista (Bleger, 1967). In linea di massima l'analista non dovrebbe dare del tu al paziente, ma può consentire a lui di farlo analizzando questa situazione nel momento dell'analisi che ritiene opportuno.

Tipi di setting

A seconda dei destinatari della terapia, è possibile individuare diversi tipi di setting, come riportato nella tabella sottostante:

SETTING INDIVIDUALE	SETTING DI GRUPPO	SETTING FAMILIARE	SETTING DI COPPIA
<ul style="list-style-type: none"> - relazione duale; - condivisione di obiettivi volti al miglioramento del sintomo e della qualità di vita del singolo, consapevolezza e crescita personale; - alleanza terapeutica, empatia, accettazione non giudicante; - posizione frontale, con poltrone o sedie separate o meno da scrivania o tavolino. 	<ul style="list-style-type: none"> - gruppo con funzione di contenimento della sofferenza dell'individuo; - offre una nuova chiave di lettura della realtà; - favorisce l'ampliamento delle capacità metacognitive dell'individuo; - condivisione degli stati emotivi tesa alla rottura della barriera emozionale; - rispecchiamento e normalizzazione del proprio vissuto emotivo, comportamentale e cognitivo; - consapevolezza e capacità autoriflessiva; - cerchio a terra o seduti su sedie (spazio più o meno strutturato). 	<ul style="list-style-type: none"> - gruppo naturale della famiglia; - soluzione di problemi relazionali e conflitti interni al nucleo familiare; - il terapeuta porta alla luce e modifica le regole segrete, spesso inconsce, tramite le quali la famiglia perpetua la propria disfunzionalità; - possibilità di modificare lo spazio a scopo terapeutico (ad es. creazione di alleanze). 	<ul style="list-style-type: none"> - analisi della struttura interazionale tra due partner (simmetrica o complementare); - possibilità di modificare lo spazio a scopo terapeutico.

Setting e modelli

Il setting differisce a seconda delle cornici teoriche per ciò che concerne il suo significato e gli aspetti costitutivi. I vari indirizzi psicologici, accanto al ricorso agli elementi fondanti del setting, declinano secondo i loro principi teorici alcune variabili di esso, nel senso che teorie diverse presentano particolarità di setting diverse. In altre parole, le regole che si impegnano a rispettare il terapeuta e il paziente costituiscono il setting terapeutico, che differisce ovviamente in funzione degli obiettivi della psicoterapia dei diversi modelli teorici che lo ispirano (Petrini e Visconti, 2009; in Lorigo e Acri, 2009).

Ci sono delle differenze non trascurabili tra setting psicoanalitico e setting psicoterapeutico. I principi del setting psicoanalitico possono essere riassunti in un dispositivo spaziale che è costituito dal divano, dall'atemporalità del trattamento, dalla tecnica delle libere associazioni, dall'attenzione liberamente fluttuante dell'analista, dall'interpretazione, dal transfert, dal controtransfert e dalle resistenze.

Il setting psicoterapeutico è invece caratterizzato sia da una diversa disposizione dello spazio (faccia a faccia) sia da una diversa relazione tra paziente e terapeuta, che diventa un sistema in cui il paziente scambia le proprie difficoltà con le cure del professionista; diventa quindi rilevante la relazione che si instaura tra le due parti a scopo terapeutico (Petrini e Visconti, 2009; in Lorigo e Acri, 2009). Il tipo di indagine è associativo: consiste cioè nel mettere in relazione i problemi attuali del paziente con il suo passato (Petrini e Visconti, 2009; in Lorigo e Acri, 2009). Non è solo il paziente ad avere aspettative e attese rispetto al terapeuta, ma anche viceversa. L'importanza dell'agire sia del paziente sia del terapeuta nel setting è tale che il terapeuta è attento ascoltatore anche del modo in cui il paziente si muove nella dimensione tempo (Petrini e Visconti, 2009; in Lorigo e Acri, 2009). Non è comunque compito del terapeuta determinare un ordine sequenziale, altrimenti non terrebbe conto della catena associativa del paziente, che così ha vissuto il suo tempo, ma è importante dare rilievo al tempo interno, al vissuto.

La cornice di riferimento del setting va dunque a influenzare il significato della relazione tra terapeuta e paziente secondo dinamiche intrapsichiche e interpersonali diverse.

Ma quante più teorie ci sono, tanto più è fondamentale mantenere i capisaldi, come il setting. Non sembra esistere un setting più adatto, ma è importante essere consapevoli che entrando in esso come terapeuti lo influenziamo (Migone, 1999). L'aspetto più importante appare quello di costruire e mantenere un setting mentale al fine di definire i confini all'interno dell'immaginario del paziente e del terapeuta stesso.

In tutti i modelli è possibile comunque rintracciare una distinzione tra aspetti materiali e fisici del setting, definiti "set", e quelli mentali e relazionali (il setting vero e proprio).

Fanno parte del set:

- Contratto terapeutico;
- Posizioni;
- Tempo della terapia;
- Tempo delle sedute;
- Frequenza degli incontri;
- Onorario del terapeuta;
- Vacanze;
- Sedute mancate;
- Rapporti extraterapeutici;
- Regali;
- Uso di eventuali registratori;
- Luogo della seduta.

Del setting mentale invece fanno parte:

- Atteggiamento mentale dell'analista (non collude con il paziente; delude le aspettative magiche; non gratifica);
- Empatia;
- Astinenza e riservatezza analitica (Freud);
- Deontologia (determina i nostri confini tramite regole condivise dalla comunità professionale);
- Transfert (oggetto d'elezione dell'interpretazione);
- Transfert verso il setting;
- Controtransfert dell'analista, che risuona a partire dal transfert del paziente;
- Relazione terapeutica.

Set e modelli

PSICOTERAPIA PSICOANALITICA	<ul style="list-style-type: none"> - Vis-à-vis/lettino - Frequenza da mono a trisettimanale - Durata: 45-60 min. - Onorario: può variare in base alla frequenza, non si richiedono aumenti in corso - Sede invariata - Definizione contrattuale delle ferie - Pagamento delle sedute mancate non spostate per tempo
PSICOTERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE	<ul style="list-style-type: none"> - Poltrone, tavolino, scrivania - Vis-à-vis - Frequenza monosettimanale - Durata: 1 ora - Homework - Definizione di obiettivi concreti, utili e raggiungibili, probabilità di successo
PSICOTERAPIA COGNITIVO COSTRUTTIVISTA	<ul style="list-style-type: none"> - Vis-à-vis con scrivania/poltrona reclinabile/tappeto/tutta la stanza - Frequenza monosettimanale - Durata: 50-55 minuti - Pagamento delle sedute mancate se non spostate per tempo - Contatti extrasetting solo per spostare la seduta - Definizione degli obiettivi - Riscossione dell'onorario non delegato a terzi
PSICOTERAPIA RELAZIONALE SISTEMICA	<ul style="list-style-type: none"> - Sedie (possibilità di spostarle) - Dal setting di coppia a quello familiare - Definizione degli obiettivi e del tempo della terapia/durata standard - Frequenza monosettimanale o ogni due settimane - Durata: generalmente 1 ora - Contenimento della comunicazione extrasetting - Pagamento delle sedute mancate

Setting come luogo della mente e modelli

PSICOTERAPIA PSICOANALITICA	<ul style="list-style-type: none"> - Attenzione fluttuante, offre ascolto e accoglimento, crea uno spazio intermedio potenziale tra terapeuta e paziente, perché questi possa esperire nuove modalità relazionali - Neutralità - Astinenza - Empatia - Interpretazioni - Spiegazioni, confronti, chiarificazioni e comunicazioni sulla realtà circostante - Transfert/controllotransfert
PSICOTERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE	<ul style="list-style-type: none"> - Atteggiamento direttivo (insegnamenti e consigli) e collaborativo - Atteggiamento empatico e accettante - Uso di tecniche derivate dai modelli di apprendimento per modificare comportamenti, emozioni e cognizioni - Relazione come modello di apprendimento (modalità relazionali)
PSICOTERAPIA COGNITIVO COSTRUTTIVISTA	<ul style="list-style-type: none"> - Atteggiamento di comprensione e spiegazione - Terapeuta come perturbatore strategicamente orientato/uomo come scienziato/base sicura - Relazione di collaborazione e partecipazione attiva - Coinvolgimento emotivo del terapeuta

PSICOTERAPIA RELAZIONALE SISTEMICA	<ul style="list-style-type: none"> - Circolarità terapeuta/famiglia - Contesto collaborativo e flessibile - Esperienze personali e professionali, bisogni e motivazioni, cultura e storia familiare del terapeuta - Risonanza, isomorfismo, convergenza - Orientamento temporale verso il presente
--	---

Setting gruppe

GRUPPO ANALITICO	<ul style="list-style-type: none"> - Dialettica individuo-gruppo sempre attiva - Simmetria interpersonale tra i membri del gruppo - Sintonia/conflitto dei partecipanti verso i conduttori - Riserbo su quanto accade nel gruppo - Divieto di frequentazione e contatti telefonici tra i membri fuori dal setting - Se si forma una coppia, è necessario l'allontanamento dal gruppo di uno dei due - Chi decide di lasciare il gruppo, è tenuto a tornare un'ultima volta per salutare - Probabile comparsa di livelli arcaici di funzionamento psichico - Si mira continuamente alla visione globale - Terapia <i>di</i> gruppo - Risonanza e mirroring
GRUPPO GESTALT	<ul style="list-style-type: none"> - Lavora sul processo (come della relazione) - Relazione plurima e complessa (terapeuta come parte di un campo relazionale) - Gruppo come campo fenomenologico in cui emergono spinte alla differenziazione - Processo autoregolantesi: il terapeuta favorisce la spontaneità dei processi e sostiene l'adattamento creativo dei pazienti - Vitalità del gruppo - Flessibilità della leadership - Capacità di accettare le novità e le diversità tra i membri - Setting come campo concettuale, che fa da sfondo alla relazione terapeutica (dinamica figura/sfondo) - La decisione del paziente è sovrana, in quanto espressione di adattamento creativo - Coinvolgimento personale del terapeuta, come compagno di viaggio nel qui e ora della relazione (self disclosure del terapeuta) - Terapia <i>in</i> gruppo - Risonanza e spontaneità - Emozioni forti che possono portare terapeuti e pazienti a sentirsi legati anche fuori dal setting - Riserbo su quanto accade nel gruppo

Comparazione e setting

Se la psicoterapia comparata non si configura come ulteriore modello chiuso tra i modelli, non si può dare un setting definito che tutti i terapeuti a orientamento comparato devono seguire e allestire rigidamente. È possibile pensare a una flessibilità che deriva dalla possibilità di poter applicare punti di osservazione diversi, derivanti dai diversi modelli del funzionamento umano; infatti il

setting ha molto a che fare con la visione dell'uomo che ogni modello teorizza. La psicoterapia comparata, rifacendosi a una visione psicodinamica, cognitiva, emotiva, sistemica, permette di avere un proprio modello di riferimento, che è dato sia dalla soggettività del terapeuta, sia dal suo stile personale, pur con una base teorica forte dove molto rilievo ha l'analisi didattica personale. Una flessibilità che non infici comunque il rispetto dei capisaldi del setting, in quanto spazio sia fisico che mentale.

Infatti, il setting è rilevante e costituisce un riferimento essenziale per valutare i processi nei loro risvolti relazionali, a livello sociale e intrapsichico.

Partendo dunque dal confronto tra i vari modelli per quanto riguarda il fattore comune setting, in un setting comparato, inteso come organizzazione spaziale della seduta, possiamo ipotizzare la presenza di due sedie separate dalla scrivania, due poltroncine e il lettino, o una poltrona reclinabile, lasciando al paziente la scelta della sua posizione. Il terapeuta assumerà la posizione complementare a quella scelta dal paziente. Questa scelta ci può dare delle indicazioni non verbali sul paziente, sulle sue modalità relazionali, sulla difensività, sulla distanza che mette nelle sue relazioni interpersonali, sulle sue capacità di lavoro psicoterapeutico. Può accadere poi che nel corso della psicoterapia il paziente cambi la sua posizione nel setting e anche questa modifica può essere interpretata in funzione delle fasi del processo, del cambiamento avvenuto e del proseguo della terapia.

La stanza di terapia dovrebbe essere il più possibile stabile nell'arredamento e priva di particolari rivelatori della vita privata del terapeuta, lasciando lo spazio al paziente per esprimersi liberamente.

Per quanto riguarda gli elementi contrattuali, si può ipotizzare come durata della seduta un tempo di 50 minuti, così come il pagamento delle sedute saltate, se non spostate per tempo. Infatti, l'onorario rappresenta lo spazio e il tempo che lo psicoterapeuta dedica in ogni caso all'analisi del paziente, regola la distanza emotiva, sottolinea l'asimmetria del rapporto e l'impegno preso nell'onorare il contratto, permette l'esplorazione delle ambivalenze prodotte dal debito di riconoscenza che il paziente sentirebbe se non pagasse, nonché delle sue difese. Inoltre, è un vincolo anche per il terapeuta, che può misurarsi con gli aspetti aggressivi dell'altro. Dal punto di vista del paziente, sapere che il terapeuta e il proprio spazio in seduta ci sono anche se lui manca, procura a livello interno un senso di rassicurazione e continuità. Tuttavia, si può anche decidere di non far pagare la seduta

mancata, se viene disdetta per tempo, se c'è la possibilità di recuperarla, o se ci sono cause di forza maggiore, da definire però esplicitamente all'inizio, in modo da costruire un rapporto basato su correttezza e alleanza di lavoro. Dunque, anche la richiesta dell'onorario può essere inquadrata nella dimensione affettiva: una parte del successo della terapia è che essa è uno spazio costante, una certezza che assume per il paziente, che ci pensa per tutto l'intervallo di tempo tra una seduta e l'altra, una connotazione affettiva.

Ma quello fisico è solo un aspetto; nella sua accezione più ampia, il setting è costituito da tutti gli aspetti della relazione psicoterapeutica e da tutto quello che accade tra paziente e terapeuta. Perciò la base solida, il contenimento, il limite e lo spazio per la relazione che offre sicurezza, continuità e libertà di esplorazione non sono dati solo dal ritmo e dalla contrattualità, ma anche e soprattutto dalla persona dello psicoterapeuta e le sue capacità di rispetto profondo, ascolto empatico, congruenza e trasparenza. Più importante è dunque lo spazio mentale in cui si svolge l'interazione. Allora il punto di partenza dovrebbe essere lo psicoterapeuta stesso. Si dovrebbero tenere in considerazione l'appartenenza di genere, i tratti di personalità, il temperamento; questi fattori influenzano infatti l'efficacia del trattamento. È importante ascoltare, osservare e avere un riferimento teorico. Quindi, è necessario avere la consapevolezza di come si è, per saper individuare nell'altro la gravità del problema che ci porta. È fondamentale valutare la consequenzialità del suo pensiero, il suo sistema mentale, il suo modo di presentarsi, osservare il suo comportamento non verbale.

La disposizione mentale interna del terapeuta è legata alla sua visione della natura umana, alle sue competenze professionali e al suo essere persona. Si può pensare a un setting che esprima l'essere del terapeuta in modo da sancire una sostanziale congruenza tra la sua identità personale e professionale. La congruenza del terapeuta, importante perché costituisce un modello di identificazione per il paziente, viene per lo più percepita da questo in modo non verbale come genuinità, un fare spontaneo e autentico. Così inteso il setting è

anche espressione delle responsabilità che il terapeuta si assume nella relazione con il paziente.

Il terapeuta dovrebbe inoltre evitare di intervenire con suggestione attiva: tenendo conto che una certa quota di suggestione è sempre presente in qualsiasi trattamento psicoterapeutico, egli dovrebbe adoperarsi per limitarla, non utilizzarla. Il terapeuta dovrà quindi rinunciare a seguire i propri pregiudizi e a perseguire nel trattamento valori personali e il soddisfacimento di propri desideri.

Il processo psicoterapeutico poi sembra facilitato da un clima interpersonale caldo, accogliente e sicuro.

La psicoterapia si costituisce come un'esperienza curativa che si svolge attraverso l'interazione tra soggetti, uno dei quali è lo psicoterapeuta, soggetto che per curare non si serve di oggetti fisici, farmaci o altro, ma psichici, ovvero si relaziona secondo specifiche modalità con il paziente (Adami Rook, 2001). Il terapeuta ha la necessità di individuare il tipo di modello relazionale che il paziente mette in atto nel setting e che è assimilabile al concetto di transfert psicoanalitico. Poi, con l'aiuto del paziente stesso, deve capire a che tipo di esperienza basilare risale questo modo di relazionarsi, individuare quali sono i tratti inadeguati, disadattivi e proporsi nella sua interazione, verbale e non verbale, in modo da disconfermare le attese negative del paziente.

Il setting si caratterizza per il fatto di ricostituirsi, ogni volta ex novo, se non sul piano fisico di certo su quello psichico (Adami Rook, 2001). Infatti, i mezzi psichici con i quali si opera non possono darsi se non nel momento in cui si incontrano il terapeuta e il nuovo paziente, e il setting permette questo incontro.

Definendo il setting come spazio fisico e mentale limitato nello spazio e nel tempo, interagenti tra loro, delimitiamo un "luogo sacro" nel quale si svolge la prassi psicoterapeutica (Giannini, 1994). L'incontro tra due persone (o il gruppo) che stabiliscono una relazione terapeutica in un luogo prestabilito, e il ricrearsi ogni volta della medesima situazione, può far pensare al setting

come archetipo, forma eterna e immutabile della "relazione che cura" (Giannini, 1994), costituendosi così come strumento operativo e condizione necessaria perché si possa parlare di psicoterapia. Si dovrebbe quindi ad un archetipo specifico, o predisposizione innata, l'attivazione della relazione terapeutica, il ritrovarsi nel setting, che può essere meglio definito come campo di forze. In questo modo si evidenzia maggiormente il fatto che i partecipanti, in quanto sistemi psichici, interagiscono e sono mutualmente interdipendenti. È in questo campo totale di forze, attraverso il crearsi di un rapporto emotivo e cognitivo fra terapeuta e paziente, che si attiva la costellazione di complessi, grazie a una predisposizione innata al rapporto terapeutico che va al di là del campo di coscienza e che coinvolge entrambi gli attori. Sta alla capacità e, soprattutto, alla sensibilità del terapeuta riuscire a stabilire una relazione che consenta lo svolgimento del processo di ricerca.

Riassumendo, l'atteggiamento mentale del terapeuta dovrebbe essere costituito da attenzione fluttuante, neutralità ed empatia, accompagnate da uno stile collaborativo. Il terapeuta dovrebbe anche astenersi dal dare gratificazioni immediate, ma offrire supporto, sostegno e conferme, se lo valuta terapeutico per quel paziente in quel momento del processo curativo.

Per quanto riguarda la dimensione tempo, l'orientamento dovrebbe essere preferibilmente sia al passato che al presente, in quanto quello che succede nell'attualità del setting è molto importante; questa consapevolezza permette al terapeuta di "essere terapeutico", gestendo gli elementi del setting, la relazione attuale, in modo da perseguire certi obiettivi. Per una gestione efficace del setting, lo psicoterapeuta dovrebbe riflettere sullo scopo che desidera ottenere e valutare se gli strumenti che impiega sono efficaci per il raggiungimento dei suoi obiettivi (Blow, Sprenkle e Davis, 2007).

La psicoterapia ha veramente molto a che fare con la soggettività, con il "caso per caso", dunque con le variabili soggettive di quel terapeuta e quel paziente che si incontrano e che si influenzano reciprocamente. Così dalla

comparazione emerge l'importanza della relazione terapeutica, ovvero di quello che succede tra paziente e terapeuta ai vari livelli, emotivo, cognitivo, comportamentale e che è un contribuente forte del verificarsi del cambiamento richiesto. È attraverso la comparazione che è possibile guardare all'altro con una pluralità di punti di vista, in maniera trasversale, tale da arricchire e complessificare la conoscenza e la comprensione del paziente. Tra terapeuta e paziente quello che conta è il tipo di atto comunicativo che si svolge a vari livelli della loro comunicazione: logico-analogico, conscio-inconscio, cognitivo-emotivo (Giusti, Montanarella e Montanari, 1995; Panseri, 2005; Sprengle e Blow, 2004).

Quando definiamo il setting dunque siamo sempre a definire i confini della relazione psicoterapeutica, creando in pratica il contenitore della psicoterapia, lo sfondo dove sarà messo in scena il mondo interno del cliente. Sotto questo punto di vista il setting è indispensabile per facilitare la creazione di un rapporto in cui si realizza la più ampia libertà espressiva possibile: il calore umano, l'accettazione, l'assenza di pressione, aiutano il paziente a contattare la propria autentica esperienza senza timore di doversi difendere dall'altro. L'accoglienza e la libertà sono a loro volta ancorate a limiti precisi che impediscono il realizzarsi di una condizione di eccessiva dipendenza.

Di fondamentale importanza sarà poi anche la relazione affettiva che si crea con il paziente, ovvero il legame terapeutico. Il terapeuta si deve interrogare se è in grado, data la sua personalità, di stabilire legami affettivi.

Pur essendoci momenti privilegiati in cui il terapeuta esprime verbalmente le regole del setting, si può ipotizzare che la definizione di alcuni aspetti legati al setting vengano definiti nel corso del processo, attraverso l'esperienza della relazione dialogica con l'altro. Infatti non solo il processo terapeutico è co-costruito da entrambi, ma in alcuni aspetti anche il setting sembra essere una costruzione reciproca. Quindi è necessario preservare le norme che regolano la relazione, e allo stesso tempo riconcepire soggettivamente il setting

osservando le caratteristiche proprie e del paziente in sintonia con il processo terapeutico. Comunque vengano stabilite le regole del setting, è importante che esse abbiano una chiara definizione, in modo da precisare i ruoli che ciascuno deve giocare all'interno della relazione e garantire il paziente rispetto alle dimensioni fondamentali di riservatezza, assenza di giudizio, disponibilità, non interferenza dei principi, della visione del mondo e dei valori del terapeuta nel percorso che si sta per intraprendere.

La gestione delle emozioni è la forma e la sostanza del lavoro psicoterapeutico. I soggetti che co-partecipano alla relazione non esauriscono con la loro presenza l'esperienza, ma sono contenuti all'interno del campo emotivo e sottoposti alla sua influenza. In quest'ottica, viene ridimensionata la funzione interpretativa come unico motore di trasformazione. La dimensione di campo diventa il nuovo territorio da esplorare (Malavasi, 2001). La consapevolezza dei processi emotivi viene acquisita con maggiore efficacia se il setting terapeutico è caratterizzato da accoglienza empatica e comprensiva (Wachtel e Messer, 1997).

Nella relazione terapeutica, dunque, la valutazione dell'attaccamento del paziente da parte del terapeuta può risultare di estrema utilità, in quanto costituisce un buono strumento di ausilio per individuare la chiave di lettura del paziente stesso e le radici dei suoi modelli relazionali disfunzionali, portando con sé implicite indicazioni circa i cambiamenti che gli stessi modelli dovrebbero subire per alleviare il disagio, cambiamenti che si verificheranno nel tempo. È per questo che in base alla prospettiva della teoria dell'attaccamento, le psicoterapie brevi raramente forniscono una ristrutturazione dei modelli rappresentativi o un cambiamento della qualità delle rappresentazioni dell'attaccamento, non favorendo, a causa proprio della loro brevità, processi di attaccamento sani e curativi tra paziente e terapeuta (Albanese, 2004).

Il tempo più adeguato per la psicoterapia sembra essere almeno un anno, che è un tempo sufficientemente lungo per entrare in un rapporto profondo e sufficientemente breve per non spaventare. La persona ne trae dei risultati,

che gli permetteranno di decidere con consapevolezza se continuare o interrompere la terapia, sulla base di una scelta, di una decisione che deve essere rinegoziata insieme. Dopo circa sei mesi, se non si osservano dei cambiamenti nel paziente, è opportuno ripensare al tipo di lavoro che stiamo facendo con il paziente. La valutazione del ritmo deve tenere conto anche dei problemi di separazione. Ci sono persone che non riescono ad adattarsi a un ritmo monosettimanale, in quanto percepiscono l'intervallo come eccessivamente lungo rispetto ad esempio alla propria capacità di tollerare l'angoscia. Per altri il ritmo monosettimanale è preferibile a una frequenza maggiore che potrebbe essere vissuta come troppo incalzante. La realtà è socialmente costruita, sia se siamo nell'ambito di una cultura sia all'interno della relazione terapeutica; infatti, nei paradigmi psicoterapeutici in cui i professionisti disegnano e gestiscono i setting, è operante un processo di costruzione della realtà (Zucconi e Greggio, 2009; in Loredano e Acri, 2009). Comprendere come la realtà sia socialmente costruita ci mette in grado di essere coscienti dei messaggi e dei meta-messaggi che comunichiamo ai nostri clienti, e il modo in cui creiamo e gestiamo il setting rappresenta un messaggio eloquente.

L'uso di tecniche provenienti dai diversi modelli, come la prescrizione comportamentale, può essere contemplata a condizione che la necessità di ricorrervi emerga dalla relazione terapeutica stessa. Ogni elemento tecnico può essere valido e si giustifica se è inserito in un progetto complessivo guidato da una strategia internamente coerente, da un linguaggio omogeneo e da una teoria che giustifichi concettualmente le scelte effettuate.

Il passaggio da un setting a un altro costituisce senza dubbio una manovra complessa, la cui spiegazione e il cui significato nella logica di una psicoterapia devono essere sempre molto ben contestualizzati e soprattutto ben spiegati al paziente. Può essere utile introdurre dei cambiamenti di setting quando il processo appare bloccato o ha raggiunto una fase nella quale il mutamento di alcuni fattori risulta espansivo e orientato all'autonomia. Le modifiche non dovrebbero riguardare elementi fondanti del setting, per non operare una distruzione, ma potrebbero riguardare l'affiancamento al setting individuale di uno

gruppo o una variazione nella frequenza delle sedute. Qualsiasi modifica deve essere comunque condivisa dal paziente e diventare oggetto di un nuovo contratto (Busso, 2008).

Quando il setting viene modificato dal paziente, segnala l'esistenza di processi in atto che richiedono di essere compresi dal terapeuta.

Qualsiasi contatto esterno al setting può essere considerato espressione di transfert e dunque deve essere riportato e analizzato nel setting e al senso che ha all'interno di quella particolare relazione terapeutica e della organizzazione affettiva del paziente.

È importante riflettere su quello che accade in seduta tra terapeuta e paziente, provando a estrarne elementi teorici che, a loro volta, devono essere sperimentati all'interno di una prassi terapeutica, in una costante dialettica circolare.

Lo scopo è quello di arrivare a una comprensione il più possibile approfondita del funzionamento del sistema di comunicazione della persona in esame, con il preciso intento di valutarne la capacità e la modalità di entrare in relazione nello specifico dell'incontro allo scopo di creare le condizioni che renderanno possibile il trattamento.

Riferimenti Bibliografici

- Albanese, F. (2004). *L'attaccamento nella relazione psicoterapeutica con adulti*. Reperibile al sito: www.vertici.com; accesso il 14/01/2010.
- Adami Rook, P. (2001). *Per chi fa lo Psicoterapeuta*. Reperibile al sito: www.vertici.com; accesso il 14/01/2010.
- Agosti, T. (2009). Il setting adleriano. *Psico-Pratika*, 39, 1-3.
- Bleger, J. (1967). Psicoanalisi dell'inquadramento psicoanalitico. In J. Bleger (a cura di) (1992). *Simbiosi e ambiguità*. Loreto: Libreria Editrice Lauretana, 271-283.
- Blow, A.J., Sprenkle, D.H., e Davis, S.D. (2007). Is Who Delivers the Treatment More Important than the Treatment Itself? The Role of the Therapist in Common Factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 298-317.
- Busso, E. (2008). I modi del fare: la modificazione del setting come strumento di psicoterapia. *Script riflessioni – I campi della soggettività – Rivista Online*, 15.
- Carli, R. (1993). *L'analisi della domanda in psicologia clinica*. Milano: Giuffrè Editore.
- Castonguay, L.G. (2000). A Common Factors Approach to Psychotherapy Training. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(3), 263-282.
- Cavallero, G. (1998). Il setting. *Neopsiche*, 24.

- Di Blasi, M., e Lo Verso, G. (2006). La psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 43-47. Reperibile al sito: www.rivistadipsicologiaclinica.it; accesso il 16/01/2010.
- Di Sauro, R. (2009). *La costituzione del setting*. Reperibile al sito www.ceripa.it; accesso il 30/12/2009.
- Etchegoyen, R.H. (1986). *I fondamenti della tecnica psicoanalitica* (2nd ed.). Roma: Astrolabio.
- Gabbard, G.O., e Lester, E.P. (1999). *Violazioni del setting*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gaddini, A., e Riefolo, C. (2006). *Transfert verso il setting e processo analitico*. XIII Congresso Nazionale della Società Psicoanalitica Italiana. Siena: 28/09-01/10/2006.
- Giannini, M. (1994). Riflessioni teoriche sul concetto di setting, complesso, archetipo e prassi analitico-comparata di gruppo. *Simposio*, 1, ABC: Firenze.
- Gino, M., e Romano Toscani, R. (1998). *Ritmo & Setting. Psicoterapia psicoanalitica "once a week"*. Roma: Borla.
- Giusti, E., Montanarella, G., e Montanari, C. (1995). Fattori comuni trasversali tra le psicoterapie. *Noi Psicologia. Giornale di informazione e discussioni sulla psicologia italiana*, 39-40. Reperibile al sito: www.psicopolis.com; accesso il 16/01/2010.
- Loriedo, C., e Acri, F. (2009). *Il setting in psicoterapia. Lo scenario dell'incontro terapeutico nei differenti modelli clinici di intervento*. Milano: Franco Angeli.
- Malavasi, N. (2001). *Il campo emotivo nella relazione d'aiuto: l'orizzonte narrativo*. Reperibile al sito: www.vertici.com; accesso il 14/01/2010.
- Migone, P. (1999). La psicoterapia in rete: un setting terapeutico come un altro? Riflessioni da un punto di vista psicoanalitico. *Psichiatria Online*, 14, 255-265. Reperibile al sito: www.pol-it.org; accesso il 16/01/2010.
- Panseri, L. (2005). La ricerca sui fattori comuni in psicoterapia. Reperibile al sito: www.cyberpsych.org; accesso il 16/01/2010.
- Roccalbegni, L.P. (2009). *Setting psicomotorio e setting psicoanalitico*. Reperibile al sito: www.ifra.it; accesso il 30/12/2009.
- Sambin, M. (1998). Aspetti di relazione nel setting. *Neopsiche*, 24. Reperibile al sito: www.psicologiaesalute.it; accesso il 16/01/2010.
- Sprenkle, D.H., e Blow, A.J. (2004). Common Factors and Our Sacred Models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 113-129.
- Vercellino, C.G. (1998). Il setting: due soggetti a confronto. *Neopsiche*, 24. Reperibile al sito: www.psicologiaesalute.it; accesso il 16/01/2010.
- Wachtel, P., e Messer, S.B. (a cura di) (1997). *Theories of psychotherapy: Origins and evolution*. Washington DC: American Psychological Association.

L'ESPERIENZA DI “LUOGHI DI PENSIERO”: LA RICERCA DI UN SETTING PER LA FORMAZIONE COMPARATA

di Laura Cioni¹, Ilaria Detti², Lorenzo Franchi¹, Claudia Vallebona¹

¹psicologo psicoterapeuta, Associazione Dedalo - FIDA (Federazione Italiana Disturbi Alimentari),

²psicologa psicoterapeuta

Sono passati quattro anni dall'esperienza di “Luoghi di Pensiero” e scriverne adesso, rispetto all'intento che mosse la sua nascita, diventa difficile; meglio è, forse, se si tenta di narrarne l'avvenimento “come se” ne rifacessimo una nuova sessione, un nuovo appuntamento, un'ennesima ricerca del non sapere, un'altra volta, si re-interroga il +1. Solo così forse, il lettore più o meno appassionato, potrà vagamente intuire ciò che è stato, una e una sola volta, “Luoghi di Pensiero”.

Claudia: La ricetta del nostro esperimento aveva come ingrediente basilare l'appassionata ricerca di un significato proprio dell'atto della *comparazione*; che vuol dire comparare? Ci chiedevamo. Come si fa a comparare? E che cosa è la comparazione?

Fu così deciso di utilizzare, per dar forma a questa annosa e legittima questione, il “recipiente” di matrice lacaniana *Cartel*, sicuramente e ovviamente da noi rivisitato e reinventato (e che per questo Lacan, non ce ne voglia).

Era come se volessimo (per tentare ovviamente invano di dirlo in termini lacaniani) un po' uscire dalla fase di rispecchiamento dalle definizioni altrui sulla comparazione, attraverso le quali avviene inizialmente e in modo inevitabile una identificazione, che parte sempre dall'altro e in questo caso specifico dalla sistematizzazione del pensiero della scuola formante; volevamo, insomma, divenire un po' più “soggetto”, incontrare un significante, introdurre un livello simbolico che possa rompere il rispecchiamento “sperimentando il linguaggio”, e questo è in parte avvenuto.

Quindi, ricapitolando: 3 elementi, un “+1”, alcuni testi da quest'ultimo introdotti nella funzione di stimolatori di pensiero, 45 minuti di tempo, restituzione. Ecco a voi, il nostro esperimento.

Eccomi ora, in questo articolo che invano tenta di riproporre quel che è stato, nella veste di +1, con questa introduzione, ad interrogare/interrogarmi intorno all'esperienza: rilanciando un sapere e smuovendo un desiderio singolare e soggettivo della ricerca del sapere stesso che non potrà mai terminare in una totalità dato che il +1 stesso manca sempre. Eccomi nella veste di colui che provoca, insomma. Colui che, nella nostra narrazione delle cose, introduce il testo su cui comparare i pensieri e le idee di ognuno di noi, e poi tace.

Lorenzo: Nell'*Acte de fondation de l'École Française de Psychanalyse* del giugno 1964 Jacques Lacan propone per la formazione dello psicanalista un dispositivo di gruppo che dia la possibilità di lavorare il sapere.

“Per lo svolgimento del lavoro, adotteremo il principio di una elaborazione sostenuta in un piccolo gruppo. Ciascun gruppo (abbiamo un nome per designare questi gruppi (*Cartel* n.d.r.) sarà composto da un minimo di tre persone, ad un massimo di cinque, quattro e la misura giusta. PIÙ UNA (*Plus-un* n.d.r.) incaricata della selezione, della discussione e dell'esito da riservare al lavoro di ciascuno. Dopo un certo tempo di attività, gli elementi di un gruppo si vedranno proporre di cambiare in un altro. Il compito direttivo non costituirà un titolo territoriale dove il servizio reso si capitalizzerebbe ai fini dell'accesso a un grado superiore, e nessuno dovrà considerarsi retrocesso per il fatto di rientrare nei ranghi di

un lavoro di base”.

Le Cartel appunto rappresenta ne l'École la modalità con cui Lacan propone di lavorare il sapere, questa formulazione da subito ci pone nei termini di un dispositivo che sia dislocato fuori dagli analisti in formazione che favorisca una modalità aggiuntiva alla analisi didattica. *Le Cartel*, come si legge nella citazione, è convocato dal Plus-un incaricato della selezione, della discussione e degli scopi da riservare al lavoro di ciascuno.

Nei fatti il Plus-un seleziona l'argomento da trattare e lo sottopone al lavoro degli altri membri scegliendo e assegnando a ciascuno quali aspetti debbano essere affrontati, a lui spettano anche la decisione sugli scopi dell'incontro e sulle modalità. Al Plus-un spetta di vegliare sugli effetti interni dell'impresa e di provocare l'elaborazione, in questi termini uno dei suoi cruciali compiti è di dissuadere dallo stabilirsi degli effetti illusori del gruppo, quelle dinamiche cioè che favoriscono lo stabilirsi di un pensiero di gruppo ovvero delle sue suggestioni. Questi termini sono in realtà opposti a quelli cui si riferisce, per esempio, Bion con la celebre formulazione circa il pensiero che circolante all'interno di un gruppo ad un certo punto incontra un pensatore che lo esprime e in tal modo lo formula al gruppo diventando una espressione, quindi, del gruppo e non del pensatore.

Introduco subito questa differenza per specificare la centralità del soggetto in un caso versus la centralità del gruppo nell'altro.

Uno degli intenti della struttura del *Cartel* è infatti proprio quello di sottrarre i cartellanti all'effetto suggestivo del gruppo che crea ortodossia, scuola, anziché stimolare il pensiero. Sul Plus-un vorrei dire inoltre che garantisce, per la sua alterità rispetto al gruppo, di evitare un legame così precario come è quello dell'identificazione ad un'insegna.

Il “motore” che muove al lavoro nei *Cartel* è il desiderio e la sua logica della mancanza, la chiave di una formazione alla psicoanalisi intesa in questi termini, attraverso questo dispositivo presuppone appunto un continuo rilancio delle possibilità di lavoro del testo. Mi soffermo su questa idea solamente per aggiungere che ogni volta che il testo è oggetto del lavoro di questo

gruppo si stabiliscono delle relazioni specifiche nei confronti della formazione stessa, o almeno questo è quello che è capitato a me. Questo scambio avviene ad un livello simbolico che per Lacan è il registro su cui si lavora con la psicoanalisi. A questo livello lo psicoanalista francese introduce l'idea di “desiderio dell'analista”, che ruota attorno ad una centrale domanda circa il funzionamento del rapporto di cura e che più avanti avremo modo di trattare più approfonditamente. La psicoanalisi intesa in questo senso è veramente originale e di questo aspetto vorrei trattare per un attimo, di quanto cioè essa si allontani dalla visione di terapia intesa nel classico senso di riduzione/cura del sintomo. Da questa prospettiva ogni soggetto è “acchiappato” dalla propria analisi in virtù di una curiosità, di un interesse e di un amore per la parola e per il tentativo continuo di condivisione di questa.

Tornando al *Cartel* e alla sua forza propulsiva ci si deve riferire anche ad un concetto espresso da Lacan e utilizzato per la spiegazione di molti aspetti: il Soggetto Supposto Sapere. Questo appiglio diventa fondamentale per giustificare due aspetti che, ruotando attorno al *Cartel*, ci dicono qualcosa sulla formazione alla psicoanalisi che vi si svolge.

Se si osserva cosa accade all'inizio di una analisi si può osservare che il soggetto, l'analizzante... il paziente insomma, ripone una concreta fiducia nella capacità dell'analista di sapere cosa può aiutarlo, egli situa dentro l'analista il segreto, la cosa giusta, la soluzione che egli non riesce a trovare. Per quanto riguarda il soggetto la domanda di cosa avviene all'inizio di una analisi è correttamente esaurita in questi termini.

Per l'analista d'altro canto è bene che sia verificata e cosciente l'ipotesi che egli, non essendo Dio né una sua immagine, né una entità con capacità sovranaturali, non ha, né avrà mai tutte le risposte alle domande che il soggetto pone; ma è di fondamentale importanza che sappia attorno a cosa ruota il movimento del processo in cui lo conduce, che abbia in definitiva ben chiaro quali sono le regole costituzionali, con un paragone giuridico, del gioco cui stiamo giocando.

Il “desiderio dell'analista” in questo contesto si configura come un interesse che lungi dall'appoggiarsi sulla soddisfazione dei bisogni

del soggetto trae la sua forza e si esaurisce “cinicamente” nella osservazione dei processi e delle articolazioni del pensare e nella conduzione della cura.

Il secondo termine da specificare e caratterizzante rispetto all’evento del Cartel è il Transfert. Il Transfert prima di tutto non è qualcosa che si organizza, che si monta ad arte ad inizio di una cura, come il tendone di un circo, ma secondo la celeberrima formulazione freudiana “non si crea ma si scopre”. Pertanto è una codifica della relazione che facciamo identificandone le caratteristiche solo a posteriori.

In secondo luogo, il Transfert ha una stretta connessione con l’eros, “un fenomeno essenziale legato al desiderio come fenomeno modale dell’essere umano. In estrema efficace sintesi Lacan puntualizza il rapporto tra Soggetto Supposto Sapere e Transfert in questa forma. Non appena da qualche parte c’è il Soggetto Supposto Sapere (...) c’è Transfert”.

Il saldo legame tra Transfert e Soggetto Supposto Sapere potrà essere una valida spiegazione all’interesse che scaturisce dal testo nel corso del Cartel. In termini ancora più spicci si potrebbe pensare che il sapere da lavorare nei gruppi Cartel altro non sia che la versione “testuale” del Soggetto Supposto Sapere. È per questo che il lavoro dei cartellanti è una elaborazione circolare piuttosto che avente un inizio e una fine, giacché il testo può essere infinito e il materiale mai concluso.

Riepilogando, le Cartel come dispositivo di formazione di gruppo costituisce una occasione sotto molteplici aspetti:

- favorisce e stimola l’incontro di diversi analisti attorno ad un medesimo oggetto di studio. Sviluppando il lavoro di ogni partecipante in una condizione di sottrazione all’effetto suggestivo del gruppo si può fare riferimento al singolo, per questo la formazione che passa attraverso questo dispositivo è immediatamente capitalizzata.
- ha una struttura tanto semplice e snella che permette ai cartellanti la massima libertà di incontro e di scambio; in questo la dinamica del desiderio è costantemente mobilitata.
- la prospettiva del Plus-un, con la sua

assenza di gerarchia rispetto agli altri cartellanti, implica necessariamente il confronto con la possibilità di autorizzarsi a decidere su un testo, ad operare un esercizio fallico di divisione.

- lavora grazie alla forza propulsiva del Transfert in modo che sia i cartellanti sia il Plus-un si trovano continuamente ad avere a che fare con le proprie scelte di formazione. Mettono cioè al servizio ed in evidenza grazie agli altri cartellanti quella tendenza che si configura come pulsione erotica e che è mossa verso il Soggetto Supposto Sapere.
- Rispetto ad un tema classico e molto ortodosso della formazione psicoanalitica, la frustrazione, questo processo formativo mi pare si possa intendere come un suo complementare. Attraverso la frustrazione si ha chiaramente un ritorno in termini di capacità di dilazione e posticipazione del soddisfacimento. In questo altro senso la continua tensione cui muove il Soggetto Supposto Sapere e la dinamica del desiderio, con le sue possibilità d’inganno, permette di sperimentare contestualmente il godimento e la soddisfazione.

Ilaria: Il nostro laboratorio ha rivisitato la struttura lancianiana del Cartel in più aspetti, tra i quali i compiti propri del +1. Tale figura, nei Luoghi di Pensiero, non distribuisce compiti rispetto ai testi scelti e i suoi interventi, qualora ci siano, non hanno una funzione particolare pre-stabilita, ma rispondono a una contingenza. In linea di massima il +1 tace e la sua parola emerge alla fine.

Ha senso nella formazione di uno psicoterapeuta di qualsiasi orientamento l’inserimento di uno spazio in qualche modo simile ai Luoghi di Pensiero? O meglio, può tale laboratorio essere considerato formante e perché?

Nel tentativo di rispondere a questa domanda, innanzitutto direi che il +1 porta una questione che lo interroga, e la porta scegliendo testi di autori che a loro volta ne sono stati interrogati. Già questo momento contiene in sé qualcosa di formante: l’incontro col testo, ma ancora prima, con la questione interrogante che spinge a cercare il testo.

Il +1 si autorizza a scegliere testi che rappresentano la "sua" questione e invita i partecipanti a lasciarsi interrogare. Ogni esito è possibile, compresi 45 minuti di totale silenzio; quello che avviene è il risultato dell'incontro tra ogni individuo presente e quella specifica questione: trovo che anche questo sia un decisivo momento formante, l'incontro di un soggetto con ciò che interroga un altro soggetto.

Laura: La potenzialità formativa del Cartel risiede nel suo essere un dispositivo in cui viene introdotto qualcosa che fa segno restando muto: il testo, scelto dal +1, su cui i cartellanti lavorano.

Il testo "agita" il desiderio di conoscenza dei cartellanti azionando l'ingranaggio del transfert. Struttura del Transfert al testo:

- Chi desidera nel Cartel? I cartellanti, ciascuno per sé.
- Cosa muove l'adesione di una persona a un Cartel? Alimentare, ognuno per motivi diversi, il proprio sapere.
- Chi diventa l'oggetto del desiderio del Cartel? Il testo, con i suoi segni enigmatici.
- In che cosa i cartellanti desiderano il testo? Che dica loro qualcosa, che risponda alle loro domande di sapere ("Sì hai capito bene"), che insomma il testo a un certo punto sia oracolo e sveli la sua verità.
- Questo accade? No. Nessuna voce, dalla parte di un testo, può rispondere all'invocazione dei cartellanti.
- In che modo i cartellanti desiderano il testo, come lo "trattano"? Lo trattano come se il testo fosse il sembiante dei desideri e delle intenzioni di qualcuno.
- Di chi? Di un autore al quale viene attribuito un supposto sapere e perciò un supposto voler dire, voler trasmettere, voler significare ("Cosa avrà voluto dire? Secondo me... Secondo me... Secondo me..."). Ora, nessun autore risponderà mai di ciò che ha scritto. Eppure questa "finta" in cui veniamo catturati ogni volta che leggiamo un testo è quella che muove la "progressione di sapere", in un Cartel, ma non solo, in qualsiasi processo di formazione, di studio, di ricerca.

Il testo nel Cartel irretisce i cartellanti in un benefico inganno: "seduce" con le sue parole i loro desideri inducendoli a pensare, parlare, confrontarsi, studiare, astrarre, nella speranza di catturare il prezioso *agalma* dell'autore. La formazione è sempre ciò che resta dall'incontro con quest'impossibile: è ciò che imparo e sedimenta mentre sono impegnato a scoprire quello che credo si debba scoprire.

Claudia (fase di restituzione, al termine del lavoro): Innanzitutto, perché si restituisce? Perché così, si continua a desiderare, non si definisce mai un "saperne tutto"; si lascia lo spazio, per saperne ancora.

E ancora, cosa abbiamo fatto? Abbiamo desiderato. Che cosa? Beh, prima di tutto, il sapere; intorno ad una questione, ad un quesito che interroga e quindi lascia uno spazio non riempibile.

Comparare, quindi, perché? Per preservare, io direi, la possibilità di non incollarsi ma di incontrarsi, per articolare i nostri saperi intorno allo spazio singolare creato dal +1, chiunque esso sia; perché non possiamo costruire un sapere senza un desiderio, perché non ci sarebbe formazione senza desiderio, perché non ci sarebbe comparazione senza un altro di fronte a noi. E l'unico modo per fare comparazione, è proprio quello di preservarne la sua esistenza, come tale, senza introdurlo, senza violarlo, ma solo ascoltandolo. Questo, ad ora, è ciò che il nostro setting ci ha permesso di sapere.

4 PARADOSSI SULLA CREATIVITÀ

di Andrea Innocenti

Psicologo Psicoterapeuta, Direttore della Scuola di Psicoterapia Comparata

Quando abbiamo pensato all'organizzazione di questa giornata sul tema della creatività, eravamo consapevoli di aver scelto un argomento molto ampio e in certi sensi controverso.

Che significa essere creativi in psicoterapia? Che significa fare pensieri creativi? La creatività è qualcosa di definibile a priori o deve essere necessariamente calata nel contesto in cui viene utilizzata o, perfino ritagliata sul singolo caso? Di fronte a questi dilemmi, ci siamo ritrovati a fare alcune scelte e a proporvi punti di vista possibili su questo tema. Non tutti i punti di vista possibili, ma di certo sufficientemente vari per poter osservare la creatività in modo comparato. Una caratteristica che credo per tutti noi sia comune alla creatività è il suo essere intrinsecamente una variazione rispetto ad uno schema, un qualcosa di impreveduto e non già tracciato e linearmente indirizzato su binari noti. Una possibilità di lettura delle situazioni diversa rispetto all'ovvio o al già definito. E questo è anche lo spirito della comparazione. In un certo senso, se siete qui seduti in questa stanza, è perché ognuno di voi è, a suo modo, comparato.

Quando nel 1996 Otto Kernberg, che a breve sarebbe diventato presidente dell'International Psychoanalytic Association, scrisse il suo provocatorio articolo *“Trenta metodi per distruggere la creatività degli allievi degli istituti di psicoanalisi”*, il suo intento fu di sottolineare, in modo paradossale, quali atteggiamenti da parte degli Istituti di formazione avrebbero potuto evitare di rendere autonomi, curiosi, coraggiosi i propri allievi. In una parola, creativi.

Ad esempio, suggerì che gli allievi venissero “scoraggiati dall'effettuare visite premature ad altre società o istituti, dal partecipare a congressi e incontri, o al lavoro analitico in altre istituzioni. (...) Questo serve a evitare paragoni potenzialmente dannosi, la conoscenza di (...)

nuove metodologie educative e la contaminazione tramite un opinabile spirito di cambiamento e innovazione” potrebbero risultare dannose per gli allievi.

Oppure indicava che criticare appropriatamente i punti di vista opposti o addirittura puntare alla “distruzione, operata senza pietà, della rappresentativa degli altri punti di vista”, può contribuire a rassicurare che “la scuola locale sa di più e meglio”, che la mente dello studente possa riposare in pace, “e che le nuove idee, quantunque pericolose, possano essere spogliate del loro potenziale sovversivo”.

“Questa evoluzione - chiarisce Kernberg - preverrà il pericoloso processo con cui il candidato potrebbe altrimenti integrare da sé una teoria e una personale struttura di tecnica che si evolva e cambi creativamente mano a mano che egli mette alla prova i propri punti di vista nella situazione di trattamento, mentre tiene conto dello sviluppo autonomo del paziente”.

Questo scritto spiega bene ciò che muove la nostra Scuola ad un'apertura verso i vari modelli e vertici osservativi, nella convinzione che un confronto e un dibattito sui vari temi non possa che giovare - appunto - alla creatività. È stato proprio per questo che abbiamo chiesto ai nostri allievi più esperti di organizzare un workshop per oggi pomeriggio. E nel confronto con loro è emerso un dilemma interessante che voglio cogliere come spunto per una breve dissertazione sulla creatività in psicoterapia.

Alcuni, interrogandosi sul lavoro da proporre, mi hanno posto questa domanda: “come possiamo forzarci e sforzarci ad essere creativi? In che modo rendere atto di fantasia una preparazione meticolosa e basata su una ricerca? È un paradosso!”

Voglio presentarvi, proprio su questa falsariga, quattro paradossi sulla creatività che spero possano essere uno spunto di riflessione.

1) La creatività non crea

Ogni atto creativo prende spunto da qualcosa di esistente, già presente. Potremmo dire che la creatività non crea ma trasforma, rielabora, modifica.

Possiamo vedere l'incontro di psicoterapia, ad esempio, come l'esito di due percorsi di vita già presenti, che confluiscono in una co-creazione. In una psicoterapia, seguendo il pensiero di Nancy Amendt-Lyon (2007), "l'obiettivo è portare in primo piano qualcosa di nuovo, in modo che dalla trasformazione o dalla riorganizzazione dei vecchi elementi una nuova configurazione possa emergere". L'atto creativo in psicoterapia non è quindi un generare ex-novo, ma la metamorfosi di qualcosa già presente. Ad esempio, secondo un'ottica gestaltica il sintomo è una soluzione creativa che il soggetto mette in atto per affrontare situazioni per lui difficili da risolvere altrimenti. Allo stesso tempo è ciò che rende consapevole un processo - l'assimilazione di nuove esperienze - che altrimenti sarebbe prevalentemente inconsapevole. Un po' come ci si accorge di quanto è importante respirare quando abbiamo un raffreddore che ce lo rende difficoltoso. Come afferma Margherita Spagnuolo Lobb (2007), "le potenzialità, le possibilità o le visioni possono essere realizzate solo rispondendo al campo esistente". Come in un dialogo, quindi, non come in un monologo.

Se le nostre storie di vita sono narrazioni, una metafora di tale trasformazione può essere quella del terapeuta-traduttore, che aiuta il paziente-lettore a trovare un nuovo senso in parole, frasi, racconti che inizialmente non riesce pienamente a cogliere o che addirittura gli risultano incomprensibili, col rischio di accantonare il libro della propria vita.

Anche il concetto bioniano di *rêverie* (1962) può essere inteso come la capacità del terapeuta di "digerire, sognare, le esperienze emotive sentite come intollerabili o indigeste per la mente immatura del bebè o dell'analizzato". In un certo senso, un parallelismo dell'allattamento, in cui "la madre ingerisce alimenti solidi impossibili da assorbire per il figlio e li trasforma in latte, che

lui può assumere" (Castelo Filho, 2010). Nel corso della terapia il paziente - auspicabilmente - imparerà a rendere elaborabile ciò che prima non lo era, a trasformarlo rendendolo per sé digeribile.

Questa analogia mi permette di introdurre il secondo paradosso sulla creatività:

2) La creatività è neutra

"Ma come?" direte voi "la creatività è slancio, alternativa, impulso, come può essere neutra?". Sì, se come neutro intendiamo il terreno su cui la creatività può nascere. Non possiamo non pensare al concetto di *spazio potenziale* di Winnicott, quell'area neutra in cui sono mediate la realtà esterna e quella interna, dove nasce il gioco, elemento costitutivo della possibilità di creare e quindi di sentirsi vivi.

Proprio Winnicott (2005) afferma che "la psicoterapia si svolge nella sovrapposizione di due aree di gioco, quella del paziente e quella del terapeuta. La psicoterapia ha a che fare con due persone che giocano insieme".

In questo senso, anche il concetto di *capacità negativa* di Bion - ovvero quella fase della seduta in cui "l'analista ascolta il paziente per il tempo necessario ad intuire l'esperienza emotiva informe, tollerando di rimanere nel dubbio e nell'ansia, senza affrettarsi a trovare spiegazioni razionali e senza aggrapparsi al già noto sul paziente e sulle teorie" (Cassani 2015) - assume il senso di uno spazio potenzialmente creativo.

Perls attinge a piene mani dal concetto di *indifferenza creativa* di Friedlaender (1918, 2009): mentre l'uomo, nell'affrontare le polarità, ha sempre posto la sua attenzione sugli estremi e non sull'indifferenza, sul centro, sul neutro, egli sottolineava, ribaltando il canonico punto di vista, che è proprio l'indifferenza, nel suo essere neutra e quindi plenipotente, che contiene esattamente la possibilità di ogni differenziazione e, quindi, di ogni atto creativo.

Una mia paziente mi riportava spesso che quando si trovava di fronte ad un dilemma, una scelta importante, andava in riva ad un lago vicino a casa sua e si metteva in contemplazione delle acque placide finché non emergeva in lei uno spunto, un'idea, come se questa prendesse forma proprio increspando la linea omogenea del lago.

Stern parla di *girovagare insieme* descrivendo così la psicoterapia: un percorso in cui terapeuta e paziente si addentrano in sentieri non solo sconosciuti, ma inesistenti fino a quel momento, in quanto il loro procedere avviene mediante una co-creazione. Nessuno dei due sa preventivamente cosa l'altro dirà finché non incontrano un *now moment* (2005), ovvero un momento chiave della terapia, che si può risolvere in un "momento di incontro" che - se significativo - può dare luogo all'assimilazione di ciò che è accaduto da parte del paziente. Secondo Stern i *now moments* sono un concetto vicino al *Kairòs* greco, l'attimo da cogliere, irripetibile, il momento propizio ed in calce al quale il terapeuta può mettere la sua firma, quasi fosse un'opera d'arte.

E se infine emergono, è possibile "giocare con le polarità e integrarle" (Amendt-Lyon, 2007).

3) La creatività si prepara

Nuovamente mi immagino un pensiero creativo che emerge nelle vostre menti e si differenzia trasformando le mie parole: "la creatività si prepara? Questa è bella! Ma se non è improvvisata, che creatività è?". Proprio su questo gioca il paradosso: improvvisare richiede molta tecnica e molta preparazione. Un buon terapeuta sa quando è il momento in cui può concedersi, ad esempio, di utilizzare l'umorismo in seduta. E lo sa perché conosce ciò che sta facendo, è solido nel proprio addestramento e in grado di utilizzare gli strumenti di cui è a conoscenza.

Quella che Ammanniti (2007) parlando della relazione psicoterapeutica riporta è l'immagine del contadino che si prende cura della propria terra per renderla nuovamente pronta alla semina. E il contadino utilizza sia la propria capacità intuitiva, come ad esempio quella che gli permette di cogliere il momento adatto per la semina, sia la sua maestria, la sua esperienza, le sagge indicazioni tramandate a lui dai propri predecessori.

Pur partendo da solide basi teoriche e conoscenza di strumenti specifici, l'incontro col paziente per ogni terapeuta non può che essere un adattamento creativo "è la sua danza col paziente" (Spagnuolo Lobb, 2007).

Un'ultima riflessione che vorrei condividere con voi oggi è che

4) La creatività è comune

Intendendo con questo che è un fattore comune alla maggior parte degli approcci psicoterapeutici.

Senza dimenticare concetti di stampo maggiormente psicologico come *adattamento* e *accomodamento*, atti creativi tipici dell'esplorazione infantile di Piaget o la definizione di *pensiero laterale* di Edward De Bono, il tema della creatività è ampiamente trattato in psicoterapia, a partire da Freud e dai concetti di *spostamento* e *sublimazione*, per passare ai riferimenti nella teoria junghiana e alla *volontà creativa* di Rank.

In Italia, Arieti (1990) ad esempio differenzia la *creatività ordinaria* da quella *straordinaria*: la prima che influenza solo la vita di chi ne è autore, la seconda che invece alimenta il miglioramento e il progresso della società.

Vittorio Guidano (2008) afferma che la psicoterapia non è una scienza, a differenza della psicologia. "Più che una scienza, è un'arte".

Esistono concetti comuni a vari approcci psicoterapeutici, come l'*insight*, di cui ad esempio parlano i colleghi del Dipartimento di Psichiatria e Psicoterapia dell'Ospedale di Berna in Svizzera nel loro articolo che abbiamo pubblicato su Quaderni di Psicoterapia Comparata (Tschacher, Junghan, e Pfammatter, 2015).

Sempre riferendoci ai concetti legati alla creatività, in Analisi Transazionale troviamo il *copione* e il *ruolo*, lo psicodramma moreniano e la psicoterapia della Gestalt utilizzano a piene mani dal registro dell'improvvisazione e della fantasia. Noti gestaltisti, come Zinker (2002), affermano che piuttosto che utilizzare strumenti e tecniche ripetitive e stereotipate, il terapeuta dovrebbe creare "esperimenti su misura".

L'approccio sistemico relazionale parla della comunicazione come di un processo co-creativo di invenzione della realtà.

Esistono poi interventi incentrati sull'uso dell'arte e della creazione artistica, come l'arteterapia, la musicoterapia, la phototherapy.

Chiudo questa introduzione alla giornata tornando a Kernberg che conclude, sarcastico, "ricordatevi sempre: quando c'è una scintilla si può sviluppare un fuoco, soprattutto quando questa scintilla compare nel bel mezzo di un

bosco secco: estinguetela prima che sia troppo tardi!”.

Riferimenti bibliografici

- Ammaniti, M (2007) in Spagnuolo Lobb, M., e Amendt-Lyon, N. (a cura di). *Il permesso di creare. L'arte della psicoterapia della Gestalt*. Milano, Franco Angeli.
- Arieti, S. (1990). *Creatività. La sintesi magica*. Il Pensiero Scientifico.
- Bion, W.R. (1962). Una teoria del pensiero. In: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma, Armando, 1970.
- Cassani, E. (2015). *Capacità negativa*.
<http://www.spiweb.it/elenco-voci-spiweb/6703-capacita-negativa>
- Castelo Filho, C. (2010). *La creatività nel lavoro psicoanalitico*. Da Psychomedia
<http://www.psychomedia.it/pm/indther/latinoam/castelo-filho4.htm>
- Friedländer S. (2009), *Schöpferische Indifferenz*, Gesammelte Schriften Band 10, Waitawhile, Herrsching
- Guidano, V.F., e Cutolo, G. (2008). *La psicoterapia tra arte e scienza*. Milano, Franco Angeli.
- Kernberg, O.F. (1998). *Trenta metodi per distruggere la creatività in psicoanalisi*. Gli Argonauti, n.76.
- Spagnuolo Lobb, M., e Amendt-Lyon, N. (a cura di, 2007). *Il permesso di creare. L'arte della psicoterapia della Gestalt*. Milano, Franco Angeli.
- Napolitani, D. (1987). *Individualità e gruppalità*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Stern, D. (2005). *Il momento presente*. Milano, Cortina Editore.
- Tschacher, W., Junghan, U. M., e Pfammatter, M. (2015). Verso una tassonomia dei fattori comuni in psicoterapia – Risultati di una ricerca condotta su psicoterapeuti esperti. *Quaderni di Psicoterapia Comparata*, n. 4, 145.
- Winnicott, D. (2005). *Gioco e realtà*. Roma, Armando Editore.
- Zinker, J. (2002). *Processi creativi in Psicoterapia della Gestalt*. Milano, Franco Angeli.

FILOSOFIA DELLA MENTE, EPISTEMOLOGIA E COMPARAZIONE (PARTE I)

di Nicola Materassi¹, Alice Visi²

¹ medico, specialista in psicologia clinica, psicoterapeuta

² psicologa psicoterapeuta

Ogni teoria è costruita nell'ambito di alcune ipotesi di partenza o credenze che si accettano come date, queste sono spesso chiamate meta-modelli, paradigmi o visioni del mondo.

Le differenze tra le varie psicoterapie potrebbero essere dovute al fatto che i vari approcci sono basati su differenti meta-modelli e hanno diverse visioni dell'uomo, della coscienza e del mondo. La comparazione dei differenti modelli psicoterapici presenta difficoltà poiché le varie scuole hanno coniato un loro gergo concettuale e proposizionale adatto ai loro specifici approcci.

Ciò rende difficile determinare se essi stanno parlando di differenti fenomeni o se, semplicemente, stanno usando parole differenti. L'esplicitazione del tipo di filosofia della mente alla base di ogni modello potrebbe contribuire ad individuare analogie e differenze che in parte potrebbero essere solo apparenti. Le radici dei meta-modelli delle psicoterapie contemporanee vanno ricercate molto indietro nella storia, quando sono state create le principali visioni dell'uomo e del funzionamento mentale.

L'articolo si compone di due parti. Un excursus storico della filosofia della mente, esposto nella prima parte, costituisce una base utile nell'identificare i meta-modelli a cui le varie psicoterapie fanno riferimento. La seconda parte, pubblicata successivamente, affronterà i collegamenti teorici tra orientamenti filosofici e principali modelli di psicoterapia.

Filosofia della mente

Gli esseri umani hanno una propensione naturale a percepire di avere una mente cosciente. Ognuno di noi sperimenta costantemente, con gradi diversi di consapevolezza, emozioni, sensazioni, variazioni dell'umore e pensieri. Implicitamente sappiamo cos'è la coscienza. Questo tipo di conoscenza, intuitivo, contrasta con la complessità dell'argomento quando si tenta di affrontarlo dal punto di vista filosofico e quindi in termini scientifici soddisfacenti. Il tema del mentale è strettamente legato alla riflessione riguardo ai rapporti tra corpo e mente. La questione del problema mente-corpo è presente, già nell'antichità, sia in filosofia sia nel sapere di matrice medica.

La filosofia della mente rappresenta l'ambito filosofico che studia il mentale (coscienza, percezione, intenzionalità) e i rapporti con il fisico (corporeo), questione che attualmente va sotto il nome di problema mente-corpo.

Il termine "mente" proviene dal latino *mens*, sinonimo dell'anima razionale di Aristotele. La parola "anima" è una traduzione latina del termine greco *psychè*. "Spirito" invece origina dal latino *spiritus* traduzione del greco *pnèuma*. In tal senso, il termine "mente" rimanda sia all'anima che allo spirito. Entrambi questi termini derivano da un lungo percorso che ha modificato il loro senso. Prima del V secolo a.C., questi termini si riferivano alla forza vitale, un soffio che da un lato è ciò che infonde vita all'intero cosmo, e dall'altro è una forza vitale particolarizzata in un singolo individuo. Questo duplice significato è rimasto invariato giungendo così fino ai giorni attuali.

Con Platone (427-347 a.C.) la psiche acquisisce quel significato che ancora ai nostri giorni ci sembra familiare. L'anima per Platone, non solo è distinta dal corpo ma se ne separa al

momento della morte (Robinson, 1970; Steiner, 1992). Tale concezione di anima ha influenzato tutto il pensiero filosofico successivo.

Secondo Aristotele (384-322 a.C.), tutti gli oggetti sensibili, artificiali e naturali sono un composto indissolubile di una materia particolare e di una forma universale. Questo concetto prende il nome di ilomorfismo (da *hyle*=materia e *morphè*=forma). Ogni individuo è un composto indissolubile di materia (corpo) e forma (anima). L'anima, essendo la forma, è la sostanza (essere) di ogni individuo. L'anima è atto perché è ciò che dà vita a un corpo naturale che ha la vita in potenza, l'anima è ciò che realizza le potenzialità del corpo dando a esso vita. Per Aristotele l'anima non è separabile dal corpo e non è immortale (Nannini, 2011).

Nel sapere antico si trovano anche concezioni materialistiche: Democrito (V-IV sec. a.C.) e gli atomisti Epicuro (341-270 a.C.) e Tito Lucrezio Caro (99-55 a.C.). I "meccanicisti" ritengono che esistano solo gli atomi e il vuoto e che ogni fenomeno sia riconducibile ad un insieme di movimenti e di urti fra atomi di varie forme e grandezza. Questo si può dire anche dell'anima, vista anch'essa come corporea poiché, se non lo fosse, sarebbe vuoto che è inerte e non produce effetti. Un'altra forma di materialismo è quello prodotto dagli stoici. Questo materialismo non è meccanicistico e areligioso come quello degli atomisti, al contrario è vitalistico e riprende dal *Timeo* di Platone l'idea dell'esistenza di un'anima del mondo, fondendola con l'ilozoismo (tutta la materia è vivente): lo spirito è intrinseco nella materia e l'anima degli animali e degli umani è solo il punto di particolare tensione dell'anima del mondo (Nannini, 2011).

Aurelio Agostino (354-430 d.C.) vede l'anima come immortale e incorporea e formula con chiarezza il concetto cristiano di anima individuale secondo cui l'anima viene intesa come sostanza spirituale, incorporea, immateriale e creata da Dio. Un concetto di straordinaria importanza è quello del libero arbitrio: l'uomo è libero di scegliere tramite un atto di volontà e ha la responsabilità di questa scelta. Un altro concetto fondamentale è quello dell'autocoscienza: Dio può essere trovato solo dentro di noi, è già in noi per chi sa scorgerlo. La profondità dell'anima può essere esplorata tramite una presa di coscienza di sé e della propria natura spirituale e Dio, attraverso la

grazia, può illuminarci in questo percorso. L'anima è consapevole di sé e questo la rende certa della sua esistenza (Nannini, 2011).

Dualismo

L'origine del concetto contemporaneo di mente viene fatto risalire a Cartesio (René Descartes, 1596-1650) che costruisce su nuove basi la riflessione sull'anima compiendo una svolta relativa ai rapporti tra mente e corpo nella storia della filosofia. La sua teoria, il dualismo interazionista (delle sostanze), che dominerà fino a tutta la seconda metà del '900, vede una netta separazione tra *Res Cogitans* e *Res Extensa*. Cartesio sostiene che una sostanza deve avere un'essenza o una caratteristica essenziale che ne determina il genere: l'essenza della mente è la coscienza, il suo essere "pensante", l'essenza del corpo è l'essere esteso nelle tre dimensioni dello spazio fisico. Il *Cogito*, non esteso spazialmente, non dipende in alcun modo dal corpo. Tale concezione appare chiaramente espressa dalle sue stesse parole "di modo che questo io, cioè l'anima grazie alla quale io sono quello che sono, è del tutto distinta dal corpo e a paragone del corpo anche più facile a conoscersi, l'anima - dico - che non cesserebbe di essere tutto quello che è, anche se il corpo non fosse" (Cartesio, 1637). Il dualismo cartesiano è detto interazionistico poiché, mente e corpo, pur essendo due sostanze distinte, sono anche unite e capaci di interagire: la mente è causa di mutamenti corporei e il corpo è causa di fenomeni mentali. Cartesio sosteneva che le due sostanze distinte, il mentale e il fisico, potessero incontrarsi e interagire in un preciso punto del cervello: la ghiandola pineale. Attraverso questo organo, i comandi provenienti dall'anima avrebbero potuto influenzare il corpo e, viceversa, le informazioni provenienti dal corpo e dal mondo esterno avrebbero potuto arrivare all'anima sotto forma di percezioni, emozioni e conoscenza in generale (Crane, 2001; LeDoux, 1996; Nannini, 2011).

I filosofi successivi a Cartesio fino a Hegel possono essere suddivisi tra coloro che accettano il dualismo e coloro che lo rifiutano. Un caso a parte è Baruch Spinoza (1632-1677) che combina la distinzione di Cartesio tra *Cogito* e estensione con la tesi che esiste al mondo

un'unica sostanza al tempo stesso estesa e pensante. Se per "sostanza" si intende ciò che sussiste e può essere percepito indipendentemente da qualsiasi altra cosa, allora l'unica sostanza esistente è Dio che esiste solo in virtù della sua stessa esistenza, cioè è causa di sé. Tutte le altre cose sono sue determinazioni, egli ne è la causa. Estensione e pensiero sono "attributi" di Dio ed esprimono l'essenza infinita di Dio stesso e le menti e i corpi sono modi finiti dell'estensione e del pensiero. Spinoza sostituisce il "dualismo interazionistico delle sostanze" di Cartesio con un "dualismo parallelistico degli attributi", dove il pensiero va di pari passo a ciò che accade nel corpo e non c'è interazione causale (Crane, 2001).

Wilhelm Leibniz (1646-1716) sostiene l'esistenza d'infinita sostanze create liberamente da Dio. Il mondo è costituito da "atomi spirituali", le "monadi", che sono sostanze semplici e indivisibili e la loro esistenza consiste nell'insieme delle relazioni che intrattengono con le altre monadi. La realtà ultima è, per Leibniz, spirituale: le monadi sono atomi incorporei e i corpi sono aggregati di monadi. Egli riduce le cose materiali a mera apparenza di una realtà spirituale più profonda. I corpi, secondo Leibniz, differiscono per il grado di chiarezza che raggiungono le percezioni delle loro monadi rispetto alle percezioni delle anime: le percezioni delle anime sono più distinte mentre quelle dei corpi sono più deboli. Quindi una distinzione cartesiana tra menti e corpi permane anche se in forma diversa (Genesini, 2008; Nannini, 2011).

Il monismo: materialismo e idealismo

L'evoluzione consequenziale del dualismo è il monismo, tradizionalmente diviso in idealismo e materialismo. Il punto di vista noto con il nome di materialismo risale all'atomismo antico e al vitalismo degli stoici e la sua prima forma originale si trova in Thomas Hobbes (1588-1679). Egli sostiene che "sostanza" vuol dire corpo e che "sostanza immateriale" sia un non senso. Esistono solo i corpi e la ragione può discutere solo di essi. Hobbes obietta a Cartesio che da "io penso" si può dedurre che io esisto, ma non che sono pensiero e questo non

impedisce che il pensare stesso sia una proprietà del mio corpo e non un soggetto. Hobbes è il primo sostenitore della "teoria dell'identità" tra mente e cervello: le nostre percezioni sono il presentarsi di una modificazione corporea. La sua identificazione degli eventi mentali con gli eventi corporei porta alla conclusione che la volontà umana non si sottragga al determinismo universale contrariamente all'idea di libero arbitrio di Cartesio. Il materialismo sostiene, quindi, che tutto ciò che esiste è materiale e che la materia è l'esclusiva causa delle cose. Gli sviluppi settecenteschi del materialismo si distanzieranno dall'idea di Hobbes che ammette l'esistenza di Dio. Infatti, il materialismo degli illuministi Julien Offroy de Lamettrie (1709-1751), Claude Adrien Helvétius (1715-1771), Denis Diderot (1713-1784) e Paul Thiry barone d'Holbach (1723-1789) è decisamente ateo. Nell'illuminismo, il materialismo trova una sua chiara formulazione legata in maniera indissolubile con l'ateismo. Le tesi sul materialismo, nelle diverse versioni, saranno formulate in modo più preciso negli anni Cinquanta del Novecento (Moravia, 1986; Nannini, 2001).

Al razionalismo di Cartesio si è soliti contrapporre l'empirismo di John Locke (1632-1704) il quale aspira a fondare il sapere umano sulla ragione naturale e riprende da Cartesio l'idea che possiamo conoscere direttamente solo le nostre idee e non il mondo esterno. Egli critica l'innatismo e sostiene che tutte le nostre idee provengano direttamente o indirettamente dai sensi: le rappresentazioni mentali provengono dalle sensazioni, mediante le quali percepiamo gli oggetti esterni, o dalle riflessioni, mediante le quali percepiamo le nostre attività mentali, e queste sono le uniche fonti della nostra conoscenza. Da esse ricaviamo idee semplici che combiniamo insieme formando idee complesse. L'intelletto umano nota che certe proprietà vadano solitamente insieme e le raccoglie sotto l'idea di un loro supporto comune, di una sostanza che, al contrario di quanto sosteneva Aristotele, non esiste davvero in natura ma è un nostro costruito mentale. Questo vale sia per le sostanze corporee sia per quelle spirituali. Tramite la sensazione siamo certi dell'esistenza del mondo e tramite la

riflessione siamo certi di esistere come esseri pensanti, ma non possiamo andare oltre a questo e quindi non possiamo sapere se l'anima è materiale o immateriale. Per Locke, l'identità personale è affidata non al permanere della sostanza ma alla continuità del flusso dei ricordi: l'io è il legame tra tutte le azioni o pensieri che riconosco come miei grazie al legame stesso. Questa concezione sarà molto importante per il pensiero psicologico: essenziale non è capire la natura dell'anima ma scoprire empiricamente i principi che regolano le associazioni tra le sue idee. Questo punto di vista sarà ripreso da Hume.

L'idealismo nega l'esistenza reale del mondo e dei corpi: l'universo è esclusivamente mentale, gli oggetti materiali non esistono e la realtà consiste di dati sensoriali esperiti. Tutto ciò che riteniamo appartenere al mondo fisico non è altro che una delle forme assunte dalla realtà mentale soggiacente. L'idealismo raggiunge la sua forma estrema ("idealismo dogmatico") con George Berkeley (1685-1753). Nel *Trattato sui principi della conoscenza umana* (1710), Berkeley sostiene che la nostra esperienza immediata ci dimostra che quello che possediamo non sono altro che le nostre percezioni e perciò la concezione di una realtà che va oltre a quello che è percepito corrisponde alla formulazione di un'idea astratta assolutamente priva di un contenuto di verità. "L'esse delle cose è un *percipi*" (1710, par. 3) cioè l'essere significa essere percepito: non esistono gli oggetti materiali che siano indipendenti dal nostro percepirli. Anche le idee non esistono indipendentemente da una mente che le pensa. La sua teoria insieme a quella di Leibniz costituisce il punto di origine dell'idealismo.

Attraverso il pensiero di David Hume (1711-1776) la lezione dell'empirismo giunge nell'Ottocento e nel Novecento. Hume sostiene che possiamo conoscere solo le percezioni, divisibili in impressioni e idee. Tutto ciò che possiamo conoscere deriva dai sensi. Le differenze rispetto all'immaterialismo di Berkeley possono riassumersi in due punti: in primo luogo, la credenza nell'esistenza dei corpi è razionalmente infondata ma la natura ci induce ad accettarla e, in secondo luogo, l'essenza della mente non ci è nota come quella degli oggetti esterni, quindi, anche lo

spiritualismo è infondato. La mente come sostanza unica non esiste ma esistono solo gli stati mentali. Noi non siamo altro che fasci di differenti percezioni che si susseguono rapidamente in un flusso perpetuo. Non siamo mai direttamente coscienti del nostro Io ma solo delle nostre percezioni. Non si tratta di capire cosa sia la mente intesa come sostanza ma di chiarire quali regolarità esistano tra gli stati mentali dei quali abbiamo esperienza diretta: il problema mente-corpo da metafisico diventa empirico. Questa teoria sarà poi ripresa dal "monismo neutrale" a cavallo tra Ottocento e Novecento.

La filosofia della mente secondo Kant (1724-1804), come per Cartesio e gli empiristi, non è separabile dalla teoria della conoscenza. Nel pensiero di Kant, ogni metafisica intorno all'anima è sostituita sia da una psicologia empirica, secondo cui gli stati mentali sono accessibili tramite l'introspezione, sia da un concetto di "Io penso" inteso come centro di attività: la mente non è più concepita come sostanza immateriale cartesiana. Secondo Kant noi conosciamo i fenomeni in uno specifico modo perché l'intelletto, mediante gli "schemi trascendentali", applica ai dati sensibili i propri concetti (categorie). In ogni nostra conoscenza è contenuto un elemento a priori indipendente dai nostri sensi e ineliminabile. La dottrina kantiana che prende il nome di "idealismo critico trascendentale", prevede l'esistenza di cose in sé, al di là del nostro pensiero. Gli oggetti però possono essere conosciuti solo per come appaiono e non per come sono "realmente". Per l'idealista trascendentale i corpi e le menti esistono come generi distinti di fenomeni. Su corpo e anima come cose in sé (oggetti trascendentali) non possiamo asserire niente. Il dualismo che ne deriva dissolve il problema dell'interazione tra sostanze che presumiamo avere una natura diversa. Le idee di Kant hanno messo in rilievo per la prima volta che la realtà empirica risulta dall'elaborazione di *imput* sensoriali operata dalla mente attraverso l'applicazione di sue regole (programmi). Kant può essere considerato uno tra i precursori del funzionalismo e del cognitivismo (Laiber, 1996; Nannini, 2011).

Tra spiritualismo e positivismo

Con Kant avviene il compimento del processo iniziato da Locke che conduce all'abbandono della metafisica intorno all'anima e la sostituisce, da un lato, con una psicologia empirica degli stati mentali intesi come fenomeni interni accessibili attraverso l'introspezione e, dall'altro, con la logica trascendentale che sostituisce alla "mente" cartesiana, vista come sostanza immateriale, un "Io" visto come centro di attività. La psicologia empirica si sviluppa nel corso dell'Ottocento, soprattutto in Germania, mentre il passaggio dal concetto di "mente" a quello di "Io" da vita tra la fine Settecento e l'inizio Ottocento all'idealismo di J.G. Fichte, W.J. Schelling e G.W.F. Hegel. Questo idealismo non combacia con l'immaterialismo di Berkeley, non nega cioè l'esistenza della materia, ma ritiene che le scienze naturali occupino, nel sistema delle conoscenze umane, un posto subordinato rispetto allo studio dell'uomo e dello spirito. Gli idealisti tedeschi si trovano al confine di due epoche: il loro pensiero è comprensibile in continuità con quello di Kant ma appartiene anche alla svolta anti-illuministica del primo Ottocento.

La crisi del positivismo agli inizi del Novecento segna la fine del progetto di sostituire la filosofia con le scienze naturali e sociali. In questi anni si andranno sviluppando filosofie che mostrano una determinata originalità. Tra queste, nell'ambito della filosofia della mente, presentano una particolare importanza la fenomenologia di Husserl e la filosofia analitica. Molte correnti filosofiche di questo secolo sono la prosecuzione di filosofie dell'Ottocento. Henry Bergson (1859-1941) si pone, ad esempio, in continuità con lo spiritualismo. Non mancano, però, anche filosofie maggiormente originali come la fenomenologia di Edmund Husserl (1859-1938) o la filosofia analitica. Husserl separa gli atti mentali dagli oggetti a cui sono rivolti e indaga tutte le possibili forme di relazione intenzionale tra coscienza e i suoi oggetti: il filosofo deve attenersi ad un empirismo radicale. Husserl sviluppa una nuova teoria della conoscenza particolarmente complessa. L'approccio sviluppato da Husserl consiste in un metodo

denominato fenomenologia. Il fenomeno va inteso come il manifestarsi di una realtà della coscienza, superando la contraddizione tra pura apparenza e ipotetica cosa in sé. La realtà esterna non viene negata, ma è senza senso parlare di dati oggettivi in modo indipendente dal soggetto impegnato nell'atto del conoscere. Husserl sostiene che quella sensibile non sia l'unica intuizione di cui l'uomo dispone. Esiste un'intuizione intellettuale che permette di cogliere la struttura generale della realtà empirica. La riflessione di Husserl è attraversata costantemente da ciò che ne costituisce l'elemento fondamentale: l'anti-naturalismo. Lo studioso di scienze naturali tenta di capire in che modo coscienza e soggettività possano nascere dalla natura. La posizione di Husserl è ben diversa: è da un soggetto trascendentale che le scienze della natura devono trarre il loro fondamento. Una posizione anti-naturalistica è evidenziabile anche in M. Heidegger (1889-1976). Secondo Heidegger la domanda alla quale il filosofo deve dare una risposta riguarda il senso dell'Essere. Tale domanda non deve essere posta al soggetto trascendentale ma all'individuo stesso immerso in una determinata contestualizzazione storico-sociale. Al centro del suo pensiero non troviamo l'epistemologia e neppure la metafisica ma l'ontologia (Nannini, 2011).

Filosofia analitica

A fine Ottocento e inizi Novecento, nasce una corrente di pensiero che oggi viene chiamata filosofia analitica. Un modo di vedere la filosofia come un'attività finalizzata a liberare gli uomini da perplessità di varia natura attraverso un'analisi del linguaggio. Le forme principali di questa filosofia si distinguono in base al modo di praticare l'analisi del linguaggio: la prima è l'analisi di un enunciato dubbio condotta attraverso la traduzione nella "lingua perfetta" della nuova logica simbolica di G. Frege e B. Russell per evitare ambiguità o implicazioni metafisiche indesiderate; la seconda è l'analisi delle parole che sono fonte di perplessità attraverso la scoperta, tramite esempi ripresi dal linguaggio ordinario, dei contesti nei quali esse sono usate in modo intuitivamente corretto. La prima si ritrova in

G. Frege, G. Moore, B. Russell e negli empiristi logici; la seconda in J.L. Austin, G. Ryle e P.F. Strawson.

Materialismo, fisicalismo e empirismo logico

Negli anni Trenta, prevale tra i filosofi analitici un atteggiamento materialista e comportamentista. Negli anni successivi, filosofi come H. Feigl (1934), C.G. Hempel (1953) e R. Carnap (1950, 1956), elaborano una concezione fisicalista della psicologia partendo dall'idea che tutte le scienze siano riconducibili alla fisica. Questa forma di comportamentismo, detto logico, si distingue da quello psicologico di Watson perché non nega l'esistenza di stati mentali e non giudica inopportuno l'utilizzo dell'introspezione, ma ritiene che interrogarsi sull'esistenza degli stati mentali sia uno pseudo-problema che si dissolve quando questi vengono descritti in termini fisicalistici riferendosi solo a comportamenti e fatti osservabili. Ciò che dà senso al linguaggio della psicologia è la sua riducibilità a quello della fisica cioè la riducibilità dei termini psicologici ai comportamenti empiricamente verificabili e ad altri eventi fisici come gli stati cerebrali. Carnap non vede nessuna differenza nel ridurre gli stati mentali sia agli stati cerebrali sia al comportamento manifesto che, di tali stati, è l'effetto. Negli anni Cinquanta, G. Ryle (1900-1976) definisce gli stati mentali come disposizioni comportamentali senza ritenere che sia necessario al significato dei termini psicologici alcun riferimento alle basi neurologiche di tale comportamento (comportamentismo analitico). Al contrario, i sostenitori della "teoria dell'identità" e del "materialismo dello stato centrale" torneranno ad avvicinarsi alla posizione di Carnap e degli empiristi logici, usando il comportamento manifesto solo come segnale di stati neurologici interni, ai quali solo gli stati mentali sarebbero riducibili. Carnap, percorrendo il funzionalismo proposto dal suo allievo H. Putnam (1975), ha sostenuto che gli stati mentali sono cause nascoste del comportamento alle quali lo psicologo si riferisce in modo indiretto attraverso i loro effetti comportamentali osservabili. Le radici filosofiche del pensiero di Ryle vanno ricercate nel pensiero del filosofo

Ludwig Wittgenstein (1889-1951) che è considerato la fonte principale di entrambi i metodi di praticare l'analisi filosofica, cioè sia la riduzione degli enunciati alla lingua perfetta della logica (empirismo logico) sia l'esame delle regole d'uso delle parole del linguaggio ordinario. Wittgenstein contesta la concezione del linguaggio secondo la quale le parole hanno significato perché evocano idee, immagini o stati di coscienza. Il linguaggio ordinario è estraneo alla disputa tra materialisti e dualisti e il filosofo, che mediante l'analisi di questo linguaggio, intende liberarci dai problemi metafisici nati da fraintendimenti dell'uso comune di termini psicologici, svolge un compito diverso da quello scientifico di ricercare nel cervello le cause del comportamento. Wittgenstein non intende ridurre gli stati mentali al comportamento ma mostrare come i termini psicologici del linguaggio ordinario abbiano senso solo perché i criteri che ne governano l'uso corretto fanno riferimento a comportamenti osservabili. Egli prende le distanze sia dal comportamentismo psicologico sia dal mentalismo, poiché ritiene che l'impresa dello studio scientifico della mente e del comportamento sia compromessa dal mancato chiarimento degli errori filosofici di considerare gli stati mentali come stati in modo analogo a quando parliamo degli stati fisici. La tesi centrale di Ryle (1949) presenta fortissime analogie con Wittgenstein: nella lingua comune, quando ci riferiamo a ciò che gli altri pensano, le parole hanno un senso non perché si riferiscano ai loro stati interni ma in virtù del loro comportamento osservabile. Ryle, contrario sia al dualismo che al mentalismo, cerca di non cadere nel comportamentismo sostenendo che non c'è bisogno di ritenere l'uomo una macchina per negare che sia un corpo abitato da una mente. In realtà, però, i filosofi degli anni Cinquanta hanno etichettato il suo pensiero come "comportamentismo logico" anche se resta una grande differenza tra il comportamentismo di Carnap e Feigl e la filosofia della mente di Ryle. Più corretta risulta l'etichetta "comportamentismo analitico". Comunque, la filosofia con la quale Ryle entra in aperta polemica è quella del dualismo di origine cartesiana battezzata "dogma dello spettro nella macchina" (p.9). Secondo il suo pensiero, le spiegazioni del comportamento

umano in termini psicologici non sono causali, non si riferiscono a stati interni, ma sono disposizionali cioè esprimono tendenze comportamentali. I “fenomeni mentali” non sono altro che caratteristiche osservabili del modo nel quale gli uomini si comportano (pp.270-271) e che, di conseguenza, la conoscenza di sé e degli altri deve procedere dal comportamento manifesto (Moravia, 1986; Nannini, 2011).

Crisi dell'empirismo logico

Durante gli anni Cinquanta, la filosofia analitica è dominante nei paesi di lingua inglese, con un prevalere dell'empirismo logico negli Stati Uniti e dell'analisi del linguaggio ordinario in Inghilterra. Agli inizi degli anni Sessanta, però, l'empirismo logico entra in crisi sia per le critiche mosse da marxisti, fenomenologi e esistenzialisti, sia per un processo interno di approfondimento e ripensamento che raggiunge una svolta con il filosofo W.V.O. Quine, erede dell'empirismo e del pragmatismo, e con i post-empiristi T. Kuhn e P.K. Feyerabend. Quine (1969) è un empirista con una concezione scientifica del mondo ma ritiene che non sia possibile distinguere quali teorie siano scientifiche e quali metafisiche, poiché una parte della metafisica, cioè l'ontologia (teoria dell'essere), è indispensabile alle teorie scientifiche determinando la cornice generale in cui la scienza conduce le ricerche. L'ontologia è la cornice filosofica generale della scienza e questo rende indissolubile la continuità tra scienza e filosofia. In questa prospettiva, l'epistemologia diviene una scienza empirica e descrittiva del modo in cui gli uomini giungono a migliorare le proprie conoscenze, divenendo un ramo della psicologia empirica all'interno del “naturalismo epistemologico”. Secondo Kuhn (1962) e Feyerabend (1963; 1975) il modo in cui lo scienziato descrive e interpreta i dati sperimentali è già compromesso dalla teoria che egli accetta. Ogni teoria, per essere valida, si muove entro un certo paradigma che la consente; non può essere valida in modo assoluto. I due indirizzi di filosofia della mente prevalenti negli ultimi quarant'anni, cioè materialismo e funzionalismo, non avrebbero potuto affermarsi se non ci fosse stato un

incontro tra filosofia e scienza volto a chiarire la natura della mente favorito sia dal naturalismo epistemologico di Quine sia dallo sviluppo delle scienze cognitive avvenuto negli anni Settanta. Le scienze cognitive costituiscono un indirizzo di ricerca interdisciplinare dove confluiscono la filosofia della mente, la linguistica, la psicologia cognitiva, l'intelligenza artificiale e le neuroscienze. Torna ad essere importante capire cosa siano gli stati mentali e come essi riescano a produrre il comportamento osservabile. La nascita dell'intelligenza artificiale, della psicologia cognitiva e della linguistica trasformazionale di N. Chomsky (1959; 1993; 1995) contribuiscono, dalla fine degli anni Cinquanta in avanti, a segnare la fine del comportamentismo e a mutare gli studi di filosofia della mente. Il cognitivismo si afferma negli anni Settanta come nuovo paradigma della psicologia dedicata allo studio dell'intelligenza e degli stati cognitivi (Moravia, 1986; Nannini, 2011).

Teoria dell'identità

Nella seconda metà degli anni Cinquanta, il fisicalismo di Carnap e Feigl continua ad essere molto diffuso e dà vita a una forma di materialismo detta riduzionista poiché riduce gli eventi mentali agli stati fisici del cervello, che si differenzia dalla forma eliminativista che sostiene la non esistenza degli stati mentali. L'espressione più significativa del materialismo riduzionista è rappresentata dalla Teoria dell'Identità. Questa si riferisce al punto di vista elaborato da U.T. Place (1956), H. Feigl (1958) e J.C. Smart (1959) che sostengono che gli stati mentali e gli stati del cervello sono identici. La differenza fenomenologica tra mentale e fisico può essere resa compatibile con la riduzione del primo al secondo: i termini psicologici e fisicalistici hanno come riferimento i medesimi stati mentali, è il modo nel quale tali termini descrivono questi stati ad essere diverso. Distinguere il senso dei termini psicologici da quello dei termini fisici non implica che esista una distinzione ontologica tra stati mentali e stati neurologici poiché, tale distinzione, può essere puramente linguistica. Secondo Place, credere che la distinzione fenomenica tra stati mentali e processi cerebrali provi l'esistenza di

una qualche realtà immateriale o sia sufficiente a provare l'esistenza di due differenti realtà (dualismo) è l'errore che cade nella "fallacia fenomenologica" (p.35). Smart risponde alle due principali critiche che vengono mosse alla teoria dell'identità. La prima si basa sulla "legge di Leibniz" secondo la quale, se due cose sono identiche, devono avere le stesse proprietà ed è contro-intuitivo attribuire agli stati cerebrali due proprietà essenziali degli stati mentali cioè la coscienza e l'intenzionalità. La seconda si basa sul fatto che sembriamo godere di un "accesso privilegiato" ai nostri stati di coscienza mentre gli stati cerebrali ci sono ignoti. Smart risponde sottolineando che due cose possono essere contingentemente identiche anche se noi gli attribuiamo proprietà che, nel nostro linguaggio corrente, vengono espresse da predicati incompatibili. Inoltre, possiamo conoscere una cosa sotto una descrizione e non sotto un'altra, sebbene le due descrizioni abbiano lo stesso riferimento. I termini psicologici non implicano di per sé l'esistenza di entità mentali, sono compatibili sia con il dualismo che con il materialismo, sono "topico-neutrali" (p.58). La teoria dell'identità implica la soluzione del problema della causalità fisica e mentale sostenendo che non esistono due tipi di cause, cause mentali e cause fisiche sono identiche.

Esistono due diverse formulazioni della teoria dell'identità distinguibili in base al modo di considerare cause ed effetti come proprietà oppure come eventi. Nel primo caso, le proprietà mentali sono identiche ad alcune proprietà fisiche e la teoria dell'identità prende il nome di teoria dell'identità di "tipo" (Armstrong, 1968; Lewis, 1966). Nel secondo caso, gli eventi hanno due generi di proprietà, mentali e fisiche e in questo caso la teoria dell'identità va sotto il nome di teoria dell'identità "token" o delle occorrenze (Davidson, 1980). Secondo Lewis, ogni stato mentale è parzialmente definibile mediante le relazioni di causa ed effetto che esso intrattiene con gli stimoli esterni, le risposte comportamentali e altri stati mentali. Gli stati mentali sono cioè quegli stati che svolgono un certo ruolo entro una complessa trama di relazioni di causa ed effetto tra stimoli esterni e comportamento osservabile. Il ruolo causale definitorio degli stati mentali è svolto dagli stati

del sistema nervoso centrale. Armstrong chiamerà questa teoria "materialismo dello stato centrale" (p. 75): gli unici stati capaci di ricoprire i ruoli causali sono gli stati cerebrali. Davidson formula, agli inizi degli anni Settanta, una teoria sul rapporto tra mente e corpo che egli chiama "monismo anomalo". Questa teoria, pur essendo materialistica, si distingue dalla teoria dell'identità di Place e Smart e dal materialismo dello stato centrale di Armstrong. Davidson sostiene che tradurre le spiegazioni psicologiche in fisicalistiche non è possibile poiché, sebbene ogni singolo evento mentale sia un evento cerebrale, non esiste alcuna legge psicofisica che correli eventi mentali tra loro simili a eventi fisici tra loro altrettanto simili. Mentre i processi fisici sono spiegabili attraverso leggi fisiche, gli eventi mentali non lo sono. Questo però non impedisce che ogni singolo evento mentale coincida con un evento cerebrale. L'anomalia del mentale impedisce la corrispondenza tra tipi di eventi mentali e tipi di eventi fisici ma non impedisce quelli tra loro singole occorrenze (Crane, 2001; Moravia, 1986; Nannini, 2011).

Funzionalismo

La concezione materialistico-identitista è stata sottoposta a tentativi di modifica, anche radicale, come quello elaborato dal funzionalismo. Tra i principali rappresentanti di questo approccio teorico abbiamo H. Putnam e J. Fodor che svilupperanno la loro concezione funzionalista in netta opposizione alla teoria dell'identità. Il termine funzionalismo in filosofia della mente è utilizzato per indicare la tesi di H. Putnam (1960; 1975) che ha alla base l'analogia mente-computer. Gli stati mentali sono descrivibili in termini funzionali sul modello degli stati funzionali del *software* di un computer: essi sono stati interni dell'organismo tali che, dato un certo *input* sensoriale, determinano un certo *output* motorio. Questi stati interni sono realizzati mediante stati cerebrali come gli stati funzionali del *software* si realizzano grazie agli stati dell'*hardware*. Questi stati funzionali sono definibili come effetti di certi stimoli sensoriali e come cause di determinate risposte motorie in modo indipendente dal supporto fisico dal quale

capita loro di essere: uno stesso *software* può realizzarsi con *hardware* differenti. Lo stesso stato mentale può essere implementato da stati cerebrali differenti così come lo stesso programma può essere realizzato da *hardware* differenti. Gli stati funzionali, anche se implementati da stati fisici, non sono riducibili a essi né definibili in termini puramente fisici. L'argomento delle "molteplici realizzazioni" è il principale argomento utilizzato dal funzionalismo contro il materialismo e il riduzionismo epistemologico. Questo non rende però il funzionalismo vicino al dualismo poiché non respinge il riduzionismo ontologico: la garanzia dell'autonomia della nostra vita mentale non consiste nel fatto che una sostanza spirituale interferisca sul funzionamento del corpo ma nel fatto che non esiste una spiegazione del nostro comportamento mediante le leggi della fisica. L'idea dell'Io visto non come sostanza ma come attività era già presente in Aristotele, Locke e Kant: la mente è diversa dal cervello solo perché è l'insieme delle funzioni e delle attività che esso svolge (Crane, 2001; Moravia, 1986; Nannini, 2011).

Dopo gli articoli di Putnam degli anni Sessanta, nonostante l'esplicita ritrattazione del suo autore avvenuta in seguito, il funzionalismo ha conosciuto una fortuna immensa. Di esso sono state elaborate varie formulazioni tra cui la "teoria computazionale e rappresentazionale della mente" proposta da Jerry Fodor (1975; 1981; 1983; 1987; 2000). Fodor si ispira al monismo anomalo di Davidson sostenendo che, sebbene qualsiasi evento ricada sotto le leggi della fisica, non necessariamente tutti gli eventi sono spiegabili in termini fisici sotto qualsiasi descrizione. Si distingue da Davidson però su un punto: non crede nell'anomalia del mentale. Per non cadere nel dualismo e nel riduzionismo fisiologico, propone il "fisicalismo delle occorrenze" (1975, p.18). Attua cioè un'importante distinzione tra "identità tipo-tipo" e "identità occorrenza-occorrenza" (o "fisicalismo delle occorrenze"). La prima sostiene che ogni tipo di stato mentale è identico a un certo tipo di stato cerebrale (es. il dolore è identico all'eccitazione di alcuni neuroni e non di altri), la seconda sostiene che ogni particolare stato mentale è identico a un qualche stato cerebrale, ma non

necessariamente eventi mentali del medesimo tipo sono identici a eventi cerebrali del medesimo tipo (es. il dolore è identico all'eccitazione di alcuni neuroni x e y oggi e di altri neuroni w e z domani). Alla base di questa distinzione c'è quella fondamentale tra la cosa (essenza) e la funzione. Una cosa è una datità univoca che è sempre quella e non può essere in altro modo, mentre una funzione non lo è, in quanto non si manifesta, sempre e necessariamente, in un solo modo, ma è una operazione che si può realizzare in molte maniere diverse. Un esempio efficace adottato da Fodor è quello della trappola. La trappola vista come cosa è quel determinato oggetto concreto, la trappola vista come funzione resta tale pur essendo realizzabile con tecniche e materiali diversi. I fenomeni mentali, nell'ottica funzionalista, sono considerati fenomeni funzionali. Proprio per questo non è pertinente chiedersi né cosa siano dal punto di vista fisico né quali siano le parti che li compongono o a cosa siano riducibili. In quanto fenomeni funzionali ha più senso domandarsi qual è il modo specifico in cui operano. Fodor insiste quindi sul fatto che funzioni psicologiche identiche potrebbero essere talvolta attribuite a meccanismi neurali anatomicamente eterogenei e viceversa (Moravia, 1986). L'identità ontologica tra singole occorrenze non pregiudica l'irriducibilità epistemologica tra tipi di occorrenze. La psicologia non è riducibile alla neurologia: lo psicologo deve essere consapevole che, in un modo o nell'altro, ogni stato mentale è implementato dal cervello, ma scoprire come lo sia non è compito suo ma del neuroscienziato. La mente è il programma (*software*) che consente al cervello di processare l'informazione sensoriale e convertirla in risposte motorie. Le attività mentali sono processi computazionali che combinano un numero finito di segni, tramite regole sintattiche. Questo è possibile poiché ciascuno di questi segni è rappresentato nella mente in modo indipendente dagli altri. La mente combina queste rappresentazioni mentali secondo certe regole in modo tale da far sì che il significato di ogni combinazione risulti dal significato degli elementi combinati: qualsiasi attività mentale è una computazione che il cervello opera manipolando delle

rappresentazioni che esso trova dentro di sé in un codice innato (Nannini, 2011).

Eliminativismo

Una nuova concezione del problema mente-corpo, che emerge negli anni Sessanta, attua una vera e propria eliminazione e non una semplice riduzione come nelle teorie precedenti. Si tratta del “materialismo eliminativo” o “eliminativismo classico”. Questa teoria trova la propria origine in Quine (1969) che sostiene che quello che viene eliminato non sono le esperienze soggettive, la coscienza o i fenomeni mentali, ma la teoria ontologica dualistica che fa da sfondo alla psicologia del senso comune. Nella stessa direzione si muovono Faigl (1958) e Feyerabend (1963; 1975). Una variante di questa concezione è quella sostenuta da Rorty (1965; 1970; 1979) nella “teoria della scomparsa” (*disappearance theory*). Formula una soluzione materialistica e fisicalistica: se nella teoria dell’identità abbiamo l’identificazione del mentale con il corporeo, nell’eliminativismo abbiamo l’eliminazione del mentale (Moravia, 1986). Quindi, se la teoria dell’identità e il materialismo eliminativo concordano sull’idea che tutto è fisico, divergono su quali cose fisiche esistano (Crane, 2001).

Ritorno al dualismo e naturalizzazione della mente

Le teorie che attualmente stanno acquisendo una crescente rilevanza sono quelle elaborate da neuroscienziati e da filosofi che sostengono la validità della neurobiologia nella spiegazione della mente e della coscienza. Queste posizioni teoriche rivendicano l’opportunità di una “naturalizzazione” della mente. I fenomeni mentali possono essere studiati utilizzando i metodi delle scienze empiriche come accade per i fenomeni naturali. Psicologi cognitivi, neuroscienziati, biologi, fisici che considerano ormai l’emergere della coscienza dall’attività cerebrale. Si possono citare Oliviero (1995; 1999; 2002; 2004; 2008; 2009), Boncinelli (2010), Cozzolino (2006), Crick e Koch (1990; 1997), Damasio (1994; 1999; 2003), Edelman (1987; 1989; 2000; 2004; 2006), LeDoux (1996;

2002), Singer (2003), Panksepp (1998), Stenberg (1998), Siegel (1999), Ramachandran (2003), Gallese e Goldman (2008), Rizzolatti e Sinigaglia (2006), Frith (2007), Dalai Lama (2003), Searle (2004) e molti altri. Il processo di naturalizzazione della coscienza è lontano dall’essere completato, tuttavia, parziali successi sono stati conseguiti in questo ambito producendo un effetto di vasta portata (Nannini, 2011).

Edelman è autore del “darwinismo neurale” secondo il quale l’esperienza nei primi anni di vita opera una selezione somatica tra una molteplicità di circuiti neuronali mantenendo quelli che svolgono una funzione positiva nel controllo del comportamento e lasciando atrofizzare gli altri. Secondo Edelman, tutte le funzioni che vengono attribuite alla coscienza sono svolte in realtà da processi cerebrali: “il processo della coscienza è un risultato dinamico delle attività distribuite di popolazioni di neuroni in molte aree diverse del cervello” (2004, p.6). La comparsa della coscienza è il risultato di una complessa interazione di tre organizzazioni topologiche del cervello: il sistema talamo-corticale, i gangli della base e le proiezioni ascendenti, ciascuno dei quali incentiva o meno l’attività di altri circuiti neuronali (pp.22-23). Ogni atto mentale viene realizzato da una certa dinamica cerebrale prodotta da un meccanismo complicato fisico-chimico che produce non solo mappe sensoriali particolari capaci di collegare certi *input* sensoriali a certi *output* motori, ma di connettere queste mappe in “mappaggi globali” (p.42). Il cervello riesce così a costruire una “scena complessa” combinando i dati sensoriali del mondo esterno e interno che costituiscono la “coscienza primaria” (p.8, pp.42-47). Costruendo mappe di mappe, ovvero mappe della sua stessa attività, il cervello costruisce una coscienza di ordine superiore legata al pensiero e al linguaggio (p.83). “La coscienza, essendo un processo implicato dall’attività neurale del nucleo talamico rientrante non può essere essa stessa causale”. Non è la coscienza, quindi, ad avere effetti sul comportamento ma sono i processi neuronali che la sottendono ad averne (2006, p.88).

La posizione di Searle, definita dal filosofo stesso “naturalismo biologico”, prende le

distanze tanto dal dualismo quanto dal materialismo, sostenendo l'esistenza di una "ontologia soggettiva" (ontologia di prima persona) in cui la coscienza è da considerarsi come un vero e proprio fenomeno naturale. Una riduzione di tipo eliminativo ha senso solo quando si voglia mostrare che il fenomeno ridotto non esiste. Una riduzione eliminativa non può prescindere da una distinzione preliminare tra apparenza e realtà. Appare logico che la coscienza non può essere eliminata per riduzione, poiché nel suo dominio d'esistenza, esse stessa è una realtà. L'apparenza corrisponde alla realtà. Una riduzione ontologica della coscienza al substrato biofisico (riduzione in termini di terza persona) comporterebbe il venir meno delle ragioni per cui tale concetto è stato introdotto. La coscienza non può essere considerata un fenomeno poco importante o irrilevante in quanto condizione necessaria affinché qualcosa possa dirsi importante. Il "naturalismo biologico" prevede che la riduzione della coscienza al livello neurobiologico sia causale ma non ontologica. La prima non implica la seconda. Nella concezione dualistica l'irriducibilità ontologica, implicando anche quella causale, sostiene l'esistenza della coscienza come entità metafisica (essa può esistere al di là di un substrato materiale). Per Searle la coscienza non è qualcosa che può esistere in modo diverso dal mondo fisico ordinario. La coscienza è un processo cerebrale che avviene nel cervello conservando allo stesso tempo proprietà qualitative e soggettive. Un approccio scientifico al problema della coscienza basato sulla neurobiologia implica di capire in che modo gli stati di coscienza siano causati da processi cerebrali. Il relativo progetto di ricerca, per arrivare alla formulazione di una teoria, prevede di individuare il correlato neurale della coscienza verificandone, in un secondo tempo, la natura causale della correlazione.

Searle, Dennett (1978; 1987; 1991; 1998; 2002) ed i Churchland (1996; 1998) hanno ulteriormente approfondito e sviluppato nei primi anni del XXI secolo le loro rispettive concezioni di naturalizzazione della mente. Sebbene siano i maggiori rappresentanti della prospettiva naturalistica in filosofia, molti altri

oggi, interrogandosi sul rapporto mente-corpo, si trovano a confrontarsi con gli studi psicologici e neuroscientifici. Si può distinguere tra il "naturalismo epistemologico" di Quine, secondo il quale l'epistemologia filosofica deve trasformarsi in una teoria scientifica della mente, e le varie forme di "naturalismo ontologico" che affermano che lo studio di ciò che tradizionalmente viene considerato come appartenente alla sfera spirituale è un insieme di fenomeni naturali spiegabili in termini empirici. Le obiezioni a questo punto di vista persistono ancora e continuano a basarsi sulla non riducibilità degli stati mentali a stati cerebrali. Sebbene non esista ancora una teoria scientifica consolidata sulla coscienza e i filosofi continuano a dividersi, tuttavia negli ultimi venti anni, i termini di confronto sono radicalmente cambiati grazie alle neuroscienze poiché non è più considerato impossibile proporre delle teorie che siano sperimentalmente confermabili (Nannini, 2011).

Riferimenti bibliografici

- Agostino (1844-1855). Opera omnia. In J.P. Migne (A cura di) *Patrologiae cursus completus - Series latina*. Voll. 32-47. Paris.
- Aristotele (1973). *Opere*. 11 vol. Bari: Laterza.
- Armstrong, D.M. (1968). *A materialist theory of mind*. London: Routledge.
- Austin, J.L. (1961). *Saggi filosofici*. Milano: Guerini.
- Bergson, H. (1971). *Le opere*. Milano: CDE.
- Berkeley, G. (1710). *A treatise concerning the principles of human knowledge*. (trad. it. Trattato sui principi della conoscenza umana, Laterza, Roma-Bari, 1973).
- Boncinelli, E. (2010). *Mi ritorni in mente: Il corpo, le emozioni, la coscienza*. Milano: Longanesi.
- Carnap, R. (1950). Empiricism, Semantics, and Ontology. *Revue Internationale de Philosophie*, 11, 20-40.
- Carnap, R. (1956). Il carattere metodologico dei concetti teorici. In Id., *Analiticità, significanza, induzione* (1971), 266-315. Bologna: Il Mulino.
- Cartesio (1637). *Discours de la méthode*. Amsterdam: Elsevier (trad. it. Discorso sul metodo, in *Opere*, vol. 1, Laterza, Roma-Bari, 1982).
- Cartesio (1642). *Meditationes de Prima Philosophia*. Amsterdam: Elsevier (trad. it. Meditazioni sulla filosofia prima, in *Opere Filosofiche*, vol. 1, Utet, Torino, 1994).
- Cartesio (1644). *Principia Philosophiae*. Amsterdam: Elsevier (trad. it. I principi della filosofia, in *Opere Filosofiche*, vol. 2, Utet, Torino, 1994).
- Chomsky, N. (1959). Review of B.F. Skinner's «Verbal Behavior». *Language*, 35, 26-58.
- Chomsky, N. (1993). *Language and thought*. London: Moyer Bell.

- Chomsky, N. (1995). Language and nature. *Mind*, 104, 1-61.
- Churchland, P.M., & Churchland, P.S. (1996). Do we propose to eliminate consciousness? In R. N. McCauley (A cura di), *The Churchlands and their critics*, 297-301. Oxford: Blackwell.
- Churchland, P.M., & Churchland, P.S. (1998). *On the contrary: Critical essays, 1987-1997*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Cozzolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain* (trad. it. Il cervello sociale, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008).
- Crane, T. (2001). *Elements of Mind. An introduction to the Philosophy of Mind*. Oxford: Oxford University Press (trad. it. Fenomeni mentali. Un'introduzione alla filosofia della mente, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003).
- Crick, F., & Koch, C. (1990). Towards a neurobiological theory of consciousness. *Seminars in the Neurosciences*, 2, 263-275.
- Crick, F., & Koch, C. (1997). The problem of consciousness. *Scientific American, Special issue: mysteries of the mind 1*, 19-26.
- Dalai Lama (2003). *Consciousness at the crossroads* (trad. it. La coscienza dello spirito, Rizzoli, Milano, 2003).
- Damasio, A.R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Grosset/Putnam (trad. it. L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano, Adelphi, Milano, 1995).
- Damasio, A.R. (1999). *The feeling of what happens: Body, emotion and the making of consciousness*. London: Heinemann (trad. it. Emozione e coscienza, Adelphi, Milano, 2000).
- Damasio, A.R. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, sorrow and the feeling brain* (trad. it. Alla ricerca di Spinoza, Adelphi, Milano, 2003).
- Davidson, D. (1980). *Essays on actions and events*. Oxford: Clarendon (trad. it. Azioni ed eventi, Il Mulino, Bologna, 1992).
- Dennet, D.C. (1978). *Brainstorms*. Cambridge, MA: MIT Press (trad. it. Brainstorms. Saggi filosofici sulla mente e la psicologia, Adelphi, Milano, 1991).
- Dennet, D.C. (1987). *The intentional stance*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Dennet, D.C. (1991). *Consciousness explained*. Boston: Little Brown.
- Dennet, D.C. (1998). *Brain children: essays on designing minds*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Dennet, D.C. (2002). A naturalistic perspective on intentionality. Interview by M. Mirolli. *Mind and society*, 6, 3.
- Diderot, D. (1963). *Opere filosofiche*. Milano: Feltrinelli.
- Edelman, G.M. (1987). *Darwinismo neurale. La teoria della selezione dei gruppi neuronali*. Torino: Einaudi.
- Edelman, G.M. (1989). *Il presente ricordato. Una teoria biologica della coscienza*. Milano: Rizzoli.
- Edelman, G.M. (2004). *Wider than the sky. The phenomenal gift of consciousness* (trad. it. Più grande del cielo. Lo straordinario dono fenomenico della coscienza, Einaudi, Torino, 2004).
- Edelman, G.M. (2006). *Second nature: Brain science and human knowledge* (trad. it. Seconda natura: Scienza del cervello e conoscenza umana, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007).
- Edelman, G.M., & Tononi, G. (2000). *A universe of consciousness. How matter becomes imagination* (trad. it. Un universo di coscienza, Einaudi, Torino, 2000).
- Epicuro (1973). *Opere*. A cura di G. Arrighetti. Torino: Einaudi.
- Feigl, H. (1934). Logical Analysis and the Psychophysical Problem. *Philosophy of Science*, 1, 370-497.
- Feigl, H. (1958). The «mental» and the «physical». In H. Feigl, M. Scriven, & G. Maxwell (A cura di), *Minnesota Studies in the Philosophy of Science*, vol. 2: *Concepts, Theories and the Mind-Body Problem*, 370-497. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Feyerabend, P.K. (1963). Materialism and the mind-body problem. *The Review of Metaphysics*, 17, 49-57.
- Feyerabend, P.K. (1975). *Contro il metodo. Abbozzo di una teoria anarchica della conoscenza*. Milano: Feltrinelli.
- Fichte, J.G. (1910). *La dottrina della scienza*. Bari: Laterza.
- Fodor, J.A. (1975). *The language of thought*. New York: Thomas Y. Crowell Co.
- Fodor, J.A. (1981). *Representations: Philosophical essays on the foundations of cognitive science*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Fodor, J.A. (1983). *The modularity of mind*. Cambridge, MA: Bradford Books (trad. it. La mente modulare. Saggio di psicologia delle facoltà, Il Mulino, Bologna, 1988).
- Fodor, J.A. (1987). *Psychosemantics: The problem of meaning in the philosophy of mind*. Cambridge, MA: MIT Press (trad. it. Psicosemantica: il problema del significato nella filosofia della mente, Il Mulino, Bologna, 1990).
- Fodor, J.A. (2000). *The mind doesn't work that way*. Cambridge, MA: MIT Press (trad. it. La mente non funziona così, Laterza, Roma-Bari, 2001).
- Frege, G. (1892). Senso e denotazione. In A. Bonomi (A cura di), *La struttura logica del linguaggio*, Bompiani, Milano, 1973.
- Frith, C. (2007). *Making up the mind. How the brain creates our mental world*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. (trad. it. Inventare la mente, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009).
- Gallese, V., & Goldman, A. (2008). Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in cognitive sciences*, 12, 493-501.
- Genesini, S. (2008). Una mente simbolica? Il Linguistic turn di G. W. Leibniz. In S. Genesini & A. Rainone (Eds), *La mente. Tradizioni filosofiche, prospettive scientifiche, paradigmi contemporanei* (pp. 67-86). Roma: Carocci Editore.
- Genesini, S., & Rainone, A. (2008). *La mente. Tradizioni filosofiche, prospettive scientifiche, paradigmi contemporanei*. Roma: Carocci Editore.
- Hegel, G.W.F. (1967). *Fenomenologia dello spirito*. Firenze: La Nuova Italia.
- Hegel, G.W.F. (1924-1925). *La scienza della logica*. Bari: Laterza.
- Hegel, G.W.F. (1954). *Enciclopedia delle scienze filosofiche in compendio*. Bari: Laterza.
- Heidegger, M. (1968). *Introduzione alla metafisica*. Milano: Mursia.
- Heidegger, M. (1984). Hölderlin e l'essenza della poesia, trad. it. In G. Vattimo (A cura di), *Estetica moderna*, Il Mulino, Bologna, 1984.
- Heidegger, M. (1986). *Essere e tempo*. Torino: UTET.
- Helvétius, C.A. (1988). *De l'esprit*. Paris: Fayard.

- Hempel, C.G. (1953). The logical analysis of psychology. In N. Block (A cura di), *Readings in philosophy of psychology*, 14-23. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1980.
- Hobbes, T. (1750). *Works*. Londra.
- Hobbes, T. (1974). *Leviatano*. Roma-Bari: Laterza.
- Hobbes, T. (1992). *De cive*. Roma: Editori Riuniti.
- Holbach, P.T. (1978). *Sistema della natura*. Torino: UTET.
- Hume, D. (1992). *Opere filosofiche*. 4 voll. Roma-Bari: Laterza.
- Husserl, E. (1975). *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Milano: Il Saggiatore.
- Husserl, E. (1976). *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*. 3 voll. Torino: Einaudi.
- Husserl, E. (1988). *Ricerche logiche*. 2 voll. Milano: Il Saggiatore.
- Husserl, E. (1989). *Meditazioni cartesiane. Con l'aggiunta dei Discorsi parigini*. Milano: Bompiani.
- Kant, I. (1787). *Kritik der reinen Vernunft*. Riga (trad. it. Critica della ragion pura, Bari, Laterza, 1966).
- Kuhn, T.S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press (trad. it. La struttura delle rivoluzioni scientifiche, Einaudi, Torino, 1969).
- Lamettrie Offroy, J. (1955). *L'uomo macchina e altri scritti*. Milano: Feltrinelli.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: the mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Penguin Books (trad. it. Il cervello emotivo. alle origini delle emozioni, Baldini&Castoldi S.R.L., Milano, 2000).
- LeDoux, J. (2002). *Synaptic self. How our brains become who we are*. New York: Penguin Books (trad. it. Il sé sinaptico. Come il nostro cervello ci fa diventare quelli che siamo, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002).
- Leibniz, G.W. (1875-1890). *Die philosophischen Schriften von Gottfried Wilhelm Leibniz*. A cura di C. I. Gerhardt, 7 voll. Berlin.
- Leibniz, G.W. (1986). *Monadologia e discorso di metafisica*. Roma-Bari: Laterza.
- Leibniz, G.W. (1993). *Nuovi saggi sull'intelletto umano*. Roma: Editori Riuniti.
- Lewis, D.K. (1966). An argument for the identity theory. *Journal of Philosophy*, 63, 17-25.
- Locke, J. (1972). *Saggio sull'intelligenza umana*. 4 voll. Roma-Bari: Laterza.
- Lucrezio (1982). *La natura*. Milano: Garzanti.
- Moore, G.E. (1993). A defence of common sense. In T. Baldwin (A cura di), *G.E. Moore: Selected writings*. London: Routledge.
- Moravia, S. (1986). *L'enigma della mente*. Roma-Bari: Gius. Laterza & Figli.
- Nannini, S. (2011). *L'anima e il corpo. Un'introduzione storica alla filosofia della mente*. Roma-Bari: Gius. Laterza & Figli.
- Oliviero, A. (1995). *Biologia e filosofia della mente*. Roma-Bari: Laterza.
- Oliviero, A. (1999). *L'arte di ricordare: la memoria e i suoi segreti*. Milano: Rizzoli.
- Oliviero, A. (2002). *Prima lezione di neuroscienze*. Roma-Bari: Laterza.
- Oliviero, A. (2004). *Le età della mente*. Milano: Rizzoli.
- Oliviero, A. (2008). *Geografia della mente: territori cerebrali e comportamenti umani*. Milano: Cortina.
- Oliviero, A. (2009). *Introduzione alle neuroscienze*. Roma-Bari: Laterza.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience. The foundations of human and animal emotion*. Oxford: Oxford University Press.
- Place, U.T. (1956). Is consciousness a brain process? *British Journal for the Philosophy of Science*, 47, 44-50.
- Platone (1966). *Opere complete*. 7 voll. Roma-Bari: Laterza.
- Putnam, H. (1960). Minds and machines. In S. Hook (A cura di), *Dimensions of mind*, New York: NYU Press.
- Putnam, H. (1975). *Mind, language, and reality*. Cambridge-New York: Cambridge U.P. (trad. it. Mente, linguaggio, e realtà, Adelphi, Milano, 1987).
- Quine, W.V.O. (1969). *Ontological relativity and other essays*. New York: Columbia University Press.
- Ramachandran, V.S. (2003). *The emerging mind*. (trad. it. Che cosa sappiamo della mente, Saggi Oscar Mondadori, Milano, 2004).
- Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni a specchio*. Milano: Cortina.
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. London: Hutchinson (trad. it. Il concetto di mente, Laterza, Roma-Bari, 2007).
- Robinson, T.M. (1970). *Plato's Psychology*. Toronto: Toronto University Press.
- Rorty, R. (1965). In defense of eliminative materialism. *The Review of Metaphysics*, 24, 112-121.
- Rorty, R. (1970). Mind-body identity, privacy, and categories. *The Review of Metaphysics*, 19, 24-54.
- Rorty, R. (1979). *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton: Princeton U.P. (trad. it. La filosofia e lo specchio della natura, Bompiani, Milano, 1986).
- Searle, J.R. (2004). *Mind. A Brief Introduction*. Oxford: Oxford University Press (trad. it. La mente, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005).
- Schelling, F.W.J. (1908). *Sistema dell'idealismo trascendentale*. Bari: Laterza.
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind*. New York: Guilford Press Inc. (trad. it. La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001).
- Singer, W. (2003). *Ein neues menschenbild? Gespräche über Hirnforschung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Smart, J.J.C. (1959). Sensations and brain processes. *Philosophical Review*, 68, 141-156.
- Spinoza, B. (1924). *Opera*. A cura di C. Gebhardt, Winters, Heidelberg.
- Spinoza, B. (1988). *Etica*. Roma: Editori Riuniti.
- Steiner, P.M. (1992). *Psyche bei Platon*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stenberg, R.J. (1998). *The nature of Cognition*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Strawson, P.F. (1959). *Individui. Saggio di metafisica descrittiva*. Milano: Feltrinelli.
- Wittgenstein, L. (1953). *Ricerche filosofiche*. Torino: Einaudi.
- Wittgenstein, L. (1958). *Libro blu e libro marrone*. Torino: Einaudi.
- Wittgenstein, L. (1967). *Zettel*. Torino: Einaudi.

FILOSOFIA DELLA MENTE, EPISTEMOLOGIA E COMPARAZIONE (PARTE II)

NEUROSCIENZE E COMPARAZIONE: RIFLESSIONI EPISTEMOLOGICHE

di Nicola Materassi¹, Alice Visi²

¹ medico, specialista in psicologia clinica, psicoterapeuta,

² psicologa psicoterapeuta

Questo articolo, che rappresenta la seconda parte di un lavoro precedente (Materassi e Visi, 2014), introduttivo, sulla filosofia della mente, affronta i possibili collegamenti teorici fra i differenti orientamenti filosofici e i principali modelli psicopatologici.

L'approccio comparato, pur facendo parte dell'approccio teorico volto all'integrazione, se ne distanzia poiché pone l'accento sul confronto più che sull'integrazione dei vari modelli per valorizzare i contributi specifici di ognuno di essi seguendo una metodologia di ricerca tesa a superare i confini di un'unica scuola, guardando oltre a questi e tendendo ad un'apertura invece che ad una chiusura. Questo perché l'approccio comparato si fonda sull'idea che la comparazione dei vari modelli di psicoterapia possa portare ad un arricchimento in termini di complessificazione teorica utile nella pratica clinica: la complessificazione comporta una maggiore flessibilità nell'approccio empirico che consente di modellare con più precisione il lavoro terapeutico sia sul paziente che sul terapeuta.

Se da un lato, attualmente, la comparazione risulta attuata in termini di tecniche e metodi, non altrettanto lo è per quanto riguarda il livello teorico. Quest'ultimo risulta più difficoltoso a causa delle differenze, spesso presunte, esistenti tra i vari modelli che spesso appaiono inconciliabili. Il nostro lavoro si concentra sull'ipotesi che queste differenze potrebbero dipendere dalle differenze di linguaggio che questi modelli utilizzano e che queste dipendano, a loro volta, dal contesto socio-

storico-culturale in cui questi modelli sono nati. Infatti, la formulazione di teorie, all'interno dei diversi domini di conoscenza, avviene di solito a partire da ipotesi iniziali (credenze) che vengono accettate come date a priori e che influenzano le teorie stesse. Analogamente, le differenze tra le molteplici psicoterapie potrebbero essere dovute al fatto che i vari approcci trovano il loro fondamento su differenti meta-modelli. Differenti visioni del mondo, dell'uomo, della coscienza fanno da cornice ai vari approcci potendo influenzare le teorie formulate all'interno di essi. Questo spiegherebbe perché domande generali, come "Cosa è la normalità? Cosa vuol dire curare? Cosa si deve intendere per cambiamento?", non abbiano risposte univoche rendendo difficoltosa la comparazione a livello epistemologico e teorico (Ford e Urban, 1998).

L'identificazione dei meta-modelli cui fanno riferimento le varie psicoterapie potrebbe rappresentare il primo passo per la comprensione di queste differenze. Particolarmente interessante può risultare l'approfondimento della filosofia della mente, poiché è il meta-modello che sembra influenzare in modo significativo l'ambito della psicologia e della psicopatologia. Il passo successivo potrebbe essere rappresentato dalla ricerca di una filosofia della mente che si dimostri più adatta alla comparazione delle varie forme di psicoterapia (Materassi e Visi, 2014). Dunque, in questo lavoro ci siamo focalizzati sulla ricerca della filosofia della mente alla base di cinque importanti famiglie di approcci psicopatologici: il comportamentismo, il

cognitivismo, la psicoanalisi, la psicologia umanistica e la psichiatria biologica.

Comportamentismo

Il Comportamentismo si contrappose in modo radicale all'approccio introspettivo di Wundt (1832-1920) ritenendo i fenomeni interni (di coscienza) non studiabili attraverso il metodo scientifico. John B. Watson (1878-1958) sosteneva che la psicologia, per essere considerata scienza, dovesse eliminare dal suo campo di interesse gli stati mentali limitandosi all'osservazione dei comportamenti sperimentalmente ripetibili al fine di individuare le leggi empiriche che regolano la correlazione tra stimoli e risposte. Questo approccio fu definito comportamentismo metodologico per differenziarlo dalla corrente filosofica, detta comportamentismo logico, a cui si riferiva. Questa concezione filosofica, sostenuta da Feigl (1934), Hempel (1953) e Carnap (1950; 1956), riteneva che tutte le scienze, compresa la psicologia, fossero riconducibili alla fisica. L'obiezione mossa al dualismo non consisteva nel fatto che postulava entità inesistenti, ma che sosteneva affermazioni scientificamente irrilevanti. A differenza del comportamentismo metodologico, quello logico non negava l'esistenza di stati mentali ma riteneva superfluo interrogarsi su di essi in quanto la questione si sarebbe risolta sostituendo ai termini psicologici quelli fisicalistici dei comportamenti osservabili e misurabili. La cornice filosofica più ampia in cui si inserisce il comportamentismo è rappresentata dal positivismo logico e, dunque, in un'epistemologia empirica (Ford e Urban, 1998; Abbagnano, 2006; Nannini, 2011; Paternoster, 2010).

Cognitivismo

Per quanto riguarda il cognitivismo abbiamo ritenuto fondamentale distinguere le diverse evoluzioni in quanto, a partire dal cognitivismo ortodosso fino ai successivi sviluppi, le epistemologie di riferimento sono radicalmente diverse. Il Cognitivismo ortodosso ampliò il paradigma comportamentista rifiutando l'antimentalismo e ponendo in primo piano i processi cognitivi. Questi venivano considerati come un sistema complesso che elabora informazioni analogamente ai modelli di tipo informatico e cibernetico. Questo approccio si

avvicina all'analogia mente-computer che è alla base del funzionalismo di Putnam (1960; 1975) e Fordor (1975; 1981; 1983; 1987; 2000). Questa filosofia della mente, sviluppatasi a partire dagli anni Sessanta, sosteneva che gli stati mentali fossero realizzati mediante stati cerebrali così come gli stati funzionali del *software* si realizzassero grazie agli stati dell'*hardware*. Stati cerebrali diversi possono implementare il medesimo stato mentale: la psicologia non è riducibile alla neurologia in quanto non sono possibili correlazioni causali tra le due. Nelle scienze cognitive domina l'approccio razionalista-computazionale, infatti alla base dell'orientamento razionalista del cognitivismo ortodosso troviamo l'epistemologia empirista. La realtà presenta un ordine esterno, univoco, oggettivamente dato ed indipendentemente dall'osservatore. La conoscenza, quindi, è ottenuta attraverso rappresentazioni di quest'ordine, strutturate tramite l'elaborazione delle informazioni provenienti dal mondo esterno. L'adattamento e la conoscenza consistono in un modellarsi progressivo di un sistema alle pressioni ambientali e l'evolversi di un sistema conoscitivo coinciderà con un processo regolato e guidato dall'esterno (Ford e Urban, 1998; Abbagnano, 2006; Nannini, 2011; Paternoster, 2010).

Nel paradigma cognitivo-costruttivista si ebbe un salto epistemologico in quanto nell'adattamento venne posto l'accento sulle modalità individuali con cui il soggetto si impegna nella conoscenza. Questo approccio si rifà al costruttivismo epistemologico che si contrappone al realismo ingenuo dell'epistemologia empirista. In questa ottica le caratteristiche della conoscenza sono il risultato di un'attività di costruzione attuata dalla mente. Il mondo è prodotto da unità di rappresentazioni, immagini e azioni che si realizzano a livello fisiologico. La possibilità di una conoscenza oggettiva come rappresentazione fedele di un ordine esterno che non dipenda dall'osservatore viene messa in discussione. Il sapere non viene ricevuto in modo passivo ma emerge da una relazione tra la realtà e il soggetto il cui ruolo è attivo (Abbagnano, 2006).

Il cognitivismo post-razionalista di Guidano (1991) sostanzialmente si basa sulla stessa

prospettiva epistemologica ma complessificò il modello approfondendo in termini evolutivi lo svilupparsi delle differenti modalità attraverso cui l'individuo ordina l'esperienza e costruisce la conoscenza. Diviene quindi necessaria, come impostazione metodologica di base, un'epistemologia evolutiva, cioè un approccio che utilizza e mette in relazione i dati delle scienze cognitive, biologiche e evolutive per delineare i pattern e i processi su cui si basa l'interdipendenza fra l'evolversi della conoscenza e lo strutturarsi dei sistemi cognitivi (Campbell, 1974). Lo sviluppo della conoscenza prende forma all'interno di una dimensione ontologica irriducibile nella quale l'esperienza soggettiva sottende qualsiasi ordinamento di quella dimensione oggettiva di realtà che avvertiamo come esterna e indipendente da noi. L'interdipendenza fra soggettivo e oggettivo si dispiega in un ininterrotto processo circolare fra l'esperienza immediata di sé, cioè l'Io che agisce ed esperisce, e il senso di sé che emerge come risultato del riconoscere e auto-riferirsi l'esperienza immediata in corso, cioè il Me che osserva e valuta (Guidano, 1991).

L'orientamento cognitivo-evoluzionista di Liotti (2001; 2005) puntò molto l'accento sulla natura relazionale della mente e del suo sviluppo, integrando il modello con l'evoluzionismo e ancorando la psicopatologia alla neurobiologia e alla neuropsicologia cognitiva tentando di riconnettere i processi mentali a quelli cerebrali. Questo approccio mostra una continuità con gli studi di Damasio (1994; 1999; 2003), le concezioni di Edelman (1987; 1989; 2000; 2004; 2006) e, per quanto riguarda una più precisa filosofia della mente, il naturalismo biologico di Searle (2004). Queste posizioni rientrano nel processo di "naturalizzazione" della mente cioè la possibilità di spiegare i fenomeni mentali come fenomeni naturali indagabili secondo i metodi delle scienze empiriche. Il "naturalismo biologico" prende le distanze dal materialismo eliminativo in quanto valorizza l'esistenza di un'ontologia soggettiva pur considerando la coscienza come fenomeno naturale. Le riduzioni eliminative possono essere attuate in modo sensato solo se il fenomeno che vogliamo ridurre non esiste. Il "naturalismo biologico" sostiene la riducibilità causale ma non ontologica della coscienza alla neurobiologia. Una riduzione causale non

implica necessariamente quella ontologica. La coscienza "accade" nel cervello, essendo un processo cerebrale pur conservando proprietà qualitative e soggettive (Searle, 2004).

Psicoanalisi

La psicoanalisi ha influenzato e continua ad influenzare i vari modelli comportamentali e vari settori della cultura contemporanea. Le lezioni ed i saggi di Freud (1856-1939) fanno parte, per molti aspetti, della storia del pensiero filosofico (Moravia, 2008). L'individuazione di una filosofia della mente e di una epistemologia alla base della psicoanalisi è particolarmente difficoltoso. Il concetto di inconscio, esaminato dal punto di vista delle molteplici filosofie della mente, appare chiaramente una contraddizione in termini. A partire da Cartesio (René Descartes, 1596-1650), l'idea di psichico era da considerarsi l'equivalente di coscienza. La filosofia, fino a Freud, aveva assunto nei confronti di questo concetto due punti di vista: o l'inconscio andava considerato come qualcosa di mistico e non dimostrabile, e il cui rapporto con lo psichico rimaneva inafferrabile; oppure postulava l'identificazione completa di tutto lo psichico con il conscio, cioè qualsiasi attività mentale per definizione doveva essere considerata cosciente. Per Cartesio, il pensiero è sinonimo di coscienza così come lo è la mente che egli definisce come *res cogitans* (realtà che pensa). Uno stato mentale non cosciente è, per il filosofo, auto-contraddittorio. L'idea di un stato mentale non cosciente è stata accettata soltanto con le formulazioni operate da Freud. I contributi prodotti dalla psicoanalisi sono stati generalmente accettati dalla filosofia nel modo più ampio (Moravia, 2008). Possiamo tuttavia rintracciare tre stati epistemici. Il primo è quello prodotto da Cartesio attraverso l'introduzione del *Cogito ergo sum*: se dubito quindi penso, se penso dunque esisto. Il secondo è rappresentato dal pensiero di Spinoza (1632-1677) che afferma, modificando Cartesio, che anche il corpo pensa, sebbene in modo non perfetto quanto l'anima. I pensieri del corpo sono gli *affetti*. Con Spinoza la psicoanalisi diventa possibile essendo l'analisi dei pensieri e degli affetti. Rispetto a Cartesio, Spinoza introduce una correzione essenziale: vengono analizzate le passioni del corpo, anche quando vengono denominate passioni dell'anima. Affetti

Spinoziani e pulsioni Freudiane (ambasciatori del corpo) possono essere correlate: il corpo esiste solo in quanto rappresentato a livello psichico. Freud, dunque, prolunga Cartesio. Il suo inconscio è un terzo stato epistemico. Dopo il sapere e il non sapere, Freud introduce il non sapere di sapere *ancora*. Il sapere inconscio, essendo un sapere a tutti gli effetti, condiziona l'essere del soggetto. Si tratta di un sapere che non è immediatamente disponibile. Emerge solo dopo un lungo lavoro di analisi, ovvero, come direbbe Lacan, dopo un lungo tempo per comprendere (www. sciacchitano.it).

Psicologia umanistica

L'approccio fenomenologico-esistenziale o umanistico, di cui fanno parte, ad esempio, la terapia centrata sul cliente di Rogers (1951; 1961), la terapia esistenziale di Maslow (1968) e la terapia della gestalt di Perls (1947; 1969), sosteneva l'immagine esistenzialistica dell'uomo in quanto riteneva appartenenti all'essere umano qualità sostanzialmente diverse da tutte le altre entità. Gli esseri umani utilizzano modalità proattive per costruire la propria esistenza. Capacità come l'auto-coscienza, la simbolizzazione, l'intenzionalità sono attributi esclusivamente umani. Per questo non possono essere studiati con i metodi empirici adatti allo studio degli oggetti. Solamente l'individuo può avere accesso diretto alla propria esperienze soggettiva (fenomenica). Attraverso il linguaggio quella persona può riferire agli altri la propria esperienza in prima persona. L'altro (es. terapeuta) può comprenderla solo attingendo dalla propria esperienza soggettiva mediante processi intuitivi o empatici. Le basi epistemologiche di queste affermazioni sono rintracciabili nell'intuizionismo e nel razionalismo e la cornice filosofica di riferimento è l'esistenzialismo di Heidegger (1889-1976) e la fenomenologia di Husserl (1859-1938). Entrambi mettono al centro la soggettività, non si concentrano sull'oggettività della realtà esterna. Husserl mette al centro l'uomo attraverso l'epistemologia cioè attraverso categorie di validità oggettiva con cui ragionare in modo corretto sul comprendere il mondo interiore (vissuto). Husserl sottolinea quindi l'importanza di categorie adatte a comprendere l'uomo diverse da quelle delle scienze naturali. Tali categorie comunque hanno validità

universale. Al centro della filosofia di Heidegger c'è sempre l'uomo, però il suo approccio è basato non più sull'epistemologia ma sull'ontologia. Per capire come funziona l'uomo, non ricerca categorie a priori (trascendentale) ma studia direttamente l'essere immerso nel suo mondo (Abbagnano, 2006; Nannini, 2011; Rorty, 1979).

Psichiatria biologica

A partire dagli anni Sessanta, le spiegazioni di tipo organicistico dei disturbi psichici videro un crescente sviluppo. L'incremento delle conoscenze in ambito neuroscientifico, insieme allo svilupparsi della psicofarmacologia, dettero crescente vigore all'approccio biologico in psicopatologia. Il punto di vista della psichiatria biologica può essere sintetizzato in questi termini: essa fa assegnamento esclusivo sull'aspetto biologico della malattia mentale, il resto è poco rilevante se non, addirittura, di nessuna importanza (Civita, 1999). Possiamo notare l'analogia di questo approccio con il pensiero dei materialisti-fisicalisti che, in sede operativa, intendono dimostrare l'identificabilità di ogni evento mentale con i corrispettivi e specifici eventi neurocerebrali. L'espressione più significativa del materialismo riduzionista è rappresentata dalla Teoria dell'Identità elaborata da Place (1956), Feigl (1958) e Smart (1959) che sostengono che gli stati mentali e gli stati del cervello sono identici. Tale analogia può essere spinta fino a posizioni estreme quando si considera l'orientamento che prende il nome di eliminativismo, teoria che trova la propria origine in Quine (1969). Una variante di questa concezione è quella sostenuta da Rorty (1965; 1970; 1979) nella "teoria della scomparsa" (Moravia, 1986).

Conclusioni

I differenti approcci in filosofia della mente che abbiamo fino ad ora considerato vedono l'uomo da due angolazioni opposte riassumibili nel punto di vista delle scienze naturali e in quello della fenomenologia (Jaspers, 1913). La prima ha come suo estremo l'eliminativismo che ignora tutto ciò che è esperienza soggettiva, la seconda assume una posizione che non prevede alcuna possibilità di correlazione

causale tra corpo e mente. Con l'avvento delle neuroscienze si assiste ad evidenze che suggeriscono la possibilità di costruzione di filosofie della mente che tengono in considerazione entrambi gli aspetti in modo integrabile e correlabile. Le teorie della coscienza e del sé elaborate dai neuroscienziati sembrano prendere sempre più campo in questo ambito di conoscenza. Queste teorie sostengono la possibilità di una naturalizzazione della mente che implica la spiegazione dei fenomeni mentali come fenomeni naturali e quindi indagabili con i metodi delle scienze empiriche.

La psicoterapia comparata può utilizzare l'approfondimento della filosofia della mente per confrontare i vari modelli di psicoterapia a livello epistemologico. L'esplicitazione e la chiarificazione del tipo di filosofia che sta alla base di ogni modello potrebbe contribuire ad individuare diversità ed analogie attraverso lo studio delle modalità con cui il linguaggio utilizzato giunge a significare differenze che in parte potrebbero essere solo apparenti o di superficie. L'evidenza di analogie darebbe la possibilità di falsificare l'idea che i modelli operano in modo diverso. Le filosofie della mente moderne, basate sulle neuroscienze, presentano una visione dell'uomo complessa e articolata che tiene in considerazione sia l'ontologia di prima persona (esperienza soggettiva) che quella di terza (processi neurobiologici). Queste permetterebbero di comparare e integrare approcci di psicoterapia che, in base alla visione dell'uomo che hanno alle spalle, considerano in modo diverso i concetti di normalità, anormalità e, di conseguenza, di cura. L'opportunità di un incontro tra filosofia e neurobiologia è auspicabile in quanto potrebbe essere utile alla costruzione di teorie dotate di un più elevato potere esplicativo e predittivo, cioè teorie più affidabili. Le neuroscienze potrebbero essere utili sia come prova di efficacia delle diverse psicoterapie, sia nel dare indicazioni utili per migliorare i metodi di intervento. Ancora prima, possono servire per tradurre il linguaggio dei vari approcci psicoterapeutici in un linguaggio comune che ci permetta di comparare e dialogare.

Riferimenti bibliografici

- Abbagnano, N. (a cura di) (2006). *Storia della filosofia*. Roma: Gruppo Editoriale L'Espresso.
- Campbell, D.T. (1974). Evolutionary epistemology. In P.A. Schilpp (a cura di), *The philosophy of Karl Popper*. La Salle: Library of Living Philosophers.
- Carnap, R. (1950). Empiricism, Semantics, and Ontology. *Revue Internationale de Philosophie*, 11, 20-40.
- Carnap, R. (1956). Il carattere metodologico dei concetti teorici. In Id., *Analiticità, significanza, induzione* (pp. 266-315). Bologna, 1971: Il Mulino.
- Civita, A. (1999). Neuroscienze e malattia mentale. In A. Civita e D. Cosenza (a cura di), *La cura della malattia mentale. Storia ed epistemologia* (p. 86). Milano: Bruno Mondadori.
- Damasio, A.R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Grosset/Putnam (trad. it. L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano, Adelphi, Milano, 1995).
- Damasio, A.R. (1999). *The feeling of what happens: Body, emotion and the making of consciousness*. London: Heinemann (trad. it. Emozione e coscienza, Adelphi, Milano, 2000).
- Damasio, A.R. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, sorrow and the feeling brain* (trad. it. Alla ricerca di Spinoza, Adelphi, Milano, 2003).
- Edelman, G.M. (1987). *Darwinismo neurale. La teoria della selezione dei gruppi neuronali*. Torino: Einaudi.
- Edelman, G.M. (1989). *Il presente ricordato. Una teoria biologica della coscienza*. Milano: Rizzoli.
- Edelman, G.M. (2004). *Wider than the sky. The phenomenal gift of consciousness* (trad. it. Più grande del cielo. Lo straordinario dono fenomenico della coscienza, Einaudi, Torino, 2004).
- Edelman, G.M. (2006). *Second nature: Brain science and human knowledge* (trad. it. Seconda natura: Scienza del cervello e conoscenza umana, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007).
- Edelman, G.M., e Tononi, G. (2000). *A universe of consciousness. How matter becomes imagination* (trad. it. Un universo di coscienza, Einaudi, Torino, 2000).
- Feigl, H. (1934). Logical Analysis and the Psychophysical Problem. *Philosophy of Science*, 1, 370-497.
- Feigl, H. (1958). The «mental» and the «physical». In H. Feigl, M. Scriven, e G. Maxwell (a cura di), *Minnesota Studies in the Philosophy of Science*, vol. 2: *Concepts, Theories and the Mind-Body Problem* (370-497). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Fodor, J.A. (1975). *The language of thought*. New York: Thomas Y. Crowell Co.
- Fodor, J.A. (1981). *Representations: Philosophical essays on the foundations of cognitive science*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Fodor, J.A. (1983). *The modularity of mind*. Cambridge, MA: Bradford Books (trad. it. La mente modulare. Saggio di psicologia delle facoltà, Il Mulino, Bologna, 1988).
- Fodor, J.A. (1987). *Psychosemantics: The problem of meaning in the philosophy of mind*. Cambridge, MA: MIT Press (trad. it. Psicosemantica: il problema del significato nella filosofia della mente, Il Mulino, Bologna, 1990).
- Fodor, J.A. (2000). *The mind doesn't work that way*. Cambridge, MA: MIT Press (trad. it. La mente non funziona così, Laterza, Roma-Bari, 2001).

- Ford, D.H., e Urban, H.B. (1998). *Contemporary models of psychotherapy: A comparative analysis* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Guidano, F.V. (1991). *The self in process. Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: The Guilford Press (trad. it. Il sé nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post-razionalista, Bollati Boringhieri, Torino, 1992).
- Hempel, C.G. (1953). The logical analysis of psychology. In N. Block (a cura di), *Readings in philosophy of psychology* (14-23). Cambridge, MA: Harvard University Press, 1980.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer-Verlag. (trad. it. Psicopatologia generale, Il pensiero scientifico, Roma, 1964).
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo evolutivista*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G. (2005). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Carocci Editore.
- Maslow, A.H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand-Rein-hold.
- Materassi, N., e Visi, A. (2014). Filosofia della mente, epistemologia e comparazione. Parte I. *Quaderni di Psicoterapia Comparata*, 3, 209-221.
- Moravia, S. (1986). *L'enigma della mente*. Roma-Bari: Gius. Laterza e Figli.
- Moravia, S. (2008). *Filosofia e psicoanalisi*. Torino: UTET.
- Nannini, S. (2011). *L'anima e il corpo. Un'introduzione storica alla filosofia della mente*. Roma-Bari: Gius. Laterza e Figli.
- Paternoster, A. (2010). *Introduzione alla filosofia della mente*. Roma-Bari: Gius. Laterza e Figli.
- Perls, F.S. (1947). *Ego, hunger, and aggression*. New York: Vintage.
- Perls, F.S. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Moab, UT: Real People Press.
- Place, U.T. (1956). Is consciousness a brain process? *British Journal for the Philosophy of Science*, 47, 44-50.
- Platone (1966). *Opere complete*. 7 voll. Roma-Bari: Laterza.
- Putnam, H. (1960). Minds and machines. In S. Hook (a cura di), *Dimensions of mind*, New York: NYU Press.
- Putnam, H. (1975). *Mind, language, and reality*. Cambridge-New York: Cambridge U.P. (trad. it. Mente, linguaggio, e realtà, Adelphi, Milano, 1987).
- Quine, W.V.O. (1969). *Ontological relativity and other essays*. New York: Columbia University Press.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centred therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rorty, R. (1965). In defense of eliminative materialism. *The Review of Metaphysics*, 24, 112-121.
- Rorty, R. (1970). Mind-body identity, privacy, and categories. *The Review of Metaphysics*, 19, 24-54.
- Rorty, R. (1979). *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton: Princeton U.P. (trad. it. La filosofia e lo specchio della natura, Bompiani, Milano, 1986).
- Searle, J.R. (2004). *Mind. A Brief Introduction*. Oxford: Oxford University Press (trad. it. La mente, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005).
- Smart, J.J.C. (1959). Sensations and brain processes. *Philosophical Review*, 68, 141-156.

LA VITA EMOTIVA DEL TERAPEUTA: FIGURA-SFONDO DELLA RELAZIONE CHE CURA

di Pietro Caterini

psicologo psicoterapeuta, Direttore della Scuola di Psicoterapia Comparata

La psicoterapia è il gioco con le parole più sofisticato del Novecento. In questo dispositivo, attraverso la parola e qualche volta l'azione, proviamo a sostenere le difficoltà e le sofferenze di chi ci chiede aiuto o si pone delle domande rispetto al proprio futuro.

Secondo Etchegoyen possiamo cominciare a considerare la psicoterapia come scientifica a partire dal 19° secolo, con lo sviluppo delle due grandi scuole della suggestione a Nancy con Liébeault e Bernheim e alla Salpêtrière con Jean-Martin Charcot. Fu Bernheim nel corso delle sue sperimentazioni a Nancy il primo ad affermare che la suggestione è l'origine dell'effetto ipnotico, mettendo in evidenza l'importanza dell'interazione medico-paziente. Successivamente con Janet a Parigi, Breuer e Freud a Vienna, il lavoro interpersonale divenne sempre più evidente e caratteristica fondante del processo terapeutico.

La psicoterapia come metodo si rivolge alla psiche attraverso la comunicazione; suo strumento privilegiato è la parola che è al contempo sia farmaco sia messaggio; la sua cornice è la relazione interpersonale terapeuta-paziente; la sua finalità è curare. Patrizia Adami Rook, fondatrice della Scuola di Psicoterapia Comparata amava dire: “di relazioni ci si ammala, di relazioni si guarisce”.

Possiamo intendere la psicoterapia come una struttura complessa che mette tra parentesi le caratteristiche quotidiane e normali delle relazioni umane. Processi relazionali e affettivi che avvengono tra le persone sono isolati e circoscritti in una situazione “quasi sperimentale” ove sia possibile mettere a fuoco le matrici fondanti le relazioni che fanno soffrire e le relazioni che fanno stare bene. La

relazione terapeutica, così come la conosciamo oggi, è qualcosa che non viene sperimentato nella vita quotidiana di ciascuno di noi, sebbene gli elementi costitutivi di essa siano le relazioni affettive quotidiane. Le parentesi cui mi riferisco sono il setting, ovvero quell'insieme di regole che servono a delimitare il contesto di ricerca in modo tale che quanto si osserva, si descrive, si comprende, si spiega, possa avere un'attendibilità scientifica (Galimberti). In campo clinico il setting è un'area spazio-temporale che, grazie a delle regole che vengono mantenute nel tempo, consente la produzione di fenomeni ai quali è possibile tentare di dare una lettura, tentare di dare una spiegazione. L'azione terapeutica risulta intellegibile solo dentro un contesto strutturato in cui rimangono fissate regole che definiscono ruoli e funzioni, come i fattori contrattuali, il pagamento, il numero delle sedute, la durata delle sedute, la fruizione dello spazio fisico, le regole comunicative. Questo insieme di regole distingue la relazione terapeutica dalla relazione tra due amici o tra marito e moglie o tra genitori e figli. Distingue anche la psicoterapia dall'insegnamento pedagogico e dall'indottrinamento religioso. Rende possibile l'analisi del transfert, del controtransfert e delle emozioni da essi veicolate.

Vorrei tentare di parlare oggi di come fluiscono le emozioni all'interno del setting tra il terapeuta e il paziente. John Norcross, già presidente della divisione 29 dell'American Psychological Association, ovvero quel ramo dell'A.P.A. che valuta se una psicoterapia è efficace o non efficace e quindi meritevole o meno di essere rimborsata dal sistema sanitario americano, definisce 4 fattori comuni trasversali alle psicoterapie: le caratteristiche del terapeuta, le caratteristiche del paziente, le caratteristiche

del metodo, le caratteristiche della relazione. Io mi concentrerò maggiormente sulle caratteristiche della relazione.

Il desiderio di fare una psicoterapia è il desiderio di cambiare il proprio futuro. Per far questo è necessario provare delle emozioni, scoprire delle emozioni nuove che talvolta le persone non sentono di poter tollerare da sole. La psicoterapia è quel laboratorio dove le emozioni sono contenute ed elaborate verso il futuro. Mi spiegherò meglio attraverso delle vignette cliniche.

Un mio giovane paziente di circa 25 anni mi chiese di cominciare una terapia nel momento in cui si era innamorato di una ragazza. Questo movimento amoroso aveva generato in lui fortissime angosce, sentiva di non essere all'altezza, aveva paura di essere abbandonato, temeva una eccessiva dipendenza dall'oggetto amato. Chiedere un sostegno terapeutico, paradossalmente in un momento di grande felicità, ha significato per lui la possibilità di pensare e contenere emozioni percepite come eccessivamente violente. Imparare a tollerare la fluttuanza del proprio animo gli ha consentito di avere una vita amorosa con la sua ragazza e quindi proiettarsi in un futuro insieme.

La dimensione del futuro comunque è presente e palpabile, anche se in altro modo, nei pazienti anziani. Mi ricordo di un signore di 76 anni, lo chiameremo Vittorio, che mi chiese di fare dei colloqui in merito al rapporto difficile con la propria madre ormai scomparsa da più di vent'anni. Emerse inoltre di lì a breve, un importante trauma che quest'uomo aveva avuto con il proprio analista che lo obbligò ad interrompere la propria analisi ritenendola unilateralmente terminata. Sto parlando di una psicoterapia fatta con un collega del passato nei primi anni '50. La domanda terapeutica di questo paziente conteneva sostanzialmente due punti: il desiderio di riconciliarsi con la propria madre interna o almeno lenire il conflitto e recuperare attraverso la relazione con me, gli aspetti di sé espulsi dalla precedente relazione terapeutica. Questa terapia durò pochi mesi, con un buon esito, lo spazio di ascolto aperto gli consentì di rimettere a posto i casseti della memoria e trovare nuova motivazione per uno scampolo di futuro. Mi ritengo fortunato di

poter essere stato, anche se per un breve periodo, il terapeuta di Vittorio. Attraverso di lui ho potuto osservare, nel mio studio, il lavoro dei pionieri del passato e mi è utile oggi nell'esemplificazione clinica di alcuni importanti concetti. Cosa era avvenuto nella precedente terapia di Vittorio? Il paziente un giorno aveva portato un sogno al proprio analista, il cui contenuto in forma sintetica è il seguente: un coccodrillo con un morso recideva il ramo di un albero che toccava entrambe le rive di un fiume. A quanto mi riportò Vittorio, ormai unico testimone, il suo terapeuta interpretò questo sogno con la certezza che la relazione terapeutica tra loro era terminata. Congedò dunque il paziente senza tanti convenevoli. Non addentriamoci troppo nella più o meno corretta interpretazione del sogno e nemmeno sulle reali motivazioni che condussero il vecchio analista di Vittorio a prendere quella decisione; limitiamoci ad osservare che l'atteggiamento di questo terapeuta fu come quello di un medico che "opera" su un paziente, un atteggiamento unilaterale dove il terapeuta fa delle cose "sul" paziente e non insieme al paziente. Siamo qui di fronte all'antico mito della neutralità dove l'analista, cercando di interferire il meno possibile nelle associazioni del paziente e tenendo "sotto controllo" il proprio controtransfert, si muove in una direzione unipersonale dove le difficoltà della persona sono dentro la persona stessa e solo lei riguardano. Ho potuto purtroppo constatare direttamente il dolore di Vittorio a cinquant'anni dalla fine della propria prima terapia che egli non riteneva terminata e dalla quale si è sentito ingiustamente cacciato. Solo in età avanzata, per il poco futuro che aveva davanti a sé, ha avuto la forza di porre la sua nuova domanda. Oggi le cose andrebbero a Vittorio in modo diverso: se negli anni cinquanta perdere un terapeuta poteva anche significare cercarne un altro in un'altra città, nei primi decenni degli anni 2000 per un terapeuta che ti caccia ce ne sono tre che ti accolgono!

Al di là delle facili battute, la tecnica terapeutica è molto cambiata e la maggioranza dei colleghi tiene in ampia considerazione la partecipazione emotiva del terapeuta al processo terapeutico. Come accennavo prima, potremmo anche intendere la relazione terapeutica come una

relazione affettiva messa tra parentesi, ovvero una relazione tra due persone altamente regolamentata da un setting, dove una persona chiede aiuto per risolvere un problema o una questione esistenziale e l'altra offre degli strumenti che potrebbero essere utili (soggetto supposto sapere, direbbe Lacan). La relazione è dunque strutturalmente asimmetrica, c'è un esperto e qualcuno che ha bisogno dei suggerimenti di un esperto. Sebbene io parli di relazione affettiva tra paziente e terapeuta, questa relazione è diversa da tutte le altre relazioni (e vedremo come) che si esperiscono normalmente, altrimenti per sostenere il disagio di qualcuno ci ritroveremmo a battergli la mano sulla spalla, dicendogli cose del tipo "su via, non ti preoccupare!". Ma questo sappiamo bene, non è una tecnica terapeutica, ma un atteggiamento amicale. Molti possono essere i modelli che al giorno d'oggi tentano di spiegare questa relazione, io prenderò in prestito alcuni concetti dalla teoria della Gestalt e mi appoggerò al lavoro dei Baranger.

La Psicologia della Gestalt, fondata da Wertheimer, Kohler e Kofka esprime come concetto fondamentale che il comportamento è determinato dal campo psico-fisico, consistente in un sistema organizzato di tensioni o spinte (forze), analogo a un campo gravitazionale o elettromagnetico. Per esempio, il modo in cui percepiamo un oggetto è determinato dalla totalità del campo in cui l'oggetto è contenuto. Secondo Lewin il campo è definito come "la totalità dei fatti coesistenti che sono concepiti come mutualmente interdipendenti". Possiamo applicare questo concetto di campo, almeno in termini descrittivi, alla situazione psicoanalitica o psicoterapeutica. In questo caso, se prendiamo questa prospettiva di pensiero, ciò che accade al paziente non è necessariamente qualcosa che avviene solo dentro di lui, ma è funzione del campo nel quale anche il terapeuta è immerso con la sua persona, i suoi atteggiamenti e le sue emozioni. Il campo bipersonale dunque, come lo chiamano i Baranger, coinvolge una dimensione spaziale nella quale sono inclusi, oltre le persone, gli arredi dello studio clinico, i quadri, le poltrone ma anche la luce che filtra dalla finestra, i rumori che provengono dalla strada. Coinvolge una dimensione temporale riguardo la durata

delle sedute, la loro frequenza, le sospensioni previste. Coinvolge una dimensione funzionale contenuta nel contratto iniziale, che indica esplicitamente i ruoli dei partecipanti secondo le regole del metodo adottato. Ad esempio, un partecipante s'impegna a comunicare tutto quello che pensa in modo il più possibile cooperativo, un secondo partecipante si impegna a cercare di capire il primo, provare ad offrire un aiuto, mantenere il segreto e astenersi da qualsiasi intervento nella vita "reale" fuori dal setting. Tutto quello che avviene nel campo è funzione del campo stesso e dunque può essere interpretato, possiamo provare a comprendere il significato. Talvolta i nostri pazienti possono esprimerci la sensazione che il tempo è "volato" e ci accorgiamo che in qualche modo erano pieni di emozioni e desiderosi di comunicarci, altre volte possono prevalere sentimenti di tipo depressivo e sembrare che il tempo della seduta non passi mai. Per quanto riguarda il luogo fisico i pazienti notano con facilità anche i piccoli cambiamenti, come lo spostamento delle poltrone o la presenza di un nuovo oggetto. Un giorno una paziente, che stava rileggendo in quel periodo la propria vita familiare da un'altra prospettiva, entrò nel mio studio dicendo: "ma questo quadro? C'è sempre stato? Non mi pare di averlo mai visto!". Quel quadro era appeso in quel punto esatto della parete da anni. La paziente aveva cominciato a vedere qualcosa che da sempre aveva sotto gli occhi. Allo stesso modo gli affetti del terapeuta e del paziente sono interdipendenti gli uni dagli altri e vanno a formare il campo. Ne consegue che l'interpretazione che il terapeuta fa al paziente riguarda sia gli stati affettivi del paziente sia gli stati affettivi propri; in questo senso l'interpretazione legge ciò che avviene tra i due e tenta di aprire altre prospettive di pensiero, modificando il campo.

Affinché il campo possa essere modificato e dunque la psicoterapia progredire, dobbiamo intendere il campo come uno spazio di gioco (e qui ritorno all'inizio del mio intervento). In modo simile, nello spazio di un teatro l'attore interpreta uno o più ruoli potendo cambiare dall'uno all'altro, immedesimandosi, modificando registro emotivo, rimanendo pur sempre se stesso gioca diverse parti di sé.

L'attore si comporta "come se" fosse un altro mosso da altre passioni, da altri desideri, con l'intento di muovere passioni e sentimenti in chi l'ascolta. Anche lo spazio terapeutico ha la necessità di mantenere questa funzione, che possiamo osservare in quasi tutte le situazioni di gioco infantile e adulto, come Winnicott ci ha così ben illustrato. È nel gioco, attraverso il "come se", che si attiva nel bambino la propria capacità di pensare e di trasformare i pensieri, così come speriamo possa avvenire in psicoterapia. In psicoterapia della Gestalt la funzione del "come se" viene attivamente mantenuta attraverso tecniche specifiche come quella della "sedia vuota" e nelle Gestalt di gruppo sono adoperati numerosi giochi che consentono ai partecipanti di provarsi nei ruoli più diversi. Vi è anche la possibilità di mettere in atto delle vere e proprie rappresentazioni della propria vita che possono poi essere lette e interpretate dal gruppo, operazione questa che consente ai partecipanti di modificare il campo. Quasi come a teatro.

In un'ottica psicodinamica la possibilità del "come se" e dunque la possibilità di gioco e di trasformazione emotiva viene mantenuta nel setting attraverso l'ambiguità della situazione analitica. Come ci suggerisce Wachtel, padre della psicodinamica ciclica, il primo modello psicodinamico integrato, il terapeuta analiticamente orientato partecipa emotivamente alle vicende del paziente cercando di coinvolgersi sempre di più ma al tempo stesso sottraendosi paradossalmente il più possibile dalla relazione in termini di contenuti personali, proprie opinioni, caratteristiche della personalità. Questa sorta di partecipazione attiva e anonima ma sostanzialmente non neutrale, consente quell'ambiguità strutturale della relazione che favorisce nel paziente un transfert "mobile", attraverso il quale il paziente può proiettare emozioni, parti di sé del passato e del presente, frammenti di relazioni attuali e non. Anche il terapeuta parteciperà alla costruzione di questo campo emotivo con il proprio controtransfert, composto di emozioni che sono elicitate dal paziente ma anche da emozioni che intimamente appartengono al terapeuta e riguardano la sua vita e il suo "non analizzato". Questa coppia ha dunque la possibilità, a

differenza delle coppie della vita reale che tendono a cristallizzarsi, marito e moglie, padre e figlio, datore di lavoro e dipendente, di giocare tutti i ruoli possibili e utili nel "come se" senza agirli fino in fondo, tentando di dare un significato e una direzione al campo emotivo. Ma chi indica la direzione da prendere all'interno della psicoterapia, quali sono le strade possibili? La direzione impressa alla psicoterapia è sempre data dai desideri e dai bisogni del paziente, il navigatore che indica le strade percorribili per raggiungere i traguardi è il terapeuta. Per metafora, se fossimo in un safari africano, il pilota resta il paziente con la meta che si è prefissato, raggiungibile con le sue capacità di guida e di interpretazione della strada, il terapeuta è il navigatore che legge la mappa e fornisce delle indicazioni sulla navigazione del territorio. Pilota e copilota arriveranno al traguardo insieme o si perderanno insieme. La possibilità di leggere la mappa e dunque il campo è per il terapeuta la possibilità di leggere il proprio transfert, ovvero quello che viene tecnicamente chiamato controtransfert. Vi sono numerose teorie in merito al controtransfert, talvolta tra loro contraddittorie; questo avviene a mio avviso perché il controtransfert parla della vita emotiva del terapeuta e qualche volta anche i terapeuti hanno paura delle proprie emozioni, nella misura in cui non comprendono bene cosa avviene all'interno della relazione diadica. Per anni, come già abbiamo detto, più generazioni di psicoanalisti si sono difesi dalle emozioni invocando il mito della neutralità. Avere a che fare con le emozioni, lavorare con esse, è molto complicato, credo che anche questa generazione di terapeuti, in alcune occasioni, possa desiderare di difendersi e addirittura fuggire dalle emozioni stesse. Se così è, starà a voi, alla generazione futura disvelarci. Nella mia opinione, il controtransfert è un transfert con capacità di auto-lettura, ovvero la possibilità da parte del terapeuta attraverso l'autoanalisi di comprendere almeno in parte i propri movimenti emotivi. Come dicevamo la vita emotiva del terapeuta (controtransfert) è intrecciata nel campo con la vita emotiva del paziente (transfert). L'analisi del proprio controtransfert, consente al terapeuta di riflettere sul campo. Con questa guida è possibile fare delle interpretazioni, dare delle

letture oppure assumere degli atteggiamenti che consentono una modificazione del campo e avvicinarsi così ad una comprensione e modificazione della vita emotiva dell'altro attore della coppia, il paziente. In questa prospettiva una modificazione nella vita interiore del paziente implica un'influenza nella nostra vita emotiva. Alcuni colleghi infatti, scherzosamente, dicono che per loro fare psicoterapia significa stare in qualche modo dentro la propria terapia tutta la vita. Certamente fare il terapeuta significa scegliere di avere una ricca vita emotiva, essere attraversati quasi tutti i giorni da intense emozioni. I nostri pazienti sono fonte inesauribile di indicazioni e suggerimenti e sono loro che ci insegnano il mestiere. A volte le giornate riempiono il terapeuta così tanto di emozioni che, a fine serata, non vede l'ora di poter tornare a casa, dalla propria moglie o dal proprio marito; ma, a differenza di tanti altri mestieri, non potrà parlare di quello che ha fatto a lavoro. Il segreto professionale, indispensabile affinché il nostro lavoro possa esistere e consenta ai pazienti di confidarsi e affidarsi, vincola il terapeuta ad una vita emotiva riservata. "Com'è andata la giornata?" chiede il marito alla propria compagna psicoterapeuta. "Aha..!" risponde la compagna.

Questa vita emotiva, un poco solitaria, viene sostenuta dai rapporti che il terapeuta ha con i suoi colleghi in termini di supervisione, intervizione, letture scientifiche, congressi e seminari. Ma soprattutto è sostenuta da quanto il terapeuta è riuscito a interiorizzare della propria esperienza formativa e della propria esperienza con i suoi pazienti. Alcune scuole, come la Scuola di Psicoterapia Comparata, prevedono un percorso formativo che oltre agli insegnamenti teorici, dedica ampio spazio alla formazione personale attraverso la terapia individuale, la terapia di gruppo, la supervisione di gruppo e la supervisione individuale. L'allievo durante il percorso formativo è sostenuto passo passo nelle proprie azioni terapeutiche; successivamente è quanto sarà stato in grado di interiorizzare, in termini di transfert e controtransfert, l'esperienza formativa che gli consentirà di avere degli interlocutori interni che lo sostengano mentre farà il terapeuta. Una Gestalt dunque che il

terapeuta porta dentro di sé e lo sostiene, in quel gioco di transfert verso la scuola nei termini dei suoi componenti e dell'istituzione e di controtransfert che quest'ultimi hanno nei confronti dell'allievo-terapeuta. Questo dialogo è ciò che va a costituire quel fondo di sicurezza emotiva che consente al terapeuta, anche quando poco esperto, di poter lavorare, portatore dentro di sé di una esperienza generazionale.

Insieme a questa sicurezza porterà con sé anche i dubbi, gli aspetti non risolti di quella generazione che ha provato ad insegnargli il mestiere. Il controtransfert contiene anche quegli aspetti ciechi che i formatori non vedono di sé stessi e che non hanno analizzato di sé. O semplicemente quelle cose che non fanno o non hanno capito. Questa parte di eredità, più onerosa, è quella che potrà essere raccolta, analizzata e trasformata dalla nuova generazione. In questo senso io credo che la generazione che viene ha sempre la possibilità di essere migliore di quella che l'ha preceduta.

Il controtransfert è dunque quell'elemento che introduce la differenza nella relazione paziente terapeuta e mantiene l'asimmetria della relazione, potremmo prendere come modello, suggerisce Lucio Russo, "la relazione madre-bambino, nella quale la madre è un soggetto capace di ricezione e di risonanza delle angosce incontenibili dell'infante. Il modello della relazione madre-bambino rappresenta, pertanto, l'esperienza intersoggettiva ed asimmetrica del controtransfert". In base a questa concezione, è attraverso il controtransfert che il terapeuta tenta di comprendere il campo e sceglie le mosse terapeutiche o semplicemente le parole da dire al paziente. Queste parole o azioni sono comunque letture del campo rivolte a entrambi gli attori della relazione.

Riferimenti Bibliografici

- Baranger, W., e Baranger, M. (1990). *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Etchegoyen, R. H. (1990). *I fondamenti della tecnica psicoanalitica*. Roma: Astrolabio.
- Hall, C. H., e Lindzey, G. (1986). *Teorie della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri.

- Norcross, J. C., Beutler, L. E., e Levant R. F. (2006). *Salute mentale: trattamenti basati sull'evidenza*. Roma: Sovera.
- Russo, L. (2000). *L'indifferenza dell'anima*. Roma: Borla.
- Wachtel, P. H. (2000). *La comunicazione terapeutica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Winnicott, D. W. (2006). *Gioco e realtà*. Roma: Armando.

IL LAVORO CON LE EMOZIONI IN PSICOTERAPIA. DALLA GENESI DELLA COSTRUZIONE DEL REPERTORIO EMOTIVO FUNZIONALE E DISADATTIVO ALL'ESPLORAZIONE DEGLI ATTI TERAPEUTICI E DEI PROCESSI DI CAMBIAMENTO

di Karine Goust

psicologa psicoterapeuta

Se il lavoro sulle emozioni risulta un punto fondamentale, nel corso di una psicoterapia non si esplora, comprende o ristruttura il solo repertorio emotivo. Non lo si fa neanche indipendentemente da un'esplorazione dei pensieri, delle fantasie, dei ricordi, dei desideri, dei bisogni, dei registri difensivi, dei conflitti, dell'immagine di sé, delle relazioni o delle tendenze all'azione del paziente. Perciò il tema qui proposto potrà risultare a volte il frutto di una distinzione artificiale tanto le emozioni sono legate agli altri ingredienti della coscienza e dell'inconscio.

In questa sede non si tratta di esplorare l'intero argomento legato alle emozioni, alle loro molteplici radici e caratteristiche, ai loro fondamenti endocrinologici o neurobiologici, alle diverse teorie psicologiche o alle loro espressioni individuali o collettive, né tanto ci soffermeremo sul tema della regolazione delle emozioni trattato anche questo in molti modi diversi. L'argomento di interesse è circoscritto al momento della terapia nel quale il paziente prende consapevolezza di un'emozione finora inaccessibile, quando scopre di essersela narrata o nominata in un altro modo, quando prende coscienza che buona parte delle sue azioni o del personaggio che si è costruito è il risultato di emozioni negate o evitate, quando affronta un sentimento negativo irrisolto nei confronti di una persona significativa, quando una sensazione fisica sempre provata raggiunge la consapevolezza attraverso la parola e il pensiero e rivela un nuovo significato, quando il paziente accede ad un'emozione più autentica e primaria rispetto ad altre emozioni secondarie e complesse che gli hanno fatto da schermo e gli

impedivano di soddisfare i suoi bisogni, i suoi desideri o ad entrare in relazione con gli altri.

Mi interesserò anche a come il terapeuta, attraverso l'atto terapeutico e partendo dalla sua teoria sulla funzionalità e disfunzionalità delle emozioni, guida il paziente verso una nuova consapevolezza dei vissuti ed espressioni emotive portatrici di cambiamento.

Mi soffermerò sulla grande variabilità dei termini e dei significati impiegati per tentare di definire le emozioni e i sentimenti, sulla spiegazione della loro formazione e del loro emergere alla coscienza, sulla riattualizzazione delle emozioni passate e la loro espressione nel presente nella relazione terapeutica, sulla loro espressione corporea non verbale e verbale nello spazio terapeutico, sul dialogo che possono instaurare tramite varie parti di sé o nella relazione tra sé e l'altro. Affronterò questo lavoro analizzando vari modelli che si sono dedicati a comprendere quale tipo di atto terapeutico possa generare quale tipo di cambiamento emotivo nel paziente.

Ho scelto di presentare tre modelli che hanno dato un interessante contributo alla comprensione del lavoro sulle emozioni e di accennare ad altri modelli in una prima discussione introduttiva. I tre modelli - analitico, cognitivo evolucionistico e la Emotional Focused Therapy (EMT) - si succedono cronologicamente e, se bisogna rilevare che tanto il secondo che il terzo si nutrono di quelli anteriori, è necessario sottolineare che anche il più antico dei tre ha subito notevoli evoluzioni teoriche grazie, in parte, al costante dialogo con ulteriori modelli cognitivi e interpersonali. Non ho fatto ricorso ai parametri scientifici della ricerca sui fattori

comuni nel lavoro sulle emozioni, né ho scelto di svolgere un lavoro volto all'integrazione teorica o tecnica intorno alle emozioni. Questo testo propone piuttosto un'esplorazione del tema attraverso diversi modelli, contestualizzati nella loro corrente teorica, per meglio comprendere le varie sfaccettature del fenomeno e le diverse modalità possibili nell'affrontarlo, seguito da una sintesi comparata su ciò che può apparire come comune o specifico a questi modelli.

Il lavoro con le emozioni può essere considerato un fattore comune in psicoterapia? Senza dubbio ne è una componente tanto fondamentale quanto difficile da circoscrivere, che i vari modelli tentano di ricoprire, portando ricchi elementi di comprensione alla tessitura emotiva dell'esperienza umana.

Integrazione e comparazione in psicoterapia

Lo scopo dell'integrazione teorica è di incorporare alcuni dei punti di forza e dei contributi di ciascun approccio selezionando gli elementi che possano funzionare insieme in modo che possa essere costruita una sintesi coerente, anche se, nel complesso, le teorie restano assai diverse (Wachtel, 1991).

In questa maniera i modelli psicoterapeutici si uniscono per produrre un approccio con nuove caratteristiche non contenute in precedenza in nessuno dei modelli sorgente.

Schwartz (1991) si riferisce a un sistema aperto che consente sia l'interazione delle componenti esistenti, sia l'entrata di nuovi elementi e l'uscita di vecchi elementi. Con una impostazione a sistema aperto l'integrazione si configura non come una sintesi rigida di entità statiche ma come un processo di cambiamento capace di portare a nuove teorie e prassi nella clinica (Arkowitz, 1997).

L'integrazione in psicoterapia rimanda quindi alla questione della pluralità degli approcci psicoterapeutici. Ma l'idea di poter integrare in un unico meta-approccio che includa quello che di buono hanno da offrire tutti gli approcci, di fatto spesso produce un ulteriore approccio che si aggiunge ai tanti già esistenti. Sarebbe allora compito di ogni approccio portare avanti un'operazione di riflessione su somiglianze e

differenze tra i vari approcci, attraverso uno studio di "psicoterapia comparata".

Secondo Migone (2007), si tratta di un'occasione per ogni terapeuta per non andare alla ricerca ingenua di una ricetta di psicoterapia che integri i pregi ed elimini i difetti di tutti i modelli, ma di poter conoscere come lavorano e ragionano i colleghi appartenenti agli approcci più disparati e di riflettere sulla propria pratica.

Patrizia Adami Rook porta un altro argomento a favore della comparazione: "Ogni modello, in quanto un modello di relazione, apre e chiude possibilità di comprensione dell'Altro, costituisce un punto di vista, un osservatorio, un vertice dal quale poterlo guardare. Ma un punto di vista, un vertice è, appunto, uno".

Molte scuole esistono come separate non perché lo siano di fatto a livello teorico o perché abbiano dignità di "teorie autonome", ma perché enfatizzano solo un aspetto particolare di una teoria più generale, rischiando di fare una sorta di errore di distorsione o di prospettiva. A volte i terapeuti stessi sviluppano particolari tipi di transfert nei confronti di una determinata scuola, nel senso che un certo modello teorico può sintonizzarsi meglio con le proprie fantasie inconsce, anche in senso difensivo.

Per comprendere come mai vi siano tanti approcci in psicoterapia occorre conoscere bene il periodo storico e il paese in cui sono stati proposti, i motivi per cui si è sentito il bisogno di proporli, in reazione a cosa (o a chi) essi sono nati e così via, insomma, conoscere la loro storia anche sociologica, affettiva ed istituzionale (Migone, 2007).

L'emergere di nuove teorie, modelli, contestazioni o nuovi contributi del pensiero psicoterapeutico si colloca in un contesto storico-culturale, spesso in reazione al modello dominante che esaspera e esaurisce una dimensione - in modo funzionale rispetto alle questioni poste in tale epoca socio-storica - e ne esclude altre. Tale esclusione sottolinea una mancanza che verrà a colmare l'impostazione del modello successivo.

Sotto alcuni aspetti questa riflessione può risultare in parte riduttiva, perché in realtà i pensieri alternativi spesso coesistono con (a volte altrove, come la psicologia orientale) o precedono il pensiero dominante di un modello, ma non sono esplicitati come tale nel

contesto contemporaneo o non sono ancora portati alla notorietà da un autore carismatico. Quindi la successione dei modelli non è così lineare, ma prende la forma di una discussione e di un'interazione continua di idee che evolvono in uno spazio temporale e geografico.

Ciononostante si possono individuare alcuni movimenti dialettici che si sviluppano all'interno di ognuna delle scuole stesse o tra scuole di pensiero diverso nel tentativo di ricoprire le cinque principali dimensioni dell'attività umana come illustrato da Ginger (1990) con la rappresentazione grafica del pentagramma (figura 1) e la seguente

corrispondenza:

- la dimensione fisica: corpo, sensorialità, motricità, sessualità;
- la dimensione affettiva: "cuore", sentimenti, relazione d'amore, l'altro;
- la dimensione razionale: "testa" (con entrambi i suoi emisferi), idee e immaginario creatore;
- la dimensione sociale: relazione con gli altri, ambiente umano e culturale;
- la dimensione spirituale: luogo e significato dell'uomo nell'ambiente cosmico e nell'ecosistema globale.

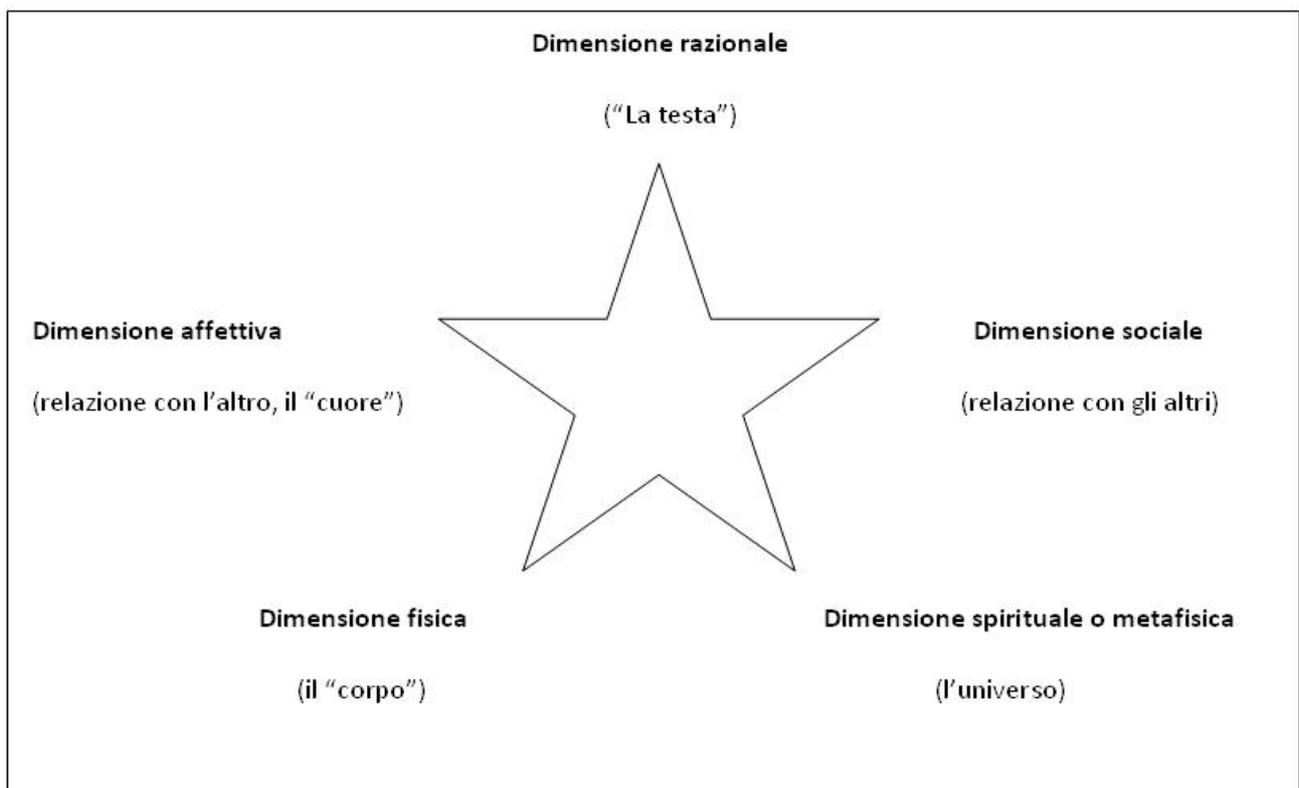


Figura 1 – Rappresentazione del pentagramma delle principali dimensioni dell'attività umana (Ginger, 1990).

Nella corrente **cognitivista** per esempio, il behaviorismo (che rappresenta la prima generazione e ricopre maggiormente l'attività sociale e razionale dell'uomo; senza l'attività dell'emisfero destro e dell'immaginario) evolve verso il cognitivismo comportamentista (seconda generazione, si riferisce all'attività razionale completa e all'attività sociale; vi rientra un po' di affettività); nascono poi il cognitivismo costruttivista postrazionalista e il cognitivismo evoluzionista (con una forte componente affettiva e un riavvicinamento al

pensiero della psicoanalisi con Bowlby, che anche se dissidente del modello classico rimane di estrazione analitica) e il cognitivismo "caldo" (maggiormente esperienziale, nel quale rientra il corpo attraverso il lavoro sulle emozioni); si arriva infine all'emergenza delle terapie basate sulla Mindfulness and Acceptance (con l'uso di tecniche meditative orientali, la cosiddetta terza generazione della terapia cognitivo-comportamentale, che integra una certa dimensione spirituale).

Nella corrente **analitica** esiste un tentativo simile di coprire l'insieme dell'attività umana con l'attenzione e l'enfasi posta da parte di autori diversi su alcune di queste dimensioni. Possiamo così citare i contributi della psicoanalisi freudiana (fisica, razionale, affettiva), quella junghiana (aggiunge le dimensioni sociale e spirituale) e quella interpersonale di Sullivan (mette l'accento sulle dimensioni affettiva e sociale).

Allo stesso modo, dall'accento portato sul mondo interiore e personale dell'essere umano al quale si è dedicata inizialmente la psicoanalisi, susseguirà l'esigenza di elaborare un modello che affronti gli scambi interpersonali e la relazione con gli altri attraverso la **psicoterapia sistemica**.

Derivandola dalle caratteristiche dell'epoca sociostorica in questione, è anche possibile collocare l'esigenza di porre attenzione all'autonomizzazione e alla maturazione dell'uomo presente nel modello analitico della prima parte del 900 fino a giungere ad un'individuazione ancora più dichiarata con la **gestalt therapy** della seconda metà del secolo ("Io sono la mia via e tu la tua. Io non sono in questo mondo per rispondere alle tue aspettative e tu non sei in questo mondo per rispondere alle mie. Tu sei tu e io sono io... E se per caso ci incontriamo allora è splendido! Altrimenti non ci possiamo fare niente!"; Perls, 1969), per arrivare all'importanza di considerare non solo l'uomo all'interno di un sistema relazionale a volte alienante, ma anche, a fine 900 e inizio del secolo successivo, al riconoscimento del bisogno di interdipendenza con gli altri (modello psicodinamico ciclico, modello cognitivo-evoluzionista) e con il tutto (interesse per le mindfulness based therapy e la psicologia orientale).

La riflessione sull'integrazione in psicoterapia e sull'efficacia della psicoterapia oltre ad avere portato ad un tentativo di integrazione teorica e tecnica ha prodotto anche una riflessione sui **fattori comuni**.

Poznanski e McLennan (1995) notano come molti studi comparativi di interventi psicoterapeutici secondo modelli diversi non abbiano trovato differenze significative. Ciò non vuol dire che tutti gli aspetti importanti della psicoterapia siano simili nelle diverse scuole. Questi studi hanno sottolineato

l'importanza di un lavoro di accordo su unità teoriche fondamentali e su un linguaggio condiviso per superare le barriere proprie di ciascun orientamento.

Un tale lavoro suppone però un tentativo di traduzione di concetti e termini di una teoria nel linguaggio di un'altra, partendo dal presupposto che all'interno di teorie diverse vi siano procedure simili.

In effetti, in ogni traduzione vi è un inevitabile rischio di tradimento. Il tentativo di creare un "Esperanto" della psicoterapia racchiude il rischio di snaturare e impoverire la ricchezza della diversità dei modelli, di decontestualizzarli rispetto alle loro origini sociostoriche, alla loro valenza reattiva nei confronti di un altro determinato modello, alle caratteristiche di personalità dei loro fondatori, nonché di decontestualizzarne i costrutti teorici cambiandone il loro significato.

È interessante, piuttosto, cercare ciò che vi è di comune e ciò che vi è di specifico, particolarmente in relazione ai risultati (Arkowitz, 1992).

Ogni caso clinico si presenta in effetti con la sua storia particolare e necessita di un ventaglio di soluzioni ad hoc, così, per dirla con Singer e Lalich, "Il terapeuta dovrebbe assomigliare più ad un sarto che confeziona capi su misura e non ad un commerciante che vende abiti in serie. Il sarto prende le misure del cliente, discute e disegna con lui il taglio dell'abito, spiega quanto tempo occorre per confezionarlo, quante prove sono necessarie e così via, in modo che il prodotto finale vesta perfettamente quella persona".

Il concetto di **tailoring** (Norcross, 2002) ovvero la possibilità di ritagliare l'intervento psicoterapeutico sulle peculiarità del soggetto in termini di gravità del caso, capacità di insight, risorse culturali, relazionali e di contesto apre la questione della scelta della terapia da parte del paziente.

Infine, Ugazio (1998) osserva che i vari indirizzi psicoterapeutici si occupano di psicopatologie diverse: la psicoterapia cognitiva per le organizzazioni fobiche, la psicoanalisi per le nevrosi ossessivo-compulsive, la psicoterapia sistemico-relazionale per i disturbi alimentari. La sua analisi dell'organizzazione semantica che caratterizza le organizzazioni fobiche, ossessivo-compulsive e quelle dei disturbi

alimentari psicogeni ha rilevato la singolare consonanza tra ciascuna delle organizzazioni e i presupposti teorico-metodologici dell'indirizzo terapeutico che ne aveva privilegiato lo studio. Questa consonanza sembra suggerire che i pazienti scelgono quei modelli psicoterapeutici che sono coerenti con il loro modo di organizzare la realtà.

Se questa ipotesi fosse corretta, le psicopatologie - con la loro caratteristica organizzazione semantica - e gli stessi conflitti che contraddistinguono la posizione del paziente - entro l'organizzazione semantica di cui è parte - contribuirebbero a costruire le teorie che dovrebbero spiegarle. I pazienti selezionano il terapeuta non soltanto in virtù delle sue qualità personali, ma anche alla luce della sua teoria di riferimento.

Ad esempio la paura delle emozioni, la tendenza a vivere i legami affettivi intensi come forme di avvilente dipendenza, il bisogno esasperato di controllare le relazioni entro le quali il soggetto è coinvolto, sono tutti aspetti che allontanano i soggetti con organizzazione fobica dal setting psicoanalitico e dalle sue regole. Le psicoterapie comportamentali, con la loro focalizzazione esclusiva sul sintomo, appaiono particolarmente attraenti per queste persone, come la psicoterapia cognitiva rappresenta un contesto sicuramente più rassicurante della psicoanalisi.

La consonanza in virtù della quale il paziente sceglie l'indirizzo terapeutico che dovrebbe aiutarlo a risolvere il suo stato di disagio si basa sulla rappresentazione sociale di quell'indirizzo più che sulla sua realtà effettiva. La consonanza rende al terapeuta più facile entrare in relazione con il paziente perché ne potenzia la capacità empatica, ma può diventare un vincolo ai fini del processo di cambiamento perché solo la prospettiva esterna può generare la dissonanza foriera di cambiamento (Ugazio, 1998).

In altre parole, anche se il terapeuta deve accogliere bisogni e modalità del paziente per creare una buona alleanza, è altrettanto fondamentale, per ottenere un cambiamento profondo (e non sintomatico o "superficiale") e per non colludere con le sue modalità disfunzionali, che svolga una funzione di perturbatore strategico creando attraverso le sue spiegazioni e i suoi interventi un effetto

discrepante nella percezione di sé del paziente (Liotti, 2001).

Il lavoro sulle emozioni: un fattore comune in psicoterapia

L'attivazione emozionale sarebbe in effetti un importante fattore comune in psicoterapia sia per la comprensione che per la modificazione dell'esperienza della condotta umana.

Grencavage e Norcross (1990) hanno condotto uno studio sui fattori comuni, in particolare per quanto riguarda quelli relativi ai processi di cambiamento. Fra questi risultano rilevanti l'acquisizione di consapevolezza dei problemi in termini reali, l'espressione delle emozioni, l'acquisizione e l'esperienza di nuovi comportamenti. Per quanto riguarda le caratteristiche dei terapeuti è stata identificata una serie di descrittori positivi come il calore umano, la comprensione empatica, le aspettative positive dal proprio lavoro con i pazienti. Questi fattori risultavano collegati fra loro.

Fra i fattori comuni, Wiser e Goldfried (1993) hanno considerato l'esperienza emotiva, mentre Hayes (1994) ha esaminato il ruolo dell'accettazione, cioè dell'esperienza piena degli eventi e quello della relazione terapeutica, che costituiscono un fattore potenzialmente assai importante di integrazione.

La consapevolezza delle emozioni, la loro attivazione e riorganizzazione, vengono sempre più riconosciute, in molti approcci terapeutici, come fattori critici nel cambiamento psicoterapeutico.

Sono numerosi i modelli che concordano con la metodica terapeutica che Alexander (1946) definiva esperienza emotiva correttiva negli anni '40. Affinché una relazione terapeutica possa veramente definirsi una esperienza correttiva, è essenziale che non ripeta il pattern distruttivo di esperienze precoci dannose.

“Supponiamo che le precoci manifestazioni di aggressività di un paziente siano state intimidite da un padre che richiedeva completa sottomissione dal figlio. Come risultato (seguendo il principio della “diffusione” o della generalizzazione delle reazioni emotive) il paziente è diventato inibito in tutte le situazioni in cui ha di fronte una figura di autorità.

Rimettendo in atto le reazioni emotive passate verso il padre, rendiamo il paziente capace di sviluppare la capacità di differenziare tra la situazione originaria infantile e quella attuale. Allora si renderà conto che non è più così indifeso e che può permettersi di resistere agli atteggiamenti oppressivi degli altri.

I principali poteri curativi di questo trattamento stanno nel fatto che egli può esprimere la sua aggressività verso il terapeuta senza essere punito e può essere assertivo senza essere criticato. L'esperienza reale è necessaria prima che il paziente raggiunga la percezione emotiva che lui non è più un bambino di fronte ad un padre onnipotente. Chiamiamo "esperienza emozionale correttiva" questo tipo di esperienza emotiva che avviene durante la terapia e la consideriamo il più importante fattore in tutti i tipi di terapia espressiva" (Alexander, 1946).

Ogni approccio dedica una parte importante al lavoro sulle emozioni: con il favorire l'elaborazione emozionale negli approcci cognitivi, l'indurre l'attivazione della paura attraverso la stimolazione con le immagini negli approcci comportamentali, il favorire l'insight emotivo in quelli psicodinamici, nonché l'accrescere la profondità dell'esperienza negli approcci esperienziali e il comunicare i sentimenti negli approcci interazionali.

Esiste una forte diversità nelle definizioni dei termini stessi di emozione, sentimento e affect all'interno dei vari modelli psicoterapeutici. Alcuni attribuiscono una componente maggiormente corporea a ciò che denominano "emozioni" e quelli che vengono definiti "sentimenti" sono frutto di una loro prima elaborazione alla coscienza (cognitivismo evoluzionista), per altri l'utilizzo dei termini è esattamente l'opposto (EFT) e, mentre per i modelli analitici classici si parla più volentieri di affetti e rappresentazioni, i modelli analitici relazionali più recenti utilizzano maggiormente a loro volta i termini di emozioni e pensieri.

Numerose sono le vie per arrivare al punto dell'esplorazione del repertorio emotivo disfunzionale in psicoterapia. A seconda del modello, ma anche dalla problematica portata dal paziente stesso, ci si arriverà partendo dalle tensioni e dalle posture del corpo, da una emozione o un umore dominante, dal pensiero e dal significato associato, da un desiderio o

bisogno insoddisfatto, da un registro comportamentale dannoso o alienante, da un conflitto o problematica interna o relazionale. Ognuna di queste componenti è attraversata dal registro emotivo e perciò rappresenta una possibilità per rintracciarlo, esplorarlo, modificarlo.

In psicoterapia, le emozioni vengono anche esplorate prendendo varie direzioni temporali e soggettive:

- Diversi modelli partono dalle emozioni esperite nel passato con la genesi della costruzione del repertorio emotivo funzionale e disfunzionale attraverso la narrazione del passato (infanzia), fino alla sua espressione nei successivi cicli di vita, nell'esperienza presente e nella relazione terapeutica e/o trasferale (cognitivismo evoluzionista e costruttivista, modello analitico classico e quelli recenti).
- Alcuni modelli dedicano anche un'attenzione particolare alle emozioni prodotte all'interno della relazione trasferale e controtrasferale tra paziente e terapeuta. Il vissuto emotivo del paziente nel contesto di questa relazione sono da una parte una riattualizzazione del registro emotivo coniato dalle relazioni passate con le figure principali di attaccamento, ma dall'altra sono anche il frutto di una relazione viva nel presente tra due individui. Questa particolare relazione, e la nuova accoglienza data alle emozioni del paziente attraverso le risposte e i permessi del terapeuta e altri vari atti terapeutici, consente al paziente di sperimentare un nuovo registro maggiormente funzionale e/o di raggiungere insight emotivi significativi. Questa funzione centrale della terapia viene esplorata da vari autori in modo diverso come nella relazione trasferale secondo Freud, nella funzione Alfa del terapeuta e nell'identificazione proiettiva all'interno della relazione con l'analista secondo Bion, nello stato emozionale del terapeuta e nell'intenzioni del paziente secondo Liotti, nell'esperienza emotiva correttiva di Alexander.
- In altri modelli, l'intervento terapeutico pone l'accento sulle emozioni esperite nel presente senza necessariamente dedicare

eccessiva attenzione alla connotazione che gli hanno dato le esperienze passate (EFT, Bioenergetica, Gestalt, Analisi Transazionale).

Per la maggiore parte dei modelli, considerando l'emozione intimamente legata al significato, nessun cambiamento può aver luogo senza produrre un cambiamento cognitivo. Ma, mentre alcune teorie hanno sottolineato quanto l'emozione precede e in qualche modo determina il pensiero (bioenergetica, gestalt, psicoanalisi classica, EFT), altri sostengono che sia il pensiero a produrre le emozioni (Terapia Razionale Emotiva Comportamentale; REBT di Ellis). E perciò tale modello si concentra su training emotivi educativi che attraverso l'operazione razionale vanno a modificare l'esperienza emotiva.

La **Terapia Razionale Emotiva Comportamentale (REBT)** enuncia in effetti che le persone hanno una serie di convinzioni razionali che consistono in preferenze o desideri che, se vengono frustrate, danno luogo ad emozioni negative funzionali. Spesso hanno anche una serie di convinzioni irrazionali che consistono in pretese o ordini assolutistici o grandiosi che portano conseguenze disfunzionali come il panico e la disperazione.

L'ambiente contribuisce in modo significativo allo stato di turbamento dei pazienti, ma è ciò che dicono a se stessi a proposito della propria situazione sfortunata, a essere cruciale per i loro disturbi. Il modello afferma che le persone possono ridurre al minimo le proprie emozioni e i propri comportamenti disfunzionali e auto-lesionistici se vedono chiaramente e riconoscono le proprie convinzioni irrazionali, le discutono in modo scientifico e realistico, fino a ritrasformarle in semplici preferenze, si impegnano vigorosamente a sentirsi in modo differente, agiscono contro di esse in modo deciso e continuo. A quel punto approdano ad una nuova filosofia efficace che consente loro di conservare le proprie emozioni e azioni funzionali e di ridurre al minimo i comportamenti auto-lesionistici.

Il modello **Emotional Focused Therapy (EFT)** di Greenberg e Pavio (2004) si oppone radicalmente a tale impostazione, per questi autori l'emozione viene prima del pensiero, anche se successivamente alcuni pensieri

possono produrre altre emozioni. Negli interventi terapeutici l'emozione (anche disfunzionale) è utilizzata come una guida e non va domata dalla ragione. Tale modello aggiunge che la relazione tra emozione e pensiero non è comunque di natura così lineare e che ci sono livelli multipli di interazione reciproche.

Secondo Greenberg e Pavio (2004) le emozioni ci preparano ad agire, sono fonte di informazioni e, quando vengono integrate con la ragione, ci rendono più saggi di quando usiamo soltanto il nostro intelletto. Idealmente, la ragione e la riflessione guidano l'emozione e operano al servizio di scopi affettivi per risolvere problemi legati al benessere.

In terapia, l'integrazione dell'affetto di base nella nostra auto-organizzazione implica la necessità di permettere e accettare le nostre emozioni, imparare a utilizzarle come segnali e ad essere in grado di sintetizzare emozioni diverse e contraddittorie sperimentate in risposta ad una stessa persona o nella medesima situazione. L'integrazione della propria esperienza emozionale in strutture personali già esistenti porta ad un senso di sé più forte e integrato.

Negli anni '60 e '70 sono stati elaborati altri approcci di valore clinico riconosciuto per il lavoro terapeutico sulle emozioni: il modello della terapia gestaltica di Perls centra il lavoro sulle emozioni nel qui e ora e integra le sue varie componenti corporee, espressive e relazionali; la terapia bioenergetica di Lowen pone l'attenzione su come le emozioni una volta sprigionate dalle tensioni del corpo possono restituire consapevolezza e espressività al paziente. Più recentemente la Mindfulness Based Therapy, considerata da alcuni autori la terza generazione di terapie cognitive comportamentali, propone la via della consapevolezza e dell'accettazione di tutte le emozioni e pensieri positivi e negativi che siano, senza giudizio né lotta contro quelle che altri modelli considerano credenze patogene.

La **Terapia Gestaltica** considera le emozioni come un sistema di orientamento biologicamente adattivo, che di continuo guida l'azione. "La consapevolezza di emozioni non desiderate e la capacità di sopportarle sono la condizione *sine qua non* di una cura di successo" (Perls, 1969). Il riconoscimento e l'accettazione

delle emozioni costituiscono quindi i passi decisivi del processo di cambiamento.

Perls considera i tentativi di controllare o eliminare le emozioni come causa di disfunzione e confusione, che potenzialmente possano portare alla patologia.

L'ipercontrollo e l'evitamento non consentono alle emozioni di svolgere il loro compito di dirigere l'azione. Il controllo delle emozioni esita proprio nei comportamenti che era designato ad evitare, cioè in perdita di controllo. In questa prospettiva la psicoterapia può essere considerata una formazione alla consapevolezza emotiva. La terapia gestaltica utilizza come mezzi terapeutici sia la consapevolezza che l'espressione emotiva. Rendersi conto "qui ed ora" di sé tramite un sistema di codici conoscibile psicologicamente amplia lo spazio della coscienza e rimanda alle emozioni ed ai significati che circondano l'evento in senso storico e relazionale. Il contatto con l'esperienza percettiva ed emotiva attuale fa parte di un sistema complesso che è in relazione sia con il presente affettivo che con la memoria storica.

Il modello di psicoterapia della Gestalt storicamente ha sostenuto come dinamiche fondamentali della relazione psicologica con sé e con l'altro la presa di consapevolezza della realtà dell'altro e delle emozioni suscitate dall'incontro con quella realtà.

Secondo il modello gestaltico, il nucleo fondamentale della psicopatologia consiste nella fissità di vissuti emotivi primari, che si strutturano in certe modalità del corpo, considerate normali per la persona. Il recupero dell'autenticità e della ricchezza dei vissuti emotivi promuove l'adulità, cioè l'essere uomo/donna che la persona è, con capacità di scelte autonome in relazione ai propri bisogni.

Secondo l'**Analisi Bioenergetica** noi siamo i nostri pensieri, emozioni, sensazioni, impulsi ed azioni. Nello stesso modo in cui Freud notò una spaccatura fra memoria conscia ed inconscia, Reich notò una scissione fra le varie espressioni del corpo. Per esempio, una persona può ridere ma non essere consapevole che l'espressione del suo viso è triste. Può dire parole gentili, ma non rendersi conto che i suoi occhi sono pieni di risentimento o che la sua bocca ha una espressione negativa.

Reich osservò che, appena questi pazienti iniziavano la terapia, le tensioni muscolari cambiavano. Reich sperimentò come rilassare i muscoli cronicamente tesi mediante la pressione diretta su di loro. In questo modo il paziente poteva entrare in contatto con emozioni forti e a lungo dimenticate e con ricordi dolorosi e sembrava come pervaso da più energia (chiamata "organismica" o "orgone").

Secondo Lowen (2004), paziente e allievo di Reich, appena l'essere umano comincia a crescere, fa esperienza di come la libera espressione delle sue emozioni si scontra con il rifiuto, la disapprovazione, l'umiliazione, la punizione. Impara presto, perciò, a controllare le sue emozioni e questo ha per conseguenza il blocco permanente dei muscoli coinvolti in queste espressioni mediante tensioni croniche, che sono inconscie.

Gli interventi in analisi bioenergetica prevedono l'analisi del profondo secondo un approccio che procede partendo sia dal versante psichico, sia da quello corporeo: i temi emergenti, infatti, vengono affrontati ed evocati utilizzando sia il canale che partendo dal piano mentale ed affettivo conduce al coinvolgimento corporeo, sia il canale opposto, ovvero quello che partendo dalla respirazione, dal movimento e dall'espressione corporea permette l'emergere di vissuti emotivi inconsci consentendone quindi anche il recupero e l'elaborazione a livello mentale ed affettivo.

In entrambi i casi, comunque, il processo regressivo e il successivo processo di consapevolizzazione, vengono fortemente stimolati e favoriti proprio dal coinvolgimento unitario dell'organismo, ovvero a livello sia psichico che somatico.

L'obiettivo primario dell'intervento terapeutico è quello di ristabilire il libero movimento dell'energia del corpo, intervenendo in modo mirato sui blocchi energetico-emozionali presenti nel paziente riscontrabili a tre livelli: psichico, emozionale e fisico.

L'intervento psicoterapeutico sulle emozioni incontra un nuovo contributo con l'interesse recente per le psicoterapie cognitive basate sulla **Mindfulness**.

Anche se il concetto di Mindfulness ha origine in varie tradizioni contemplative e meditative, la sua pratica può essere assunta al di fuori dei

riferimenti e linguaggi filosofici, culturali o religiosi. Il concetto di Mindfulness si riferisce al prestare attenzione in un particolare modo contrastando il funzionamento mentale che tende abitualmente a funzionare in “pilotaggio automatico”. La Mindfulness mira alla consapevolezza non giudicante del corpo e della mente senza aspettative di risultato. Tale pratica è così rivolta ad un ampio spettro psicopatologico che spazia dalle diverse entità psichiatriche, alla gestione delle insoddisfazioni della vita, nonché ai correlati psicologici dei disfunzionamenti fisici.

I meccanismi psicologici e biologici che sottendono i cambiamenti osservati nella mindfulness sono:

- Porre attenzione al modo in cui si dà attenzione, attraverso un monitoraggio metacognitivo che consenta di decentrarsi dal pensiero, considerato come evento mentale transitorio piuttosto che diretta rappresentazione della realtà, e che conduca ad una forma di insight metacognitivo.
- Porre attenzione appositamente al momento presente. Ciò include l'attenzione agli affetti negativi, a sensazioni fisiche, o immagini e pensieri angoscianti quando emergono. La riduzione dell'evitamento e della reattività agli affetti e pensieri negativi consente l'esposizione e l'accettazione di queste esperienze. Il meccanismo di desensibilizzazione riduce gli affetti negativi e può migliorare la salute psicologica.
- Prestare attenzione senza giudizio. La mindfulness insegna a notare semplicemente le esperienze emotive e cognitive senza valutarle.

Le psicoterapie basate sulla mindfulness più che presentarsi come un nuovo modello, sembrano piuttosto offrirsi come tecnica psicoterapeutica integrabile ad altri modelli psicoterapeutici o come pre-trattamento o training per lo sviluppo di nuove abilità.

È interessante come le nozioni di esposizione e desensibilizzazione nella Mindfulness si avvicinino a quella definita dalla psicoterapia cognitiva comportamentale con la differenza che la prima non mira a rimuovere attivamente i

pensieri o le forme emotive negative o disfunzionali, il loro obiettivo, in effetti, è di cambiare i processi non i contenuti.

Infine, nei modelli che prestano maggiore attenzione alle dimensioni interpersonali, come le terapie sistemiche o l'Analisi Transazionale, si sottolinea la funzione delle interazioni con gli altri significativi, per primi i familiari, che definisce per l'individuo i repertori emotivi autorizzati, negati o trasformati e il loro mantenimento in un contesto di apprendimento e attraverso la comunicazione verbale e non verbale.

Nel modello dell'**Analisi Transazionale (A.T)**

la parte emotiva è situata in quello stato dell'Io chiamato bambino libero. Questa parte del bambino interno libero si potrà esprimere in modo più o meno congruente con il suo vissuto emotivo originario a seconda delle autorizzazioni, direttive o ingiunzioni veicolate dall'espressione degli altri stati dell'Io quali il bambino adattato, il bambino ribelle, il genitore affettivo, il genitore normativo, l'adulto.

Questo modello introduce il concetto di emozioni parassiti (Racket): sono sentimenti, generalmente negativi, ai quali l'individuo è abituato, che gli sono familiari e permessi e che, a volte, nella sua infanzia, gli permettevano di ottenere l'accordo, l'accettazione e il riconoscimento del suo ambiente familiare. Impara così quali sentimenti sono permessi e quali sono vietati, quali ottengono maggiore avvicinamento e compassione dalle figure adulte significative garantendo la relazione d'amore, ma anche quali non sono gradite e quali non sono riconosciute o molto poco espresse dai genitori stessi. Si imposta allora un sistema di sentimenti parassiti, ossia di sentimenti automaticamente attivati, di fronte a delle situazioni e a delle relazioni emozionalmente caricate, i sentimenti sono a volte adeguati a quelle che la persona vive, ma sostituiscono spesso anche altri sentimenti vietati o ignorati.

L'A.T. evidenzia, però, che provare un sentimento di tristezza piuttosto che di rabbia non fa sparire la tristezza. Ogni “unità” di rabbia, di tristezza o di paura non espressa (“francobolli” sul modello dei giochi commerciali che consentono di accumulare punti attraverso francobolli da attaccare su una

tesserina, fino a quando non si ottiene un regalo), e scambiata con sentimenti di sostituzione, rimane in noi. E quando vengono accumulati queste unità fino a formare una vera “collezione” l’individuo si permette ad un certo momento il diritto di scambiarla con un regalo, cioè di lasciarsi andare ad esprimere l’emozione vietata con tanta più violenza quanto l’emozione è stata a lungo accumulata. Più il sentimento è vietato, più la collezione è importante e, in occasione dell’ultimo scambio che verrà a completarla, il “regalo” sarà intenso. L’espressione di questi sentimenti vietati è spesso così violenta e così a lungo trattenuta che rischia di generare abbastanza reazioni negative per convincere chi le vive che sono pericolosi e che è meglio non esprimerli, questo lo porta a cominciare una nuova collezione fino al prossimo regalo.

Con questo modello si tratta di prendere coscienza di queste dinamiche, delle emozioni e della loro trasformazione e di mettere in atto competenze che consentano di viverle ed esprimerle all’altro in modo maggiormente congruente con il proprio sentire oltre che in modo più abile all’interno della logica delle dinamiche interpersonali.

Il lavoro con le emozioni in psicoterapia: tre modelli a confronto

Nei tre modelli scelti qui, vi è un evidente ordine storico: il modello analitico è anteriore al modello cognitivo evolutivo e quest’ultimo è anteriore al modello EFT.

Ognuno dei successivi modelli in parte si nutre, in parte si distanzia dall’altro, ma anche il modello originario analitico detto “classico” conosce evoluzioni teoriche al suo interno attraverso il contributo di autori che hanno dialogato con i modelli cognitivi, interpersonali ed esperienziali.

Questi tre modelli successivi sono stati scelti anche per il crescente spazio dedicato alle emozioni nelle loro teorie e quindi per il tentativo sempre più esplicito di approfondire, evidenziare e distinguere l’esperienza emotiva dagli altri processi della mente umana.

Il contributo dei modelli psicodinamici e analitici

Genesis della costruzione del repertorio emotivo funzionale e disadattivo

Non basterebbe dedicare tutto lo spazio della presente discussione ai soli modelli analitici e psicodinamici che hanno portato sfumature e angolazioni di esplorazione già molto numerose e ricche al loro interno. Mi accontenterò di evocare alcuni autori, concetti, atti terapeutici e processi che mi sono apparsi rilevanti, laddove la questione delle emozioni in terapia è evocata in modo specifico da questa corrente di pensiero. Essendo il modello analitico in qualche modo il punto di partenza di ogni ulteriore modello terapeutico - che ci si identifichi o controidentifichi più o meno radicalmente - non potevo non evocarlo in questa discussione; questo anche se il concetto dell’affettività o delle emozioni, benché pervada la teoria analitica, è stato raramente estratto o evidenziato fuori dal complesso intreccio delle altre produzioni mentali umane.

Le teorie psicoanalitiche hanno incontrato non poche difficoltà nello studio dell’esperienza emozionale, nel loro contesto definita “affettiva”, alimentando quello che alcuni studiosi hanno considerato un paradosso: gli affetti hanno avuto un ruolo cruciale nella nascita della psicoanalisi, sono centrali nel lavoro clinico e ciononostante la teoria psicoanalitica degli affetti ha lasciato sempre molto a desiderare in termini di completezza e profondità.

Alla base di questa apparente superficialità nell’approccio psicoanalitico alle emozioni vi sarebbe, il legame della teoria psicoanalitica con concetti come deflusso della pulsione o conservazione dell’energia, oggi considerati inadeguati a rendere conto del comportamento umano, ma che hanno caratterizzato la nascita di questa disciplina.

Lo stesso Freud, d’altra parte, ha sempre incontrato grandi difficoltà ad affrontare gli affetti da un punto di vista metapsicologico, a parlare di affetti inconsci con la stessa convinzione con cui parlava di idee e di fantasie inconse. Secondo Green, il disagio incontrato dalla psicoanalisi nello studio degli affetti è dipeso, invece, soprattutto dalla loro essenza

stessa, sono in parte comunicabili e comunque meno comunicabili di qualsiasi altro fenomeno osservabile in analisi. La prudenza con cui la psicoanalisi si è avvicinata agli affetti potrebbe essere spiegata come naturale conseguenza dell'influenza esercitata dal pensiero di Freud, al quale è stato molto difficile muovere una critica costruttiva emancipatrice (Oneroso, e Gorrese, 2011).

Freud non ha mai formulato una teoria delle emozioni, poiché ha sempre assunto, come matrice primaria dell'attività psichica, le pulsioni (Eros e Thanatos, Amore e Odio). Le pulsioni agiscono del tutto al di fuori della coscienza e si esprimono come affetto, penoso o gradevole, e come rappresentazione. L'affetto è la traduzione soggettiva della quantità di energia pulsionale, la risonanza emozionale di un'esperienza generalmente intensa. Le emozioni, insomma, per Freud sono un derivato delle pulsioni. In quanto tali, esse fanno riferimento alla matrice biologica dell'apparato mentale umano.

Questo presupposto nulla toglie al fatto che Freud ha colto lucidamente il carattere passionale dell'esperienza umana e l'incapsulamento dell'esperienza soggettiva nella relazione tra Io e Altro.

L'angoscia è uno degli affetti più importanti nella clinica psicoanalitica. Nelle prime riflessioni sul tema dell'angoscia, Freud arriva a due conclusioni: prima, che l'angoscia trae origine da un'eccitazione sessuale che viene bloccata; seconda, che l'angoscia è il prodotto principale della rimozione.

In *Inibizione, sintomo e angoscia* (1926) egli ribalta queste tesi: è l'angoscia a produrre la rimozione e altri meccanismi di difesa. L'angoscia assume per Freud il ruolo di struttura al servizio dell'Io grazie alla funzione segnaletica del pericolo che le viene riconosciuta. L'angoscia agisce da segnale della presenza di pericoli esterni o interni che minacciano l'Io. Pulsioni devastanti o rappresentazioni inammissibili che costituiscono minacce dell'Es per l'Io, producono segnale di angoscia in seguito al quale la parte inconscia dell'Io mobilita difese adeguate: rimozione, annullamento retroattivo, isolamento dell'affetto, sono tipici meccanismi innescati dall'angoscia. Inoltre ogni fase dello sviluppo mentale è caratterizzata da un'angoscia: quella di separazione, la paura di

perdere l'amore, poi l'angoscia di castrazione, il sentimento di colpa, la paura della morte.

La concezione freudiana degli affetti è passata da un modello stimolo-risposta ad un modello "organizzazionale" in cui gli affetti sono visti come strutture complesse, radicate nella biologia e comprendenti funzioni percettive, valutative e cognitive, oltre che sensazioni dirette di piacere/dispiacere. Nel modello organizzazionale gli affetti sono considerati principi attivi, inseparabili dalla cognizione e capaci di organizzare il funzionamento mentale e il comportamento, grazie alla funzione regolatrice che viene loro riconosciuta.

Tutte queste caratteristiche sono attribuite alle emozioni anche in una prospettiva funzionalista, trasversale a molte teorie psicologiche. In questa prospettiva psicoanalitica, l'organizzazione è divenuta un concetto centrale nella ricerca sullo sviluppo infantile concepito all'interno di una relazione di accudimento, in cui le emozioni costituiscono un nutrimento fondamentale anche per lo sviluppo dell'Io.

È in questo contesto transazionale, particolarmente evidenziato dalle teorie delle relazioni oggettuali di Klein, Bion e Winnicott, che le emozioni esprimono la loro funzione segnaletica e motivazionale, all'inizio in senso bio-sociale e dopo progressivamente in senso psicologico (impostazione teorica che verrà sviluppata da Bowlby e ripresa dai modelli cognitivi, sia costruttivista sia evolucionista) (Oneroso, e Gorrese, 2011).

Con la teoria degli affetti di Kernberg, la corrente analitica si avvicina ulteriormente alle teorie psicoevoluzionistiche e cognitive: gli affetti sono strutture psicofisiologiche complesse concernenti un'esperienza soggettiva di piacere/dispiacere e una componente espressiva, di scarica motoria o viscerale, utile al processo comunicativo, modellano e organizzano le prime esperienze affettive e le prime relazioni oggettuali, immagazzinate poi nella memoria affettiva.

L'intera psicopatologia descritta dalla psicoanalisi in termini di nevrosi e psicosi – che non evokerò qui per motivo di limitazione della discussione – è attraversata da una spiegazione sui repertori emotivi disfunzionali che vengono evocati in termine di affetti e angoscia, associati a rappresentazioni

inammissibili, e contrastati da meccanismi di difesa prodotti dall'Io. Nel modello classico gli affetti, quali la paura, la tristezza, la rabbia, l'invidia, la colpa, la vergogna, l'ansia, sono emanazioni di conflitti intrapsichici, mentre nei modelli analitici sviluppati successivamente viene sottolineato la loro funzione nella costruzione dell'apparato psichico all'interno delle prime relazioni oggettuali.

Anche la definizione dell'esperienza traumatica entra a fare parte dei motivi delle disfunzioni emotive.

Nel suo modello metapsicologico, Freud ha rappresentato il pericolo di un'invasione dell'organismo da parte degli stimoli esterni e posto un'ipotetica difesa che dovrebbe proteggere l'apparato dalla distruzione. Contro i moti pulsionali interni, il principio di piacere-dispiacere ha assunto il ruolo di una protezione, poiché determina la tendenza attraverso determinati meccanismi, come se non agissero dall'interno, ma dall'esterno, ad attivare le difese contro la stimolazione. Questo rappresenta per Freud l'origine della proiezione. Laddove la difesa viene spezzata attraverso un'esperienza esterna minacciosa o catastrofica, nel senso di un'invasione di stimoli, si determina una persistente fissazione traumatica. Un analogo seguito traumatico appare quando l'apparato psichico non riesce nel suo compito di gestire o legare l'eccitazione. Se l'apparato fallisce anche nella funzione di legare la sua energia, le tracce di tali drammatici eventi verranno fissati nel sistema di memoria come in una trascrizione. Nella situazione traumatica la quantità dell'affetto non scaricata della pulsione è fissata, cosicché viene trascritta una traccia mnemonica dell'affetto (descritta nella moderna neurofisiologia come "memoria affettiva").

Infine, per Freud la maturità dell'individuo coincide con la liquidazione delle condizioni che determinano l'angoscia e con il ridimensionamento delle situazioni originariamente pericolose, alcune delle quali, tuttavia, possono sopravvivere all'estinzione e manifestarsi attraverso la sublimazione dell'angoscia concomitante.

Wachtel nel suo più recente modello di terapia psicodinamica ciclica sottolinea la centralità dell'angoscia.

Uno dei principali obiettivi della psicoterapia è di aiutare il paziente a superare le paure e le

inibizioni che lo hanno portato a reagire ai suoi sentimenti normali e sani come se costituissero una minaccia; aiutarlo a riappropriarsi di parti di sé che si sono dissociate dalla piena consapevolezza, hanno motivato evitamenti e possono generare ulteriori aree di vulnerabilità, deficit in abilità cruciale per la vita e impedimenti proprio in quelle relazioni che potrebbero essere dei correttivi dell'angoscia debilitante.

Gli interventi e comunicazioni del terapeuta sono volte ad aiutare il paziente a trovarsi maggiormente a suo agio con i suoi pensieri e sentimenti, capire che ha avuto paura o è stato disgustato senza necessità, creare un'atmosfera nella quale questa riappropriazione sia possibile. Con il concetto di circoli viziosi per esempio sottolinea l'effetto paradossale della paura della rabbia. Una persona può agire in modo esageratamente non aggressivo per vari motivi, per esempio perché è stato cresciuto da una persona molto rabbiosa che ha connotato di pericolosità eccessiva tale emozione e l'ha associata ad un significato di rischio di perdita dell'amore altrui, ma più seppellisce la sua sana aggressività e assertività tanto più è frustrata e ignorata; e ciò la rende rabbiosa e la spinge a fare altri sforzi per mascherarla e controllarla.

Atto terapeutico e processi di cambiamento

Nelle terapie psicoanalitiche, i trattamenti espressivi cercano principalmente di promuovere nei pazienti insight, cioè una comprensione cognitiva ed emotiva dei moventi inconsci e delle origini del proprio disagio psicologico e del proprio sentire ed agire presente e passato, un'integrazione di questa comprensione e dell'esperienza relazionale con il terapeuta nel contesto globale della personalità.

Nelle terapie maggiormente orientate verso il versante supportivo, gli interventi del terapeuta sono finalizzati nei pazienti gravi per sopperire alle debolezze dell'Io e a rafforzare le difese e la capacità di gestire le difficoltà della vita quotidiana e le relazioni affettive e sociali, o nei pazienti in precedenza ben adattati, il cui funzionamento mentale è stato compromesso da una crisi, al ripristino di un buon assetto difensivo. Questi obiettivi sono perseguiti senza

promuovere, almeno inizialmente, insight sui moventi inconsci della sofferenza.

Nel paradigma psicoanalitico classico sono le difese inconscie ad ostacolare la presa di coscienza delle emozioni, mentre i nuovi modelli concettuali analitici tendono maggiormente a fare riferimento all'intersoggettività e all'interazione fra emozioni e cognizione piuttosto che al concetto di difesa nei confronti delle pulsioni e dei loro derivati.

Quindi parte del lavoro analitico sulle emozioni si svolgerà attraverso l'analisi della conflittualità intrapsichica (associato alle dinamiche interpersonali reali e fantasticate per i modelli analitici più recenti), l'analisi dei meccanismi di difesa, l'accesso a emozioni e rappresentazioni rimosse, evitate o contrastate e il superamento dell'angoscia che limita il processo di maturazione dell'individuo. Questo percorso si svolge attraverso il lavoro di ricostruzione, di riformulazione e di interpretazione dell'esperienza presente e passata narrata dal paziente, ma anche grazie alle qualità della relazione terapeutica e attraverso la risoluzione della relazione trasferale.

Il percorso analitico è principalmente basato sulle libere associazioni del paziente, è quindi condotto da lui stesso e non segue delle tappe predefinite.

Gli elementi fondamentali della tecnica psicodinamica quali l'ascolto, il monitoraggio del transfert e del controtransfert e gli interventi verbali dedicano una parte importante all'esperienza emotiva del paziente e al suo repertorio emotivo conscio ed inconscio. Vediamoli nello specifico.

Il **monitoraggio del transfert** consiste nella riattivazione inconsapevole da parte del paziente, all'interno della relazione terapeutica, di fantasie, emozioni, desideri, bisogni, conflitti e schemi di comportamento che hanno caratterizzato nel passato le relazioni infantili, in particolare quelle traumatiche, con le persone significative. Il cambiamento avviene nella relazione terapeutica reale, dove la risposta del terapeuta, che discosta da quella delle figure genitoriali, consente al paziente di raggiungere un'esperienza emozionale correttiva (Alexander, 1946).

Il **monitoraggio del controtransfert** consiste nell'attivazione nella mente del terapeuta di fantasie, pensieri, emozioni, ricordi e impulsi ad agire, in risposta alle caratteristiche del paziente ed in particolare al suo transfert. Il suo monitoraggio consapevole è attualmente ritenuto un importante mezzo di comprensione dei vissuti, delle difficoltà del paziente e delle identificazioni proiettive veicolate dalle sue comunicazioni verbali e dai suoi comportamenti.

Cito il contributo teorico di Bion che ha sottolineato in modo particolare e originale la trasformazione delle emozioni incontenibili, l'utilizzo dell'identificazione proiettiva e lo strumento terapeutico che rappresenta la mente del terapeuta. Nella concezione bioniana gli elementi Beta sono elementi grezzi della vita psichica, stati al limite fra lo psichico e il somatico, impressioni sensoriali ed emotive non trasformate né elaborate, che vengono vissute come cose, corpi estranei all'interno della mente e vengono evacuate (soprattutto attraverso l'identificazione proiettiva) perché non le si può pensare. Questi elementi non possono essere verbalizzati ma vanno trasformati per divenire adatti all'uso del pensiero, devono essere sottoposti a processamento da parte di una funzione mentale che Bion chiama funzione Alfa, divenendo elementi Alfa che possono essere usati nei processi rappresentativi del sogno e del pensiero. La funzione Alfa è quindi il complesso delle operazioni di trasformazione degli elementi grezzi Beta in rappresentazioni possibili.

Gli elementi Beta evacuati dal bambino vengono collocati nella madre che agisce da contenitore per ciò che al bambino risulta incontenibile e intollerabile in un processo di identificazione proiettiva.

La madre applica la propria funzione Alfa alle angosce del bambino, dà loro un senso e una forma e glielo restituisce trasformato e rielaborato con parole e atteggiamenti rassicuranti in modo tale che egli possa, da parte sua, dare un nome e una forma a quello che prova. Questa funzione chiamata da Bion "rêverie" (fantasticherie, meditazione, sogno ad occhi aperti) viene assimilata dal bambino ed entra a far parte del suo apparato mentale.

Questa funzione è un criterio fondamentale per l'atteggiamento analitico bioniano. Nella terapia

delle psicosi il terapeuta si trova a svolgere questa funzione nei confronti degli elementi Beta che sono evacuati in lui dal paziente e che, coinvolgendolo emotivamente, tendono a bloccare la sua capacità di pensare e comprendere sollecitandolo a reagire.

L'identificazione proiettiva, dandole un senso ampio, diventa cruciale come strumento terapeutico.

Gli **interventi verbali** del terapeuta sono finalizzati alla costruzione di una solida alleanza terapeutica, allo sviluppo della funzione riflessiva e alla promozione di insight nel paziente. Consistono in domande, riformulazioni, confronti, ricostruzioni, interpretazioni e interventi d'appoggio. Dopo ogni intervento il terapeuta ascolta con attenzione le successive parole del paziente, perché la correttezza di un intervento è convalidata sostanzialmente dallo sviluppo di nuove associazioni o ricordi significativi.

Le interpretazioni, strumento d'intervento privilegiato della psicoanalisi, sono interventi verbali finalizzati a produrre insight, cioè a rendere il paziente consapevole, a livello cognitivo ed emotivo, dei conflitti, dei traumi, delle fantasie e delle motivazioni inconsce che sottendono i suoi sintomi o le sue disfunzioni. Possono riguardare le difese e le resistenze (le operazioni mentali utilizzate nella vita quotidiana o nella terapia per fronteggiare l'angoscia e risolvere i conflitti), il transfert (le reazioni e le fantasie nei confronti del terapeuta e la terapia) o le fantasie, le esperienze traumatiche e i conflitti riattivati dagli eventi di vita presenti e collegati ai sintomi o ai comportamenti disadattivi.

Nelle terapie psicodinamiche più recenti, le interpretazioni sono considerate uno degli atti terapeutici attraverso il quale il paziente viene esposto a esperienze evitate in precedenza, che ha respinto per paura e che gli consentono di viverle in una situazione sicura e controllata. Tali esperienze sono perlopiù esperienze "interne", vale a dire pensieri, desideri e sentimenti su cui ha investito molte delle sue energie al fine proprio di evitarle. Quando la persona può provare l'emozione che aveva paura di provare, sperimenta direttamente il desiderio o il pensiero che considerava inaccettabile e che teneva a bada, allora può cominciare a superare le angosce che hanno

limitato la sua vita. Le interpretazioni nominano l'inclinazione, il pensiero implicito, fanno entrare più direttamente nell'esperienza del paziente, facilitano il superamento dell'angoscia perché rendono dicibile l'indicibile. Richiamano l'attenzione del paziente sulla sua paura di avvicinare ed esplorare certi temi e sui vari modi che egli tipicamente utilizza allo scopo di evitarle (es. "Sembra che lei sia arrabbiata con suo padre" ha l'obiettivo di avvicinare il paziente ad affrontare la sua rabbia nei confronti del padre). Il terapeuta parlandone mostra di non avere paura di quel pensiero o sentimento.

L'interpretazione è quindi una modalità di esposizione al pensiero, sentimento o desiderio evitato, ma perché sia efficace e quindi promuova il cambiamento, deve promuovere la consapevolezza (insight intellettuale) all'interno di un'esperienza affettiva (insight emotivo).

Wachtel (2000) sottolinea che è necessario riconoscere le motivazioni del paziente ad evitare e attenuare l'esposizione perché derivano dall'angoscia e dalla bassa autostima; perciò, i commenti indirizzati a pensieri e sentimenti proibiti non devono aumentare la vergogna e il sentimento di colpa.

Imparare ad esprimere i sentimenti in modo appropriato all'età è un apprendimento di tutta la vita. Quando il paziente esprime per la prima volta un sentimento fino a quel momento inibito è probabile che si vedano gli effetti della privazione delle migliaia di esperienze plasmati (mancherà di sfumatura, di garbo, di efficacia).

Il terapeuta potrà aiutare il paziente a sviluppare "le abilità essenziali a vivere" che sono state ostacolate dalle angosce e dai concomitanti evitamenti (Wachtel, 2000).

Il contributo della psicoterapia cognitiva evoluzionista

Genesi della costruzione del repertorio emotivo funzionale e disadattivo

Il pensiero dello psicoanalista Bowlby ha influenzato notevolmente i modelli cognitivi costruttivisti e evoluzionisti. Formulò la sua teoria sulla dissociazione fra diversi sistemi mnestici da comprendere nel contesto della relazione di attaccamento e quindi delle

dinamiche intersoggettive piuttosto che in quello dei meccanismi di difesa. Questa tesi, ai tempi eretica per l'ortodossia psicoanalitica, fu invece riconosciuta per prima dai cognitivisti per la sua importanza rivoluzionaria.

Secondo Bowlby (1969) le emozioni sono le prime fasi di complesse attività mentali innate ed inconscie che possono acquisire la qualità della coscienza. L'attività dei sistemi innati di disposizione alla relazione comporta diverse fasi inconscie prima di quelle che chiamiamo emozioni coscienti. Le emozioni, divenendo coscienti nell'uomo, sono informazioni che segnalano all'istanza della scelta volontaria quale sia la direzione della tendenza ad agire nella relazione che è automaticamente in corso in sé e nell'altro.

La conoscenza di sé, in quanto immerso in un mondo interpersonale, affiora alla coscienza soprattutto e primariamente come conoscenza delle emozioni, conoscenza tacita non ancora semantica né rivestita di parole.

L'emozione è considerata come processo fisiologico che, se da un lato, nel suo organizzare il movimento (e-mozioni viene da e-movere, muovere fuori) non richiede la coscienza, dall'altro è anche il primo processo fisiologico che può divenire cosciente e, anzi, fondare la coscienza. Damasio (Liotti, 2001) in effetti propone di riservare il termine *emozione* (*emotion*) al processo fisiologico pre-cosciente (ad esempio la paura organizza un comportamento di fuga o di immobilizzazione, insieme all'accelerazione del ritmo cardiaco) e di chiamare sentimento (*feeling*) l'emozione divenuta cosciente, l'emozione completata dalla conoscenza (ad esempio, so di aver paura e conosco la causa della mia paura).

Nello studio delle dinamiche mentali del cognitivismo, e in alternativa al concetto psicoanalitico classico dell'inconscio pulsionale, è la metafora più che il simbolo ad apparire come il concetto di elaborazione implicita della conoscenza emozionale (elaborazione che precede l'esperienza cosciente delle emozioni).

La comprensione delle nostre emozioni stessa è basata sul pensiero metaforico che descrive aspetti delle emozioni in termini dell'esperienza corporea e comunicativa che le accompagna.

Per questo modello l'esperienza delle emozioni si verifica sempre in un campo intersoggettivo.

Le emozioni sono considerate anche le prime fasi delle operazioni dei Sistemi Motivazionali Interpersonale (SMI; attaccamento, accudimento, agonistico, cooperativo e sessuale) che possono diventare coscienti. Gli SMI sono sistemi di regolazione fisiologici le cui prime operazioni, riguardanti la regolazione del comportamento interpersonale, sono avvolte nel silenzio del corpo, sono totalmente e radicalmente estranee alla coscienza. Operazioni successive degli SMI raggiungono la coscienza nella forma di emozioni. Il completamento emotivo del processo emozionale porta al tipo di esperienza cosciente che Damasio chiama "conoscenza del sentimento". Nella forma ideale, la conoscenza delle proprie emozioni si completa quando è raggiunto il riconoscimento del loro senso nella trama delle relazioni interpersonali.

La teoria descrive diversi stili di attaccamento che generano schemi emotivi, pensieri automatici e rappresentazioni generalizzate di interazioni. I pattern principali di attaccamento si dividono in Sicuro, Insicuro-evitante, Insicuro-resistente e Disorganizzato.

Osservando i temi conoscitivi che ricorressero con particolare frequenza in alcuni pazienti (sofferenza di disturbi agorafobici, distimici, ossessivo compulsivo e del comportamento alimentare) è stato possibile identificare alcune organizzazioni cognitive apparentemente caratteristiche per ciascuno dei suddetti disturbi. Una difficoltà comune a tutte le organizzazioni cognitive abnormi riguarda la conoscenza di specifici aspetti dell'esperienza emozionale.

Nella prospettiva cognitivo evolutivista, la psicopatologia consiste essenzialmente in una serie di ostacoli che strutture e processi cognitivi, abnormi per rigidità o per difettoso sviluppo, pongono al riconoscimento e dunque alla regolazione delle emozioni. Si va quindi a studiare gli ostacoli cognitivi alla trasformazione delle emozioni, intese come eventi neurofisiologici, in sentimenti, intesi come emozioni riconosciute nel loro senso e valore, e fondanti la coscienza stessa nel corso di un tale processo di riconoscimento.

Il deficit di conoscenza delle emozioni può variare, infine, da un carente monitoraggio metacognitivo dell'esperienza emozionale, con conseguente limitazione della capacità di discriminare fra emozioni diverse, fino ad una

vera e propria mancanza di coscienza dell'emozione, che allora resta confinata al livello di puro processo fisiologico.

Tale prospettiva teorica presta un'attenzione alla funzione delle emozioni e dunque al loro senso innato e in particolare alla loro comprensione all'interno dei processi di controllo del comportamento di relazione volti a perseguire mete e valori innati.

Ci sono tre condizioni di attaccamento precoce problematiche per la presenza di invalidazioni delle esperienze emozionali: le condizioni di abbandono, gli attaccamenti insicuri organizzati e la disorganizzazione dell'attaccamento – deficit di regolazione emotiva.

Si osserva che alcune emozioni, fra loro simili, fanno però parte delle operazioni di diversi Sistemi Motivazionali Interpersonali. Per esempio la collera agonistica e la collera che insieme alla paura compare nella fase di protesta di attaccamento come reazione alla mancata separazione. Si può provare tristezza tanto di fronte ad una perdita (attaccamento) quanto di fronte ad una sconfitta (competizione per il rango). Paura ed ansia possono collegarsi tanto al pericolo di una separazione (attaccamento) quanto alla previsione dell'esito infausto di una sfida agonistica. Somiglianze esistono anche fra l'esperienza soggettiva della compassione (accudimento) e della condivisione empatica che compare nel corso di un'interazione paritetica (cooperazione). Non è neanche così facile discriminare la colpa (che compare come aspetto delle motivazioni all'accudimento e alla cooperazione) e la vergogna (legato ai SMI di tipo agonistico). Il disgusto (legato ad uno SMI non interpersonale ma dell'alimentazione) e quello del disprezzo (agonistico). Infine il desiderio di vicinanza ad un altro essere umano, può essere mediato tanto dall'attaccamento quanto dalla sessualità.

La mancata discriminazione del significato delle emozioni finisce per condurre all'inappropriata attivazione dei diversi sistemi motivazionali di cui quelle emozioni fanno parte.

Per esempio un genitore che fraintende la collera da attaccamento espressa dal figlio, il quale percepisce una minaccia di indisponibilità del genitore, la valuta come collera agonistica ed anziché percepire in sé la sollecitudine dell'accudimento, pur marginalmente attivato risponde con collera agonistica, attivando di

conseguenza anche nel figlio il sistema agonistico ed istituendo una pericolosa dinamica competitiva nell'interazione al posto di quella più appropriata dell'attaccamento-accudimento (Liotti, 2001).

Atto terapeutico e processi di cambiamento

L'obiettivo principale della psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista è restituire ad ogni paziente, per quanto possibile, la capacità di riconoscere il valore ed il senso originario della propria e dell'altrui esperienza emozionale nei contesti di relazioni in cui la coscienza individuale prende forma ed emerge.

Il modello evoluzionista condivide la Control Mastery Theory (Weiss, 1993) che sostiene che ogni disturbo psicopatologico è sostenuto da credenze patogene, che derivano da esperienze reali dolorose dell'infanzia. Tali traumi (nel senso ampio del termine) agiscono al di fuori della coscienza, continuano ad operare contrastando disposizioni innate e vengono chiamate "Piano" (*Plan*).

Le credenze patogene, di solito inerenti alla relazione, guidano il pensiero ed il comportamento del paziente all'interno della relazione terapeutica fino alla riproduzione dello schema interattivo traumatico (equivalente del transfert analitico). La difficoltà della relazione terapeutica chiamata "test" consiste nel tentativo da parte del paziente di vagliare incoscientemente le credenze patogene su di sé, sull'altro e sulla relazione che erano state originariamente costruite nei contesti traumatici del passato. Se il terapeuta agisce in modo incompatibile con le aspettative convogliate dalla mente del paziente, il paziente riconoscerà, anche al di fuori della coscienza, che quanto sta accadendo significa che esiste un'alternativa all'esperienza originariamente traumatica e sperimenterà una maggiore sicurezza nella relazione.

Il terapeuta agisce in questa fase con interventi a favore del piano (*pro-plan*). Tali interventi possono essere un'interpretazione, un silenzio, una tecnica cognitiva o cognitivo-comportamentale, una semplice dichiarazione di disaccordo o una qualche altra forma di scelta clinica. Nelle condizioni di sicurezza create dall'intervento pro-plan, la mente del

paziente è portata a rievocare in modo critico la credenza patogena e le sue origini nella propria storia personale e ciò conduce all'insight.

In questa teoria le difese della mente vanno intese come espressioni di situazioni intersoggettive più che di dinamiche prevalentemente intrapsichiche. L'evitamento dei ricordi dolorosi, conseguente all'assenza di condizioni di sicurezza e di possibilità di condivisione o conforto nelle relazioni interpersonali, rende nel tempo sempre più difficile la rievocazione dei traumi. L'inaccessibilità delle memorie traumatiche alla coscienza non dipenderebbe dal processo di rimozione descritto dalla psicoanalisi classica, ma da un'esclusione selettiva di informazioni memorizzate dall'elaborazione cosciente (Bowlby, 1980).

La Control Mastery Theory dà anche importanza al ruolo della colpa abnorme nella costruzione delle credenze patogene, tanto da considerare il suo superamento come una tappa fondamentale e spesso finale del processo terapeutico.

La colpa abnorme è riconducibile alla relazione del bambino con genitori emotivamente vulnerabili. Tale vulnerabilità si può esprimere in modi diversi: con l'apprensione continua di fronte alle sfide della vita, con depressione o diffuso "male di vivere", con reazioni violente o altrimenti negative alle esigenze di cura o di autonomia del bambino, con esplicito o implicito sfruttamento delle capacità attrattive del bambino al fine di soddisfare la propria sessualità o la propria ambizione. Sono stati così descritti diversi tipi di colpa abnorme: colpa di separazione, colpa del sopravvissuto, colpa onnipotente, colpa edipica e colpa "maligna" (detta anche "da odio di sé").

Il percorso terapeutico nella prospettiva cognitivo-evoluzionista passa per una serie di tappe.

Anzitutto, deve costituirsi un'alleanza terapeutica, non necessariamente cosciente, compatibile con le mete innate dei Piani (cioè dei sistemi motivazionali a base innata).

Successivamente e partendo dall'esplorazione dei sintomi psicopatologici, emergono una o più credenze patogene dal dialogo terapeutico, al livello della condotta e dell'esperienza emozionale se non a quello della coscienza, che limitano e distorcono la conoscenza delle

emozioni e il perseguimento delle mete relazionali.

Infine, l'emergere delle convinzioni patogene nella relazione terapeutica corrisponde alla fase di test, a questa seguono grazie ad interventi a favore del Piano, la correzione delle credenze patogene e infine il conseguimento di valori a base innata, prima difficilmente raggiungibili.

Il terapeuta può svolgere il proprio lavoro nell'alleanza in diversi modi: esplorando gli ostacoli interni che impediscono al paziente il conseguimento della meta, utilizzando tecniche cognitive o cognitivo-comportamentali, fornendo validazione empatica delle esperienze emotive basilari, interpretando il significato o la genesi dei disturbi; le interpretazioni, per essere valide, devono corrispondere alle disposizioni innate, alla comprensione delle emozioni e alla conoscenza di sé.

Il paziente percepisce di svolgere il proprio compito in una relazione che è sostanzialmente coordinata dal sistema motivazionale cooperativo: fornisce al terapeuta le informazioni richieste, segnalando le difficoltà che incontra nell'applicare le tecniche o riflettendo sulle relazioni significative presenti o passate. Proprio perché la relazione che così si stabilisce è percepita come un valido aiuto, si riproducono le condizioni per l'innescare, nella relazione terapeutica del sistema motivazionale dell'attaccamento che prende il posto di quello cooperativo nella regolazione della condotta, delle emozioni e della percezione interpersonale (Liotti, 2001).

Si attivano anche i Modelli Organizzativi Interni (MOI), cioè le aspettative dolorose che si sono sedimentate nella memoria semantica e che hanno origine nelle relazioni infelici con le prime figure di attaccamento.

Prende così forma la fase di test che il terapeuta deve riconoscere e superare con interventi che favoriscano l'esperienza di sicurezza nell'attaccamento ed il recupero dell'assetto motivazionale cooperativo. Se ciò avviene, si verificano, attraverso un'esperienza relazionale correttiva, insights sugli effetti perduranti di passate esperienze traumatiche e revisioni delle credenze patogene.

Sassaroli e Lorenzini (1995) sottolineano quanto nelle relazioni significative il paziente si comporta sempre nello stesso modo, sia perché sceglie persone che possano giocare un ruolo

complementare, sia perché riesce a tirar fuori il peggio da ognuno, in modo che le sue aspettative sull'andamento e l'esito del rapporto finiscano per essere confermate e rinforzarsi. Nella relazione terapeutica la riproduzione delle credenze patogene su di sé, sull'altro e sulla relazione originariamente costruite nelle relazioni traumatiche del passato attuate nella fase di test e l'intervento che il terapeuta opera per permetterne il superamento attraverso interventi a favore del Piano introducono sostanzialmente una novità.

La novità della relazione terapeutica è che il terapeuta non sta al gioco proposto dal paziente e talvolta lo svela discutendolo. Le invalidazioni cruciali delle aspettative relazionali del paziente sono così, capaci di mettere in crisi e muovere il sistema perché provenienti da una figura ormai etichettata come autorevole in un proprio progetto di cambiamento.

Su questi insights e su questa revisione, il terapeuta e il paziente possono lavorare, in un rinnovato clima di alleanza e cooperazione, al fine di modificare i fondamenti nell'organizzazione cognitiva, del disturbo presentato per il trattamento.

Spesso questo lavoro finale sui fondamenti dell'organizzazione cognitiva riguarda la distinzione fra colpa normale e colpa abnorme e l'abbandono delle credenze patogene, ormai rese esplicite, derivanti dall'esperienza precoce di quest'ultima.

La psicoterapia cognitiva evolutiva si interessa anche al monitoraggio metacognitivo delle emozioni del terapeuta, ossia al fluire delle sue emozioni durante la terapia. Con la scoperta dei sistemi "mirror" nel cervello, i neuroni specchio, abbiamo una conferma neurobiologica delle dinamiche intersoggettive. L'essere umano ha un sistema di neuroni a base innata che determinano, regolano e controllano i nostri movimenti, inclusi i movimenti emozionali, e lo stesso identico sistema, le stesse cellule riproducono il movimento emozionale dell'altro simulandolo in sé, riproducendolo nel proprio corpo. Se il terapeuta si accorge di un certo stato emozionale in se stesso, ha una base per cominciare a ipotizzare quale sia l'intenzionalità fondamentale del paziente verso di lui nel dialogo clinico. L'esperienza emotiva dello psicoterapeuta non si caratterizza per essere

solo fenomeni controtransferali, ma possono essere potenti segnalatori di qualcosa che è in corso in quel momento nel dialogo clinico da considerarsi in relazione all'intenzionalità del paziente e non alla propria vicenda personale. Queste riflessioni sono giunte dalla prospettiva cognitivo evolutiva e potrebbe essere avvicinata a quel che il percorso analitico descrive come identificazione proiettiva (Liotti, 2007).

Il contributo della psicoterapia centrata sulle emozioni (Emotional Focused Therapy EFT)

Genesi della costruzione del repertorio emotivo funzionale e disadattivo

La Terapia Centrata sulle Emozioni (EFT) proposta da Greenberg e Pavio (2004) è un modello psicoterapeutico che integra elementi di psicoterapia cognitiva, di gestalt therapy e di terapia centrata sul cliente di Rogers.

Greenberg e Pavio sottolineano la mancanza di chiarezza sulla formulazione dei concetti di affetto, emozione e sentimento e a tale scopo propone le seguenti definizioni:

- con il termine "**affetto**" (*affect*) ci si riferisce ad una risposta inconscia alla stimolazione. Esso comprende processi automatici di natura fisiologica, motivazionale e neurale implicati nel sistema adattivo di risposta comportamentale in termini evolutivi. Gli affetti non implicano una valutazione riflessiva, semplicemente insorgono, mentre sia le emozioni che i sentimenti sono prodotti coscienti di tali processi affettivi inconsci.
- il termine "**sentimento**" (*feeling*) implica la consapevolezza delle sensazioni di base dell'affetto. Ciò comporta un vissuto corporeo come "sentirsi deboli" oppure "sentirsi tesi". I sentimenti sperimentati a livello corporeo che implicano un significato vissuto (per esempio, sentirsi "giù", sentirsi umiliati, sentire che qualcosa non va o che qualcuno è disinteressato nei nostri confronti) vengono chiamati sentimenti complessi. Si ha in questo caso la connessione dell'affetto con l'immagine di sé.

- il termine “**emozione**” (*emotions*) indica esperienze umane sperimentate a livello cosciente; sono esperienze che emergono quando le tendenze all’azione e gli stati affettivi sono collegati con situazioni elicanti e con il sé. Pertanto, le emozioni sono esperienze che implicano l’integrazione di numerosi livelli di elaborazione. Comprendono l’esperienza di emozioni discrete come la paura, la rabbia e la tristezza, che possiedono delle tendenze all’azione ed espressioni facciali specifiche, e anche le emozioni più complesse come la gelosia e l’orgoglio, collegate ad una storia o ad un copione (*script*) di complessità maggiore. Le emozioni attribuiscono un significato soggettivo alla nostra esperienza.
- lo **schema emotivo**, invece, è il meccanismo che produce l’esperienza emozionale. Implica un insieme di principi organizzativi costruiti a partire dal repertorio innato di risposta dell’individuo e dalla sua esperienza passata. Tali schemi sono altamente personali e idiosincratici, carichi di memorie emozionali, di speranze, aspettative, timori e conoscenza derivante dall’esperienza vissuta. Non sono esclusivamente basati sull’emozione; essi implicano una sintesi complessa di affetto, cognizione, motivazione e azione che fornisce all’individuo un senso integrato di sé e del mondo, e anche un significato vissuto soggettivo. Gli schemi emotivi influenzano profondamente l’esperienza, il comportamento e l’interazione. Le persone hanno degli schemi emotivi differenti associati a relazioni con individui significativi della loro vita.

Una distinzione concettuale interessante che offre questo modello è quella tra le emozioni primarie (emozioni primarie adattative ed emozioni primarie disadattative), emozioni secondarie ed emozioni strumentali:

- Le **emozioni primarie adattative** sono degli stati fondamentali il cui valore adattivo è evidente (per esempio, sperimentare tristezza per una perdita, rabbia come risposta ad una violazione e paura come risposta ad una minaccia). Tale categoria può essere ulteriormente divisa in tre sottocategorie: le **emozioni discrete**, quali paura, rabbia, tristezza che hanno una

funzione informativa e forniscono delle tendenze ad azioni specifiche; i **sentimenti**, che comprendono le sensazioni corporee e il più complesso senso vissuto del pensiero o dell’esperienza; e il **dolore emotivo**, che costituisce una risposta olistica del sistema che informa del verificarsi di un trauma globale.

- Le **emozioni primarie disadattive**. Si tratta di risposte emozionali primarie divenute disfunzionali, come la paura associata a diversi tipi di fobia o il timore del conforto e del contatto. Esse si basano generalmente sull’apprendimento e vengono inserite in schemi emotivi. Altre risposte primarie disadattive più complesse includono: la vergogna riguardo all’esprimere se stessi o svelamento, la rabbia in risposta a manifestazioni di attenzione o di interesse genuino da parte degli altri, la gioia per la sofferenza propria o altrui e sentimenti di indegnità o di insicurezza. Queste risposte emozionali generalmente sono fondate su esperienze patologiche di estrema trascuratezza, abuso o disconferma che portano alla formazione di schemi emotivi nucleari disadattivi. Queste emozioni sono primarie in quanto non sono riducibili ad alcun tipo di risposta emozionale precedente o soggiacente ad esse. Tali risposte all’origine erano generalmente adattative, come per esempio quando si apprende la paura della vicinanza poiché associata con la delusione, con il controllo o con la violenza. Per converso, esse possono essere delle risposte disadattive di un sistema complesso esposto ad uno stress eccessivo o disfunzionale, come nel panico, in cui una gamma di fattori biologici, biochimici, affettivi, cognitivi e comportamentali si combinano in modo da produrre automaticamente una risposta di paura disfunzionale.
- Le **emozioni secondarie** costituiscono la seconda ampia categoria di emozioni importanti per l’intervento differenziale. Esse sono delle reazioni a processi identificabili, più basilari, interni, emozionali o cognitivi; quindi, secondarie nel tempo o nella sequenza ai processi interni. Possono costituire risposte secondarie a emozioni primarie, come l’espressione di rabbia

secondaria quando l'emozione primaria è la paura (come nello stereotipo del ruolo sessuale maschile), oppure il pianto quando il sentimento primario è la rabbia (come nel corrispondente stereotipo femminile), o ancora risposte secondarie a processi cognitivi (come il sentirsi depressi quando si pensa al fallimento). Le emozioni secondarie possono essere divise in sentimenti negativi e sentimenti complessi: entrambi derivano da complesse sequenze interne di cognizione e di affetto. I **sentimenti negativi** includono reazioni secondarie di mancanza di speranza, impotenza, depressione e ansia e, inoltre, rabbia secondaria, paura e vergogna. Vanno enucleate e superate per arrivare ad una esperienza più basilare e adattiva. Ma analogamente la depressione e l'ansia possono essere delle **reazioni secondarie complesse** alla tristezza, alla disperazione alla perdita o alla minaccia o persino alla depressione e all'ansia stessa (si è depressi per la propria depressione, si è ansiosi per la propria ansia). Le emozioni, specialmente quando non sono simbolizzate in consapevolezza, si trasformano rapidamente in emozioni differenti: la tristezza, il dolore, la vergogna o la paura spesso si trasformano in rabbia; la paura in freddezza, la gelosia in rabbia, la rabbia in paura.

- Le **emozioni strumentali** sono emozioni che vengono esperite ed espresse in quanto si è appreso che producono un effetto sugli altri. Possono essere consciamente volute per raggiungere uno scopo, oppure essere divenute abituali perché la persona ha appreso senza alcuna consapevolezza (per esempio attraverso il condizionamento) che l'espressione di queste emozioni ha un effetto specifico. Quelle che sono consciamente volute sono costruite allo scopo di influenzare gli altri o di gestire la propria immagine così da apparire nel modo desiderato. Quelle abituali si producono automaticamente. Le persone possono esprimere rabbia per dominare gli altri e tristezza per suscitare simpatia.

Tutte queste emozioni sono però sentite come reali e lo sono, tutte vengono

sperimentate come un aspetto complesso dell'essere.

Il modello teorico dell'EFT distingue cinque ampie fonti di disfunzione emotiva:

- L'incapacità di produrre cambiamenti nel rapporto con l'ambiente, che sono stimolati dalla tendenza all'azione di un'emozione adattativa, con conseguente stress.
- L'eccessivo controllo emotivo attraverso l'evitamento, la negazione, la distorsione, la dissociazione; quando il soggetto pensa di non dover sentire ciò che effettivamente sente causa disorientamento e incongruenza.
- La scarsa regolazione dell'intensità emotiva. In quel caso, non sono l'emergere della rabbia o la ferita ad essere disadattive; il problema consiste nell'incapacità della persona di regolare le dinamiche, l'intensità o la durata della ferita o della rabbia: la collera si trasforma in ira, la ferita diventa devastazione e l'ansia panico. La regolazione dell'intensità emotiva riguarda sia le emozioni primarie, sia le risposte affettive secondarie complesse, sia le risposte basate sulla memoria emozionale, per evitare che l'esperienza passata influisca in modo eccessivo sulle risposte attuali.
- La memoria emozionale traumatica. Il trauma è una fonte significativa di disturbi emotivi. Esso distrugge il senso di realtà della persona, lasciandola in balia di memorie emotive che continuano a turbarla e ad opprimerla. Un trauma che causa un'attivazione emozionale estrema lascia impressi nella memoria istanti vividi, fortemente terrorizzati. Lo stress post-traumatico deriverebbe dal rivivere intensamente tali esperienze. I ricordi emozionali intensi di abusi subiti nei primi anni dell'infanzia quando le capacità simboliche e narrative non sono ancora pienamente sviluppate, lasciano nella persona dei repertori emotivi appresi di grande intensità, i quali non sono accompagnati da parole che ne possano facilitare la comprensione. Spesso è la non controllabilità dell'esperienza traumatica o catastrofica, il vissuto di impotenza, a renderla emotivamente sovrachianta.
- Costruzione disfunzionale dei significati che portano a risposte emotive disfunzionali.

Secondo il punto di vista dell'EFT il malfunzionamento dell'emozione non è principalmente funzione di una modalità di pensiero disfunzionale o irrazionale cosciente. Esso deriva, piuttosto, da problemi nelle strutture e nei processi cognitivo-affettivi complessi che generano in modo automatico un significato soggettivo e l'esperienza emotiva.

Il modello teorico dell'EFT sottolinea qui l'errore dei modelli cognitivi comportamentali di presupporre che le emozioni disfunzionali sono il solo prodotto di produzioni cognitive disfunzionali. I primi cognitivisti avanzarono l'ipotesi che le valutazioni erronee mediate verbalmente (i pensieri automatici, i pensieri e le credenze erronee) fossero la causa dei disturbi emozionali (Beck, 1976; Ellis, 1962). Nella prospettiva dell'EFT queste cognizioni sono un risultato e non la causa, dell'elaborazione emozionale tacita. Pur essendo vero che il pensiero cosciente o il ragionamento mediato dal linguaggio, possano determinare risposte emotive disfunzionali, questo non significa che l'intera esperienza emotiva e tutte le emozioni problematiche derivino dal pensiero cosciente o dai pensieri automatici. Si suggerisce piuttosto che i pensieri automatici siano prodotti dal sistema concettuale e vengano coinvolti nel mantenimento del disturbo emozionale. Ma qualsiasi ipotesi di sequenza lineare - che il pensiero determini il sentimento o viceversa - è troppo semplicistica, devono invece essere presi in considerazione livelli multipli di elaborazione delle informazioni sensoriali, proposizionali e immaginative, come anche le complesse interazioni reciproche fra pensiero e sentimento. Tuttavia ciò che in definitiva assume un'importanza critica nella costruzione di significati è sempre il significato soggettivo colorato emotivamente che deriva dal sistema di elaborazione esperienziale e non già il pensiero derivante dal sistema concettuale.

Ci sono varie situazioni in cui gli individui sanno a livello concettuale che il loro modo di pensare è irrazionale o illogico, eppure non riescono a fermare o controllare le loro emozioni. Gli interventi quindi devono essere finalizzati all'accesso alla rete associativa delle emozioni o alla struttura di significato che ne determina le risposte e a disvelarla.

Gli schemi emotivi sono le strutture complesse di costruzione di significati che causano il malfunzionamento. Essi si basano su valutazioni delle caratteristiche complesse, organizzate in patterns, di un evento in relazione al bisogno/scopo/interesse dell'individuo. Quindi i sentimenti di ansia e la minaccia del rifiuto nell'avvicinare una persona del sesso opposto emergono solo se ci si avvicina all'altro con l'intenzione di ricercare una relazione sentimentale. Le valutazioni implicate non sono pensieri, ma piuttosto delle valutazioni automatiche lungo dimensioni fondamentali orientate alla sopravvivenza, quali la rilevanza dello scopo, l'incertezza, la pericolosità, la novità o la piacevolezza (Greenberg e Pavio, 2004).

Atto terapeutico e processo di cambiamento

L'EFT affronta problemi ritenuti essere la fonte di condizioni di sofferenza quali:

- una mancanza di consapevolezza dei propri sentimenti,
- una loro valutazione negativa,
- l'essere in conflitto,
- l'avere sentimenti negativi irrisolti o risentimenti verso altri significativi,
- l'incapacità di regolare l'intimità nelle relazioni.

La terapia viene condotta in base ad una sequenza in cui i sentimenti negativi vengono evocati, esplorati insieme alle loro determinanti, si accede a emozioni primarie o agli schemi emotivi nucleari disadattivi e, in seguito, si utilizzano le risorse così recuperate allo scopo di facilitare la riorganizzazione degli schemi centrali. La sequenza si completa con l'affermazione e la validazione del senso di sé emergente e con il consolidamento del cambiamento in una nuova narrazione della propria identità.

Lo stile del terapeuta non è educativo né interpretativo. Vi è una costante collaborazione tra paziente e terapeuta nell'intento di stabilire dei punti focali contestualizzati, nel formulare, verificare ipotesi fondate sull'esperienza e trovare un accordo su scopi e compiti specifici. E comprende due azioni più globali: quella di equilibrare, condurre e seguire; e quella di

essere emotivamente presenti in modo genuinamente agevole e creare un contatto, anche ricorrendo allo svelamento di aspetti della propria esperienza che emergono all'interno della relazione, al fine di "valicare" il cliente e promuovere l'esplorazione.

Dettagliamo qui di seguito queste fasi della terapia focalizzata sulle emozioni e i loro atti terapeutici.

Fase 1 : Creare il legame

1. Ascolto, empatia, convalida

Il paziente riceve un training implicito a prestare attenzione alla sua esperienza interna, con le risposte empatiche del terapeuta che lo riportano a centrarsi su questa dimensione. Il terapeuta assume un comportamento che comunica comprensione, riconosce il dolore del cliente, ne convalida gli sforzi e focalizza l'impatto emotivo degli eventi della sua vita. Dalla prima seduta i problemi vengono definiti in termini di vissuti e si presta anche attenzione al senso corporeo del vissuto.

2. Sviluppare un focus sulle condizioni generative

È l'esperienza vissuta dal cliente nel presente che guida l'intervento e che indica qual è la difficoltà e se le determinanti del problema sono in quel momento accessibili e suscettibili di intervento. Questo focus costituisce la cornice iniziale per l'esplorazione, il focus è sempre soggetto a cambiamento e sviluppo e la diagnosi del processo degli stati problematici all'interno della seduta è sempre lo strumento principale di focalizzazione di ciascuna seduta.

Le questioni problematiche e la loro risoluzioni riguardano la definizione di sé, l'attaccamento e l'equilibrio fra bisogni di separazione e di legame che sembrano costituire compiti cruciali dell'essere umano.

Ci sono tre tipi principali di condizioni generative alle quali rispondono delle precise azioni terapeutiche:

- Difficoltà di simbolizzazione dell'esperienza interna

In risposta alle difficoltà di simbolizzazione dell'esperienza interna il terapeuta usa il mezzo dell'esplorazione, della focalizzazione attentiva

e del rispondere empaticamente. Il compito del cliente è di rientrare in modo vivido nella situazione vissuta nel tentativo di riesperirla più pienamente e con maggiore attenzione, le risposte emozionali e le valutazioni, i bisogni e le tendenze all'azione connesse. Le azioni del terapeuta avranno per scopo di distinguere tra risposte affettive primarie del cliente, dalle situazioni e reazioni secondarie e dalle risposte più basilari, aiutando il paziente ad accedere sulla prima e di simbolizzarla. Per esempio la reazione secondaria di un cliente ad un sentimento primario di paura dell'abbandono potrebbe essere di rabbia verso se stesso perché prova paura o verso un'altra persona per il distacco. Sebbene il terapeuta riconosca la collera secondaria reattiva, la spinta della sua risposta sarà data principalmente alla simbolizzazione della paura primaria dell'abbandono.

- Determinanti intrapersonali

Una delle difficoltà principali delle relazioni problematiche fra aspetti del sé può essere l'ipercontrollo cronico e mancanza di consapevolezza emotiva. La soppressione attiva dell'esperienza emozionale si verifica nei soggetti che considerano alcuni aspetti della loro esperienza minacciosi o inaccettabili. Adoperano difese estreme di evitamento (come l'intorpidimento o la dissociazione) o evitamenti più moderati (come l'assenza di consapevolezza esperienziale e la distrazione). Si tratta di accrescere la consapevolezza del cliente del modo in cui essi interrompo ed evitano i propri sentimenti durante la seduta e di aiutarli a superare questi blocchi. Un'altra difficoltà è relativa ai conflitti fra aspetti del Sé si manifesta attraverso l'autocritica, l'incertezza, l'autovalutazione negativa o di minacce interne all'autostima. I clienti si giudicano fondamentalmente inaccettabili e le loro azioni, pensieri e sentimenti imperdonabili, ritengono di non essere all'altezza dei loro standard, oppure che i loro sentimenti possano metterli in pericolo. Le critiche rivolte a sé sono disprezzanti e severe.

- Determinanti relative all'ambito interpersonale

Il focus può essere posto sulle relazioni interpersonali fra sé e gli altri, nei momenti attuali o su questioni irrisolte in relazioni

interpersonali del passato. Una difficoltà relazionale può essere la dipendenza interpersonale: lo scopo è di accedere all'insicurezza di base e ai sentimenti primari di paura o di tristezza sottostanti alla disperazione, insieme alle tendenze all'azione e ai significati associati. Il terapeuta propone di ristrutturare il vissuto attraverso la riappropriazione, sperimentando un senso di essere agenti e simbolizzando il sentimento. Ad esempio al vissuto di "sentirsi distrutto", si può riconoscere il bisogno di sicurezza e protezione, accedere alla capacità di lenire se stessi per superare una dipendenza estrema degli altri per la regolazione degli affetti e dell'autostima o si possono intraprendere azioni per soddisfare i bisogni. Un'altra difficoltà sono i sentimenti irrisolti verso un altro significativo. Lo scopo è di accedere all'emozione primaria elaborata in modo incompleto e consentirne l'espressione e la rielaborazione. Ciò promuove l'auto-potenziamento e la separazione.

Allo scopo di esplorare le condizioni generative, si tende a sviluppare nel cliente la consapevolezza del proprio ruolo di agente nel creare l'esperienza (producendo pensieri autocritici, attuando evitamenti o interruzioni), secondo una modalità non colpevolizzante. Si possono anche dare dei compiti di osservazione della sua esperienza da effettuare fuori del contesto terapeutico fornendo al paziente una giustificazione logica sull'utilità di tali compiti.

Fase 2 : Evocazione ed esplorazione

1. Evocare e attivare i sentimenti negativi in seduta

Il cliente ha bisogno di percepire i compiti della terapia e l'evocazione dei sentimenti negativi come pertinenti ai cambiamenti desiderati. Questo passo comprende due sottoprocessi:

- a. Evocare l'esperienza emozionale. Il terapeuta EFT si muove tra significato verbale ed esperienza non verbale, tra passato e presente, tra sensazione corporea e immaginazione visiva. Una volta evocato lo schema emotivo del cliente, si ha accesso all'informazione a "caldo". Il significato emotivo viene quindi simbolizzato e vi si riflette sopra.

Ciò, a sua volta, fornisce un feedback e attiva ulteriori schemi emotivi oppure modera quelli presenti. Quando lo schema emotivo è attivo è maggiormente suscettibile al cambiamento. Si possono usare numerose tecniche per rendere attiva l'esperienza emozionale: la risposta empatica, l'uso dell'immaginazione e del linguaggio metaforico, l'invitare a prestare attenzione alle sue sensazioni fisiche, istruire ad adottare posture differenti o ad immaginare una situazione o persona specifica. Nel caso di una scarsa regolazione di un'emozione secondaria o disadattiva, l'obiettivo può essere di regolare piuttosto che stimolare ulteriormente il vissuto già eccessivamente attivato per rendere più accessibile l'emozione primaria (attraverso la regolazione del respiro per ridurre l'attivazione, l'identificazione di cognizioni che generano il sentimento secondario).

- b. Prestare attenzione all'evitamento e ai processi di interruzione. Gli interventi esplorano le varie modalità con cui i clienti bloccano le proprie esperienze in seduta che vanno dalla dissociazione al semplice trattenere le lacrime. Anche lì è necessario un accordo collaborativo esplicito con il paziente sul perché sia importante affrontare ciò che spaventa in quanto è per definizione percepito come una minaccia. I clienti possono mettere in azione il processo di interruzione attraverso un dialogo immaginario fra due parti della propria personalità, ad esempio nel dialogo con le due sedie. Al presentarsi di indicatori di auto-interruzione, i clienti dovrebbero essere incoraggiati a mettere in atto il modo in cui si escludono dal sentire, a verbalizzare le ingiunzioni particolari di cui fanno uso o ad enfatizzare le costrizioni muscolari coinvolte nell'interruzione. Alla fine questa auto-inibizione provoca una risposta, spesso di ribellione contro la repressione, e il sé che esperisce combatte le ingiunzioni o le interruzioni cognitive e si libera dalle costrizioni. Lo scopo essendo di dispiegare processi cognitivo-

affettivi complessi. I clienti vengono anche aiutati a superare le reazioni emotive secondarie che bloccano i loro sentimenti più basilari. Un sentimento di colpa e di imbarazzo può bloccare l'espressione e il piacere sessuale, la paura del rifiuto o l'ansia di abbandono possono interrompere l'espressione assertiva, la vergogna per la perdita di controllo o la debolezza un sentimento di dolore adattivo; questi sentimenti secondari negati vengono riconosciuti ma non intensificati, si presta attenzione e si sviluppano sentimenti più primari non riconosciuti.

2. Dispiegare ed esplorare l'esperienza del sentimento negativo

Lo scopo è di rallentare e distinguere le sequenze che generano il sentimento, differenziare i sentimenti e raggiungere le emozioni primari sottostanti, e le cognizioni ed i bisogni ad esse associati. Tale esplorazione si attua mediante la comprensione e l'esplorazione empatica e a volte attraverso la messa in azione di diversi aspetti di sé. Gli interventi implicano un equilibrio fra una direttività nel processo e la risposta empatica.

L'esplorare implica un tentativo di simbolizzare chiaramente i significati vissuti coinvolti nell'esperienza del sentimento negativo di cui non si ha attualmente una piena consapevolezza e successivamente di riflettere su di essi. L'identificazione del sentimento e del significato risulta spesso problematica per molti clienti, che possono divenire consapevoli della costrizione della mascella e al petto o del blocco allo stomaco, ma non sono in grado di simbolizzare i loro sentimenti. Potrebbero, per esempio, etichettare erroneamente un vissuto come rabbia mentre si tratta di ansietà o di terrore. Questo passo è quindi importante e richiede concentrazione ed un processo di ricerca esperienziale del proprio vissuto interno fino a cogliere ciò che si sente.

Fase 3: Ristrutturazione emozionale

Le azioni del terapeuta in questa fase sono prevalentemente rivolte a promuovere nel cliente l'appropriazione dei vissuti, la

simbolizzazione dell'esperienza e ad aiutarlo a stabile delle intenzioni.

1. Accedere a schemi emotivi centrali disadattivi e/o alle emozioni primarie

È in questo momento della terapia che si verifica il cambiamento principale nel processo. Il cliente riorganizza e accede per la prima volta ad una emozione primaria adattiva o ad uno schema emotivo disfunzionale. L'emozione, una volta attivata, sembra fare il suo corso, che comprende un emergere e un decrescere naturale della sua intensità.

L'attivazione emozionale determina anche l'attivazione di molti schemi nuovi. Un sentimento segue l'altro in un processo che è composto dal permettere, esprimere, simbolizzare e completare un'emozione e dall'emergere di un'emozione o di un significato sentiti come nuovi. Quando la paura o la tristezza vengono espresse, simbolizzate e differenziate, spesso sono seguite dalla rabbia; la rabbia da tristezza, paura o vergogna; il risentimento dall'apprezzamento, l'odio dall'amore, l'avversione dal desiderio.

L'emergere di nuovi sentimenti porta alla costituzione di nuovi bisogni e scopi che per essere conseguiti si implicano l'accesso a nuove risorse.

2. Accedere all'emozione adattiva primaria

In questa fase, l'emozione adattiva primaria e i bisogni precedentemente evitati o non simbolizzati vengono riconosciuti ed esperiti. L'importante non è soltanto l'esperienza dell'emozione di per se stessa, ma l'accesso ai bisogni/scopi/interessi e alle tendenze all'azione adattative ad essa associati. Quindi un cliente, riconoscendo la tristezza, potrebbe sperimentare un intenso desiderio di ricevere cure, desiderio che prima non riconosceva poiché bloccato. Il cambiamento avviene attraverso lo spostamento verso l'emozione primaria e il suo utilizzo come risorsa. Dunque, in alcuni casi il cliente accede ad una rabbia sottostante e si riorganizza per asserire dei confini, accede alla tristezza e si riorganizza per il ritiro per ristabilirsi e per raccogliere le proprie risorse, o per cercare e ottenere conforto e sostegno.

3. Accedere alla rete degli schemi emotivi nucleari disfunzionali

In molti casi nella terapia si ha accesso agli schemi emotivi primari disadattivi complessi piuttosto che alle emozioni primarie semplici. Tali schemi basati sulla storia di apprendimento emotivo della persona, devono essere ristrutturati. Si accede dunque ai vissuti disadattivi primari (come un profondo sentimento di impotenza, una paura di annichilimento, il sentirsi invisibile, un profondo senso di offesa, vergogna, insicurezza o indegnità, sentirsi non amati o non amabili) quale nucleo fondamentale del sentimento negativo secondario evocato. Queste esperienze disfunzionali nucleari sono spesso associate ad un'auto-critica ostile o ad una dipendenza ansiosa. Nel primo caso comprendono sentimenti di indegnità, di fallimento e di essere cattivi; nel secondo, sentimenti di fragilità e di insicurezza, di essere incapaci di restare integri senza sostegno. Questi sono gli schemi centrali di un sé cattivo/debole. Questi vissuti primari disadattivi devono essere recuperati al fine di rendere possibile il cambiamento.

Con l'aiuto fornito dell'accettazione supportiva del terapeuta, ciò che è terapeutico è la capacità di simbolizzare questi vissuti di cattiveria o debolezza e, successivamente, di accedere a schemi di sé alternativi fondati su emozioni adattive. La maggior parte delle persone ha avuto una qualche forma di "genitorizzazione positiva" da parte di una persona che è stata in un certo modo convalidante e confortante e ciò fornisce una capacità di auto-affermazione, di assertività e di protesta come fase per schemi di sé alternativi. È la risposta emotiva interna del paziente al suo stesso dolore simbolizzato che è adattiva e che deve essere recuperata e utilizzata come risorsa vivificante. Le persone sono maggiormente in grado di osservarsi e di essere empatiche verso se stesse quando sperimentano la loro sofferenza e contemporaneamente ricevono empatia da un altro. Motivati sia dall'avversione al dolore, sia dal bisogno di padronanza e di ricerca di conforto, mobilitano nuove risorse che consentono loro di far meglio fronte a tali esigenze. Si sentono in misura maggiore in grado di affermare che "anche se

l'altro non risponde alla mia richiesta, io comunque lo merito". Sono in grado anche di rivalutare le conseguenze del fatto che i loro bisogni non vengono soddisfatti dall'altro. Questa cognizione "a caldo" si ottiene in un modo veramente sentito e non solamente una affermazione concettuale compiuta senza alcun investimento emotivo.

4. Ristrutturare promuovendo l'articolazione e la messa in discussione delle credenze disfunzionali mediante i bisogni e le risorse adattive

In questa fase i pazienti giungono a nuove comprensioni delle esperienze formative della loro vita. Arrivano a vedere come la loro vita fosse strutturata sia intorno a aspettative e credenze che intorno a tentativi di proteggere se stessi da queste e dai sentimenti ad esse associati. La modificazione si attua essenzialmente attraverso la confutazione della credenza a partire da una consapevolezza di come essa sia stata costruita e da un senso vissuto di percezioni alternative di sé. Una persona con sentimento di indegnità e debolezza (e quindi bisogno di essere amata e riconosciuta) potrà dire: "Avevo bisogno di sostegno, non di critiche. Merito di più. Ero soltanto una bambina e avevo bisogno di affetto".

Il terapeuta offre supporto all'emergere della forza interiore e delle risorse interne per combattere le cognizioni negative e gli schemi nucleari disadattivi. Vengono pure evocati l'autosostegno interno della persona e le sue capacità di calmare se stessa in risposta alla simbolizzazione della sofferenza e al riconoscimento del sentimento e del bisogno nucleari.

5. Fornire sostegno e convalidare l'emergere di un atteggiamento auto-convalidante.

Quando si fa strada un senso di sé più sicuro, assertivo e accettante, il terapeuta fornisce riconoscimento e conferma, aiutando il cliente a collegare tale senso di sé con la sua vita al di fuori della terapia e con la soluzione di problemi. Questo nuovo senso di auto-

convalida viene utilizzato come base per l'azione nel mondo.

6. Creazione di un nuovo significato.

La fase finale è la costruzione di significati alternativi e l'esplorazione delle implicazioni di una nuova visione di sé convalidante. Gli obiettivi sono ora: chiarificare una narrazione, basata sull'esperienza, riguardo a se stessi, al proprio passato e al futuro, e promuovere delle azioni basate sui nuovi modi di vedere le conoscenze acquisite. Se il processo di creazione di significati si attua durante l'intero trattamento, spesso si allacciano metafore centrali ad episodi emotivamente carichi della terapia. Sono per esempio significative le metafore basate sull'esperienza, che divengono simboli dei problemi dell'individuo (ad es. "soli in una grande distesa", "in una gabbia di vetro") e le metafore che colgono l'emergere, lo sviluppo e la creazione di nuovi significati e di nuove soluzioni (ad es. "emergere da un abisso", "essere in grado di tener duro", "riuscire a vedere di nuovo").

La persona è adesso in grado di simbolizzare e organizzare la propria esperienza emotiva in termini di una nuova visione di sé e dell'essere-nel-mondo.

Sintesi comparata

Il repertorio emotivo funzionale

Come possiamo vedere nella tabella riassuntiva in allegato (tab. 1) che compara i tre modelli appena descritti, la definizione di emozioni, affetti o sentimenti è notevolmente diversa da un modello all'altro.

È un punto comune a tutti che i fondamenti delle emozioni siano fisiologici e che evolvano verso la coscienza. Tutti i tre modelli evidenziano inoltre l'articolazione tra emozione e pensiero; questa articolazione si ritrova nei

modelli analitici più classici con gli affetti e le rappresentazioni (tutti derivati della pulsione), o con gli elementi Beta (grezzi e non rappresentabili) e gli elementi Alfa (utilizzabili dai processi rappresentazionali come il sogno e il pensiero) di Bion.

Inizialmente, le emozioni sembrano avere origine più nell'attività intrapsichica con il modello analitico classico; ma la teoria evolve, anche all'interno di questo stesso modello, verso un sistema emotivo che ha per origine la dimensione delle relazioni interpersonali (in particolare con Kernberg nel modello analitico, teoria degli affetti che è molto vicina a quelle dei modelli del cognitivismo evoluzionista e dell'EFT).

Nel modello analitico si passa da una concezione delle emozioni classica di segnali/risposta e si evolve con Kernberg verso un modello funzionalista, ancora una volta simile al modello cognitivo evoluzionista. Quest'ultimo modello introduce il concetto di emozione come prima espressione dei Sistemi Motivazionali Innati. Anche il modello EFT sottolinea la funzione dell'emozione all'interno della sequenza "emozione-bisogno-scopo-interesse-tendenza all'azione".

Il Modello EFT crea ulteriori differenziazioni all'interno della categoria delle emozioni (primarie funzionali, primarie disfunzionali, secondarie, strumentali) ed esplicita, ad esempio, il fenomeno di trasformazione di un vissuto emotivo in un altro, nel passaggio da un'emozione primaria ad un'emozione secondaria o ad uno schema emotivo primaria disadattivo.

Le nozioni di pattern di attaccamento (modello cognitivo evoluzionista) e di schema emotivo (EFT) si raggiungono nelle loro definizioni, il primo ponendo l'accento sulla relazione, il secondo sulla funzione organizzativa delle emozioni, che corrisponde al focus di attenzione specifico a ciascuno di questi modelli.

PSICOANALISI	COGNITIVISMO EVOLUZIONISTICO	EMOTIONAL FOCUSED THERAPY
<ul style="list-style-type: none"> - Gli affetti sono un derivato delle pulsioni, agiscono come segnali di pericoli esterni o interni. Ogni pulsione si esprime attraverso un affetto e una rappresentazione (Freud). - Gli elementi Beta sono elementi grezzi della vita psichica, impressioni sensoriali ed emotive che vengono trasformate in elementi Alfa per diventare adatti all'uso del pensiero (Bion). - Gli affetti sono strutture psicofisiologiche complesse concernenti un'esperienza soggettiva di piacere/dispiacere e una componente espressiva, di scarica motoria o viscerale, utile al processo comunicativo, modellano e organizzano le prime esperienze affettive e le prime relazioni oggettuali, immagazzinate poi nella memoria affettiva (Kernberg). 	<ul style="list-style-type: none"> - Le emozioni sono un processo fisiologico preconsciouso collocato nel corpo che poi raggiunge la coscienza per diventare sentimenti - Sono sempre collocate all'interno di un'esperienza intersoggettiva. - Sono le prime fasi delle operazioni dei Sistemi Motivazionali Interni (accudimento, attaccamento, cooperazione, agonismo, sessualità). - Le emozioni si organizzano all'interno delle relazioni con la figura di attaccamento all'interno di un pattern di attaccamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gli affetti sono processi automatici fisiologici inconsci. - I sentimenti sono il risultato di una consapevolezza delle sensazioni di base dell'affetto, un vissuto corporeo associato ad un significato conscio. - Le emozioni sono un'esperienza cosciente che integra stati affettivi e tendenze all'azione collegati con situazioni elicитanti e con il sé: possono essere emozioni primarie adattative, primarie disadattive, secondarie o strumentali. - Lo schema emotivo è un meccanismo che produce l'esperienza emotiva dai principi organizzativi innati all'esperienza relazionale precoce. È una sintesi complessa di affetti, cognizione, motivazione e azione che danno un senso integrato di sé, del mondo e del vissuto soggettivo.

Tab. 1 – Repertorio emotivo funzionale: confronto tra modelli

Il repertorio emotivo disfunzionale

Per il modello analitico sono per prime le emozioni, rappresentazioni e angosce inammissibili o incontenibili, che generano meccanismi di difesa che le rendono inaccessibili alla coscienza, mentre il modello cognitivo evoluzionistico parla di strutture e processi cognitivi (tab. 2).

Il modello EFT evoca sia il problema delle eccessive difese, in particolare quelle relative al controllo, ed esplicita il problema dell'incapacità a modificare il rapporto con l'ambiente generatore di stress o la difficoltà a regolare le

emozioni (che sono in qualche modo il fallimento delle difese di fronte ad un eccesso di stimolazione interno o esterno).

Per il modello cognitivo evoluzionistico, è il deficit di conoscenza delle emozioni che conduce ad una inappropriata attivazione dei sistemi motivazionale, simile alla costruzione disfunzionale dei significati di cui parla l'EFT.

La nozione di traumatismo fissato nella memoria del modello analitico viene ripreso nella EFT con il concetto di memoria emozionale traumatica e si potrà ritrovare, anche se non esplicitato, negli stessi termini all'interno del concetto di pattern di

attaccamento; con la differenza che l'accento è maggiormente posto sulla dimensione relazionale oggettuale e la definizione del sé con l'altro più che in termini di dinamiche intrapsichiche.

Mentre nella psicoanalisi si sottolinea la centralità dell'angoscia nella patogenesi (di separazione, paura di perdere l'amore, angoscia di castrazione, sentimento di colpa, paura della

morte) nella prospettiva cognitivo evolucionista si sottolinea l'importanza delle colpe abnormi (colpa di separazione, del sopravvissuto, colpa onnipotente, colpa edipica e colpa detta anche "da odio di sé") che producono credenze patologiche e nell'EFT sono gli schemi emotivi nucleari disadattivi, le emozioni primarie disadattive e le emozioni secondarie (negative e complesse) a creare ostacoli al funzionamento.

PSICOANALISI	COGNITIVISMO EVOLUZIONISTICO	EMOTIONAL FOCUSED THERAPY
<ul style="list-style-type: none"> - La psicopatologia è generata da: - affetti, rappresentazioni o angosce inammissibili per la coscienza e dai meccanismi di difesa inconsci prodotti dall'Io per proteggersene (e che le rendono inaccessibili alla coscienza). - nella situazione traumatica la quantità di affetto non scaricata della pulsione è fissata, cosicché viene trascritta una traccia mnemonica dell'affetto (Freud). - deficit della funzione Alfa, funzione contenitrice dell'apparato a pensare (Bion). - l'angoscia può essere di varia natura ed è centrale nella patogenesi (Freud, Wachtel). 	<ul style="list-style-type: none"> - La psicopatologia è generata da: - strutture e processi cognitivi che creano ostacoli al riconoscimento e alla regolazione delle emozioni. - il deficit di conoscenza delle emozioni, dalla difficoltà a discriminarle fino alla mancanza di coscienza dell'emozioni, dovuta ad un carente monitoraggio metacognitivo dell'esperienza emozionale. - conduce a inappropriate attivazione di diversi sistemi motivazionali di cui fanno parte le emozioni. - i pattern di attaccamento insicuri e disorganizzati presentano difficoltà di conoscenza di specifici aspetti dell'esperienza emotiva. - le colpe abnormi di varia natura producono credenze patologiche. 	<ul style="list-style-type: none"> - La psicopatologia è generata da: - l'incapacità a modificare il rapporto con l'ambiente che è generatore di stress. - l'eccessivo controllo emotivo attraverso evitamento, negazione, distorsione, dissociazione. - la scarsa regolazione dell'intensità emotiva. - la memoria emozionale traumatica. - la costruzione disfunzionale dei significati che portano risposte emotive disfunzionali. - schemi emotivi nucleari disadattivi, emozioni primarie disadattive ed emozioni secondarie (negative e complesse) creano ostacoli al funzionamento.

Tab. 2 – Repertorio emotivo disfunzionale: confronto tra modelli

L'atto terapeutico

Il termine di alleanza terapeutica è utilizzato in entrambi i modelli cognitivista evolucionista e EFT, anche se quest'ultimo è maggiormente sbilanciato verso un atteggiamento "rogersiano" di empatia e convalida. L'alleanza in questi due modelli comprende la condivisione esplicita

degli obiettivi terapeutici e alcune comunicazioni maggiormente educative (tab. 3). Da parte sua la nozione di ascolto analitico classico associato al concetto di astensione e neutralità del terapeuta si è sfumato nei più recenti modelli psicodinamici con l'integrazione di atteggiamenti maggiormente supportivi.

I modelli analitici e cognitivo evolucionisti utilizzano più esplicitamente le informazioni emotive del terapeuta per accedere alle problematiche del paziente come il controtransfert e le identificazioni proiettive.

Nel modello analitico il lavoro sulle emozioni passa attraverso la relazione trasferale e la possibilità di sperimentarci un'esperienza emozionale correttiva, ma anche secondo Bion con la funzione Alfa del terapeuta, contenitrice degli elementi intollerabili proiettati dal paziente

che gliene restituisce, trasformati in rappresentazioni possibili, offrendo al paziente la possibilità di assimilare tale funzione nel suo apparato di pensiero. L'interpretazione, principale atto terapeutico di questo modello, nella prospettiva classica verte maggiormente sulla vita psichica del paziente, le sue esperienze passate e le sue fantasie, mentre nei modelli più recenti viene formulato come esposizione a pensieri, sentimenti e desideri finora evitati.

PSICOANALISI	COGNITIVISMO EVOLUZIONISTICO	EMOTIONAL FOCUSED THERAPY
<ul style="list-style-type: none"> - Ascolto. - Relazione trasferale e controtrasferale, esperienza emozionale correttiva, funzione Alfa. - Interpretazione (delle difese, delle resistenze, delle fantasie, delle esperienze traumatiche, dei conflitti riattivati nel presente collegati a sintomi e comportamenti disadattivi) partendo dalla realtà psichica del paziente influenzata dalle esperienze passate e fantasie inconse (desideri, risposte dell'Io, reazioni del super-Io, ricordi). - Interpretazione come esposizione a pensieri, desideri, sentimenti evitati. - Altri interventi verbali per facilitare l'espressione e offrire sostegno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alleanza terapeutica. - Esplorazione dei sintomi e delle credenze patogene che limitano e distorcono la conoscenza delle emozioni e il perseguimento delle mete relazionali. - Fase di test e interventi a favore del piano per correggere le credenze patogene su di sé sull'altro e sulla relazione (attraverso interpretazione, silenzio, tecnica cognitiva o cognitivo-comportamentale, dichiarazione di disaccordo o qualche altra forma di scelta clinica). - Monitoraggio metacognitivo delle emozioni del terapeuta per leggere le intenzioni del paziente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alleanza terapeutica attraverso ascolto, empatia e convalida. - Evocazione e esplorazione delle esperienze emotive e delle condizioni generative dei sentimenti negativi (focalizzazione sull'esperienza corporea e sull'espressione non verbale delle emozioni, simbolizzazione dell'esperienza interna, distinzione tra risposte primarie o secondarie, analisi dei meccanismi di difesa, dei conflitti fra aspetti di sé, dei sentimenti irrisolti verso l'altro significativo). - Accesso a emozioni primarie e schemi emotivi nucleari disadattivi. - Utilizzo delle risorse per riorganizzare gli schemi centrali. - Validazione del senso di sé emergente. - Consolidamento del cambiamento in una nuova narrazione della propria identità.

Tab. 3 – Atto terapeutico: confronto tra modelli

Nel modello cognitivista evolucionista l'intervento terapeutico sulle emozioni parte dall'esplorazione o dalla correzione delle

credenze patogene su di sé, sull'altro e sulla relazione, che sono considerate all'origine delle limitazioni e distorsioni delle emozioni, sia

attraverso la narrazione del paziente che nella relazione con il terapeuta (che comprende la riproduzione dello schema interattivo traumatico creato originariamente nelle relazioni passate, equivalente del transfert analitico).

Nel modello EFT per lavorare sulle emozioni si parte dall'esperienza emotiva stessa con una identificazione delle percezioni corporee (che possono essere l'oggetto di un training), la focalizzazione sulle esperienze emotive e la loro simbolizzazione, la distinzione tra risposte emotive primarie e secondarie, per poi accedere ed esplorare tutti gli ingredienti della vita psichica quali i meccanismi di difesa, i conflitti fra aspetti di sé, i sentimenti irrisolti verso altri significativi. Questo modello non ricorre tanto all'interpretazione e alla relazione trasferale quanto al prestare attenzione, al focalizzare, all'essere centrato sul presente, intensificare le

emozioni, evocare ricordi, simbolizzare, fissare gli scopi, per arrivare a promuovere nel paziente il sentimento di essere agente della propria esperienza. Il terapeuta può formulare una domanda di esplorazione, una risposta empatica, un feedback o ricorrere a interventi più attivi come il dialogo delle due sedie fra due parti della propria personalità o il rivolgersi con la fantasia ad una persona significativa.

Entrambi i modelli, cognitivo-evoluzionistico e EFT sottolineano l'uso del linguaggio metaforico per comunicare le esperienze emotive, mentre il modello analitico è classicamente conosciuto per il ricorso al linguaggio simbolico.

Gli obiettivi terapeutici e i processi di cambiamento

La descrizione dei processi di cambiamento è strettamente legata agli obiettivi terapeutici fissati da ciascun modello (tab. 4).

PSICOANALISI	COGNITIVISMO EVOLUZIONISTICO	EMOTIONAL FOCUSED THERAPY
<ul style="list-style-type: none"> - Insight: ossia una comprensione cognitiva ed emotiva dei moventi inconsci e delle origini del proprio disagio psicologico e del proprio sentire ed agire presente e passato (interventi espressivi). - Sopperire alle debolezze dell'Io, rafforzare le difese e la capacità di gestire le difficoltà della vita quotidiana e le relazioni affettive e sociali (interventi supportivi). - Assimilazione della funzione di contenitore, propria alla mente del terapeuta, nell'apparato a pensare del paziente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Restituire al paziente la capacità di riconoscere il valore e il senso originario della propria e altrui esperienza emozionale. - Esperienza relazionale correttiva. - Insight sugli effetti perduranti di passate esperienze traumatiche. - Revisione delle credenze patogene. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accedere a schemi emotivi funzionali o emozioni adattative primarie per raggiungere una maggiore coerenza tra bisogno/interesse/scopi e tendenza all'azione. - Accrescere la consapevolezza dei propri sentimenti. - Modificare le valutazioni negative. - Risolvere i sentimenti negativi irrisolti o risentimenti verso altri significativi. - Crescere la capacità di regolare l'intimità nelle relazioni.

Tab. 4 – Obiettivi terapeutici e processi di cambiamento: confronto tra modelli

Per la terapia analitica si distinguono due assi principali: quello della comprensione (insight) cognitiva ed emotiva dei moventi inconsci e delle origini del proprio disagio psicologico e del proprio sentire ed agire presente e passato,

ma anche (intervento espressivo) nei casi che lo necessitano, quello del sopperimento delle debolezze dell'Io, con il rafforzamento delle difese e della capacità di gestire le difficoltà della vita quotidiana e le relazioni affettive e

sociali (intervento supportivo). Possiamo aggiungere, se ci riferiamo alle teorie bioniane, l'assimilazione da parte del paziente della capacità del terapeuta di contenere le esperienze emotive intollerabili e di trasformarle in rappresentazioni possibili.

Il modello cognitivo evolucionista mette l'accento sul fatto che sia l'esperienza relazionale ad essere correttiva, gli insight riguardano gli effetti perduranti delle esperienze traumatiche passate (in cui si possono ritrovare elementi inconsci come le conoscenze semantiche), vengono riviste le credenze patologiche e viene restituita al paziente la capacità di riconoscere il valore e il senso originario della propria e altrui esperienza emozionale.

Per il modello EFT il punto nodale del processo di cambiamento è che il paziente possa accedere all'esperienza emotiva primaria o a schemi emotivi funzionali per raggiungere una maggiore coerenza tra bisogno/interesse/scopi e tendenza all'azione. Questo modello mira alla modifica dello schema emotivo disfunzionale (modificare le valutazioni negative, risolvere sentimenti negativi irrisolti o risentimenti verso altri significativi) e all'attuazione di nuove risorse così liberate (accrescere la consapevolezza dei propri sentimenti e la capacità di regolare l'intimità nelle relazioni). La comprensione delle motivazioni inconscie e delle origini del proprio disagio non rappresentano un punto di arrivo anche se verranno utilizzate inizialmente durante la fase di focalizzazione sulle origini del disfunzionamento emotivo.

Conclusioni

Questo articolo si è proposto di esplorare il lavoro con le emozioni attraverso vari modelli psicoterapeutici, le loro teorie di riferimento, gli obiettivi e gli atti terapeutici, anche evidenziando i loro contesti storici, le loro specifiche motivazioni, impostazioni e contributi. Ha anche tentato di intravedere le diverse scelte cliniche che può operare un terapeuta di questi diversi modelli nel momento vivo e "caldo" della relazione terapeutica e la loro pertinenza rispetto agli obiettivi e processi di cambiamento perseguiti.

La comparazione tra vari modelli è ovviamente limitata ad una trasposizione che non potrà mai essere esatta senza correre il rischio di distorcere la visione di ciò che ognuno di questi osserva o di decontestualizzarne i costrutti teorici; ciononostante un simile esercizio permette di rinforzare la conoscenza del proprio modello di riferimento e di verificare la coerenza dell'integrazione che ciascun terapeuta opera nella sua pratica clinica.

Alla luce di tale confronto si può anche intuire che non è forse realistico né auspicabile che vi sia un unico modello terapeutico, pure sotto forma di sistema aperto, che integri tutte le qualità e dimensioni esplorate dai vari modelli. Questo condurrebbe sia ad un impoverimento dello sviluppo e della creatività che porta ogni corrente, sia ad una teoria estremamente pesante e inapplicabile clinicamente all'interno dello spazio terapeutico.

Il rinuncio all'onnipotenza del terapeuta passa probabilmente anche attraverso la consapevolezza che il proprio modello e il percorso terapeutico offerto al paziente trovano il loro limite, oltre ai limiti delle competenze personali e relazionali del terapeuta e del paziente, nell'angolazione di osservazione delle questioni che affrontano, lasciando alcuni spazi inesplorati e irrisolti.

Ma è anche vero che, com'è emerso in questo confronto sul lavoro con le emozioni, vi sono molte vie e modalità per accedere alle varie dimensioni dell'attività umana, siano queste comportamentali, affettive-relazionali, cognitive, corporee o spirituali ed altrettante per percorrere i diversi sentieri inesplorati della coscienza o dell'inconscio di ciascuno.

Riferimenti Bibliografici

- Alexander, F. (1946). La esperienza emozionale correttiva. In P. Migone (a cura di), *Problemi di psicoterapia*, www.psychomedia.it.
- Berne, E. (2000). *A che gioco giochiamo?* Milano: Bompiani Editore.
- Bion, W.F. (1983). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando Editore.
- Bulli, F., e Melli, G. (2010). *Mindfulness & Acceptance in psicoterapia: la terza generazione della Terapia Cognitivo-Comportamentale*. Firenze: Eclipsi.
- Damasio, A.R. (1995). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Milano: Adelphi.
- Dumont, F., e Corsini, R.J. (2003). *Psicoterapie a confronto. Un caso visto da sei terapeuti*. NY: McGraw-Hill.

- Elliot, R., Watson, J.C., Goldman, R.N., e Greenberg, L.S. (2007). *Apprendere le terapie focalizzate sulle emozioni*. Roma: Sovera Edizioni.
- Ferro, A. (2007). *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*. Milano: Raffaello Cortina Ed.
- Freud, S. (1988). *Inibizione, sintomo e angoscia*. Milano: Bollati Boringhieri.
- Ginger, S. (1990). *La Gestalt. Terapia del con-tatto emotivo*. Roma: Edizioni mediterranee.
- Goleman, D. (1999). *Intelligenza emotiva*. Milano: BUR.
- Greenberg, L., e Paivio, S.C. (2004). *Lavorare con le emozioni in psicoterapia*. Roma: Sovera Edizioni.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina Ed.
- Liotti, G. (2007). Il monitoraggio metacognitivo delle emozioni del terapeuta nella riparazione di rotture dell'alleanza. In Carere Comes, Adami Rook, Panseri (a cura di). *Che cosa unisce gli psicoterapeuti (e che cosa li separa)*. Firenze: Vertici Editore.
- Lorenzini, R., e Sassaroli, S. (1995). *Attacamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Milano: Cortina Raffaello.
- Lowen, A. (2004). *Bioenergetica*. Milano: Feltrinelli.
- Melbourne Academic Mindfulness Interest Group (2006). Mindfulness based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 285-294.
- Migone, P. (2007). Considerazioni sul significato di “integrazione” in psicoterapia. In Carere Comes, Adami Rook, Panseri (a cura di). *Che cosa unisce gli psicoterapeuti (e che cosa li separa)*. Firenze: Vertici Editore.
- Oneroso, F., e Gorrese, A. (2011). *Le emozioni fra cognitivismo e psicoanalisi*. Napoli: Liguori Editori.
- Perls, F.S. (1969). *La terapia gestaltica parola per parola*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Wachtel, P.L. (2000). *La comunicazione terapeutica*. Milano: Bollati Boringhieri.

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 collassare 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 anonimato (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* asettica, 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 *fibre* 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 sceramo bianco*,

rendendo così ogni discorso sull'autenticità futile o persino incontemplabile.

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 rivive, 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., Diguier, 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. Branchaft (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. Trasferit e controtrasferit*, 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.
- Rukeyer, 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 Maturational 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 CAMBIAMENTO TERAPEUTICO ALLA LUCE DELLE CONOSCENZE ATTUALI SULLA MEMORIA E I PROCESSI INCONSCI MULTIPLI

di Hugo Bleichmar

psichiatra, psicoanalista, Direttore del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica, Università Pontificia Comillas (Madrid, Spagna)

L'articolo è tratto dalla rivista *Aperturas Psicoanalíticas*, 9, 05/11/2011 - <http://www.aperturas.org>

Tradotto da Giovanni Cioli

psicologo psicoterapeuta

BREVE PRESENTAZIONE DELL'OPERA DI HUGO BLEICHMAR

di Giovanni Cioli

psicologo, psicoterapeuta

Hugo Bleichmar è un medico psichiatra psicoanalista membro dell'IPA che si è formato in Argentina. Attualmente vive a Madrid ed è direttore del corso per specialista in psicoterapia psicoanalitica presso l'Università Comillas nonché direttore della rivista on-line "Aperturas Psicoanalíticas". Forse proprio la parola "Aperturas" in italiano "Aperture" è quella che in un breve istante è capace di catturare uno dei principali aspetti dell'opera di quest'uomo, sempre oscillante tra l'ascolto, l'attento interesse per il lavoro di tutti, e il rifiuto di optare per posizioni semplificanti e ideologiche. La ricchezza che è stata capace di produrre questa oscillazione e questo atteggiamento aperto è il modello Modulare Trasformativo, che costituisce appunto il nome di un approccio terapeutico capace di integrare all'interno di una visione della mente coerente ed epistemologicamente fondata contributi provenienti dalla psicoanalisi e da discipline esterne come la neuropsicologia e le scienze cognitive.

Il riferimento epistemologico principale di questo approccio è il cosiddetto "pensiero complesso" come elaborato da Edgar Morin (1977) e pone le basi per una visione della vita mentale come la risultante di un complesso sistema di moduli che dispongono di una propria storia evolutiva e leggi di funzionamento, reciprocamente interagenti, capaci di generare proprietà emergenti. La visione della psicopatologia che risulta da questa impostazione non può ovviamente che riferirsi a dimensioni e alla ricostruzione di come l'articolazione a molti livelli dei vari sottosistemi possa produrre il fenomeno osservato, fenomeno unico, che potrà sì avere caratteristiche categorizzabili, ma che risponde nel suo senso e nel suo processo formativo all'unicità della persona che lo ha prodotto. Anche dal punto di vista tecnico, pertanto, l'approccio modulare trasformativo rifiuta l'applicazione meccanica ed invariabile di alcuni, pochi, principi terapeutici, cercando di ravvisare in ogni caso specifico la fisionomia dei processi che si stanno svolgendo per elaborare specifici atteggiamenti terapeutici. Un altro aspetto interessante di questo approccio è la sua conseguente provvisorietà, coerente con la visione di un sistema complesso che interagisce con il suo ambiente ed a partire dalla sua logica di funzionamento genera nuovi aspetti ed integra nuove conoscenze capaci di arricchire la visione di un individuo sempre preso nelle sue relazioni, nelle produzioni del suo psichismo e nella sua storicità. In tal senso vale la pena di citare anche il lavoro di Emlice Dio Bleichmar a proposito dell'identità di genere e dell'isteria di cui l'autrice è capace di mettere in luce gli aspetti culturali, proponendo una visione fertile e comprensiva dell'articolazione tra l'intrapsichico, l'intersoggettivo e il culturale.

Una visione generale ma abbastanza dettagliata del modello modulare trasformativo è reperibile nel libro "Psicoterapia psicoanalitica". In questo volume Bleichmar (2007) descrive gli aspetti fondamentali del suo pensiero, proponendo di

considerare desideri e angosce specifiche di cinque moduli: il sensuale sessuale, l'attaccamento, il narcisismo, l'auto-etero-conservazione, la regolazione psicobiologica, nel loro continuo interagire a molti livelli e secondo una processualità inconscia che tiene conto di tutti i contributi che la psicoanalisi (e non solo) ha prodotto nel corso della sua storia. A chi scrive preme tuttavia sottolineare soprattutto un aspetto non teorico, la capacità di "mettere alla prova" il proprio pensiero, fino ad arrivare ad esporre il dettaglio dell'intervento verbale nel caso concreto. Credo che il lavoro di questo autore possa senz'altro essere definito coraggioso e corrispondente alla citazione che si trova all'inizio dell'articolo, "È un amico Platone, ma più amica è la verità" poiché sta proprio ad indicare la provvisorietà della conoscenza quando non diventa ideologia e una visione programmatica che non rinuncia alla ricerca in funzione di interessi non scientifici, legati alla difesa dell'identità acquisita o ad interessi economici.

“È un amico Platone, ma più amica è la verità”*

La psicoanalisi si trova in un momento molto speciale: crisi, rinnovamento ed espansione si intrecciano. Dopo più di un secolo di esistenza, le sue ipotesi fondamentali sull'importanza dell'inconscio nella determinazione della condotta, messe a lungo in discussione, hanno ricevuto validazione empirica in ambito neuroscientifico e nella psicologia cognitiva (si veda l'eccellente revisione di Westen (1999) e anche il lavoro sperimentale di Shevrin e coll. (1996)). Si combatte la psicoanalisi mentre al tempo stesso si assumono, in altre forme di psicoterapia e nella psicologia accademica, i suoi concetti sulle motivazioni inconscie, le difese, il ruolo delle relazioni precoci nell'organizzazione dello psichismo, il transfert, ecc. Il comportamentismo radicale ha ceduto di fronte all'evidenza dei processi mentali che si rifiutava di studiare. Attualmente la sua applicazione alla psicoterapia sta prendendo la forma di interventi cognitivo-comportamentali. La psicoterapia cognitiva sta andando oltre ai pensieri automatici accessibili all'auto osservazione e cerca di districare le reti associative inconscie dalle quali i pensieri inconsci sono derivati.

Ma, nonostante tutto questo, un profondo e legittimo malessere aleggia nel campo psicoanalitico. È sufficiente leggere le principali riviste psicoanalitiche per costatare che l'insoddisfazione riguardo alla teoria e la tecnica terapeutica già è una questione che si dibatte apertamente. Fatta eccezione per i gruppi endogamici che si chiudono nella ripetizione dei loro dogmi, la necessità di revisione è diventata una corrente che avanza energicamente. Il

rispetto e l'ammirazione per Freud non ostacolano la critica e la riformulazione di molte delle sue affermazioni. Parafrasando: è un amico Freud, ma più amica è la verità. E lo stesso vale riguardo alle grandi figure che promossero lo sviluppo della psicoanalisi.

È crescente il numero degli autori che si collocano al di fuori delle "scuole" e delle loro frontiere e che non cercano solo l'integrazione delle migliori e differenti correnti (si veda Liebermann e Bleichmar, 2001), o il dialogo reciprocamente fertile della psicoanalisi con le altre discipline – neuroscienza, psicologia cognitiva, ecc. – ma, e questo è l'essenziale, che cercano di far avanzare la conoscenza mostrando la complessità del funzionamento dello psichismo, non accontentandosi della ripetizione di vecchie formule semplificanti con cui si pensava di abbracciare tutto. Da parte della neuroscienza, che molti analisti sospettano minacciosa e ostile, voci qualificate ribadiscono la loro fiducia nel futuro della psicoanalisi a condizione che sia capace di non rimanere congelata nel passato. Eric Kandel, premio Nobel per la medicina nel 2000 per le sue scoperte neuroscientifiche, dice, riferendosi al declino dell'influenza della psicoanalisi negli ambienti accademici e sanitari: "Questo declino è deplorabile dato che la psicoanalisi rappresenta ancora il punto di vista più coerente e intellettualmente soddisfacente sulla mente" (Kandel, 1999, p. 505). In questo stesso articolo aggiunge: "Un dialogo genuino tra la biologia e la psicoanalisi è necessario se vogliamo raggiungere una comprensione coerente della mente" (p. 519).

Tuttavia il progresso della psicoanalisi non potrà giungere dalla neuroscienza o dal suo dialogo con la psicologia cognitiva – con tutta l'importanza che gli accordiamo – ma da una vera trasformazione interna. Oggi ciò che appare come compito indispensabile è dar conto della complessità dello psichismo, della complessità dei processi inconsci e, specialmente, di una descrizione delle molteplici modalità operative che regolano:

- a. Il modo di combinarsi delle rappresentazioni conscie e inconscie, come si relazionano tra loro i differenti tipi di processamento inconscio. Non più “l'inconscio”, al singolare, omogeneo, come fa ben notare Westen (1999) ma inconscio costituito da modalità di funzionamento multiple, riguardo all'origine e al tipo di iscrizione.
- b. L'organizzazione dei differenti sistemi di memoria: procedurale, dichiarativa, ecc. (Tulving & Craik, 2000); i limiti in cui la memoria procedurale può essere riscritta come dichiarativa, le conseguenze di questa nuova riscrittura (Clyman, 1991; Davis, 2001; Fonagy, 1999; Westen, 1999) e, con ciò, il posto dell'insight nel cambiamento terapeutico così come quello della pratica di nuove esperienze emotive. Ugualmente, il ruolo dei recenti risultati sul “riconsolidamento” della memoria per la tecnica del trattamento (Nadel & Land, 2000; Nader, Schafe & Le Doux, 2000; Sara, 2000).
- c. L'articolazione degli stati emotivi, come alcuni ne scatenino automaticamente altri in modo tale che per certe persone si passa, in modo automatico, dalla paura all'aggressività, a volte esplosiva, dalla paura all'appiattimento emotivo, fino ad arrivare a forti stati dissociativi di tipo catatonico, o dalla tristezza alla mania ecc.
- d. Come la cognizione attivi certi stati emozionali, ma, anche, come gli stati emozionali guidino la cognizione inconscia e conscia, dovendosi riconoscere all'insieme degli stati emozionali non solo il ruolo di semplice

subordinato della cognizione ma un posto rilevante nella sua organizzazione (Ablon, 1994; Jones, 1995; Killingmo, 1999; Schore, 1984). Si è soliti parlare di affetti così come se fossero entità isolate che accompagnano la cognizione o che sono una loro pura conseguenza quando, in realtà, come dimostrano gli studi attuali, la cognizione esiste all'interno di stati affettivi, formando parte di questi e non precedendoli (per una discussione sulla teoria psicoanalitica degli affetti, si vedano le ampie rassegne di M. Iceta in *Aperturas Psicoanalíticas*, 7 e 8 del 2001, delle discussioni pubblicate in *Neuro-psychoanalysis*, Vol. 1, 1999).

Inoltre, gli stati affettivi semplicemente superano le descrizioni in termini di tristezza, gioia, angoscia, eccitazione, curiosità ecc. Sono strutture complesse – si pensi all'innamoramento o alla tenerezza o all'irritabilità o all'odio o alla eccitazione sessuale – in cui una certa qualità emozionale che domina è integrata con certe cognizioni – primitive, elementari, o discorsive ad alto livello di simbolizzazione –, certe condotte, certe rappresentazioni del sé e dell'altro. Durante il trattamento, la via regia per l'inconscio sono gli stati affettivi che il paziente va dispiegando, sia nel materiale del racconto del sogno sia in una relazione che il paziente conserva con una figura esterna o il modo in cui si sta rapportando al terapeuta.

- e. Come si articolano le idee e gli stati affettivi con il sistema neurovegetativo, con le caratteristiche di ognuno; il tipo di attivazione neurovegetativa che modula certe memorie (Cahill, 1997; Gold & Greenough, 2001; O'Carroll, Drysdale, Cahill & Shajahan, 1999), di enorme significato per i disturbi da stress post traumatico. L'influenza che l'attivazione neurochimica/ormonale ha nel regolare/disregolare in un senso o nell'altro la cognizione conscia e inconscia, guidando e selezionando che

- rete rappresentazionale si attiverà (Pankeep, 1998).
- f. Le relazioni tra disposizioni innate e le influenze ambientali che ne sviluppano alcune e ne inibiscono altre. Cioè, i fenomeni di plasticità cerebrale (vedere *Aperturas psicoanalíticas*, 5, 2000). Né una concezione endogenista, in cui lo sviluppo segue linee rigide, né un orientamento ambientalista che disconosca il ruolo dei sistemi innati che rendono possibili le azioni dall'esterno.
- g. La conoscenza dell'azione di numerosi sistemi motivazionali e non unicamente dei semplici dualismi semplificanti (pulsione di vita vs. pulsione di morte, pulsioni sessuali vs. pulsioni autoconservative, ecc.) che furono utili come prima approssimazione ma che devono lasciare il passo allo studio di meccanismi specifici. La psicoanalisi non può rimanere in uno stato equivalente a quello della biologia di secoli fa in cui si pensava in termini di "soffio vitale" per spiegare la vita. Se il concetto di pulsione deve essere mantenuto in psicoanalisi come diverso dall'istinto, come risultato dell'incontro tra l'innato e l'ambientale, come il modo in cui ciò che è fornito dalla biologia viene informato dall'impronta dell'altro – corporea, simbolica – (Laplanche, 1992), lo sarà nella misura in cui si particolarizza in termini di processi dettagliati, diversificati per ciò che riguarda l'attaccamento, la sessualità, la difesa di fronte a stimoli avversivi, per l'aggressività (Westen, 1997), e che tenga presente l'importanza del genere nel modellare l'identità e la sessualità (Dio Bleichmar, 1994; Dio Bleichmar, 1995; Dio Bleichmar 1997; Levinton, 2001), tema quest'ultimo che è stato trascurato dalla psicoanalisi e che recentemente, sotto la pressione delle evidenze, comincia ad essere incorporato.

Queste sono per lo meno alcune delle dimensioni di analisi che renderebbero possibile superare il riduzionismo che, spesso, domina in psicoanalisi la teorizzazione e la pratica clinica.

L'organizzazione inconscia non differisce da una persona all'altra solo per il tipo di fantasie, per le narrative che vi si producono, per le iscrizioni che la biografia ha impresso, per la memoria procedurale in cui si trovano registrati i rapporti significativi – la condotta dell'altro e la reazione del soggetto –, o il ricordo delle situazioni vitali, o i sentimenti di perdita e di persecuzione, o i desideri e angosce che formano il motore delle varianti delle fantasie e dei comportamenti, di quello che si cerca o di quello che si evita. Tutto questo costituisce una dimensione di analisi d'importanza considerevole, non c'è dubbio, ma che non ricopre sufficientemente un'altra dimensione, quella che chiamiamo delle "operazioni inconse" come, per esempio, i fenomeni di disattivazione settoriale nell'inconscio che fa sì che la mente di fronte al trauma quasi cessi di funzionare – rimanga in bianco –, si perturbi nella sua capacità di simbolizzare e possa arrivare allo stato che Ogden (1982) chiama di "non esperienza" (caso Robert, p. 184); o l'accoppiamento automatico, quasi come una vampata, tra certi contenuti inconsci e la produzione traboccante di angoscia, o le scariche nel sistema neuro ormonale e neuro trasmettitoriale, con le conseguenti retroazioni sulle rappresentazioni coscienti inconse, o l'accoppiamento tra rappresentazioni e zone del corpo che produce quadri psicosomatici.

Iperconnessioni e disconnessioni del corpo non sono semplici fenomeni di scissione tra l'inconscio e la coscienza, di repressione, di negazione, cioè di processi difensivi che operano all'interfaccia tra l'inconscio e la coscienza. Non è lo stesso l'elaborazione inconscia – e su questo insistiamo – di ciò che fu oggetto di un'esperienza terrorizzante di fronte a cui si perturbò seriamente la funzione simbolica e la costruzione di significati di colui che rimosse qualcosa di sgradevole ma che continua a mantenere intatta la sua capacità di dare significato all'esperienza. Nemmeno è equiparabile l'attivazione neurovegetativa o i disequilibri biologici – ormonali e cerebrali – del disturbo post traumatico da stress in cui l'ippocampo rimane colpito e c'è una diminuzione stabile di cortisolo nel sangue (Mignote, Machon, Isla, Perris & Nieto, 2001; Yehuda, 2000), con le successive conseguenze a

livello rappresentazionale, ai fenomeni di rimozione o scissione attraverso cui si respinge l'accesso alla coscienza di certe esperienze dolorose.

Sostenere che l'inconscio funziona in accordo col processo primario – libero spostamento e condensazione – e che la coscienza funziona in base al processo secondario fu una prima caratterizzazione differenziante tra i due sistemi. Ma questa correlazione tra sistemi conscio/inconscio da un lato, e modalità di funzionamento dall'altro, sfumata da Freud stesso (*L'inconscio*, 1915b), e che lo portò a dover creare il modello strutturale – la cosiddetta seconda topica –, si riferirebbe, nel migliore dei casi, alle sue proprietà più generali, universali per qualunque soggetto. Se non ci sono contenuti inconsci che siano uguali in tutti i soggetti, nei loro temi, nelle biografie di cui sono in parte sedimentato e in parte produzione soggettiva a partire dai “mattoni” forniti dalle circostanze della storia individuale, nemmeno è la stessa cosa l'organizzazione inconscia possente, passionale, del soggetto che ricevette l'attivazione erogena da parte di un altro significativo che lo “innaffiava” di libido rispetto all'organizzazione “secca” di qualcuno cresciuto da genitori depressi o che patì la disattivazione descritta da Spitz nel quadro dell'ospitalismo, in cui la paralisi psichica non è un problema di coscienza che rifiuta certi contenuti ma della disattivazione della funzione desiderante tanto nella coscienza che nell'inconscio.

Tantomeno è la stessa la struttura e il funzionamento inconscio di quelle persone in cui la fantasia è distinta dall'azione, in cui la prima precede la seconda, rispetto a quelle in cui il modo di funzionare ha luogo in termini di schemi cognitivi/affettivi/motori, alla maniera del bambino in cui il rifiuto esiste – non è che esprima un altro contenuto mentale - sotto forma di allontanamento della testa o del tronco o di caduta delle braccia in uno stato di atonia muscolare tipo pulcinella di pezza, o il funzionamento inconscio, con un esempio della clinica adulta, di quelle persone in cui la depressione esiste come perdita del tono muscolare o profonda devitalizzazione, fenomeno da non ascrivere alla coscienza – in

essa non si sa nulla di tutto questo, non si descrive, la scopre l'osservatore –, costituendo questa atonia e devitalizzazione la reazione a una perdita dell'oggetto d'amore o al sentimento di irrealizzabilità del desiderio, reazione che può risultare dalla fissazione, in termini di memoria procedurale, a esperienze di impotenza precoce.

Perciò la differenziazione tra contenuti, temi, narrative dei processi inconsci, da un lato, e le regole di funzionamento dello psichismo che manipolano questi contenuti, dall'altro, risulta essenziale.

C'è un tipo di elaborazione inconscia pieno di rappresentazioni verbali in cui le combinazioni si producono per il significato o per gioco di parole, per le assonanze, e c'è un'altra modalità in cui uno stato emotivo ne scatena un altro come capita in quelle persone in cui l'angoscia – di qualunque contenuto tematico –, o semplicemente il dolore fisico, attivano l'aggressività – come un animale ferito –, aggressività che farà ulteriormente scorrere, convocandole, le rappresentazioni che la doteranno di contenuto ideativo (Bleichmar, 1997). Livello cognitivo che retroagirà sullo stato affettivo rinforzandolo, in un circuito riverberante.

Diversità, da una parte, del funzionamento riguardo ai processi inconsci e, d'altra parte, del tipo di connessioni tra elaborazioni cosce e inconscie – grado di permeabilità tra loro –, senza trascurare di menzionare la diversità del funzionamento nella coscienza. Ciò è illustrato dal fenomeno della scissione – dissociazione, “splitting”, “spaltung” – tra contenuti della coscienza: si sa qualcosa e, contemporaneamente, non ci si crede o si trascura. Scissione che per essere differenziata dalla separazione tra coscienza e inconscio si è soliti chiamare “scissione verticale”. Fenomeni di dissociazione della coscienza in cui ciò che è allontanato difensivamente non è rimosso – è ancora conosciuto – ma sprovvisto di significato emotivo. Il paziente sa che una certa realtà esiste, che c'è un determinato pericolo ma funziona come se questi non esistesse.

Diversità anche tra due modalità fondamentali con cui lo psichismo di

persone differenti affronta l'angoscia. Da un lato meccanismi di uscita: la rimozione, l'evitamento fobico, la posticipazione e la dissociazione, che sono tutte varianti di un allontanamento da pensieri e situazioni e non, nonostante tutte le differenze, categorie senza relazione tra loro. D'altro lato, il tentativo di controllo di ciò che provoca angoscia/timore attraverso la sorveglianza, iperconnessione con ciò che è minaccioso, caratteristico del pensiero ossessivo che invece di allontanarsi cerca attivamente ciò che è angosciante per non essere sorpreso, per cercare di dominarlo (Bleichmar, 1986). Differenza, conseguentemente, nelle strategie generali di ogni psichismo per affrontare l'angoscia, che ci si presenta sotto forma di pazienti che, al contrario, non possono dimenticare, ricordando ossessivamente, in allerta continua affinché ciò che è temuto non torni ad accadere. O tra quelli che fuggono dalla situazione di realtà che temono o, al contrario, di quelli che, anche loro temendo certe realtà si lanciano controfobicamente a cercare di modificarle.

Qual è la conseguenza di ciò che andiamo esponendo come introduzione per ciò che più avanti svilupperemo? Se c'è differenza nei tipi di organizzazione inconscia, nelle relazioni tra queste e la coscienza, nella struttura di quest'ultima, nelle connessioni a doppia entrata tra idee e affetti, tra idee e corpo, tra stati affettivi con bassa simbolizzazione e quelli che si risvegliano per livelli associativi e simbolici sofisticati, allora sorge la domanda: Il lavoro analitico consiste solo nello scoprire fantasie inconscie, nel ripercorrere la geografia delle sue tematiche, nell'interpretare il rimosso per renderlo cosciente? O, piuttosto, questa diversità di organizzazione inconscia e la sua relazione con la coscienza e il corpo richiede interventi che siano diversificati e coerenti con le modificazioni che si spera di poter produrre nel funzionamento dello psichismo nei suoi molteplici livelli?

In questo senso il presente lavoro deve essere inteso come un approfondimento di ciò che in pubblicazioni precedenti abbiamo cercato di

compendiare come obiettivo della terapia analitica attraverso la formulazione sintetica di "ampliamento della coscienza, modificazione dell'inconscio" (Bleichmar, 1994; 1997). Cioè una riaffermazione del progetto Freudiano di rendere conscio l'inconscio però per introdurlo all'interno di una prospettiva più grande che comprenda gli sviluppi che si sono prodotti a partire dalla sua opera, e, soprattutto, delle conseguenze che si traggono dalle conoscenze attuali sui differenti tipi di memoria per lo sviluppo di modalità d'intervento terapeutico che siano specifiche.

Il riduzionismo in psicoanalisi

Se osserviamo la letteratura sui casi clinici pubblicati, o sugli obiettivi del trattamento analitico, o sulle concettualizzazioni dello psichismo, non può non richiamare l'attenzione il predominio delle posizioni riduzioniste. Il loro superamento non è facile poiché in un campo fortemente ideologizzato e professionalizzato come quello della psicoanalisi gli argomenti non sono sufficienti a superare le appartenenze e i sentimenti di fedeltà che fanno respingere qualunque posizione che metta in pericolo la relazione col gruppo di riferimento. Si legge ciò che può essere commentato con gli altri membri del gruppo; si legge per stare insieme. La curiosità intellettuale è asservita ai bisogni di appartenenza, di attaccamento sicuro. Una scorsa alla biografia che accompagna i lavori permette di constatare che si citano solo i lavori che permettono all'autore di non allontanarsi – o di essere allontanato – dal suo gruppo. Questa causa del riduzionismo – necessità di mantenimento dell'affiliazione al gruppo – si distingue da un altro tipo di riduzionismo nel quale sono incappate le grandi figure della psicoanalisi le quali, entusiaste per le loro grandi scoperte, furono portate a porre i loro contributi in termini di contrapposizione esclusiva rispetto ad altri. Perciò, quando di seguito esamineremo i limiti concettuali dei modelli proposti da Freud, Klein, Lacan, Kohut, ecc., le critiche che faremo a questi modelli avranno sempre il segno della nostra riconoscenza per aver costituito pietre miliari

decisive per poter giungere a ciò che sappiamo oggi.

FREUD

A) *Il desiderio*

Freud studiò il desiderio tematicamente (desiderio erotico, aggressivo, di grandiosità fallica, ecc.) ma non nella varietà della sua strutturazione, cioè, se si fosse costituito o no, o nella sua intensità nell'inconscio. Siccome il desiderio per Freud derivava dalla pulsione e questa era assicurata dalla biologia, la sua intensità si dava per scontata ed era sempre poderoso nell'inconscio. Il desiderio non fu considerato costituito per identificazione o attraverso gli effetti strutturanti dell'azione dell'altro nella relazione ma, che fosse represso, non represso o sublimato, essenzialmente determinato da una forza interna.

B) *L'inconscio*

Si centrò fondamentalmente su ciò che era escluso dalla coscienza attraverso la rimozione, sia secondaria che primaria. Nonostante ne *L'Io e l'Es* si prospetti un io inconscio – cioè regole di funzionamento dello psichismo, meccanismi strutturali attraverso cui si manipolano contenuti tematici –, non si sviluppano le conseguenze che sorgerebbero a partire da questa concettualizzazione. L'inconscio rimosso rimane il principale interesse dell'opera freudiana e degli analisti successivi. Normalmente non si riconoscono altri tipi di elaborazione inconscia, tra i quali dobbiamo considerare, attualmente, i seguenti:

1) **L'inconscio originario delle interazioni:** risultato degli effetti di queste, dei luoghi che occupò il soggetto nelle interazioni con le sue figure significative e dei modi di difendersi dal dolore; esempi: quello del sovrastimolato sessualmente, cognitivamente, affettivamente; quello del perseguitato o terrorizzato; quello di chi deve salvare/curare/consolare l'altro; quello dell'impotente e schiacciato, paralizzato in qualunque risposta che metta in discussione l'altro; quello dell'ammiratore di un altro che forzò l'idealizzazione sotto minaccia di castigo

o seduzione, ecc. Qui la memoria non è solo delle rappresentazioni del soggetto e dell'altro, delle identità attribuite, ma esiste in forma di procedimenti (memoria procedurale) carichi affettivamente, nello stesso modo in cui di fronte a un alimento nocivo non si pensa “è cattivo, ora vado a vomitarlo” ma si vomita direttamente, procedimenti che a livello psichico fanno sì che quando l'altro si avvicina si reagisca, per esempio, bloccando l'affettività o disconnettendo il pensiero o allontanando il corpo. E non perché dietro a questo procedimento ci sia una fantasia del tipo “voglio vomitarlo, voglio espellerlo” – questo è l'errore dell'abuso di metaforizzazione e della concettualizzazione ipermentalista –, ma perché il sistema di pensiero, dell'affettività e dell'azione si attivano o disattivano in relazione allo stimolo quando questo è sentito come adeguato o meno.

Inconscio che non è il risultato della rimozione per ragioni affettive – poiché non si vuole sapere qualcosa si respinge dalla coscienza – ma perché, come propongono numerosi autori (si veda Westen, 1999) si è organizzato come processo automatico rispetto a come rapportarsi all'altro e al mondo. Quando il bambino si aggiusta – si adatta – ai procedimenti di chi se ne prende cura, al suo modo di dare contatto, che sia attraverso la sua espressione facciale o le sue parole o il contatto corporeo, quello che rimane inscritto nella memoria procedurale è che essere in contatto consiste nel guardarsi o nel vocalizzare o nel toccarsi o nel sorridere; o nel mantenersi a una certa distanza ottimale perché questa è quella che preferisce l'attore delle cure mostrando piacere o fastidio che sono recepiti a livello inconscio, o quella che richiede il bambino per la sua particolare costituzione neuropsichica.

Non si pensi che l'espressione inconscio originario si riferisca a ciò che si costituisce esclusivamente nell'infanzia. La formazione della memoria procedurale continua per tutta la vita come testimonia la relazione di coppia che, per fare un esempio, giunge al rapporto sessuale – ritmo, modo di unirsi dei corpi, ecc. – in modo automatico. Che, a posteriori, si possa riflettere sulla memoria procedurale che si è stabilita, non significa che i modi emozionali o

corporei di stare con l'altro seguano le regole dell'organizzazione verbale della coscienza.

Mentre il pensiero e il linguaggio sono di natura simbolica – qualcosa che rappresenta un'altra cosa – la memoria procedurale si iscrive prevalentemente, a volte esclusivamente, come processo affettivo e atto. È ciò che Clyman (1999), in un lavoro fondamentale che è alla base di molti altri, afferma riferendosi a ciò che è iscritto proceduralmente: “non è un processo simbolico, l'informazione codificata proceduralmente non rappresenta qualcos'altro... la conoscenza dichiarativa può essere ricordata, la conoscenza procedurale può solo essere messa in atto” (p. 352). Perciò durante il trattamento analitico non si recupera né come memoria dichiarativa né grazie alla decodifica narrativa del paziente ma come “enactment”, cioè come attuazione nella relazione. Non è un ricordo censurato ma qualcosa che esiste in forma di procedura su come si sta e si reagisce all'altro (per una analisi dettagliata della memoria procedurale applicata ai processi affettivi si veda, oltre al lavoro di Clyman, i più recenti di Davis (2001), Fonagy (1999), Westen (1999)).

La rimozione come meccanismo è in se stessa un modo di funzionamento benché la sua azione abbia luogo su contenuti simbolici. La rimozione e gli altri meccanismi di difesa – la dissociazione, la proiezione, ecc. – creano inconscio ma non appartengono all'inconscio rimosso. È quello che Freud scoprì e che lo portò a postulare la concezione dello psichismo conosciuta come seconda topica. In un altro linguaggio e modello concettuale: la memoria procedurale è diversa da quella passibile di essere evocata in parole o immagini. Ciò pone un limite quando si tratta di mettere allo scoperto l'inconscio esclusivamente in base al contenuto della narrazione che il paziente va facendo durante il trattamento. Ciò che servì all'inizio della psicoanalisi per analizzare un sogno - una narrativa -, cercando un testo inconscio dietro quello manifesto, non è sufficiente per comprendere interamente la vita psichica di un paziente. Il paziente non può raccontare né per allusione né attraverso alcun tipo di simbolizzazione ciò che è un funzionamento, una memoria procedurale del

suo modo di rapportarsi. È diverso il contenuto latente di una narrazione dal modo di funzionare della memoria procedurale.

Lyons-Ruth (2000) segnala questa differenza tra due forme di organizzazione rappresentazionale, meritando una estesa citazione per la chiarezza con cui espone la questione: “Il presente articolo sostiene come posizione centrale che il sapere agito si sviluppa e cambia attraverso processi che sono intrinseci a questo sistema rappresentativo, e che non si basano sulla loro traduzione in conoscenza riflessa (simbolizzata). Il che non significa che la traduzione in parole del sapere agito non sia uno strumento terapeutico importante o non costituisca una tappa evolutiva importante. Quello che invece significa è che lo sviluppo non si produce unicamente o primariamente attraverso un movimento che va dalla codifica procedurale alla codifica simbolica (o dal processo primario al secondario, o dalle forme di pensiero preverbale a quelle verbali). Le forme procedurali di rappresentazione non sono infantili, sono invece intrinseche alla cognizione umana a tutte le età, e soggiacciono a molte forme di azione qualificata, inclusa l'interazione sociale nell'intimità”.

“L'elaborazione di forme simboliche di pensiero, incluso immagini e parole, ha la capacità potenziale di contribuire alla riorganizzazione del sapere agito. Tuttavia, io sosterrrei che la ritrascrizione del sapere relazionale implicito in conoscenza simbolica è laboriosa, non è intrinseca al sistema relazionale che si basa sull'affetto, non si raggiunge mai pienamente, e non costituisce il modo generale con cui si realizzano cambiamenti evolutivi del sapere relazionale implicito. Al contrario, argomenterei che i sistemi procedurali del sapere relazionale si sviluppano parallelamente ai sistemi simbolici, e come sistemi separati che rispondono a principi propri. I sistemi procedurali influiscono o sono influenzati dai sistemi simbolici mediante connessioni multiple transistemiche, però queste influenze sono necessariamente incomplete. Di più, il sapere relazionale agito si basa su azioni orientate a fini, allo stesso modo delle valutazioni affettive che guidano dette azioni, e con ciò esercita una grande, o perfino maggiore, influenza rispetto ai sistemi simbolici riguardo all'elaborazione dei sistemi relazionali”.

“Questa differenziazione tra due sistemi di memoria e le sue conseguenze per la terapia è simile, nell’essenziale, a ciò che sostiene Fonagy: “Il cambiamento avviene nella memoria implicita che porta a un cambiamento nei procedimenti che la persona utilizza per vivere con sé stessa e con gli altri” (Fonagy, 1999, p. 218). Aggiunge: “La memoria implicita o rappresentazione procedurale di una esperienza del sé con altri è ciò che Sandler e Joffe hanno chiamato il dominio non esperienziale”.

L’inconscio originario non corrisponde alla rimozione primaria (espressione tradotta anche: rimozione originaria) così come fu descritta da Freud quando sostenne: “Abbiamo dunque motivo di supporre l’esistenza di una rimozione originaria, e cioè di una prima fase della rimozione che consiste nel fatto che alla “rappresentanza” psichica (ideativa) di una pulsione viene interdetto l’accesso alla coscienza” (Freud, 1915a, p. 38, sottolineato nostro). Invece all’inconscio originario non si nega, non si rifiuta, è inconscio senza che la coscienza abbia qualcosa a che vedere con ciò che si sia costituito e che permanga in questo stato. Inoltre, l’inconscio originario non si riferisce alla “rappresentanza” della pulsione ma a un insieme molto ampio di iscrizioni – per es.: iscrizioni riguardo a come stare con gli altri; a immagini, sentimenti del sé così come si vanno formando nel lattante e come si sviluppano in fasi più avanzate della crescita; a schemi sensori/affettivi/motori in cui sono iscritte le relazioni del soggetto con l’altro ecc.

Per tutto ciò, desideriamo non equiparare l’inconscio primario e la rimozione primaria, al fine di non cadere nella tentazione di mettere le conoscenze attuali sotto la protezione delle idee Freudiane, per dargli diritto di cittadinanza e con ciò ottenere soltanto di far dire a Freud quello che non gli passò mai per la mente e creando confusione concettuale.

D’altra parte l’inconscio originario di cui parliamo non è l’inconscio cognitivo di Piaget (1973), o semplicemente le reti associative inconse della psicologia cognitiva, poiché l’originario di cui stiamo parlando è contrassegnato dall’affettività, dai desideri e le

repulsioni che guidano proceduralmente il modo di relazionarsi del soggetto all’altro, dalle pulsioni comprese in questi movimenti. L’inconscio originario è affettivamente motivato poiché promuove condotte non attraverso un’affettività la cui conoscenza è respinta dalla coscienza, ma attraverso quell’affettività che costituisce profondamente il soggetto nel suo essere - nell’infanzia e a tutte le età - senza che la coscienza ne abbia saputo qualcosa, e che perciò non può essere respinta. Diversamente Piaget dà come esempi d’inconscio cognitivo l’abilità di un bambino di lanciare una palla legata con una corda che fa volteggiare per colpire un bersaglio, o l’abilità per far sì che una palla avanzi su una superficie piana e retroceda grazie al movimento particolare che gli era stato conferito, o le operazioni che soggiacciono al pensiero logico, ecc. cioè un settore ristretto all’interno della memoria procedurale, strumentale.

2) **L’inconscio originario per identificazione:** si forma grazie all’identificazione con le figure significative quanto ai modi caratterologici di reagire, il grado di attivazione neurovegetativa, l’intensità e la qualità degli stati emotivi, la tendenza all’azione e anche alle sue credenze passionali, fantasie, difese ecc. Essendo l’identificazione, rispetto allo sviluppo concettuale, qualcosa di tardo nell’opera di Freud, non fu incorporata né per la comprensione dei sintomi né, soprattutto, per capire come si organizzano i processi inconsci e i meccanismi di difesa. Relativamente a questi, sebbene esistano disposizioni innate – tutti gli esseri umani sono preparati a farne uso –, il loro sviluppo e consolidamento, gli uni e gli altri, dipendono dalle interazioni e dalle identificazioni con figure significative.

3) **Un inconscio effetto dei processi difensivi** che eliminano dalla coscienza certe rappresentazioni o che impediscono che alcune rappresentazioni arrivino alla coscienza. Questo è l’inconscio su cui Freud concentrò il proprio interesse, è l’inconscio rimosso, denominazione che prende la rimozione come modello causale che lo costituisce per quanto i meccanismi che escludono i contenuti dalla coscienza vadano oltre alla rimozione.

Non ci sfugge che una posizione in psicoanalisi è di considerare che il “vero” inconscio, quello di cui deve occuparsi la psicoanalisi, ciò che è stato chiamato il suo “oggetto di studio”, è quello di cui parliamo in questo paragrafo, e che il resto non corrisponde alla psicoanalisi poiché sarebbe un mero inconscio psicologico o un preconcio. Ci interessa questa posizione poiché corrisponde a una teorizzazione che entra in flagrante contraddizione con la clinica di coloro che la sostengono giacché quando presentano materiale clinico, che si considera psicoanalitico, parlano delle identificazioni inconsce costitutive del soggetto, dell’influenza che la condotta dei genitori esercitò sui sintomi e il carattere del paziente, cioè dei processi strutturanti che non furono l’effetto della rimozione di contenuti inaccettabili alla coscienza.

Una delle conseguenze gravi di lavorare clinicamente con quest’organizzazione dell’inconscio - ciò che è respinto dalla coscienza per azione delle difese - come se fosse l’unica, è che il paziente viene sempre messo nella posizione di colui che si oppone alla conoscenza. Si equipara il rendere conscio l’inconscio con l’eliminazione della rimozione, con il vincere le resistenze, con il superare i diversi tipi di difesa. È la posizione della psicologia dell’io, come vedremo più avanti.

4) Un inconscio in cui, con le componenti precedenti, si producono combinazioni, o in cui certi settori rimangono “sequestrati”, scissi tra loro. Si tratta qui di un processo che fa sorgere fantasie, rappresentazioni che non consistono nella mera incorporazione dell’esterno ma il risultato del funzionamento creativo delle leggi che regolano l’inconscio compreso quello della pressione che il livello biologico - l’attivazione di circuiti specifici per determinate emozioni - esercita sul rappresentativo. Elaborazione inconscia che si svolge con differenti regole combinatorie, come le seguenti:

4a) Certe rappresentazioni elementari - a sensazioni uditive, tattili, cenestesiche, visive, ecc. - si articolano con rappresentazioni semantiche di attribuzione di significato in un tipo di

elaborazione che può concatenarsi dal lato delle prime con effetti sulla semantica. In questo modo una certa immagine sensoriale attiva una certa rappresentazione concettuale: es., il colore della pelle o degli occhi fa diventare chi lo possiede buono o pericoloso, risvegliandosi a posteriori un intero mondo rappresentativo in relazione al colore. O, al contrario, una certa idea genera una determinata rappresentazione sensoriale: il fatto di sentire ostilità verso l’altro o la propria persona, determina una percezione di deformità del corpo dell’altro. L’anoressia è un esempio di come certe idee - il timore di essere grassi, i bisogni narcisistici, il desiderio del corpo androgino, il timore di forme eccitanti della sessualità, ecc. - alterino la percezione del corpo, creando una rappresentazione visiva o cenestesica distorta in cui si sente e si crede che le cosce siano ingrassate, che la pancia è aumentata ecc.

4b) D’altra parte, effetti prodotti da rappresentazioni che appartengono a differenti livelli di simbolizzazione a partire dall’essere semplici segnali, allo stesso modo in cui il contatto con il capezzolo attiva lo schema della suzione nel neonato, fino ai livelli sofisticati che solo il linguaggio è capace di provvedere. Articolazione, al modo del condizionamento classico, tra certe rappresentazioni - percettive e/o ideative - e il sistema neurovegetativo/ormonale/immunitario, in cui basta l’attivazione delle prime affinché si produca una “reazione a catena”, una vera cascata di processi nel secondo. Questo è il campo dei disturbi psicosomatici in cui un’immagine, un’idea può determinare la contrazione di un viscere, le arterie, i bronchi, produrre ipoglicemia, ecc. Articolazione, per un altro verso, che è a doppia entrata: non solo dal lato rappresentativo si attivano processi neurovegetativi/ormonali/immunologici ma le modificazioni biologiche sono

capaci di attivare l'una o l'altra rappresentazione. Come esempio dell'influenza del corpo biologico sulla cognizione basta prendere i farmaci antidepressivi che, agendo sulla biochimica cerebrale, cambiano tutta la direzionalità delle rappresentazioni che sono evocate e mantenute attivamente. La prova di ciò è così schiacciante che risulta sorprendente la tendenza nel campo psicoanalitico a ignorarla, a sentirla come una minaccia, a pensare che questa è una questione dei "riduzionisti biologici". Si è soliti restringere la problematica al campo terapeutico – vantaggi e svantaggi della somministrazione di antidepressivi: che restringono le associazioni libere, che impediscono l'elaborazione delle fantasie, ecc. Non si vede che si tratta di qualcosa di molto più grande importanza: la loro azione indica qualcosa riguardo alla struttura dello psichismo e alla sua relazione col biologico. Invece di studiare l'azione degli antidepressivi – e con altri farmaci la questione è analoga – nel terreno più ampio di cui ci informano, si colgono, tanto gli psichiatri biologisti come alcuni settori della psicoanalisi e del cognitivismo, dalla prospettiva professionale che tenta di dimostrare che un tipo di trattamento è migliore di un altro. La curiosità di come funzioni lo psichismo nella sua relazione con il neurobiologico è schiacciata dalle preoccupazioni di ordine professionale, per la spartizione del mercato dei pazienti. Ha sempre destato la nostra attenzione il fatto che la maggior parte degli psicoanalisti considerassero la pulsione (trieb) un concetto propriamente psicoanalitico teoricamente essenziale che accettassero la posizione freudiana che la pulsione è un concetto limite tra lo psichico e il biologico, non qualcosa di puramente biologico, non è l'istinto – "instinkt" –, ma non traessero le conseguenze di ciò: se la pulsione è il limite tra due livelli non rimane fuori dallo psicologico - giacché il suo studio non potrebbe

essere parte della psicoanalisi - né dal biologico, dato che, precisamente, tenta di rendere conto dell'articolazione tra i due. Perciò, il lato biologico della pulsione carica certe rappresentazioni, e il lato rappresentativo attiva il livello biologico e lo modifica.

La mente umana conserva l'organizzazione semiotica del cervello animale in cui uno stimolo percettivo – visivo, uditivo, olfattivo, ecc. – scatena una condotta complessa, insieme a un altro livello in cui un ideale astratto, un mandato del super-io, organizza il desiderio, la fantasia e l'azione. Perciò la polemica a cui il Lacanismo volle trascinare tra dover optare tra un inconscio governato dalla cosiddetta logica del significante e un altro governato dalla logica del significato trascura la complessità dei processi inconsci.

e) **L'inconscio disattivato.** Tuttavia l'inconscio non consiste solo in ciò che in esso è attivo, preme per emergere e produce effetti sintomatici. In "Avances en psicoterapia psicoanalitica" proponiamo un ulteriore aspetto: certi settori dell'inconscio, certe rappresentazioni, certi desideri rimangono disattivati o indeboliti, essendo stati oggetto di ciò che Freud (1924) chiamava "Untergang", conseguentemente alla mancanza di gratificazione o all'azione di timori reali (traumi) o fantasticati. Siamo di fronte, dicevamo, a condizioni simili all'ospitalismo in cui il lattante, a causa dell'impotenza nel poter far tornare l'oggetto privilegiato del desiderio, finisce per disattivare il desiderare (Spitz, 1946). O, a un livello più generale, a ciò che mostrano i lavori di Bowlby e gli studiosi dell'attaccamento riguardo alla perdita dell'oggetto libidico, o le conseguenze che provoca la sua incostanza (Bowlby, 1980; Fonagy, 2000; Hesse & Main, 2000; Slade, 2000).

O a quello che vediamo nella clinica quotidiana: il bambino o l'adulto, di fronte alla frustrazione per realizzare il suo desiderio, di fronte all'impotenza interiore e/o alla mancanza dell'oggetto significativo nel rispondere a ciò che desidera, disattiva, impercettibilmente, settori dell'inconscio, i quali soggiacciono così

all' "untergang". È ciò che troviamo nei pazienti severamente e a lungo devitalizzati i quali non hanno forti desideri rimossi – nel modo classico delle isteriche freudiane – ma il desiderio stesso si è spento, il che pone tutta una sfida per la terapia, specialmente quando è guidata solo dalla ricerca dell'emersione di desideri attivi, vigorosi nell'inconscio. Più avanti illustreremo un caso.

C) L'angoscia

A partire da Freud l'angoscia, sorgendo per la trasgressività del desiderio, è stata solitamente considerata secondaria. Ciò corrisponde allo slogan, ripetuto come un dogma, "desiderio e proibizione" come causa dell'angoscia. Malgrado Freud, quello del '26, esaminasse in *Inibizione, sintomo e angoscia* il ruolo dell'angoscia segnale (l'accoppiamento tra una rappresentazione e la produzione di angoscia), l'abbandono del concetto di trauma psichico per causa esterna in favore della fantasia, (non articolandosi il concetto di angoscia segnale con quello di trauma e, soprattutto, quello di trauma nella relazione con un altro significativo) diede luogo al disconoscimento di una organizzazione inconscia in cui l'imminenza del trauma è creduta, in cui ci sono rappresentazioni che anticipano continuamente il pericolo non perché lo si desidera o perché il pericolo sorga da desideri trasgressivi, ma perché queste credenze sono la forma stessa con cui lo psichismo si strutturò al momento del trauma – sia trauma narcisistico, nel sistema dell'autoconservazione, dell'attaccamento ecc. – . Edipo non solo potrebbe aver temuto il padre perché desiderava la madre ma perché la figura del padre fu, dal principio della sua vita, il segno di un mortale pericolo – Laio mandò Edipo nel deserto affinché questo lo uccidesse. Aneddoto del mito impiegato più volte per indicare che il terrore per le figure significative può provenire da ciò che fecero fin dalla più tenera infanzia, o dal fatto che il discorso di uno dei genitori parla della minaccia che l'altro rappresenta. È ciò che abbiamo elaborato in *Angoscia e fantasma* (Bleichmar, 1986).

D) *L'edipo e le sue vicissitudini* come asse della psicopatologia, della sua causa, sia nella sua

versione originale – timore di perdere il pene – o nella sua rielaborazione, in cui la castrazione avviene per la perdita del valore fallico. La sopravvalutazione dell'Edipo comporta la messa in disparte dei sistemi motivazionali dell'attaccamento e all'autoconservazione che sono precedenti alle angosce narcisistiche edipiche (perdita del valore fallico). Quando queste ultime sorgono e avviene la captazione nella triangolazione con le sue rivalità odi e timori, riscrivono tutto all'interno dei desideri e dei timori che le hanno precedute, così come l'attaccamento e l'autoconservazione sono ristrutturati in funzione di ciò che l'edipo implica nel sistema narcisistico e sensuale. Un esempio di riduzione alla problematica narcisistica è la concettualizzazione lacaniana dell'edipo centrata sulla madre fallica e il figlio-fallo, cioè la pienezza narcisistica.

Certamente l'edipo ha un ruolo importante, ma non è la causa esclusiva della strutturazione dello psichismo, né tantomeno si autosostiene, ma fa parte dei processi che precedentemente organizzano le regole di funzionamento e i contenuti della mente. Creare una categoria unica come causa del tutto - quella dell'edipo - per ampliarla successivamente ogni volta di più al fine di incorporare tutto ciò di cui non può dar conto, può servire per conservare un ordine che conferisca identità di psicoanalista, però finisce per confondere. Le configurazioni edipiche come motore dello psichismo sono importanti quanto basta da non avere bisogno che tutto ciò che di nuovo viene scoperto gli venga ascritto. Lo stesso succede con la categoria della sessualità che talvolta si vuole far diventare equivalente a tutto ciò di cui la psicoanalisi si occupa.

Le angosce di autoconservazione, con le mille fantasie che le rappresentano, non dipendono esclusivamente né dai desideri trasgressivi né dalla proiezione delle proprie fantasie aggressive. Una persona può vivere terrorizzata perché fu perseguitata, maltrattata, abusata da piccola (inconscio originario delle interazioni); perché è il figlio di genitori terrorizzati con cui si identifica, a volte identificazione forzata perché l'altro inoculò i suoi propri significati e affettività nel bambino (inconscio originario

delle identificazioni); o perché ha desideri vissuti come trasgressivi; o perché proietta negli altri i suoi desideri distruttivi; o perché ha sofferto un disturbo da stress post traumatico che squilibra il suo sistema cognitivo in modo che tutto diventa motivo per scatenare l'angoscia. O per l'articolazione complessa di tutte queste cause. Il rischio è adottare a priori una posizione in cui una di queste cause guidi la comprensione monocorde di ogni tipo di paziente. Così abbiamo le analisi rigidamente orientate dall'edipo o, nel campo contrario, dai maltrattamenti nell'infanzia.

E) *L'enfasi sulla coscienza come mero occultamento*, come deformazione, e non come un sistema con funzioni decisive per il funzionamento psichico, come conquista evolutiva. La coscienza non nacque nel corso dell'evoluzione per nascondere i desideri inconsci ma perché permette di elaborare l'informazione e stabilire piani di azione con enormi vantaggi per il soggetto (Damasio, 1999). Che la coscienza deformi non c'è dubbio, però non deforma meno dell'inconscio. Che la coscienza sia degna di sospetto, sì, ma le fantasie inconse? Pensare che l'inconscio sia la verità e la coscienza solo inganno è ignorare che l'inconscio nei suoi contenuti ha un immaginario tanto arbitrario, o anche più, che la coscienza. L'idealizzazione dell'inconscio come verità è l'effetto di una concezione ideologica che ebbe il surrealismo come ispirazione, e che attualmente trova appoggio in alcune correnti postmoderne, inclusi alcuni settori della psicoanalisi, per quanto le sue origini siano anteriori a questi movimenti.

Inoltre, il paradosso che abbiamo segnalato più volte: si pensa che l'inconscio sia decisivo, che la coscienza sia semplicemente deformante, una cattiva testimone di quell'inconscio che si privilegia e tuttavia la tecnica analitica, a partire da Freud, accorda un valore fondamentale alle parole rivolte alla coscienza del paziente, cercando di modificarla attraverso l'interpretazione. La coscienza inganna, però è l'unica cosa che ci permette di pensare all'inganno; perciò diminuisce – senza annullare – quell'inganno. Il nichilismo di opporre verità e inganno fa dimenticare che ci sono gradi

d'inganno e che l'inconscio non si colloca nel migliore dei poli del gradiente.

F) *La tecnica*: se si ritiene che l'inconscio sia il rimosso, e il rimosso derivi dall'esclusione dalla coscienza a causa dell'azione della censura determinata dal rifiuto del sapere cosciente, il recupero del rimosso, contro la resistenza, al sapere cosciente, diventa l'obiettivo della terapia. Il paziente è visto come qualcuno che si oppone sempre al sapere e l'analista come qualcuno che lo aiuta a sapere ciò che si sforza di occultare. Che l'analista intervenga con empatia, con sensibilità rispetto alla sofferenza del paziente, che sia prudente finché non si trovi nella condizione di accettare ciò che aveva rifiutato, non cambia la concezione essenziale: ciò che sarà cercato è un sapere respinto.

Che cosa trascura questa concezione qualora sia l'unica che orienta il trattamento? Che, come abbiamo visto, c'è un inconscio originario che non è stato escluso dalla coscienza per ragioni di censura ma che costituisce l'essenza stessa dello psichismo, la forma con cui si costituì, il modo in cui il desiderio, la funzione desiderante, l'intensità affettiva, l'attivazione che si produce nel sistema neurovegetativo ecc. arrivò a esistere. Non sono fenomeni dipendenti dal sapere cosciente e dal non voler sapere ma da momenti fondativi e dalle successive ristrutturazioni che determinarono i modi di processare che regolano il funzionamento dei processi inconsci in quel soggetto particolare, di come si articolano le idee con l'affettività. Rendere cosciente questo inconscio non è portare alla luce il contenuto latente di un discorso manifesto che nasconde, ma scoprire come qualcosa è.

La comparsa di resistenze nel processo di scoperta non significa che si tratti delle stesse resistenze che hanno determinato l'occultamento originario (tesi secondo cui la resistenza in trattamento è l'equivalente della rimozione che ha creato l'inconscio). Le resistenze affettive potranno avere origine invece nella rivalità narcisistica con il promotore della scoperta, o nell'angoscia che può provocare la ristrutturazione della visione del mondo del soggetto, comprese le angosce dovute al caos mentale provocato dall'urto di

concezioni contrapposte (angoscia confusionale non difensiva). Tuttavia ciò si aggrava se, oltretutto, l'analista pensa che il paziente deformi per nascondere. Il paziente, sotto il peso del transfert, assume la prospettiva dell'analista, e a partire da questa prospettiva la scoperta è codificata come l'essere sorpreso a nascondere. Ciò genera sentimenti di persecuzione e colpa che condurranno a rifiutare l'esplorazione dello psichismo non per il suo contenuto o la conoscenza delle sue regole di funzionamento ma per il processo, la situazione in cui quest'operazione ha luogo. In questo caso la posizione dell'analista detective in cerca del colpevole crea la resistenza come difesa del sé minacciato.

Se, inoltre, nell'esplorazione dell'inconscio originario appaiono le figure dei genitori come figure di primo piano rispetto alla sofferenza del soggetto e alla sua origine la resistenza affettiva dipenderà – Kohut lo vide chiaramente – dai sentimenti di colpa e, specialmente, dall'angoscia di rompere con le figure che rappresentarono e continuano a essere sentite come fonte di sicurezza nonostante il carattere persecutorio o traumatizzante che pure ebbero.

Pertanto se rendere cosciente l'inconscio costituisce un compito essenziale di tutta la terapia analitica, non esistendo un unico tipo d'inconscio, le angosce e le resistenze che si metteranno in moto appartengono a ordini molto differenti, tra gli altri:

1) Quelle che dipendono dal contenuto tematico di ciò che si sta rendendo cosciente. La coscienza non desidera essere al corrente di desideri incestuosi, aggressivi, ecc. Poiché ciò incrina l'identità idealizzata desiderata o fa temere il castigo e l'abbandono dell'oggetto d'amore (angosce narcisistiche, di autoconservazione, di attaccamento, ecc.).

2) Quelle che derivano dal processo di scoperta in un contesto intersoggettivo determinato, in cui la parola dell'altro (il terapeuta) può essere vissuta come asservitrice, intrappolante, umiliante, traumatizzante. Resistenza pertanto dovuta non al contenuto tematico che si respinge ma alla modalità del vincolo che si stabilisce con l'altro. Questo è il tipo di

resistenza che non riconobbero coloro che immaginarono un analista neutro che con la sua tecnica disporrebbe semplicemente uno spazio analitico adeguato, dipendendo il transfert e la resistenza dal paziente, ed è ciò che hanno messo in discussione in modo fondato Ferenczi, Balint, Kohut, i relazionali e gli intersoggettivisti (Balint, 1952; Balint, 1968; Ferenczi, 1932; Kohut, 1977; Kohut, 1984; Mitchell, 1997; Mitchell, 2000; Orange, Atwood, e Stolorow, 1997).

3) Quelle che sorgono dall'angoscia di dover cambiare modi di funzionamento che, per quanto producano sofferenza, costituiscono il mondo rassicurante di ciò che è conosciuto, compreso il vincolo immaginario con la figura di attaccamento.

D'altra parte il lavoro analitico non consiste esclusivamente nello scoprire l'esistente ma anche, e in modo non meno importante, nel costruire ciò che prima non esisteva (Bleichmar, S., 2000).

M. KLEIN

Su cosa centra il proprio interesse Melanie Klein? La tematica della fantasia inconscia con le sue origini istintuali, fantasia che risveglia angoscia, motore dello psichismo. A tal punto che la prima angoscia, quella di morte, che provocherebbe il movimento proiettivo iniziale.

Non è necessario entrare in dettagli, in questo momento, sugli enormi limiti che contiene il suo modello - tra gli altri, il mancato riconoscimento del ruolo strutturante della realtà esterna, con tutti i suoi derivati (scarsa attenzione per i messaggi parentali e per le loro azioni), la disattenzione rispetto alle molteplici cause dell'aggressività che può essere una risposta del soggetto minacciato da figure traumatiche o derivare dall'identificazione con figure aggressive, ecc. I limiti sono della stessa misura dei contributi: la descrizione dello psichismo in termini di emozioni complesse con le sue fantasie, desideri e angosce corrispondenti, le ragioni per le quali gli stati emozionali si trasformano gli uni negli altri nella sequenza degli avvenimenti psichici, la

descrizione di un modo di oggetti in continua interazione, la descrizione di certi meccanismi psichici - identificazione proiettiva, difese maniacali, differenti tipi di dissociazione difensiva-; il ruolo dell'invidia nella genesi dei disturbi delle relazioni oggettuali, dei fenomeni di ritiro schizoide ecc. (Klein, 1935; Klein, 1946; Klein, 1957; Spillius, 1988a; Spillius, 1988b).

Riguardo alla tecnica kleiniana del trattamento l'obiettivo è la conoscenza della fantasia inconscia, con tutti gli errori metodologici che nascono dal credere che vi si possa avere accesso diretto, più o meno semplice, attraverso il contenuto manifesto del discorso. Poiché l'accesso alla fantasia inconscia profonda è sempre più che problematico, salvo, e in casi molto particolari, in alcuni momenti e in alcuni pazienti, la si deve inventare: l'analista fa una lettura di tipo analogico/simbolica del discorso manifesto del paziente, ritraducendo ciò che questi dice nei termini della teoria utilizzata, oltre a convertirlo in un riferimento alla relazione con l'analista.

La cosa interessante è che quando un gruppo di analisti condivide uno stesso sistema di decodifica - non succede solo ai kleiniani -, la sua continua applicazione e, specialmente, il suo riconoscimento da parte dei colleghi, fa sì che la sua mente lavori automaticamente come una macchina che attribuisce significati secondo un sistema di decodifica rigido, creando una situazione difficile da modificare. Ciò che non si considera in queste situazioni è che le interpretazioni più che mettere in luce lo stato del paziente parlano del codice dell'analista, delle narrative automatiche attraverso cui interpreta i dati. L'analista è guidato, senza saperlo, dal sistema di decodifica appreso.

Riguardo al ruolo dell'analista, egli è visto come un neutro lettore delle fantasie del paziente senza che i suoi desideri di autoconservazione - tra gli altri, mantenere il paziente -, di attaccamento, narcisistici, o sessuali, contribuiscano a determinare la sua condotta, essendo il transfert qualcosa che si svilupperebbe per la sola azione del paziente. Nonostante si tenga in conto il ruolo del controtransfert, nella pratica si lavora come se il

processo fosse determinato esclusivamente dal paziente.

Tornando al problema del codice dell'analista attraverso cui viene "letto" il paziente, la cecità riguardo al ruolo strutturante di questo codice si coglie nelle supervisioni, di nuovo non solo kleiniane (sarebbe ingiusto attribuire solo a questa scuola ciò che è comune nel campo analitico). L'analista che porta un paziente in supervisione racconta quello che successe in seduta e il supervisore, invece di domandarsi: attraverso quale codice si costituisce il racconto, a partire da quali necessità affettive, attraverso quali angosce selezionò ciò che ricorda e descrive del paziente, all'interno di quale relazione il supervisore seleziona ciò che mette a fuoco e ciò che esclude, ecc.?, supervisore e supervisionato prendono il racconto come una descrizione del paziente e di quello che fa. La situazione non si risolve con il fatto che di tanto in tanto si menzioni il controtransfert, i desideri aggressivi, erotici, ecc. È il codice stesso dell'analista, qualcosa di molto più generale di certi momenti isolati di controtransfert, ciò che determina la percezione del paziente. È sorprendente che per il paziente si costruiscano i codici caratteriologici attraverso cui coglie la realtà e invece l'analista si collochi in un santuario fuori da questa stessa condizione.

Con tutto ciò la situazione non è né semplice né comoda, c'è una condizione ostacolante del quadro della supervisione: non è una analisi personale dell'analista che porta il caso, né deve esserlo. Tuttavia è possibile che il supervisore/a prospetti alcune delle domande che proponevamo, per quanto le risposte rimangano nella mente dell'analista supervisionato senza che ci sia necessità di comunicarle. Anche per il supervisore il compito non è facile: deve cercare di avvicinarsi a un'idea del paziente sbrogliando il codice di chi lo informa, domandandosi come la situazione intersoggettiva della supervisione e il modello teorico condiviso condizionino ciò che gli si racconta e come le sue stesse necessità, angosce, difese, intervengano. Il supervisore ha il compito impossibile di essere analista - nel senso che analizza, comprende, non di quello che interpreta - del paziente a cui il supervisore si riferisce, analista del supervisionato/a,

analista di sé stesso, analista delle interazioni tra il supervisionato e il suo paziente, tra sé stesso e il supervisionato. E tutto questo per essere serbato, in gran misura, in sé stesso. Il non infrangere i limiti del quadro in cui si svolge la supervisione deve essere la regola, però altrettanto imperativo è l'obbligo di aiutare il supervisionato a superare il mancato riconoscimento che ciò che pensa di portare come materiale obiettivo del paziente che è una visione segnata dai suoi propri codici caratteriologici, teorici e dalla relazione con il supervisore in quanto persona e portavoce di un orientamento teorico.

LACAN

Suoi meriti sono stati l'aver introdotto in psicoanalisi il ruolo dell'altro nella strutturazione del soggetto, l'enfatizzare che tutti siamo effetto di discorsi degli altri e attraversati dai loro desideri, aver introdotto il ruolo del terzo nel permettere al soggetto di trascendere le catture identificatorie della relazione diadica, il differenziare l'ordine della struttura delle immaginarizzazioni della fantasia inconscia e il pensiero cosciente, il distinguere l'edipo come struttura e le varianti dell'aneddotica individuale che lo mette in scena. Cioè aver collocato le rappresentazioni che dominano il soggetto all'interno di un ordine simbolico del quale sono conseguenza.

Suoi limiti sul piano teorico e clinico sono stati: la disattenzione per il conflitto psichico e per le molteplici angosce che sorgono a partire da esso, per le difese erette contro le stesse, il disprezzo dell'affettività caratterizzata come cieca sensibilità provocata dal gioco del significante e, soprattutto, il rimpiazzo dell'interesse per la descrizione del funzionamento dello psichismo e dell'inconscio con grandi concezioni ideologico-filosofiche. Per tanto, si ritirò dall'interesse Freudiano per lo studio di come opera lo psichismo e dall'esame minuzioso delle sue leggi per andare verso la metodologia del discorso filosofico, non solo attuale ma anche prescientifico, nel quale poche formule sono utilizzate per dare conto della realtà.

Riguardo all'inconscio, lo ridusse fino a estremi considerevoli: puro gioco meccanico del significante e non prodotto complesso dell'interrelazione tra molteplici settori che derivano tanto dalla rimozione - inconscio formato dal respinto dalla coscienza per ragioni affettive - come dagli effetti della combinatoria dei significati, dalla memoria procedurale risultante dalle interazioni tra il soggetto e gli altri, dalle identificazioni oltre al gioco del significante. La sua tendenza alla polarizzazione auto idealizzante sostenuta dalla politica del potere - gli altri sono traditori e "canaglie", noi gli "autentici" - gli fece prendere la sua parte di descrizione come totalità. Invece di considerare lo psichismo e l'inconscio come qualcosa di complesso, con molteplici sistemi motivazionali e livelli articolati di strutturazione, cui poteva aggiungere dimensioni a cui altri non avevano fatto attenzione, ogni sviluppo fu fatto con l'esclusione denigratoria degli altri. Risultato: un modello riduzionista, chiuso in poche formule, seduttive per la facilità con cui possono essere apprese e ripetute dai discepoli, con una psicopatologia caricaturale in cui qualcosa di così complesso come le psicosi viene risolto con la semplice formulazione per cui non è avvenuta l'iscrizione di un significante fondamentale, la forclusione del nome del padre (Lacan, 1966a), o le "perversioni" - la struttura "perversa", per essere più precisi - per l'azione della diniego della castrazione.

Riguardo alla tecnica Lacaniana del trattamento: nella prima epoca, il riconoscimento del desiderio per le conseguenze che ha il suo stesso annegamento, desiderio la cui circolazione si stimolava perché qualunque trattenimento in uno particolare risulterebbe un puro intrappolamento nell'immaginario. Successivamente, l'atto analitico (Lacan, 1967-8), spontaneo da parte dell'analista, del quale si sostiene che non sa che significa né cerca coscientemente di andare da qualche parte. Ciò, derivato dall'influenza del surrealismo nel patrocinio di una scrittura o pittura "automatiche", librata alla spontaneità dell'atto creativo.

Ma tanto in una concezione della tecnica come nell'altra e nelle varianti attuali che accettano la psicoterapia che per più di trent'anni era stata

squalificata come ortopedia, ciò che domina è una tecnica universale, da applicare senza tenere di conto delle numerose dimensioni diagnostiche da considerare in ogni caso. Se le produzioni psicopatologiche rimangono comprese in poche formule - per esempio la già menzionata “psicosi per la forclusione del nome del padre”, allora le forme d’intervento avranno la limitazione di rispondere alle poche categorie di cui si tiene conto. Non basta parlare de “la” anoressia o de “la” nevrosi ossessiva e far derivare per esse qualche piccola variante della formula generale del trattamento, che si converte ora nella formula generale che guida la cura per quella categoria considerata omogenea - da qui “la” anoressia al singolare -, poiché ciò non tiene conto dei sottotipi di anoressia, dei sottotipi di struttura di personalità nei quali il sintomo anoressico è componente ed espressione, del gioco interrelato tra dimensioni corrispondenti ai differenti sistemi motivazionali, delle difese, delle varianti dell’angoscia, delle modalità di funzionamento dell’inconscio e della coscienza.

Il limite invalicabile per qualunque progresso realizzabile nel Lacanismo riguardo alla teoria e alla tecnica della cura consiste nella concezione epistemologica e metodologica che inquadra tutti i suoi sviluppi: lo psichismo non è visto come il risultato della complessità dei meccanismi e delle regolazioni che si andarono creando e articolando durante lo sviluppo della mente umana, e le cui leggi devono essere studiate in particolare, ma come determinato da poche formule generali - esempio: l’immaginario, il simbolico, il reale; o la forclusione, il fallo, la castrazione ecc. Inoltre, l’abbandono di una linea fertile degli anni ‘50 - lo studio dell’intersoggettività - colloca il Lacanismo fuori della possibilità di pensare la situazione analitica come creata dai due partecipanti che intervengono nel suo sviluppo.

In nessun’altra scuola psicoanalitica l’abuso di potere dello psicoanalista sull’analizzato - nonostante sia chiamato “analizzante” - ha raggiunto certi estremi. Lo stesso si dica della relazione tra Lacan e i suoi allievi, e tra gli attuali capi del movimento e i loro discepoli, essendo caratteristica di essa le frasi emesse come ordini che passano a essere ripetute come

verità da conoscere e non come proposte da discutere.

KOHUT

Pone la necessità umana di fusione con una figura idealizzata e di riconoscimento da parte di essa come asse dello sviluppo normale, del sentimento di vitalità e di coesione del sé, sottolineando il ruolo fondamentale della figura esterna nel soddisfare o frustrare questa necessità e nella strutturazione del soggetto, provvedendo le esperienze “oggetto-sé” - le esperienze che il soggetto ha con l’oggetto sé. La psicopatologia sorgerebbe come conseguenza dei fallimenti delle figure significative - nell’infanzia e nella vita adulta - nel compiere le funzioni che permettono di sviluppare e sostenere il sé in tutte le aree di funzionamento, sia la sessualità, l’autoconservazione o la progettualità. L’istinto è considerato subordinato e modellato dalla risposta dell’altro, alla ricerca che il soggetto fa di questo altro. L’aggressività sarebbe la conseguenza della frustrazione del sé nell’essere specularizzato adeguatamente o nel potersi fondere con l’imago parentale idealizzata (Kohut, 1971; 1977; 1984). Sebbene i disturbi da conflitto non siano eliminati - in alcuni casi parla dell’uomo colpevole, si riconosce la sua esistenza-, l’enfasi ricade sui disturbi da deficit, in cui le figure significative non diedero adeguato sostegno.

La teoria della cura consiste nel non ripetere da parte dell’analista i fallimenti dei genitori, fornendo fin dal principio ciò che nel soggetto è scarso - rispecchiamento e fusione con la figura idealizzata dell’analista - e in modo che, in seguito, attraverso l’internalizzazione di ciò che è stato previamente fornito dal terapeuta, il paziente sia capace di sostenere la sua autostima e coesione del sé (l’internalizzazione trasmutante).

L’atteggiamento del terapeuta non è quello di aiutare il paziente a scoprire i conflitti, i desideri aggressivi o incestuosi, ma quello di permettere che emergano i desideri rimossi del paziente specialmente nell’area del narcisismo - grandiosità per es. -, di tollerare e insieme

soddisfare temporaneamente questi stessi desideri quando sia possibile, mostrando le radici infantili e, specialmente, i difetti genitoriali, compreso la loro patologia. L'“immersione empatica” - il collocarsi del terapeuta nella prospettiva soggettiva del paziente -, senza confrontare le proteste del paziente verso la realtà, è considerata la posizione terapeutica che permette di non riprodurre i traumi infantili.

Il contributo di Kohut, a grandi linee, consiste nell'aver riconosciuto una dimensione strutturante alle necessità narcisistiche del soggetto e ad aver tolto il soggetto dal centro della patologia mostrando l'importanza della patologia dei genitori, delle figure esterne attuali, e di ciò che esse fanno. Nel campo della terapia rompe con il mito dell'analista neutro, semplice lettore dell'inconscio del paziente, e lo vede come causa importante delle reazioni di questi. Naturalmente i contributi di Ferenczi, di Fairbairn, di Winnicott, tra gli altri, sono alla base dei suoi sviluppi, tuttavia egli elabora una teoria del narcisismo e della figura esterna - analista incluso - con una sistematicità e specificità che non si trova in questi autori (Balint, 1952; Balint, 1968; Fairbairn, 1943; Ferenczi, 1932; Winnicott, 1989).

Però tutto questo al prezzo di sottostimare il ruolo della sessualità, del conflitto, della rivalità, dell'aggressività. E, sul piano terapeutico, un atteggiamento e una tecnica che corrono continuamente il rischio di cadere nel semplice appoggio. Se il paziente descritto da Melanie Klein è un guerriero samurai distruttore, quello di Kohut è un essere dotato di buone intenzioni a cui sarebbe sufficiente fornire ciò di cui ha narcisisticamente bisogno affinché si sviluppi normalmente e la patologia svanisca.

In questo senso non è difficile vedere, tanto nella Klein come in Kohut, la ricomparsa nella psicoanalisi di grandi ideologie mitiche sulla bontà o la malvagità immanente nell'Uomo e la relazione di queste con l'esterno. Ciò che nel racconto biblico compare come il buono esterno che si perde (il paradiso) a causa del desiderio trasgressivo del soggetto (mangiare il frutto proibito), nella Klein prende la forma per cui il buono esterno (il seno buono dell'analista)

si perde per qualcosa di interno al paziente (il desiderio aggressivo trasgressivo). Tanto il racconto biblico come la Klein vedono la sofferenza del soggetto come causata da lui stesso, da qui deriva il ruolo centrale che assume la colpa e l'espiazione/riparazione. A differenza di questa concezione, ciò che nelle differenti religioni costituisce l'incarnazione del male esterno (il demonio), che s'impadronisce del soggetto e lo corrompe facendolo soffrire, in Kohut è la figura esterna che perturba il soggetto intrinsecamente buono. Il soggetto non è colpevole ma è l'altro esterno che lo opprime con il suo abuso di potere.

La psicologia dell'Io

Nell'adesione quasi letterale al Freud de “L'Io e l'Es”, gli psicologi dell'io organizzano la comprensione di ogni cosa in termini di edipo classico, di desideri incestuosi e impulsi aggressivi nei confronti del rivale edipico, desideri e impulsi rimossi dell'es nei confronti dei quali l'io oppone resistenze per evitare la loro comparsa nella coscienza. L'analisi di queste resistenze dell'io costituisce l'essenza del trattamento, di modo che una volta superate emergerebbe, in modo quasi naturale, l'impulso rimosso, che può così integrarsi in un Io ampliato e più ricco di risorse. A differenza dei Kleiniani che interpretano il rimosso, le fantasie inconse profonde, è lo sviluppo della crescente capacità di auto osservazione da parte del paziente dei suoi movimenti difensivi ciò che metterà al centro il trattamento. Con tutto ciò, gli psicologi dell'io condividono con i Kleiniani la concezione di un analista neutro, obiettivo, che non determina il processo ma che semplicemente è oggetto del transfert del paziente; fondamentalmente di tipo sessuale/aggressivo. I bisogni narcisistici e di attaccamento precedenti al periodo edipico e ulteriori non sono importante oggetto di attenzione.

All'interno della psicologia dell'io alcuni autori come Bush o Gray enfatizzano il non leggere l'inconscio del paziente passando sopra alle resistenze e, specialmente, il cercar di promuovere un io osservatore che sia partecipe e attivo nel processo di autoconoscenza (Busch,

1999; Gray, 1996). La posizione fondamentale di Gray e Bush è quella di aspettare che il conflitto tra l'impulso e la difesa si renda cosciente, cioè, fino a che un impulso dell'es emerge e tenda ad essere rimosso. Questa è una differenza con uno dei più importanti rappresentanti della psicologia dell'io, Brenner (1994), il quale interpreta il conflitto inconscio e considera che si debba scartare l'approccio strutturale -seconda topica- poiché tutto, incluso ciò che chiamiamo io, è una formazione di compromesso tra impulsi aggressivi e libidici, da un lato, e difese dall'altro (per una sintesi dell'opera di Brenner, si vedano i due numeri 3 e 4 del *Journal of clinical Psychoanalysis*, vol. 3, 1994). Come si vede, all'interno della psicologia dell'io esistono profonde divergenze riguardo al ruolo dell'io e alla tecnica d'intervento...

I limiti della psicologia dell'io sono numerosi. Sul piano della concezione dell'inconscio, questi sorgerebbe dall'interno del soggetto, per effetto della rimozione degli impulsi (drives) indesiderati, predominando il biologismo sui sistemi di significazione dati dall'universo simbolico in cui si costruiscono i suoi desideri, credenze e tipi di difesa. Il ruolo strutturante dei genitori nel modellare l'edipo attraverso le interazioni e le identificazioni non trova il posto adeguato.

La realtà sarebbe colta dall'analista che aiuterebbe il paziente a superare le sue distorsioni, create dai desideri e dalle angosce infantili. In questa prospettiva domina un realismo ingenuo senza che via sia una riflessione epistemologica sul sistema a partire dal quale l'analista costruisce le sue interpretazioni e sull'effetto delle sue concezioni e della sua persona sullo svolgimento della relazione analitica. Sul piano della relazione terapeutica esiste, a nostro giudizio, disattenzione riguardo alle profonde necessità di attaccamento e di consolidamento narcisistico che il paziente ricerca nel vincolo con il terapeuta. Il timore di cadere nell'appoggio o nell'agito fanno sì che il terapeuta si muova rigidamente all'interno di un ridotto repertorio di interventi.

Gli intersoggettivisti, i relazionali, gli interpersonali

Per una revisione delle differenze tra queste correnti, vedere in *Aperturas Psicoanalíticas* - No. 5, luglio 2000 - il lavoro di Dori Deprati, *Diferencias entre dos corrientes psicoanalíticas: la interpersonal y la relacional*, nella cui ultima parte si esaminano, tra l'altro, le postulazioni dei cosiddetti intersoggettivisti. Inoltre, la rassegna di Nora Levinton in *Aperturas Psicoanalíticas* - No. 4, aprile 2000 - su *Concetti relazionali in psicoanalisi: una integrazione*; e le due rassegne su libri di Mitchell in questo numero di *Aperturas* (Il No. 9 NDR).

Forse il contributo più significativo di queste correnti - specialmente i relazionali e gli intersoggettivisti -, lasciando da parte, nella generalizzazione che segue, le differenze tra loro, è l'esame della situazione terapeutica come co-costruzione tra paziente e terapeuta, in cui i tratti di personalità e la psicopatologia dell'uno e dell'altro determinano, nel loro intrecciarsi, il decorso del trattamento. La relazione terapeutica è intesa come un incontro tra i transfert del paziente e del terapeuta, non essendo il transfert qualcosa che il paziente porta in analisi e che si dispiega spontaneamente sotto gli occhi del terapeuta osservatore, non essendo importante chi sia o come si comporti. Nessuno come loro ha messo così tanto in discussione la figura del terapeuta, rompendo il mito del terapeuta neutro/oggettivo e dell'interpretazione come semplice scoperta di qualcosa che esiste, postulando che attraverso l'interpretazione l'analista costruisce narrative e inconscio. La loro attenzione al contesto in cui ha luogo la patologia del paziente li avvicina agli interpersonalisti, per quanto vi siano differenze importanti (Greenberg, 2001; White, 2001).

L'impatto che i lavori di queste correnti hanno avuto sulla psicoanalisi contemporanea è stato enormemente benefico poiché hanno messo in discussione il realismo ingenuo e la posizione autoritaria dell'analista come possessore di verità, garantite dalle sue teorie, che devono essere trasmesse ai suoi pazienti. Inoltre hanno inserito lo studio dell'interazione tra genitori e bambini e le conoscenze attuali sul sistema

dell'attaccamento come parte della teoria evolutiva che spiega l'organizzazione dello psichismo.

Il gran deficit degli intersoggettivisti attuali (Storolow, Atwood, Orange), è il crescente disinteresse per la descrizione del funzionamento dello psichismo, delle forze che operano al suo interno, del conflitto intrapsichico, delle resistenze, della struttura dell'inconscio, del super io inconscio. Dato che tutto è visto come una narrativa soggettiva, le credenze del paziente saranno valide quanto quelle dell'analista. Il processo consisterebbe in un negoziato tra due realtà soggettive. Non esiste un inconscio reale che sta qui e a cui è possibile avvicinarsi, per quanto siano imperfette le teorie dell'analista o la sua visione. Sotto la tesi per cui alla realtà si accede mediante il discorso, dato che questi sono inevitabilmente soggettivi, si abbandona del tutto il tentativo di conoscere la realtà. Si tratta di una posizione nichilista, ermeneuticista estrema, che Hanly critica con una fine discriminazione intellettuale (Hanly & Fitz Patrik Hanly, 2001).

L'enfasi sugli effetti terapeutici dell'interazione e il collocarsi nella prospettiva del paziente, accettando la sua realtà soggettiva, conduce in molti casi, come ben segnala O'Connell (2001), a trascurare la realtà esterna con terapeuta e paziente chiusi in un'isola in cui si raccontano soltanto le loro realtà soggettive.

Queste obiezioni sulla mancanza di un modello ampio del funzionamento dello psichismo non sono applicabili ad autori come Mitchell (1997; 2000) o Lichtemberg (1989; 1992).

Il fascino dei grandi racconti mitici

L'aspetto rilevante dell'attrazione che esercitano i grandi autori della psicoanalisi e della passione messianica che risvegliano, si deve non solo ai grandi territori che scoprono, ma anche ai grandi racconti mitici che attivano nei loro discepoli. Quando M. Klein promette di liberare dal male affinché l'amore trionfi sull'odio, o Lacan solleva la bandiera di "non cedere al proprio desiderio" e di rompere con l'alienazione e la sottomissione all'altro, si

risvegliano desideri largamente accarezzati da ognuno. Allo stesso modo, quando Kohut giustifica il soggetto e colloca l'errore nell'altro, o quando Winnicott parla del "ambiente facilitante" e della "madre sufficientemente buona", tutte le speranze si animano essendo credute possibili: non sentire colpa, essere amati da parte dell'altro, vivere senza coercizione esterna ed essere automaticamente se stessi. O quando la psicologia dell'io riprende l'aforisma "Dove c'era l'Es ci sarà l'Io" seduce con l'idea di dominare le passioni e di collocarle sotto il dominio di un io razionale. Quando infine gli intersoggettivisti indicano come tutto si co-costruisca nel dialogo e che non ci sono verità, che ogni verità è soggettiva e valida quanto le altre, contribuiscono a creare un sentimento di libertà rispetto alla realtà esterna, di evitamento del conflitto e di confronto con il simile.

Non è questo il luogo per approfondire le promesse mitiche che solleva ogni scuola psicoanalitica - il tipo di desideri che considera realizzabili e le angosce che promette di dissipare - però, per lo meno, possiamo lasciare aperta la questione di come risvegliando grandi speranze dell'uomo ricevano appoggio per le loro verità, importanti senza dubbio, ma che da sole sarebbero difficilmente sostenibili.

Primo riepilogo: necessità di un modello integrato

Che cosa ci insegna questo breve percorso attraverso i contributi che le diverse scuole hanno dato alla nostra conoscenza sulla struttura dello psichismo e la tecnica terapeutica? La perdita che comporterebbe chiudersi in una sola di queste come se fosse capace di rendere conto della totalità delle dimensioni del gioco, e, pertanto, la necessità di un modello integrato. Modello che non può derivare da un eclettismo che prenda un po' da tutti - una specie di giustapposizione ateorica -, ma che deve fondarsi su una concezione che renda conto dei molti sistemi motivazionali organizzati intorno a necessità e desideri specifici (etero-autoconservazione, attaccamento, narcisismo, sessualità ecc.) e la loro articolazione con sottotipi di angoscia e i sistemi tendenti a contrastarle - difese, tra

queste l'aggressività -, così come una descrizione delle modalità di funzionamento dell'inconscio e la coscienza e dell'interazione reciproca tra il livello simbolico e quello neurobiologico. È quello che cerchiamo di fare con il modello che abbiamo chiamato approccio "Modulare-trasformazionale", di cui si può trovare un'esposizione sintetica nella prima parte del lavoro "Applicazione dell'approccio modulare-trasformazionale alla diagnostica dei disturbi narcisistici" (Bleichmar, 2000a). Recentemente a partire da un modello integrato di funzionamento dello psichismo normale e patologico è possibile pensare a un modello di intervento terapeutico che non consista in una mera serie di ricette pronte all'uso. (Bleichmar, 1997; 1999a; 1999b).

Differenti tipi d'iscrizione dell'esperienza, di sistemi di memoria

Attualmente esistono ampie evidenze sull'esistenza di molti sistemi di memoria quanto al tipo di informazione elaborata, ai modi di operare e alle basi neurofisiologiche degli stessi (Tulving & Craik, 2000). Non ci intratterremo in un esame dettagliato dell'argomento ma ci riferiremo a due tipi di memoria la cui distinzione è pertinente per il lavoro analitico: la "memoria dichiarativa" e la "non dichiarativa" (si veda l'eccellente sintesi di Davis (2001)). La denominazione "memoria dichiarativa" si usa per riferirsi al fatto che un soggetto può avere nella sua coscienza e mettere in parole un ricordo, cioè "dichiararlo".

Al contrario, la denominazione memoria "non dichiarativa" allude a differenti condizioni: le abilità che servono per realizzare procedure - andare in bicicletta, disegnare, giocare a tennis, ecc. - ma soprattutto, in quanto interessa agli psicoanalisti, il modo di iscrizione dei vincoli, le reazioni affettive automatiche che un bambino può avere di fronte alle modalità di contatto con l'altro significativo, le operazioni dei meccanismi di difesa - il funzionamento in sé, non i contenuti su cui operano -, le reazioni affettive che si scatenano di fronte a certi stimoli - per es. paura di fronte al broncio corrucciato: perdita di vitalità in situazioni di separazione -. ecc. I modi automatizzati di stare

con gli altri sono chiamati da Stern (1998) "conoscenza implicita relazionale". Questi modi di esistere psichico sono inconsci e, come dice Davis (2001) "essi operano fuori della percezione dell'individuo, tuttavia non sono rimossi o, detto altrimenti, non sono dinamicamente inconsci" (p. 82).

La memoria dichiarativa si chiama solitamente "memoria esplicita" e la non dichiarativa "memoria implicita". A volte si utilizza nella letteratura indifferentemente "memoria non dichiarativa" e "memoria implicita" e "memoria procedurale" per quanto, in verità, non siano sovrapponibili. In questo lavoro utilizzeremo la denominazione di memoria procedurale per riferirci alla memoria non dichiarativa. Tuttavia, al di là delle connotazioni che suggeriscono i termini in uso, e delle precisazioni terminologiche che si possono fare in futuro, ciò che oggi viene accettato senza discussione è che risulta molto differente ciò che, da un lato, può essere pensato, rappresentato in immagini o posto in parole e ciò che, d'altro lato, esiste inscritto in termini di procedure, di schemi affettivo-motori, di operazioni dello psichismo che manipolano contenuti. I processi affettivi per esempio non sono rappresentati, per quanto il soggetto possa successivamente dargli una rappresentazione immaginaria che la metaforizza non arriverà a descriverli così tali e quali sono.

Applicazione alla clinica

Di seguito presenteremo alcuni esempi centrati su certe problematiche molto limitate ma che, proprio perché circoscritte, ci permetteranno di illustrare, per quanto in modo schematico, la relazione tra la comprensione che abbiamo dei differenti tipi di elaborazioni inconscie, il modo in cui qualcosa è organizzato nella memoria e le modalità di intervento terapeutico.

La devitalizzazione: una vignetta clinica

Si tratta di una donna che giunge al trattamento con una profonda devitalizzazione a cui soggiace un sentimento di impotenza e profonda sfiducia che la sua condotta possa

avere qualche effetto sulla realtà, specialmente la reazione dell'altro. Parla "per dentro", come ingoiandosi le parole, quasi senza espressione emotiva che accompagni ciò che racconta. La ascolto faccia a faccia e quando le formulo un'osservazione o un'interpretazione rimane a guardarmi senza nessuna espressione che mi indichi se accetta o respinge ciò che dico, o se la colpisce in qualche modo. Ha un atteggiamento notevolmente sottomesso, che è lo stesso che caratterizza tutti i suoi legami.

Sa dei suoi limiti e per questo viene in analisi ma senza molte speranze perché in un precedente lavoro il terapeuta aveva interrotto l'analisi per mancanza di progressi. È intelligente, associa, porta sogni, comprende anche qualcuno dei loro significati, ma tutto ciò non cambia le sue reazioni automatiche, il modo con cui si rapporta agli altri. Non si tratta della soppressione del richiamo, piuttosto il suo stato emotivo evoca le descrizioni dei casi di ospitalismo nella fase in cui scompare il lamento e la lotta per recuperare l'oggetto di attaccamento dopo il fallimento nell'ottenerne il ritorno. La paziente aveva vissuto un'infanzia in cui una madre estremamente inaccessibile, centrata su sé stessa, non rispondeva al suo desiderio di rappresentare qualcosa per lei - una sorella occupava tutta la sua attenzione. Un padre debole, sottomesso alla moglie, non costituì nessun appoggio o, ancor più, fu il modello d'identificazione di qualcuno che si sentiva senza diritti di fronte alla moglie.

L'unico ambito in cui sussiste la capacità di desiderare e di sperare che il desiderio si realizzi è quello della sessualità, trovando in quest'ultima piacere e una via d'uscita transitoria alla sua devitalizzazione. L'aspetto più vistoso è quanto poco si aspetti dagli altri, eccetto, come abbiamo detto, nella sessualità, essendosi rassegnata a vivere negli interstizi che gli altri gli concedono. È una posizione fondamentale, riproduzione di ciò che visse con la madre, in cui l'inibizione del desiderare in importanti settori non si deve alla classica inibizione prodotta da ciò che in Freud si chiama angoscia di castrazione, a un fenomeno di rimozione di un desiderio perché entra in conflitto col super io, ma a qualcosa di molto più fondamentale, la mancanza di risposta

dell'altro, che ebbe una doppia conseguenza: a) un *deficit nella forza del desiderio*, che dipende sempre nella sua costituzione e mantenimento dalla vitalizzazione che gli imprime l'altro; b) un sentimento profondo di illegittimità che passò a formare parte della sua identità, poiché se la figura significativa non risponde per il bambino significa che quello che chiede non è adeguato. Nella nostra paziente, svalutazione di sé che va parallelamente all'idealizzazione degli altri, rispetto ai quali sente che è chiaramente inferiore. Sogna di vedere come gli altri formino gruppi che partecipano di differenti attività mentre lei rimane isolata. Non c'è rimprovero agli altri se non semplice "constatazione" - così crede lei - che agli altri non interessa stare con lei poiché non ha niente di interessante da offrire. Il desiderio di partecipare ad attività con gli altri sussiste, per quanto enormemente debilitato, ma la sua convinzione che non sarà soddisfatto inibisce la sua forza e la sua trasformazione in azione.

Desideriamo insistere su quest'ultimo punto, distinguendo tra la forza del desiderio, aspettativa della sua realizzazione nella realtà e passaggio all'azione nella realtà per far sì che ottenga soddisfazione reale e non solamente in fantasia. Quando esiste l'aspettativa che l'altro non risponderà affermativamente al desiderio del soggetto, la sua intensità diminuisce progressivamente, potendo arrivare fino a scomparire, destino cui vanno incontro anche tutti i movimenti nella realtà che potrebbero essere spinti dal desiderio. Nella nostra paziente era evidente questo fenomeno che in un altro lavoro descrivemmo come "disattivazione settoriale dell'inconscio", per indicare che il desiderio non è rimosso, rimanendo vigoroso nell'inconscio, ma che nell'inconscio si trova in una situazione differente avendo perso la sua forza; di qui la denominazione di "disattivato" (Bleichmar, 1997).

Ciò che permise alla paziente il cambiamento della sua devitalizzazione furono una serie d'interventi che occorsero a livelli molto differenti. Da un lato, la ricostruzione storica dei suoi legami con i suoi genitori che furono quelli che generarono un sentimento di profonda inadeguatezza personale e di mancanza di speranza di provocare nell'altro il riconoscimento desiderato. Questo lavoro

intorno all'identità assunta e alle cause che la fecero sentire inadeguata reinscrissero, per implicazione, rappresentazioni contrarie a quelle iniziali. Non è la ricostruzione storica in sé che è mutativa - è quello che segnala Fonagy (1999) -, ma il fatto che in questo processo vada emergendo un'alternativa, un modo di rappresentare sé stessa, un cammino da seguire, stimolato da un terapeuta che crede che il suo paziente possa cambiare. La ricostruzione storica, avvenendo in un contesto intersoggettivo crea un'altra rappresentazione del sé generando il significato "Tu non sei unicamente quella che stai descrivendo, nel senso di qualità intrinseca, immanente, ma quel modo di essere fu il modo di reagire a determinate circostanze, Puoi essere differente ora". È questo significato, condiviso nell'intersoggettività, dotato della forza della credenza dell'altro significativo - il terapeuta - ciò che dà inizio al cambiamento. Per quanto ci sia bisogno di qualcosa di più.

Giunse un momento, non molto avanzato nel trattamento, in cui lei "conosceva" molte delle ragioni dei suoi problemi, ma ugualmente continuava a reagire automaticamente secondo la modalità abituale. Questa problematica in cui qualcuno sa qualcosa e, tuttavia, non cambia, è ciò che costituì un enigma per Freud (1915b) che si interrogava su come può accadere che una volta che il paziente ha ricevuto l'interpretazione adeguata, tuttavia non si produca una modificazione della patologia. Ciò lo condusse in quel lavoro a prospettarsi la tesi della doppia trascrizione - o doppia iscrizione come appare in altre traduzioni. Ci sarebbe una iscrizione nella coscienza e un'iscrizione nell'inconscio. Quest'ultima la chiameremo ora iscrizione in forma di memoria procedurale, modo di sentire e agire automatico. L'iscrizione cosciente diventa memoria dichiarativa. Il problema è come si cambia il procedurale.

Un problema importante della tecnica che incontriamo quotidianamente è che, quando il paziente infine conosce le situazioni infantili che diedero origine alle condotte attuali, nonostante ciò, la condotta persiste. Sono trattamenti che quando arrivano in supervisione, il supervisore dice qualcosa e il

terapeuta che porta il paziente dice: "Gliel'ho già detto, ci abbiamo già lavorato"; allora il supervisore scopre un'altra venatura e si torna a rispondergli "No, no, anche su questo abbiamo già lavorato". Si sono elaborate cose veramente importanti, però la condotta del paziente non si modifica. È ciò che vediamo in alcuni pazienti fobici, timidi, insicuri di tutta la vita, con i quali facciamo una ricostruzione storica delle cause che giustificano la patologia, ma non si produce cambiamento.

Perciò, nel caso della mia paziente, insieme al lavoro di ricostruzione storica, ciò che assunsi da parte mia fu un atteggiamento di coinvolgimento spontaneo nel legame, di intervento attivo nei progetti e mille aspetti della vita quotidiana non perché mi aspettassi che una mia presunta expertise nell'orientare la vita della paziente le mettesse sulla retta via ma perché il significato vissuto per lei era che il coinvolgimento emotivo del terapeuta provava che lei valeva, che occupava un luogo nella mente dell'altro. Oltre a ciò, e non di secondaria importanza, l'espressione delle mie emozioni, il permettermi entusiasmo e un certo grado di passione, fece sì che la paziente partecipasse a una relazione vitalizzante, nel piacere dell'incontro, compreso il piacere della sfida e del disaccordo che narcisizza perché afferma la propria posizione. L'atteggiamento che la paziente tenne nel rapporto con me le permise di inscrivere, in forma di memoria procedurale, modi di sentire e di agire che non erano rimossi ma che erano stati abortiti nel loro possibile sviluppo.

Si tratta d'interventi del terapeuta che oltrepassano la semplice empatia con cui si comprende ciò che accade nel paziente e gli si comunica, per diventare condotta e atteggiamento che infondono forza al desiderio, promuovano il piacere nell'incontro e l'aspettativa che si potrà ottenere una risposta positiva nell'altro. È la qualità del legame, la sua intensità, incluso il confronto polemico, che trasmette l'idea che ciò che il paziente dice al terapeuta interessa, che il paziente e il suo destino sono sufficientemente importanti per il terapeuta da arrivare a "litigare" per il grado di coinvolgimento nella decisione riguardo i percorsi da fare.

Contrariamente a ciò che si potrebbe pensare e cioè che un terapeuta appassionato nelle sue opinioni correrebbe il rischio di schiacciare un soggetto “debole”, quando le opinioni del terapeuta si esprimono chiaramente e non si rifiuta il confronto, il paziente vive l’esperienza di partecipare a un tipo di scambio vigoroso di cui fu carente nell’infanzia, naturalmente a patto che vi sia un profondo rispetto per le opinioni del paziente e che si metta in comunicazione il piacere nella polemica, al modo del piacere che hanno due concorrenti in un gioco in cui si rispettano reciprocamente, e, specialmente, che le idee del terapeuta portano il sigillo delle idee e non delle verità assolute, che si enunciano per discuterle per quanto in esse si metta passione. Ciò rende possibile un’identificazione del paziente con qualcuno che legittima le sue idee però che capisce, al tempo stesso, quanto siano relative e che, in ultima istanza, costituiscono niente più che opinioni.

Sappiamo della messa in discussione che si può fare di quello che stiamo proponendo e della classica posizione psicoanalitica in cui il terapeuta non deve avere opinioni, che si limiterà a interpretare, che non è un educatore, però, a parte il fatto che dietro ogni interpretazione c’è un’opinione, che tutto il silenzio apparentemente neutro trasmette significati, e che negare questo è auto ingannarsi e mistificare l’esperienza del paziente, nel caso particolare di pazienti come quella che abbiamo descritto risulta di importanza decisiva la sua partecipazione a un dialogo vivo e franco. Non c’è cosa più debilitante che trattare qualcuno come debole poiché lo si consolida in questa identità.

La posizione che sosteniamo concorda con quella che Westen (1999) mostra nel caso del suo paziente R. con il quale realizza un trattamento attivo, con interventi più strutturati e deliberati di quelli di un trattamento classico, interventi diretti a modificare un atteggiamento fobico di fronte all’elogio proveniente dagli altri. Westen mette in chiaro che ciò non ostacola un lavoro interpretativo: “È importante notare anche come quest’atteggiamento stimoli invece di ritardare l’insight riguardo ad alcune dinamiche centrali”

(p. 1088). Inoltre, fonda ampiamente la tecnica impiegata in ciò che oggi si conosce circa la modificazione di forme di memoria procedurale quando queste si convertono in modalità caratteriologiche per le quali non è sufficiente l’analisi delle fantasie inconse, essendo indispensabile il vivere esperienze che modifichino ciò che è stato precedentemente inscritto.

Nel caso della nostra paziente, un atteggiamento terapeutico classico di distanza, della cosiddetta neutralità affettiva, di astinenza, centrata unicamente nel fornire comprensione, avrebbe riprodotto - iatrogenicamente - il rapporto con una madre che alimentò, vestì, fece tutto ciò correttamente, però senza forme di partecipazione all’interscambio che legittimassero l’essere, la dotassero della forza del desiderio, le dessero la possibilità di sentire ed esprimere le sue emozioni con intensità, facendo uscire da uno stato di confusione. Come afferma Killingmo (1999): “Quanto più marcato sia un materiale clinico da residui di *deficit affettivo*, tanto più il transfert sarà caratterizzato dalla urgente necessità di un oggetto che possa correggere precedenti esperienze confuse di oggetto e che serva anche per l’internalizzazione di nuove, più benigne e differenziate rappresentazioni d’oggetto” (corsivo nostro). Aggiunge poco dopo: “prendendo come indicatore lo stato affettivo dominante nel paziente l’analista può anche sapere se il paziente - qui e ora - è capace di funzionare in una modalità che io chiamo di conoscenza. È il paziente capace di formare un’alleanza con il terapeuta in un atteggiamento esplorativo e, finalmente, trarre profitto dall’interpretazione, o il suo senso d’insicurezza è tanto opprimente e la sua esperienza di sé così frammentata che l’analista deve astenersi da interventi esplorativi e orientarsi a interventi affermativi? Considero che la valutazione dell’impatto relativo del transfert da conflitto rispetto al transfert da deficit sia la cosa più importante nel mio modo di ascoltare-comprendere”.

Dobbiamo aggiungere che nella nostra paziente un atteggiamento classico avrebbe rinforzato anche l’identificazione con una figura paterna

non coinvolta ed emozionalmente spenta, ora rappresentata dall'analista.

Tuttavia il fondamento di ciò che facciamo con la nostra paziente non si basa semplicemente sul fatto che fu utile per il trattamento, o che sono legittimi certi distanziamenti dalla tecnica classica - i cosiddetti "parametri", a partire da Eissler (1953), ma in una concettualizzazione dei processi inconsci che non lo riducono al rimosso, e che si basa sulle conoscenze che abbiamo oggi circa i differenti tipi di memoria. È questo che richiede l'uso d'interventi che oltrepassino l'interpretazione classica. La nostra critica alle false dicotomie tra i partigiani dell'interpretazione come chiave del cambiamento e quelli che affermano che la relazione terapeutica costituisce il fattore trasformativo è dovuta a ciò. Tutti questi interventi sono necessari, dipende da cos'è che vogliamo modificare, a che tipo di processi inconsci ci rivolgiamo, qual è il tipo d'iscrizione - memoria dichiarativa, memoria procedurale -, qual è la capacità emotiva del paziente di ricevere ciò che si offre, e se semplicemente stiamo esplorando l'inconscio o stiamo creando qualcosa che non si costituì o fu abortito nel suo sviluppo per la mancanza di un ambiente "sufficientemente buono" (Winnicott, 1965). Sarà questo ciò che determinerà la modalità di intervento e non una tecnica valida in tutti i casi.

La "rappresentazione di cosa"

Quanto detto sopra ci riporta al tema del fatto che la reinscrizione in parole, sia attraverso un'interpretazione o una domanda che promuova una scoperta da parte del paziente, non è sufficiente per cambiare ciò che è solidamente ancorato allo psichismo. Problema che porta in primo piano quale sia la relazione tra la conoscenza cosciente - uno degli obiettivi del trattamento analitico - e la modificazione e il cambiamento terapeutico. Qui conviene ricordare ciò che affermava Freud (1915b):

"In questo modo, a una considerazione superficiale, parrebbe dimostrato che le rappresentazioni conscie e inconscie sono trascrizioni diverse e topicamente separate del medesimo contenuto. Ma basta riflettere un momento ancora per accorgersi che l'identità dell'informazione che abbiamo fornito al paziente con il suo ricordo rimosso è soltanto apparente. L'aver udito e l'aver vissuto sono due cose completamente diverse per natura psicologica, anche se hanno lo stesso contenuto" (p. 171; p. 59 ed. italiana, ndr).

Egli distingue tra "rappresentazione di parola" - parole, rappresentazioni in termini di discorso, di spiegazioni, di interpretazioni, di conoscenza su se stessi - e "rappresentazione di cosa" a livello emotivo e di *schemi di azione, di memoria procedurale*, nelle relazioni con l'esterno in generale e con gli altri in particolare. Freud non sapeva delle iscrizioni che attualmente si collocano nella memoria procedurale ma si rese conto che è diverso parlare di qualcosa e vivere questo qualcosa di cui parliamo. Sostenne: "la rappresentazione conscia comprende la rappresentazione della cosa più la rappresentazione della cosa corrispondente, mentre quella inconscia è la rappresentazione della cosa e basta" (Freud, 1915b, p. 198; p. 85 ed. italiana, ndr).

Il tema della "rappresentazione di cosa" ha meritato un'ampia ricerca in psicoanalisi. È stata concepita secondo un'ampia gamma: da ciò che corrisponde all'immagine dell'oggetto nominato - la celebre differenza di Sassure tra l'immagine dell'albero come significato e la parola albero come significante - fino alla materialità fonica della parola, la sua traccia uditiva, senza che significhi nulla, solo l'articolazione fonemica, o immagini percettive senza significato. Da parte nostra, intendiamo la rappresentazione - cosa come qualcosa di più ampio, comprendendo anche le iscrizioni della memoria procedurale. L'inconscio si trova formato da più elementi che le parole, immagini, significati. Insieme a queste cose si trovano le credenze matrici passionali, le fantasie complesse, si trovano schemi d'azione, schemi di coordinazione tra idee, affetti e azioni, di coordinazione tra gli affetti e il corpo. In questo modo, la scoperta di Freud della

differenza tra rappresentazione di parola e rappresentazione di cosa acquisisce tutto il suo rilievo.

Per ottenere il cambiamento terapeutico non si tratta semplicemente di eliminare la rimozione e nemmeno del mero accesso alla conoscenza di ciò che non era conosciuto (nonostante l'enorme importanza di ciò, e che ricerchiamo nel corso di tutto il trattamento) ma di qualcosa che va oltre dell'ampliamento della coscienza e che è stato trascurato per molto tempo in psicoanalisi, nonostante molti autori ci abbiano insistito, tra gli altri (Balint, 1952; 1968; Gedo, 1979; Killingmo, 1995; Lichtenberg, Lachman, & Fosshage, 1996; Lichtenberg, 1992; Mitchell, 1997; Renik, 1996; Stern, 1998; Winnicott, 1989). Si tratta di cambiare l'inconscio a molti livelli: nelle credenze matrici passionali ma, anche, nei modi di reagire a livello affettivo, a livello neurovegetativo, a livello dei meccanismi anteriori alla proiezione, alla rimozione, alla negazione, come il ritiro, il blocco emozionale, la disattivazione parziale del desiderio, compreso il cercare di sospendere - a volte con successo - l'attività mentale, così come abbiamo menzionato precedentemente in relazione al paziente di Ogden. Per ognuna di queste condizioni sono richieste forme d'intervento specifiche, che integrino il meglio della produzione psicoanalitica (Pine, 1990; 1998). Crediamo che significhi perpetuare un ritardo continuare ad avere una tecnica monocorde per ogni tipo di paziente o di sintomatologia. Perciò l'orientamento terapeutico che utilizziamo nel caso che riportiamo non lo proponiamo come modalità universale, rimpiazzando la tecnica classica, come vedremo nei pazienti che presenteremo più avanti.

Ritornando alla nostra paziente, che dire dell'aggressività, dei suoi desideri trasgressivi, della sua invidia, dei conflitti tra i suoi desideri e le proibizioni superegoiche? Era un caso di puro disturbo da deficit o c'era qualcosa di più? Il suo discorso portava segni di rabbia, di aggressività mascherata, d'invidia, di colpa per ciò che non avrebbe dovuto sentire. E' ciò che spesso vediamo: il deficit genera frustrazione del soggetto, confronto con gli altri che si presenta sotto forma d'invidia di diversi gradi di

severità, di sentimenti di colpa ecc. Non c'è disturbo da deficit che non si accompagni a un conflitto psichico, a fantasie aggressive. Tuttavia l'aver insistito nei primi tempi dell'analisi sull'invidia o sull'aggressività, avrebbe rafforzato il sentimento d'inadeguatezza, perturbando tre sistemi motivazionali: il narcisistico - sei cattiva, inadeguata -, quello dell'attaccamento - angoscia di perdersi perché la vedrei come qualcuno che è indesiderabile -, e dell'autoconservazione - aumento delle angosce persecutorie. Più tardi quando si sentì meglio con se stessa, quando ebbe la convinzione profonda che io la apprezzavo, che mi piaceva, che non correva il pericolo di essere rifiutata, abbandonata, potemmo cominciare ad affrontare gli aspetti e i tratti masochistici di auto privazione (non si poteva comprare cose che gli piacevano, viveva in un modo eccessivamente frugale), che rimasero incorporati come tratti caratteriologici attraverso cui sentiva che non aveva diritto di chiedere a sua madre, e che nemmeno avrebbe ricevuto qualcosa nelle occasioni in cui si azzardava a farlo. Aveva cambiato in attivo - l'auto privazione - ciò che visse passivamente.

La memoria in stato labile

Ma prima di proporre una risposta al problema di come modificare l'inconscio, vediamo alcune scoperte recenti sulla struttura della memoria che rappresentano una vera rivoluzione nella nostra conoscenza di essa (Nadel & Land, 2000; Nader et al., 2000; Sara, 2000). Fino ad oggi si sosteneva che le memorie antiche una volta costituite, fissate, permanevano inalterate. Quando queste memorie erano riattivate, ricordate, sopraggiungeva una nuova iscrizione che si aggiungeva alla precedente; apposizione d'iscrizioni che determinava il consolidamento della memoria. Questa era la concezione vigente conosciuta come teoria della "consolidazione" della memoria.

Gli esperimenti realizzati in animali - non esiste nessuna ragione per pensare che i meccanismi di base che si studiano non funzionino nello stesso modo negli esseri umani - consistettero in quanto segue: li si condizionò, condizionamento classico, per produrre una

reazione di paura. Si accoppiò uno stimolo incondizionato, uno shock elettrico, a cui l'animale reagisce in modo naturale con comportamenti di paura, con uno stimolo sonoro (lo stimolo condizionato) che è capace, a partire da questo condizionamento, di risvegliare la stessa reazione. Si tratta, perciò, della iscrizione di due ricordi, il ricordo dello shock e dello stimolo sonoro.

Nel caso vi fosse la tendenza a scartare i dati della psicologia sperimentale animale, a creare campi divergenti e a non cercare convergenze, attraverso l'argomento, più che valido, che il livello simbolico nell'uomo lo differenzia chiaramente dall'animale, dimenticando che il nostro psichismo nei livelli più primitivi - insistiamo sui livelli più basilari e primitivi - si regge con leggi simili a quelle animali, o se vi fosse la necessità di cercare appoggio in Freud, ricordiamo che questi reiteratamente mostrò l'importanza del condizionamento nella produzione di sintomi. Nel caso di Dora, in cui il fumo del sigaro del padre diventò segnale - stimolo condizionato - che determinò successivamente che reagisse a Freud - per il fatto di essere fumatore come il padre - con la stessa reazione affettiva che ebbe di fronte a suo padre, è uno dei molti esempi che si incontrano nell'opera freudiana. D'altra parte se si legge il concetto di angoscia segnale in *Inibizione sintomo e angoscia* (in cui un elemento attuale di segnale - da qui il nome angoscia segnale - di anticipazione di una situazione catastrofica, che Freud chiama angoscia traumatica), si vedrà con chiarezza come ci siano buone equivalenze con i concetti di stimolo incondizionato e di stimolo condizionato.

O per chi segue Lacan, quando questi propone che per la relazione di contiguità temporale, di associazione tra elementi o significanti - ciò che chiama relazione metonimica -, l'inconscio fa sì che l'elemento che partecipò nel primo paio possa generare una reazione che in sé sarebbe incapace di produrre e generi un effetto associandosi con altri significanti, siamo nelle molteplici varianti del fenomeno del condizionamento.

Dopo questa digressione, torniamo agli esperimenti sulla memoria. Una volta stabilito il ricordo che il suono anticipa lo shock elettrico, si realizzarono vari esperimenti aggiuntivi, tra i quali bisogna distinguerne uno: se nel momento in cui si presenta lo stimolo sonoro e si riattiva la memoria che produce la reazione di paura, si inietta nell'animale una sostanza nell'amigdala cerebrale - anisomicina, sostanza che inibisce la sintesi di proteine -, l'animale perde il condizionamento, cioè il carattere allarmante del suono che, a partire da questo momento, non provocherà più la reazione di paura. C'è una cancellazione della memoria.

Si potrebbe pensare che la sostanza semplicemente cancelli l'iscrizione della reazione di paura però la cosa interessante è che *la perdita della memoria del condizionamento si produce solo se la sostanza s'inietta nel periodo preciso di riattivazione della memoria - momento del ricordo - ma non se si fa fuori da questo momento*. È fondamentale che la memoria debba essersi attivata affinché l'iniezione di anisomicina abbia effetto. Fuori dal momento della memoria attiva, del ricordare, non c'è effetto di distruzione della memoria.

Questo esperimento si trova all'interno di un'ampia gamma che ha condotto i neuroscienziati alla scoperta che nel momento in cui qualcosa è ricordato la memoria entra in uno stato, chiamato memoria in "stato labile", in cui si riorganizza. Se il momento del ricordo fosse una nuova iscrizione, un'aggiunta, l'unica cosa che l'anisomicina altererebbe, cancellerebbe, sarebbe questa nuova iscrizione, persistendo l'antica e per tanto la memoria, il ricordo, delle iscrizioni primitive. Concludendo - ci sono molti esperimenti che confermano questi risultati - nel momento del ricordare, in quel momento, all'entrare in uno stato labile, c'è una reinscrizione della memoria antica, una ristrutturazione. Ristrutturazione che implica la possibilità di aggiungere elementi che non esistevano nella situazione originale. "L'idea principale, in sintesi, è che lo stimolo contemporaneo attivi una rete mnemonica che, a sua volta, organizza e fornisce significato alla attuale esperienza percettiva. Da questa nuova prospettiva c'è una chiara demarcazione tra recupero, come si pensava prima, e

consolidamento. Ogni operazione di recupero farà scattare un processo di riconsolidamento che permette l'integrazione di nuova informazione sulla base del passato" (Sara, 2000).

Questa teoria della memoria, che si chiama "riconsolidamento", stabilisce che le memorie antiche vanno soggette a un processo di reinscrizione fisica nel momento in cui sono ricordate. Ciò concorda con il concetto freudiano di retroazione o "après coup": l'esperienza attuale ristrutturata l'anteriore e gli dà un significato che prima non aveva; non è una semplice aggiunta. Per tanto, *il ricordare nel quadro di una nuova esperienza, con elementi che cambiano il senso e il vissuto della iscrizione primitiva dà luogo a un suo cambiamento.*

Un'ultima questione interessante prima di lasciare queste ricerche in neuroscienza: il fenomeno del riconsolidamento e della labilità della memoria nel momento del ricordo si verifica non solo per le associazioni paurose - il che apre una prospettiva per il lavoro con il disturbo post traumatico - ma anche per le condotte appetitive (Sara, 2000), con le sue implicazioni per il trattamento delle dipendenze.

Vediamo ora le conseguenze che queste conoscenze sulla memoria in stato labile e di riconsolidamento possano avere nel nostro campo, per quello che ci può interessare, per gli interventi psicologici di ristrutturazione delle credenze e delle iscrizioni pre-simboliche solidamente radicate nello psichismo.

Intanto la necessità, al fine di modificare le credenze matrici passionali e le configurazioni relazionali disfunzionali, di rivivere le esperienze concrete, una a una, non la loro sintesi concettuale, non le descrizioni di tratti caratteriali, ma l'intrattenersi nel ripercorrere le esperienze, le situazioni che furono strutturanti, tanto con le persone importanti del passato come le attuali, incluso il terapeuta. Tuttavia non basta il rivivere in sé, o il ricordare con intensità; ciò produrrebbe solo riconsolidamento.

La catarsi non cura, lo sappiamo fin dai tempi di Freud. C'è di più: nel disturbo post

traumatico da stress il fattore curativo non deriva dal ricordare, dall'emergere dei "flashback", ma dal fatto che in quel momento si produca un cambiamento, qualcosa che si aggiunga al ricordare, che lo riscriva, che inserendosi nel momento di stato labile lo riconfiguri dando luogo a un altro vissuto, a un altro significato.

A questo punto è pertinente introdurre un altro concetto, quello di "memoria affettivamente dipendente" che si riferisce al fatto che si ricorda ciò che corrisponde a uno stato emotivo simile a quello del soggetto nel momento del ricordo. In uno stato di allegria si associa con le esperienze allegre e in uno stato di tristezza si ricordano le esperienze corrispondenti a questo stato. L'associazione non è per la tematica ma per il fatto che lo stato affettivo - tristezza, allegria, paura ecc. - va convocando tutto ciò che condivide questa tonalità affettiva. Da ciò discende che nello stato depressivo la ricostruzione della vita sia fatta in modo tendenzioso, selezionando vissuti negativi. Il ricordo e l'associazione attraverso lo stato affettivo, la memoria affettivamente dipendente, sono stati trascurati in psicoanalisi e in psicologia cognitiva perché si è privilegiata l'associazione attraverso il significato o attraverso il significante.

Siccome si potrebbe obiettare che in realtà sono le idee depressive in sé, la loro qualità tematica, quelle che organizzano il ricordo, rileviamo che gli antidepressivi gettano una luce diversa sulla questione. Lo psicofarmaco non può agire sulla significazione e, tuttavia, cambia ciò che viene evocato nella memoria e le idee che si formano nel presente. Lo psicofarmaco agisce sulla biologia dei processi affettivi modificandoli e, solo allora, compare una certa tematica.

L'accoppiamento di esperienze

Unendo i concetti di "memoria labile" e di "memoria affettivamente dipendente", si deducono alcune conseguenze per la psicoterapia, per esempio il trattamento delle dipendenze. Quando il terapeuta mostra a un paziente tossicodipendente le motivazioni della dipendenza o le sue conseguenze, quel momento terapeutico sta trascorrendo in uno

stato affettivo che non è quello del momento di piacere legato all'assunzione. Le associazioni che saranno evocate dall'intervento terapeutico saranno, per il loro carattere persecutorio (mettono in questione il paziente in un certo modo), quelle corrispondenti a stati di paura, di persecuzione, di colpa. Si produrrà cioè una dissociazione tra lo stato affettivo sperimentato in terapia e quello relativo al momento in cui il desiderio per la sostanza è attivo. Per evitare ciò è necessario ricreare nel trattamento il momento dell'attivazione del desiderio di consumare. Non servono le descrizioni in termini narrativi come "ero al bar e bevvi il primo bicchiere e dopo...". Invece bisogna riuscire a ottenere che il paziente ricordi con l'intensità del vissuto, cercando recuperare, in modo quasi allucinatorio, il momento del desiderio e il piacere del bicchiere. Nel momento in cui questo succede, se sono valide le interpretazioni delle motivazioni e delle conseguenze, allora si accoppieranno e ristruttureranno la memoria e il desiderio di bere.

In accordo con quanto detto, si può anche proporre al paziente qualcosa che non gli risulterà facile: nel momento di prendersi un bicchiere dovrà ricordare quanto elaborato in seduta, l'ambiente fisico del consultorio, l'analista ecc., e non solo quanto detto. Si tratta di accoppiare due ordini di esperienza, quello dello scenario del bere e quello dello scenario della terapia e quanto vissuto con l'analista. Nei termini di Freud: il vissuto e il detto non sono la stessa cosa. Perciò, la tecnica dell'accoppiamento che proponiamo cerca di mettere in contatto due esperienze con le relative esperienze percettive, con i pensieri, con ciò che è stato detto, in sostanza con tutto ciò che è stato vissuto sui differenti livelli in cui questo vissuto rimane fissato.

Ora applichiamo questo principio dell'accoppiamento strutturale come modalità di intervento a un altro tipo di quadri, quelli del disturbo narcisistico da deficit di narcisizzazione, con bassa autostima. La rassicurazione non è sufficiente, e nemmeno che il paziente e il terapeuta ripercorranò i meriti, i successi - l'appoggio narcisistico, emozionale -, o che si cerchi di dimostrare che

l'inferiorità corrisponde a false credenze - la terapia cognitiva di Beck -, poiché queste rassicurazioni rimarranno nuovamente scisse, separate dalle esperienze inferiorizzanti, dolorose, traumatizzanti. È indispensabile la connessione col vissuto di queste esperienze d'inferiorità - o di timore -, che si trovano in uno stato di memoria labile nel momento in cui si ricordano nel trattamento, con altre esperienze del passato o con quelle mai vissute prima ma sperimentate per la prima volta nella relazione terapeutica. Per tanto, nuovo vissuto, nuova esperienza affettivo/cognitiva, sì, ma unita all'esperienza passata, con il suo ricordo, in modo che il vecchio disfunzionale si riconsolidi, si fissi in un altro modo. Il passato e la nuova esperienza devono unirsi nella memoria affinché ci sia un nuovo consolidamento del ricordo passato. Dopo sarà necessario che la nuova esperienza si consolidi attraverso la sua ripetizione.

Quanto detto ci porta alla necessità di oltrepassare un certo stereotipo dell'interazione paziente terapeuta che è stato descritto nel senso che il paziente associa e l'analista interpreta. Invece, quali sono gli interventi necessari? Come dicevamo il rivivere esperienze concrete, al cui scopo gli strumenti tecnici possono essere i più svariati e lasciati alla creatività di terapeuta e paziente: per esempio portare foto dell'infanzia, delle riunioni familiari, video, lettere, ecc., solo per citarne alcuni, perché ciò crea una particolare connessione emozionale col ricordo. Il paziente può raccontare senza rivivere: racconta a un altro, e la preoccupazione che l'altro capisca può impedirgli di collocarsi nel vissuto di ciò che sta raccontando. Dobbiamo recuperare un aspetto della cura catartica ma aggiungendole una dimensione che non aveva e che la fece fallire: si richiede che si promuovano condotte nella relazione con gli altri che, mentre avvengono, si accompagnino al ricordo del passato.

Si tratta di recuperare il ricordo con vivida intensità - momento in cui si troverà in stato labile - affinché si trovi inserito in una nuova struttura del significato vissuto per il fatto di accompagnarsi con altri ricordi del passato di segno differente o con esperienze del presente -

all'interno o fuori della terapia - che lo ristrutturino.

Questo è ciò che abbiamo fatto con un uomo di circa quaranta anni, che in seguito a un'infanzia e un'adolescenza molto umili aveva raggiunto una posizione economica importante, con molti affari in diversi paesi d'Europa. Da bambino aveva subito l'umiliazione di appartenere a una famiglia che occupava una posizione chiaramente inferiore nella piccola comunità in cui viveva. Al momento della terapia, e questa è una delle forme in cui si manifestava la sua patologia, quando si trovava con gente che considerava "importante", con clienti o fornitori che sentiva che avevano qualche potere, si sentiva invaso dall'angoscia, arrivava a tremare, gli riusciva difficile stabilire un negoziato. Allo stesso modo, quando di tanto in tanto tornava al suo paese, nonostante si percepisse come capace, trionfatore, d'intelligenza superiore ai compagni di scuola, di fronte a loro si sentiva impaurito, s'innervosiva riguardo alle sue maniere e ai suoi vestiti. Il sentimento d'inferiorità tornava a dominarlo, in modo automatico, nonostante tutto ciò che sapeva su se stesso. Quando venne a trovarmi si sentiva spaventato, come se si trovasse con qualcuno che rivestiva uno status enormemente superiore: nel darli la mano conservava il modo delle persone che hanno sempre steso la mano affinché l'altro la stringa, segno tipico di chi non può stringere la mano dell'altro perché la prerogativa di farlo ce l'ha chi è superiore in status.

Il suo timore ebbe come cause predisponenti, oltre alla situazione sociale della sua infanzia e l'identificazione con genitori visti come inferiori rispetto al contesto, il timore di sua madre, una figura autoritaria e violenta. Il paziente presentava pertanto un disturbo in due sistemi motivazionali importanti: il sistema narcisistico e quello dell'autoconservazione. La sessualità non sembrava costituire un grosso problema per lui.

Che cosa vediamo in questa sommaria descrizione di alcuni dei suoi tratti, che cos'è maggiormente interessante in quest'uomo oltre alla problematica che tematizza la sua depressione e ansietà, oltre agli episodi che

possiamo considerare strutturanti del suo quadro? L'esistenza di un doppio livello di convinzioni, entrambi coscienti. Da un lato sa quanto è capace e del potere economico che possiede. La ripetizione che fa dei suoi successi è qualcosa che riempie la sua intervista iniziale e le sessioni successive. Tuttavia, insieme alla sua convinzione cosciente riguardo alla sua capacità di realizzazione, della sua intelligenza, dell'aver raggiunto un livello culturale e socioeconomico superiore alla gente del suo paese, ha al tempo stesso una insicurezza cosciente: quando si trova fra loro o con personaggi importanti, in quel momento, incomincia a dubitare delle proprie capacità. La consapevolezza delle sue capacità e del suo potere non elimina l'angoscia cosciente del non sapere se si comporta adeguatamente. È dominato, in quelle circostanze, dall'anticipazione ansiosa del fallimento.

Pertanto, una scissione verticale nell'io, scissione descritta da Freud, con due ordini di credenze opposte, entrambe, a loro volta, appoggiate alla consapevolezza di condotte automatiche, a condotte che sono espressione della memoria procedurale, poiché il modo di rapportarsi del paziente è dovuto non solo a quello che pensa ma anche al suo modo di fare: è capace di agire efficacemente, di intavolare adeguatamente negoziati, di "imporsi" - parole sue - all'altro, e in altri momenti presentare inibizioni e tremori. Perciò, non è solamente un problema della coscienza, di due rappresentazioni nella coscienza, della memoria esplicita, ma anche di memorie procedurali che portano a certi tipi di vincolo attuati quando può, da un lato, imponendosi all'altro e, in momenti determinati, collocandosi e agendo come inferiore rispetto a questo altro.

Come cambiare queste iscrizioni? Freud (1919), in *Nuove vie della terapia psicoanalitica*, propose che il paziente facesse qualcosa nella realtà. Ma questo non è sufficiente. La nuova iscrizione del sentimento di potenza ed efficacia nella realtà può rimanere scisso dalle esperienze precedenti in cui il soggetto sentì il contrario. Che si ricordi o si metta realmente in atto una nuova condotta, il fattore terapeutico è l'accoppiamento delle iscrizioni vecchie con quelle nuove. Né il ricordo né l'azione di per sé

possono produrre la modificazione profonda a cui aspiriamo in terapia. La scissione tra la nuova memoria e l'antica può persistere.

Nel caso del paziente che stiamo considerando ciò che risultò terapeutico fu che, nei momenti in cui sperimentava paura di fronte a certi personaggi, accoppiasse non la parola del terapeuta né quello che si diceva circa i suoi successi ma la memoria di scene concrete della sua vita in cui si manifestavano la sua forza e la sua capacità di affrontare gli altri da una diversa prospettiva.

Ciò che risultò ristrutturante non fu il fatto che provasse ad agire in maniera assertiva - modificazione della condotta che, d'altra parte, egli era capace di fare in molte occasioni - ma che unisse alla esperienza fobica il ricordo vissuto di un'altra esperienza di segno contrario.

La psicoterapia e la memoria

Ciò che abbiamo detto indica che uno dei principali temi in questo momento è lo studio della memoria, dei suoi sottotipi, della sua complessità. **La psicoterapia è un lavoro sulla memoria** - cerca di modificare le iscrizioni, tracce mnestiche - e sull'accoppiamento con esperienze, nel presente, che la riconsolidino in modo differente. Qui non c'è nessuna scoperta sull'importanza della memoria, essendo sufficiente come esempio la lettera n°52 a Fliess (Freud, 1896) tuttavia si tratta di incorporare gli studi attuali sulla memoria e derivarne le enormi implicazioni che hanno per una riconsiderazione della psicoterapia.

In realtà è attraverso una concettualizzazione più dettagliata della struttura dello psichismo, dei diversi tipi di memoria, della relazione tra pensiero affettività e azione, che si rende possibile pensare forme di intervento che abbiano una certa coerenza con il modello della mente e di come si generi la psicopatologia. È un progresso avere un modello che permetta, in seguito, di cercare la tecnica che sia coerente con il medesimo e non una tecnica frammentata, che auspichi o il rivivere l'esperienza o ricordare o porre in parole

qualcosa, come formula universale. Non è questione di mettere in parole il vissuto, è questione di vivere in un altro modo, parole incluse, una certa esperienza, dove la parola forma parte dell'esperienza ma non è la totalità dell'esperienza, perché ci sono livelli di memoria procedurale che sono altrettanto importanti della parola.

Il trattamento in fasi

Andiamo al caso di una donna molto ottimista, con sentimenti di grandiosità, che si sente capace di tutto. S'imbarca in progetti che, per il fatto di non considerare le difficoltà, finiscono per fallire miseramente, senza che se ne possano analizzare le conclusioni. La difesa di fronte ai fallimenti e all'abbassamento dell'autostima non è la proiezione aggressiva ma la ricaduta in nuovi progetti grandiosi. Il suo narcisismo non è di tipo distruttivo (Rosenfeld, 1964) ma libidico: inonda e travolge gli esseri amati con regali e attenzioni. È protettiva verso la famiglia, spinta tanto da sensi di colpa - non tollera che gli amati soffrano - quanto dalla sua necessità narcisistica di sentirsi "leader" - parole sue - che si prende cura di tutti.

Il transfert è di tipo speculare, nel senso classico di Kohut: dispiegamento di un sé grandioso al fine di avere la mia ammirazione. Simpatica, amorevole e paralizzante del lavoro terapeutico grazie a un esibizionismo monocorde. Il trattamento si svolse in due fasi rigorosamente delimitate. Al principio qualunque incursione nell'area dei timori auto conservativi, sui rischi che correva, era rapidamente rifiutata. Rappresentarsi in pericolo attentava al suo narcisismo. Le sue angosce autoconservative erano sistematicamente disattese, come si rilevava dal fatto che aveva avuto importanti episodi cardiovascolari che aveva nascosto a sé stessa e agli altri. Ciò mostra che quando un sistema motivazionale è attivo può disattivare gli altri, in questo caso il sistema motivazionale narcisistico disattivava quello dell'autoconservazione. Perciò fu necessario affrontare il disturbo narcisistico prima di passare ad altre problematiche. Se gli si parlava della sua grandiosità, rideva rispondendo "dunque?", poiché anche la sua grandiosità era

stata narcisizzata come tratto caratteriologico, vissuta come prova che era diversa e superiore agli altri.

In questa paziente l'intenso piacere narcisistico che implicava la sua sintomatologia costituiva una resistenza al cambiamento. Succedeva qualcosa di simile alla resistenza rappresentata dal piacere sessuale che ci siamo abituati qualificare (con giudizio di valore) come "perverso". L'interpretazione, il mostrare il carattere difensivo, i pregiudizi per se e per gli altri che provocavano le sue condotte, non era di per sé sufficiente. Se il paziente non consegue un piacere narcisistico alternativo che compensi quello che abbandona, non lo abbandonerà. Solo quando, nel caso di cui ci stiamo occupando, il cambiamento prese un valore narcisistico - appoggiando nell'amore di transfert il fare qualcosa per ottenere l'amore di qualcuno a cui si tiene, il terapeuta - appena questo avvenne poté imbarcarsi nell'elaborazione.

Ciò permise di risalire alla sua infanzia, a esperienze dolorose provocate dalla preferenza di sua madre per un fratello - "il brillante della famiglia" - e, specialmente, a quando emerse la credenza che poteva essere amata solo quando faceva entusiasmare l'altro con i suoi progetti, con le sue condotte maniacali. Era una drogata del piacere di vedere brillare gli occhi degli altri di fronte al racconto di ciò che avrebbe realizzato. Ricerca di quell'esperienza di soddisfazione, di ricreazione della stessa, che determinava la sua continua ripetizione.

Le interpretazioni sistematiche dei desideri e delle angosce che sottendevano la sua grandiosità ebbero l'effetto di mettere in discussione le condotte che in precedenza narcisizzava, ora che erano guardate dalla prospettiva dell'analista. Per conservare il proprio sentimento di valore doveva abbandonare le sue precedenti forme di gratificazione narcisistica. Vero paradosso del lavoro con queste personalità: cambiano condotte narcisistiche con altre che rinarcisizzano adottando nuovi valori che vanno incorporando nel trattamento -non negare, riconoscere tratti patologici, cambiare, ecc.

Progresso parziale, senza dubbio, ma che ancora non implicava una vera elaborazione dei tratti precedenti giacché si manteneva la dipendenza dall'analista e da un super io che aveva conosciuto una conversione religiosa: erano cambiati soltanto i valori che determinano la sua approvazione ma non la sottomissione. Tuttavia sarebbe stato sbagliato segnalare queste cose prematuramente. Quando poté sentire che io apprezzavo il cambiamento che aveva realizzato ma che la stimavo indipendentemente dal fatto che adottasse i miei criteri di "sano" e "malato", che la sua vita non doveva essere organizzata per suscitare la mia ammirazione o quella degli altri - come aveva fatto con sua madre -, allora poté iniziare a domandarsi che cosa desiderava ed era buono per lei.

Si aprì una nuova fase nel trattamento in cui le angosce di autoconservazione poterono essere riconosciute e tenute presenti. Avere paura non fu più un difetto ma diventò un indicatore del fatto che esistevano dei pericoli reali rispetto ai quali doveva prendere precauzioni. Il crescente sentimento di realtà fece sì che i progetti grandiosi fossero rimpiazzati, gradualmente, da mete raggiungibili. La sua sessualità smise di essere una prova in più che doveva dare agli altri della sua grandiosità - sfoggio dei suoi orgasmi e di quelli che provocava - per essere vissuta come una fonte di godimento senza tensione.

In questo caso il lavoro fu fondamentalmente interpretativo, mettere allo scoperto le motivazioni narcisistiche che spingevano alla grandiosità, le radici infantili delle stesse, le gratificazioni che otteneva nel presente, la necessità di mantenere una identità idealizzata. I suoi bisogni di attaccamento non erano al centro dei suoi problemi. Né l'autoconservazione, né la sessualità, né l'aggressività. La tecnica non consisté nel rispecchiamento né nella fusione con un'immagine parentale idealizzata per ricostruire il suo narcisismo. Naturalmente un certo grado di rispecchiamento era richiesto, ma solo il minimo necessario affinché tollerasse l'effetto denarcisizzante di certe interpretazioni.

Non cercò mai di sentirsi importante fondendosi con me.

Narcisismo paranoide distruttivo: il “decentramento rispetto alla propria mente”

Vediamo la differenza di trattamento tra la paziente appena descritta e una persona che soffriva di narcisismo distruttivo, che aggrediva gli altri, che manifestava ostilità intensa nel rapporto con me, malumori, rimproveri. Trattamento caratterizzato dal sentimento che accettare il terapeuta equivaleva a sottomettersi e dalla necessità di essere chi umilia e non chi è umiliato - identificazione con l'aggressore, con genitori sadici, ostili. La sua condotta sadica soddisfaceva il sistema narcisistico e quello dell'autoconservazione: “Sono aggressivo, perciò potente e grandioso; sono aggressivo, pertanto potente e non corro pericoli”.

Quale fu il modo di impostare il trattamento?

Da un lato, elaborazione dell'identificazione proiettiva difensiva (Kernberg, 1992; Sandler, 1989) in cui impiegai interventi del tipo: “Capisco come deve essersi sentito da piccolo: umiliato, dovendo sopportare tutto quello che sua madre arbitrariamente decideva. E' come se avesse detto: non mi troverò mai più in questa situazione”. Inoltre gli mostravo la posizione in cui mi metteva: “Ora sono io quello umiliato, quello che deve sopportare tutto l'arbitrio, che lei non sente come arbitrio ma piuttosto come diritto di maltrattarmi per ciò che io e gli altri abbiamo fatto”.

Oltre a ciò, elaborazione della mancanza di empatia favorendo l'identificazione con l'oggetto che soffre: “Come le sembra che mi debba sentire io in questo momento con quello che mi dice”, “Mi rendo conto che è così centrato nel suo dolore, nel suo sentimento di umiliazione, che non può avvertire come mi sento quando mi critica così duramente”.

Si può discutere questo tipo d'interventi per il fatto di essere colpevolizzanti. Senza dubbio lo erano, ma poter sentire la sofferenza dell'altro, prendere contatto con il fatto che l'altro è anche lui un soggetto, per questo paziente era

un passaggio essenziale per la decostruzione del narcisismo paranoide distruttivo, e ciò poteva accadere solo nel rapporto con me poiché se lo avessi segnalato nel rapporto con gli altri avrebbe squalificato i miei interventi argomentando che stavo dalla loro parte.

Inoltre, enfasi sul codice paranoide dal quale si rappresentava l'altro, le sue presunte offese e maltrattamenti, sulla codifica che faceva della realtà, su come selezionava i dati che la confermavano e scartava quelli la falsificavano. Gli dissi esplicitamente che aveva sempre guardato alle intenzioni degli altri e che ciò gli aveva impedito di riflettere sulla propria mente, sul modo in cui costruiva i suoi pensieri. Gli dissi che potersi porre come osservatore dei suoi pensieri, chiedersi quali fossero le necessità emotive che lo conducevano alle convinzioni che aveva, il non rimanere intrappolato in queste convinzioni come se fossero verità assolute, sarebbe stato un progresso decisivo, per nulla facile da raggiungere. Ossia, appello al narcisismo per promuovere il cambiamento. Gli dissi anche che lo avevo sempre sentito molto diverso dai suoi genitori ma che aveva con loro un tratto comune: il non riconoscere che la realtà può essere vista in molti modi, che così come i suoi genitori non riuscivano a capire che le loro convinzioni non fossero quelle vere, lui, per quanto arrivasse a convinzioni diverse, aveva lo stesso grado di “fanatismo” che criticava tanto.

Lo sviluppo della capacità di riflettere sulla propria mente - come questa costruisce significati - diventò l'asse del trattamento, specialmente su come il trincerarsi nei pensieri che la sua mente generava gli permetteva di raggiungere un sentimento di sicurezza, valore, e che non sarebbe stato schiacciato dal pensiero degli altri. Pertanto, non semplice esposizione al paziente di una teoria della mente, sulle molteplici narrative che si possono costruire sulla base dei dati di realtà, non semplice appello a un'epistemologia del pensiero che doveva condividere con me, ma lavoro sulle ragioni emotive per le quali doveva rinchiudersi nelle sue convinzioni. Lo sviluppo del “**discernimento riguardo alla propria mente**” richiede la diminuzione delle angosce

che fanno sì che si equiparino i propri pensieri alla realtà, senza fessure tra le due.

Il decentramento rispetto alla propria mente è una condizione che trascende l'auto osservazione. Una persona può auto osservarsi, dire che sente una certa emozione, che ha una certa fantasia, però l'essenziale è che giunga a cogliere le ragioni per le quali la sua mente costruisce certi significati e non altri. Fenomeno paradossale, mai del tutto raggiungibile, poiché osservando la propria mente mentre produce pensieri e sentimenti lo si fa da certe prospettive, le quali a loro volta possono essere esaminate, in un movimento che, senza pretendere di andare indietro all'infinito, costituisce la migliore possibilità per l'essere umano di non rimanere ipnotizzato dai propri pensieri.

Gli effetti degli interventi destinati al decentramento rispetto alla sua mente permisero di moderare considerevolmente i suoi tratti più marcatamente patologici, senza che scomparissero del tutto poiché si produceva una riattivazione in certi momenti di stress, per quanto il ritorno a uno stato meno rivendicativo non tardava a prodursi giacché aveva interiorizzato qualcosa di essenziale: una concezione della sua mente come generatrice di pensieri provocati da necessità emotive. Arrivò a poter dire: "Prima credevo che quello che pensavo fosse una fotografia di tutto, delle cose così come sono". A ciò risposi che anche la fotografia coglie la realtà nell'ambito dei limiti che il suo materiale le impone, dei colori che è capace di individuare. Egli poté capire perfettamente la metafora.

Quando la mente coinvolge il corpo e questi reagisce con iperattivazione neurovegetativa che, a sua volta, segna la mente. Il concetto di pulsione.

Esistono pazienti che reagiscono con scariche neurovegetative, con ipertensione, con crisi di tachicardia, con diarree ecc. Cioè con un corpo che si disregola. Questa è la caratteristica distintiva non del tipo di conflitto in sé poiché un'altra persona potrebbe avere conflitti simili, perfino deficit maggiori nella sua capacità di

simbolizzarli e, tuttavia, un corpo nel quale l'angoscia non scatena quelle manifestazioni somatiche. Per molto tempo si è pensato che le disregolazioni corporee dipendessero esclusivamente dalla qualità delle fantasie che occasionavano l'ansietà, che la causalità era unidirezionale, dalla mente al corpo. Le ricerche neuroscientifiche attuali dimostrano che il processo è a doppia via. Damasio, criticando il mentalismo vigente, ha sviluppato il concetto di "marcatore somatico": ciò che conferisce valore a un'esperienza non è solo la valutazione cognitiva ma un certo stato somatico che si dà attraverso l'attivazione di complessi circuiti sottocorticali neuro ormonali che "marcano" un pensiero con una specifica carica affettiva e gli conferiscono rilievo (Damasio, 1996).

Ciò che fu un'intuizione di Freud, la differenza tra idea e affetto, e conferendo quest'ultimo carica all'idea, trova una conferma precisa nella neuroscienza moderna. Di più, che qualcosa che non è dell'ordine dell'ideativo, della significazione, sia capace di marcarla, ha ricevuto conferma empirica in una serie di esperimenti la cui importanza non si può trascurare. Per esempio: 36 soggetti sani, a cui furono mostrate 11 diapositive con scene emotivamente cariche, furono divisi in tre gruppi e a ognuno di questi fu somministrata, un'ora prima di visualizzare le scene, una delle tre sostanze seguenti: 1) yohimibina, che attiva il sistema adrenergico 2) metoprololo, che blocca il sistema adrenergico 3) un placebo (O'Carroll, 1999).

I soggetti a cui fu somministrata la yohimibina ricordarono più dettagli e diapositive delle scene emotivamente cariche mentre quelli cui fu somministrato un beta bloccante ricordarono meno. **Perciò lo stato biologico neurovegetativo esistente nel momento di vivere una certa situazione è ciò che gli conferisce valore, lo marca, e non soltanto il significato che può avere per il soggetto all'interno del suo sistema di significazione.**

Ciò implica che se una persona possiede un alto grado di attivazione neurovegetativa - sia per ragioni costituzionali, sia perché è stato iperattivato da esperienze infantili, o per situazioni attuali - ciò che fantastichi

inconsciamente, o pensi a livello cosciente, o che provenga come stimolo esterno, troverà un sistema affettivo preparato a contrassegnarlo in un modo particolare.

Qui il concetto di pulsione come articolazione tra qualcosa di ordine biologico e una rappresentazione trova una nuova forma di manifestazione. La pulsione non ha motivo di rimanere confinata alla sessualità o all'aggressività - e ancor meno a categorie generiche come pulsione di vita e pulsione di morte - le quali incontrando il loro oggetto contingente rimangono ad esso fissate. Queste sono semplificazioni, varianti di ciò che costituisce una struttura più ampia: il concetto di pulsione si riferisce alla articolazione tra distinti e molteplici sistemi biologici che, in quanto forze motivanti, incontrano rappresentazioni che marcano e cui rimangono fissati. Articolazione con un movimento a doppia via: quando si attiva il lato biologico, sono convocate rappresentazioni specifiche, e quando qualcosa dell'intorno o il processo psichico attiva certe rappresentazioni, il sistema biologico passa allo stato di attivazione.

Il sistema neurovegetativo costituisce una fonte di attivazione regolatrice che contrassegna continuamente l'ordine rappresentativo, e nel processo a doppia via che abbiamo menzionato, una volta che ha avuto luogo l'articolazione con certe rappresentazioni, queste attiveranno il primo.

Ciò che stanno dimostrando le ricerche in neuroscienze è che ci sono sistemi multipli biologicamente preparati che agiscono come vettori di forza per trovare nell'ordine rappresentativo quelle rappresentazioni con cui formare articolazioni specifiche.

Ciò implica un progresso sostanziale nella nostra conoscenza e approfondimento del concetto di pulsione e ciò che la neuroscienza sta apportando alla psicoanalisi. Per questo quando si svalutano le acquisizioni della neuroscienza come se fossero aliene alla psicoanalisi,

crediamo che ciò succeda perché non si è dato al concetto di pulsione l'ampiezza che possiede, restringendolo a poche delle sue possibili varianti.

La psicoanalisi non deve ripetere l'errore della psicologia cognitiva - conseguentemente a come si pensa, così si sente-, non può adattarsi a essere una psicologia cognitiva dell'inconscio, ma deve elaborare chiaramente ciò che fu formulato chiaramente a partire da Freud: l'idea e l'affetto sono due entità distinte, articolate, che vicendevolmente si danno vita. Che l'ordine della significazione abbia un ruolo essenziale non toglie dalla scena le regolazioni, le restrizioni, l'avvio in certe direzioni, che gli stati emotivi neurovegetativo/ormonali imprimono al sistema di attribuzione di significato. Il disturbo da stress premenstruale, sindrome conosciuta non solo attraverso la psicologia popolare, ma chiaramente fissata attraverso prove empiriche che hanno determinato la sua inclusione nella psichiatria come categoria specifica, lo mostra: c'è cambiamento dello stato d'animo, talvolta sistematicamente nel periodo immediatamente antecedente a quello del mestruo, di disforia, d'ideazione pessimistica, compreso idee suicidarie, iperemozionalità e pianto. Ciò non accade per una presunta fantasia di perdita che è stata molte volte invocata ma perché qualcosa che ha luogo a livello biologico condiziona l'ideazione, giacché migliora notevolmente con un'adeguata terapia (Cohen, 2000; Steiner & Parlstein, 2000).

Pertanto in quei pazienti nei quali l'iperattivazione neurovegetativa è il tratto distintivo non è sufficiente diminuire l'angoscia con l'analisi della tematica del conflitto, con l'aumento della capacità di simbolizzare e fornendo all'angoscia rappresentazione ideativa. Sono interventi indispensabili e molto efficaci, senza dubbio, come dimostra l'esperienza dei positivi cambiamenti corporei che sopraggiungono nel corso della psicoterapia. Ma, insieme a questo lavoro psicoterapeutico classico, è necessaria una azione diretta al corpo che diminuisca l'attivazione neurovegetativa, la quale può essere ottenuta con farmaci ma anche attraverso la mente.

La questione è come si mette in atto ciò nella psicoterapia. Naturalmente c'è un aspetto che fa parte del quadro stesso della psicoterapia e dell'atteggiamento del terapeuta, della calma nel dialogo che sia capace di creare, di avvolgere il paziente in un interscambio sereno, anche di fronte a circostanze drammatiche. Ciò lo diamo per scontato, per quanto la personalità del terapeuta in non poche occasioni - ansietà e iperattivazione - rinforzi l'iperattivazione neurovegetativa del paziente. In realtà, in questo tipo di pazienti, ricerchiamo una modalità di intervento ulteriore, più specifico, che consiste nel prendere l'attivazione neurovegetativa come fuoco esplicito nel trattamento. Perciò potremmo descrivere due tempi:

1) Connessione del paziente con il suo corpo: riconoscimento dello stato di tensione corporea, di agitazione, del modo tumultuoso, accelerato di parlare e di rispondere nel dialogo con l'altro, della respirazione rotta, agitata, dell'arrossamento del viso o pallore, della sudorazione ecc. Ossia, rottura della dissociazione tra la rappresentazione dei contenuti mentali e la rappresentazione del corpo. È degno di nota che così come il corpo erotico o il corpo del narcisismo - soddisfazione/insoddisfazione rispetto all'immagine corporea - forma abitualmente parte dell'analisi, il corpo neurovegetativo, se non presenta chiari sintomi psicosomatici - digestivi, cardiaci, dermatologici, immunologici, ecc. - non forma punto di riferimento né per l'analista né per il paziente. Ci troviamo in ciò che è stato chiamato "negazione dello stress" (Breznitz, 1985).

L'enfasi che in psicoanalisi acquisì la scoperta della fantasia fa correre il rischio che il trattamento si svolga su un livello puramente ideativo senza tenere conto che così come esiste una caratterologia dei meccanismi mentali - difese ossessive, isteriche, maniacali, proiettive ecc. - che sono stabili, alla stessa maniera il sistema neurovegetativo acquisisce caratteristiche stabili nel suo grado di attivazione e, sebbene fluttui concordemente ai contenuti mentali, in ogni persona queste fluttuazioni avvengono in una banda caratteristica.

Il "raffreddamento emotivo": una volta che il paziente ha affrontato la dissociazione rappresentativa mente/corpo, in cui le tensioni vengono riconosciute, è possibile esercitare un'azione sul corpo neurovegetativo a partire dalla mente, azione che va oltre al ripensare ai temi che riguardano le diverse angosce. La fase del "raffreddamento emozionale" può essere raggiunta in diversi modi: Dalle tecniche classiche della respirazione profonda o del rilassamento muscolare fino a quelle in cui al paziente viene chiesto di creare, nel momento in cui avverte l'ipereccitazione, un certo stato mentale difficile da descrivere con le parole perché è, precisamente, uno stato interiore di rilassamento. Le tecniche di Biofeedback hanno dimostrato empiricamente, con dati misurabili, che è possibile creare stati mentali capaci di controllare diverse funzioni corporee. In psicoterapia lo possiamo fare senza bisogno di usare gli apparati utilizzati in quella tecnica.

Questo raffreddamento emozionale non è rimozione - si sa cos'è che provoca angoscia-, non è negazione - si dà importanza a quello che succede -, non è formazione reattiva - ciò che è spiacevole non viene trasformato nel contrario -, ma regolazione dell'intensità neurovegetativa. E' un livello che in psicoanalisi è stato trascurato e non c'è dubbio che se si mantiene la tendenza a definire la terapia analitica attraverso quello che fa ogni scuola - "la psicoanalisi è ciò che sono abituato a fare" -, trasformando ciò che non si fa in "non psicoanalisi", allora si finirà o per trascurare l'importanza di intervenire sul corpo a partire dalla mente, o per ricadere nella concezione secondo cui le disregolazioni corporee dipendono dal fallimento della simbolizzazione, dal pensiero operatorio, dall'alessitimia, mettendo da parte l'enorme esperienza clinica che dimostra che la gente che è piena di conflitti non riconosciuti, che non possiede praticamente nessuna conoscenza delle proprie emozioni e di quelle altrui, che ha un livello molto basso di simbolizzazione, può tuttavia godere di ottima salute, non ammalarsi e non avere disturbi psicosomatici. Al contrario, altri soggetti, capaci di riconoscere e parlare dei propri e altrui sentimenti, che simbolizzano nei sogni, che riconoscono i conflitti e ciò che li affligge, patiscono continue sofferenze nel

corpo. Non finisce mai di stupire come si possa continuare a seguire concezioni che sono in aperta contraddizione con l'esperienza clinica senza che ci siano dati rigorosi che le giustifichino ma solo casi individuali in cui si mostra la presenza simultanea di deficit di simbolizzazione e psicosomatica, dimenticando che la copresenza in casi singoli non significa correlazione causale.

La concezione per la quale ciò che non è simbolizzato appare come malattia psicosomatica corrisponde a un modello di pensiero in cui ciò che manca in un posto ricomparirebbe come malattia in un altro. È il primo modello freudiano di formazione del sintomo, non quello che incontriamo nei suoi sviluppi più recenti: ciò che è sottratto alla coscienza, ciò che in essa non appare, è la causa della patologia. È il paradigma lacaniano in cui ciò che manca nel simbolico riappare nel reale (l'assenza del nome del padre provoca la sua ricomparsa nel reale come delirio o allucinazione).

Questo errore epistemologico deriva da ciò che Chomsky (1984) criticò, al livello generale, come principio di omogeneità. In ciò che stiamo considerando, invece di considerare che due sistemi articolati obbediscono alle loro proprie leggi, si omogeneizzano: ciò che manca in uno, riappare nell'altro. Basta l'assenza a un livello - certe rappresentazioni - perché si alteri il corpo. Invece, il corpo ha le sue regolazioni, le sue leggi di organizzazione biologica, e gli effetti del mentale avvengono perché quello che succede in quel livello si ripercuote, attiva, scatena, processi che seguono le regolazioni dell'altro. **Se c'è conflitto intenso, per quanto simbolizzato, e se il corpo ha vulnerabilità nel sistema immunitario, nel neuro ormonale, nel vascolare, ecc., allora indipendentemente dal grado di simbolizzazione, ci saranno disturbi.** Non è ciò che manca nella mente che provoca la disregolazione nel corpo ma ciò che sta nella mente - ansia per esempio - produce effetti in un corpo predisposto.

Ciò ci riconduce al riconoscimento di una doppia componente degli stati emotivi: quello cognitivo ma anche quello della regolazione

corporea neurovegetativa. Si disprezza l'intervento sul corpo come se l'azione su di esso si dovesse limitare ai procedimenti biologici e come se non formasse parte della psicoterapia, trascurando che essa non è sinonimo di analisi tematica dei conflitti ma comprende qualsiasi forma di intervento psicologico. In questo caso, attraverso la creazione da parte del paziente di uno stato mentale che diminuisca la sovra stimolazione neurovegetativa, sia che provenga, come abbiamo già detto, dalla stimolazione patologica a cui era stato sottoposto nell'infanzia, sia che provenga da esperienze traumatiche ulteriori che abbia vissuto. Perciò doppio livello d'intervento in questi pazienti: da un lato sui conflitti e sulle diverse cause che producono angoscia; dall'altro, sulla reazione corporea all'angoscia.

Ciò che abbiamo appena finito di discutere indica alcune limitazioni della parola come strumento di intervento terapeutico unico e universale, nonostante il suo enorme potere sia nell'organizzazione dello psichismo sia nella sue ristrutturazioni. La psicoanalisi è una questione di parola e di linguaggio, però non solo giacché l'inconscio possiede molte forme d'iscrizione e il corpo le sue. Perciò sono domande pertinenti: che ruolo gioca in ogni singolo caso la parola nella possibilità di ristrutturare lo psichismo, che ruolo ha il vissuto, che ruolo l'immagine quasi allucinatoria che il paziente può convocare, che ruolo il clima emotivo che l'analista con i suoi interventi e il vincolo che stabilisce è capace di svolgere?

Articolazione degli interventi: la lamentela e il malumore come tratto del carattere

Condizione che era un tratto caratteriologico di un paziente di fronte a qualunque aspetto spiacevole della realtà era che lo affrontava attraverso proteste del tipo: "Com'è possibile!", "Non lo reggo più!" "Sono stufo!" ecc. Proteste che rimanevano così, solo proteste, sperando che la sola enunciazione producesse la scomparsa di ciò che era spiacevole, conferendo così alla lamentela un carattere magico onnipotente. Naturalmente l'insoddisfazione rispetto alla realtà non era sufficiente a generare

questo tipo di atteggiamento. Era necessario, come vedemmo nel trattamento:

a) Una concezione paranoide e un rapporto persecutorio con l'esterno, una posizione generale in cui il paziente attribuiva a sé l'identità di vittima e al mondo esterno - persona o mondo inanimato - quella di persecutore. Posizione di fondo che soggiaceva e precedeva qualunque giudizio riguardo a situazioni particolari, alle vicissitudini che il vivere gli apparecchiava.

b) Una disposizione regressiva al modo del bambino che quando qualcosa gli dà fastidio esige che qualcuno accorra per risolvere il suo malessere. Riguardo a ciò, un tipo di pensiero magico onnipotente sotto forma di credenze matrici passionali del tipo "Se qualcosa non mi piace e protesto... le cose devono cambiare".

c) Inoltre aveva acquisito, come modo di contrastare il suo sentimento d'impotenza, il mantenere uno stato di malumore che non era la semplice risposta a diverse frustrazioni ma a un modo attivo di sentire che se non si poteva fare qualcosa nella realtà, perlomeno si poteva mantenere il rifiuto degli altri - "io sono arrabbiato, e della mia rabbia sono padrone, nessuno me lo può impedire" Malumore che si trasformava in rabbia contro sé stesso poiché il timore di affrontare i personaggi esterni facilitava l'attaccare sé stesso. Il suo superio riceveva appoggio nella sua severità dalla rabbia rivolta contro il sé attraverso le angosce persecutorie.

Il malumore come espressione di masochismo - modo di acquistare un sentimento illusorio di potere attraverso l'autoinfliggersi uno stato d'animo - fu argomento dell'analisi poiché non si rassegnava ad abbandonare questa forma di piacere sostitutivo. Stessa resistenza si incontrava a rinunciare all'autocritica che produceva un sentimento di potere: "sono arrabbiato con me stesso, e con la mia rabbia riuscirò a costringermi a fare ciò che desidero", il che rappresentava l'interiorizzazione del modo con cui i genitori lo avevano cresciuto: si obbliga qualcuno a essere come si desidera attraverso la colpevolizzazione e la denigrazione.

Il paziente, progressivamente, passò da un'auto osservazione destinata alla critica a essere più attento ai suoi processi mentali, alle sequenze che gli facevano cambiare in pochi minuti tra stati mentali. Si produsse un cambiamento, non senza difficoltà, da un'osservazione superegoica a un'osservazione dell'io mossa dalla curiosità e dal desiderio di cambiare ciò che generava insoddisfazione. Ma questo non accadde in modo spontaneo semplicemente perché si alleggerì il suo super-io o perché poteva vedere le motivazioni sottostanti. Insieme a questi fattori fu di aiuto che gli prospettassi in modo diretto che ci sono due modi di auto osservarsi: una che al constatare qualcosa di insoddisfacente dà luogo a un attacco e un'altra che serve per domandarsi come possa essersi generato questo aspetto insoddisfacente e che cosa si possa fare concretamente per cambiare.

Detto ciò, quali furono alcuni degli interventi terapeutici tendenti a modificare la sua struttura caratterologica?

1) Un primo tempo in cui mi occupai del contenuto tematico della protesta, poiché ciò permise di stabilire con lui un legame empatico, accettando il fuoco che proponeva, giacché procedendo diversamente si sarebbe corso il rischio di rafforzare la sua credenza nell'esistenza di un esterno ostile, in questo caso io.

2) In seguito, riconoscimento delle varianti della protesta, cioè, revisione delle successive e interminabili proteste per individuare ciò che è stata chiamata la "forma del contenuto" - il tema comune alle varie proteste -, il che permise di collocarle all'interno di diversi sistemi motivazionali: attaccamento, con le sue angosce di essere abbandonato; etero/autoconservazione, con i sentimenti di colpa e di persecuzione; narcisistico con svalorizzazione e, specialmente, vergogna; sensuale/sexuale, con le difficoltà per raggiungere il clima erotico e di innamoramento a cui aspirava e che era ostacolato dalla sua stessa rabbia e malumore. Tutto ciò all'interno delle grandi narrative che organizzavano la sua vita emotiva: desideri e rivalità con fratelli e genitori, trionfi/disfatte nei confronti di chi

idealizzava e, secondariamente, invidiava per i successi che lui non riusciva ad avere.

3) Scoperta del carattere piacevole del sintomo: nonostante la convinzione del mio paziente che ciò che provocava la sua protesta fosse esclusivamente spiacevole, ricavava un profondo piacere narcisizzante nel trasformare l'esterno in qualcosa di cattivo e se stesso in buono e trattato in modo ingiusto, fornendo così un alibi alla sua aggressività. Questa era una delle ragioni per cui aggrappava alle sue proteste nel corso del trattamento.

4) Scoperta del carattere difensivo: deviò all'esterno le insoddisfazioni relative al senso di sé, del sentimento di fallimento, di essere limitato nell'agire. Protesta tipica difensiva di alcune personalità fobiche con timore/vergogna nei confronti dell'azione per le quali protestare è più tranquillizzante che cercare di fare qualcosa nella realtà.

5) Esame delle fantasie soggiacenti ai timori/vergogna che ne limitavano l'azione nella realtà e lasciavano la protesta come premio di consolazione di fronte alla frustrazione che i propri limiti gli imponevano.

6) Scoperta del tipo di relazione che cercava di stabilire attraverso la protesta: promuovere l'alleanza con un amico, favorendo un attaccamento immaginario attraverso l'ispirare compassione in una figura che lo avrebbe protetto e con la quale avrebbe stabilito una alleanza paranoide contro i "cattivi". Inoltre, un modo per aggredire l'altro facendolo sentire colpevole della sua sofferenza. Per tanto, messa in atto nella relazione terapeutica ("enactment"), e con le figure esterne, di modalità di relazione che fanno della protesta lo strumento attraverso il quale stabilire un attaccamento, o esprimere aggressività attraverso la tortura dell'altro.

7) Lavoro sull'intrappolamento nel codice paranoide attraverso il quale i giudizi sulla realtà erano vissuti come sue descrizioni oggettive e non come percezioni soggettive a partire da necessità, desideri e angosce. Cioè ciò che abbiamo precedentemente definito "decentramento dalla propria mente".

Questi interventi, che abbiamo appena descritto, costituirono il tempo dell'**insight emotivo** - con le resistenze che la sua elaborazione implicò - che tuttavia richiesero un cambiamento nell'azione, cioè, di saggi nella realtà che permisero l'iscrizione di una fiducia crescente nel sentimento di potenza per agire nella realtà, per riuscire ad ottenere ciò che era desiderato attraverso mezzi efficaci e non magico-onnipotenti. Sviluppo, insieme al cambiamento dell'immagine di sé e della realtà, di risorse egoiche effettive.

Naturalmente ciò che abbiamo detto non esaurisce le determinanti complesse della lamentela come tratto caratteriale e delle sue varianti, né il ruolo che svolge la sua trasformazione nella relazione terapeutica o il desiderio dell'analista nell'ambito di un transfert positivo, ma serve, almeno, come esempio di quale possa essere il progetto di interventi basati sulla comprensione del sintomo come esito dell'articolazione di componenti che devono essere smontate, una a una, per risolverlo. In questo caso, a differenza della paziente precedentemente presentata in cui la devitalizzazione era il carattere distintivo, lo strumento terapeutico fondamentale non fu l'uso della relazione ma l'elaborazione attraverso l'interpretazione, a diversi livelli di profondità, delle ragioni attuali che mantenevano la protesta, il malumore e l'autocritica come sintomi della sua patologia. Lavoro sui conflitti interni e sui deficit delle risorse egoiche.

Conclusioni in relazione ai casi clinici

Ciò che abbiamo detto fin qui, specialmente i casi clinici esposti, indicano la molteplicità dei livelli e delle forme d'intervento in terapia psicoanalitica: l'uso dell'interpretazione classica di angosce, desideri e difese (ampliamento della coscienza), il lavoro sull'inconscio rimosso, il lavoro sull'inconscio originario delle interazioni e delle identificazioni, l'iscrizione di nuove esperienze emotive nella relazione col terapeuta e nel mondo esterno (modificazione dell'inconscio, memoria procedurale) attraverso i vari metodi che abbiamo descritto (iscrizioni

che modificano le precedenti e/o costituiscono ciò che non si era formato), fino agli interventi sul sistema neurovegetativo quando ciò costituisca una manovra di rilievo sulla disregolazione psichica.

In sintesi uso della parola, uso della relazione come fattore di cambiamento e uso degli esperimenti in azione, il tutto all'interno di un modello ampio che include sia i fenomeni del conflitto intrapsichico sia i derivati di deficit strutturali, tanto nel lavoro intrapsichico che in quello intersoggettivo.

Le azioni dell'analista. La confusione "oggetto teorico"/"oggetto reale"

Desideriamo adesso porre l'attenzione sulle seguenti questioni: a) ciò che dice il terapeuta; b) quello che fa; c) ciò che stimola il paziente a fare; d) ciò di cui lo psicoanalista parla con gli altri psicanalisti.

a) Ciò che dice, sia sotto forma d'interpretazioni, di segnalazioni o di confrontazioni permette al paziente di conoscere gradualmente, a diversi livelli di profondità, i suoi desideri, i suoi timori e le sue angosce sotto forma di fantasie, le credenze matrici passionali, i modi personali di difendersi dall'angoscia, i tipi di relazione che stabilisce con diversi personaggi in funzione di certe loro caratteristiche, ecc.

Ciò che dice il terapeuta può riferirsi a due ordini di elementi molto diversi, che non sempre sono stati distinti: da un lato può riferirsi a credenze, fantasie che il paziente ha su se stesso e sugli altri, a ideali, a desideri. Dall'altro a modi di reagire, a strutture che articolano il cognitivo con l'affettività, l'azione e il corpo. Che di fronte a qualcosa si pianga intensamente, o che di fronte a qualcosa di angoscioso l'angoscia debordi fino ad arrivare alla crisi di panico o che di fronte a un desiderio si passi immediatamente all'azione, tutto ciò va oltre al contenuto tematico dell'ansietà. Per essere più chiari, che qualcuno per il fatto di essere triste sia travolto dal pianto o, al contrario, reagisca indurendosi, raffreddandosi emotivamente, non è a causa del contenuto

tematico della fantasia o perché nel primo caso gli dia un significato più grave che nel secondo, ma per l'esistenza di una struttura che regola l'articolazione dello stato emotivo/corporeo del pianto.

È un errore pensare che una persona pianga solo a causa del significato inconscio che una situazione o l'altra possono avere, per la qualità della fantasia che determina come si veda la situazione. Di fronte a idee di malattia o morte, qualcuno può dare significati terribili, non negare, tuttavia non piangere e non inondarsi d'angoscia.

Ugualmente, credere che la regolazione emozionale, o la tendenza al cortocircuito desiderio/azione dipenda dalla gravità, maggiore o minore, della fantasia inconscia, trascura una delle importanti ragioni per cui Freud passò dalla descrizione dello psichismo dell'interpretazione dei sogni" a quella dell'"io e l'es". Nella prima descrizione, modellata sull'analisi tematica della narrativa dei sogni, c'erano il desiderio, la proibizione, la rimozione e il ritorno del rimosso sotto forma di sintomi. Nella seconda topica invece nasce il concetto di strutture con determinate funzioni, tra le altre il controllo motorio o i meccanismi di difesa o il controllo pulsionale. La questione non è quali siano le funzioni descritte da Freud, ma l'idea che certe attività, certi modi di funzionare della psiche non sono contenuti rappresentativi ma operazioni. L'errore del Lacanismo fu di leggere la seconda topica alla luce della prima, considerando l'io come una rappresentazione - la prima topica si centrava sulle rappresentazioni - espellendo così il concetto di Io in quanto categoria costruita per raggruppare certe funzioni regolatrici. Naturalmente con il termine "Io" non indichiamo un'entità ma un insieme di funzionamenti con un grado importante di organizzazione. Si potrà discutere su quali siano le operazioni da porre sotto questa denominazione, questa è una questione aperta, però l'importante è non equiparare l'organizzazione dello psichismo con il livello rappresentazionale. La struttura dello psichismo "manipola" le rappresentazioni, permette la loro associazione in certo modo, però stabilisce anche il passaggio all'azione, il modo della scarica nel corpo, il controllo di detta scarica.

b) Ciò che il terapeuta fa nell'interazione col paziente, compreso ciò che fa implicitamente dicendo, interpretando (accusa, discolpa, narcisizza, ecc.), e ciò che trascende il contenuto semantico di ciò che dice: tono di voce, atteggiamento emotivo e, globalmente, il tipo di vincolo che crea. Ciò significa stato emozionale del terapeuta che attiva un certo stato emozionale del paziente che produce un "intonamento" (Stern, 1985) tra i due o che fa sì che il paziente si difenda, si disconnetta non a causa del contenuto tematico di cui parla col terapeuta ma perché non tollera la qualità emozionale che si dispiega - per esempio terapeuti che creano ansia eccessiva, allo stesso modo di genitori ansiosi da cui i figli rifuggono per difendersi dalla loro emotività distruttiva.

Ciò che fa il terapeuta, il modo in cui si deve dirigere il paziente dipende dalla capacità che quest'ultimo ha di metabolizzare, di mentalizzare i messaggi che il terapeuta gli trasmette a molteplici livelli. In riferimento a ciò dice Killingmo (1999): "E' risaputo che il materiale con cui si confronta l'analista può variare riguardo al grado di elaborazione mentale. Gli stati esperienziali sono - in gradi variabili - immagazzinati in stati corporei e iconici e non nella memoria episodica o semantica. Invece di essere espressi in concetti, linguaggio e simbolizzazioni dotate di significato emotivo, gli stati affettivi sono scaricati somaticamente, motoricamente o sono esternalizzati. Per esempio un paziente può sperimentare qualità disforiche come stati affettivi isolati senza collegamento con immagini rappresentate o tracce mnestiche, e il suo linguaggio può prendere la forma di 'linguaggio pragmatico', cioè enunciati verbali destinati a infondere nel paziente stesso la sensazione che ci sia un senso. In tali fenomeni le rappresentazioni del sé non sono legate affettivamente all'espressione semantica e verbale... ciò ha ovvie implicazioni cliniche. Per essere terapeuticamente produttivi gli interventi del terapeuta devono concordare col livello, nel paziente, della rappresentazione dell'affetto in ogni momento. L'analista deve affrontare questioni come le seguenti: In che modo, espressivo, metaforico o verbale/astratto posso entrare in un dialogo che abbia senso con questo paziente ed essere emotivamente

presente per lui? Può essere questo paziente più profondamente motivato dalle mie parole? Il discorso del paziente è solo una vuota chiacchiera nel momento in cui la sua rappresentazione di sé affettivamente carica viene comunicata al di là della semantica?"

Questo modo di tenere presente la capacità del paziente di ricevere l'intervento terapeutico è ciò che Rosenfeld (1987), in ciò che costituisce una rettifica di una tecnica kleiniana che lui stesso impiegava precedentemente, afferma quando parla di pazienti che denomina "narcisisti dalla pelle sottile" o "narcisisti dalla pelle spessa": "tuttavia uno deve essere particolarmente attento per non aumentare questi traumi (qui Rosenfeld si riferisce a coloro che nella infanzia furono umiliati dai genitori) con errori nel nostro approccio analitico che umilino e inferiorizzino queste persone. questi errori sono molto difficili da rimediare successivamente" (p. 275). Inoltre, modificando l'enfasi che Melanie Klein poneva sull'interpretazione sistematica dell'invidia, riferendosi ad alcuni pazienti aggiunge "...sono stati squalificati dai genitori, o da altri bambini o, in analisi, dall'analista. Nella mia esperienza, quando il paziente si sente accettato e aiutato in analisi, e sente di avere uno spazio per pensare e per crescere, l'invidia gradualmente diminuisce. Per queste ragioni le interpretazioni dell'invidia non devono essere ripetute con troppa frequenza... questo problema deve essere affrontato attraverso l'aiutare i pazienti a capire che il loro progresso in analisi dipende da uno sforzo comune con l'analista e, in modo particolare, da un buon 'timing' e interpretazione sensibile da parte dell'analista" (p. 266).

Diciamo, inoltre, che ciò che fa l'analista non dipende esclusivamente dal suo schema teorico, ma anche dalle sue necessità emotive. Alla domanda di cosa sarebbe maggiormente rimosso durante la terapia la risposta potrebbe essere: ciò che l'analista fa, l'emozionalità che mette in gioco, derivata dalle necessità dei sistemi motivazionali a partire dai quali interviene e dal suo carattere. Non si tratta di auto incolparci poiché ciò è, precisamente, ciò che determina le difese di negazione, di rimozione, di dissociazione in noi stessi come

terapeuti. Semplicemente dobbiamo domandarci: che tipo d'interventi stiamo facendo e che influenza hanno sul legame che stabiliamo col paziente, sulle risposte che si attivano in lui, sulla peculiarità del transfert che mobilitano? Che identità stiamo adottando? Quella del padre o della madre - e all'interno di queste identità, che tipo di padre o di madre -, quella di amico, di colui che calma, di persecutore, di perseguitato spaventato, quella del seduttore narcisista per essere idealizzato, quella del seduttore sessuale, quella del seduttore per illudere con la protezione che offriamo, quella del maestro-guru che insegna verità? Che desideri e che difese attivano queste identità? Siamo fobici evitanti per diminuire la tensione e ci rifugiamo nell'identità di analista neutro-schermo, razionalizzando con la tecnica una necessità personale? O al contrario siamo iperattivi, ipomaniacali, controllanti, poiché ciò allevia i nostri sentimenti persecutori o d'impotenza che colpiscono il nostro narcisismo? Di nuovo non è per mettere in discussione quelle identità e cercare di assumere quella di un io ideale analitico, il che dipenderà da ciascuna scuola e fa correre il rischio di cadere nell'impostura e nell'ipocrisia. Uno dei problemi più seri di qualunque formazione in psicoanalisi è, precisamente, la velocità con cui si assume una identità ritualizzata conforme ai parametri considerati come quelli che definiranno l'essere "veramente" psicoanalista. La questione decisiva è adottare un atteggiamento di io osservante, come quello che chiediamo ai nostri pazienti, che ci permetta di accedere alla consapevolezza di ciò che stiamo facendo e perché. Così come le identità ideali a partire dalle quali i pazienti hanno bisogno di vedersi impediscono che riconoscano e accettino ciò che sono, allo stesso modo l'"identità analitica" è un ostacolo formidabile in quanto "falso sé" - nel senso di Winnicott - rispetto all'emergere delle nostre migliori qualità come terapeuti.

c) Ciò che il terapeuta spinge il paziente a fare, nelle sue relazioni con le distinte aree della realtà: stimolazione che può essere implicita (il desiderio dell'analista percepito dal paziente) o esplicita attraverso l'orientamento.

d) Riguardo a ciò di cui l'analista parla con i colleghi c'è un fenomeno che ha importanza per le sue conseguenze: in certi settori della psicoanalisi esiste una forte tendenza alla dissociazione tra la teorizzazione e lo scambio con i colleghi, da un lato, e nel lavoro clinico dall'altro. Non ci riferiamo al fatto che si abbelliscano i resoconti clinici, che s'inventino gli interventi che presumibilmente si fecero con i pazienti al fine di adattarli a ciò che canonicamente si considera corretto nel gruppo di riferimento. Questo è un problema individuale e corrisponde al coinvolgimento di ogni psicoanalista con i suoi colleghi, che li si inganni o no. Ciò che ci interessa, piuttosto, è un fenomeno che trascende lo psicoanalista come individuo e fa parte di una cultura grupale e che consiste nel delimitare epistemologicamente il campo della psicoanalisi - ogni scuola lo fa a modo suo -. caratterizzando quello che sarebbe il suo oggetto di studio - l'inconscio, la sessualità, le pulsioni, ecc. -, separandolo drasticamente da problematiche che passano a essere considerate aliene allo stesso, come l'attaccamento, il narcisismo nel suo versante dell'autostima, le risorse e gli ideali dell'io, l'organizzazione della coscienza ecc. Fin qui tutto sarebbe accettabile in quanto delimitazione epistemologica di un campo teorico, forse con l'unica eccezione che ogni scuola o autore non facesse terrorismo psicologico dicendo che questa è la vera psicoanalisi e che le concezioni degli altri sbagliate. Ma il problema sorge quando quella delimitazione epistemologica, che implica una divisione in parti legittima dello psichismo in quanto separa oggetti di studio, - psicoanalisi, psicologia evolutiva, psicologia cognitiva, effetti al livello psicologico delle strutture neurobiologiche e sue varianti ecc. - viene utilizzato per il trattamento di persone il cui psichismo giammai rimane circoscritto a un settore definito epistemologicamente. Si confonde una delimitazione epistemologica - delimitazione dell'ambito di una disciplina - con una pratica clinica che si esercita su una persona intera. Si confonde "oggetto teorico" con "oggetto reale", nel nostro caso il paziente. Di fronte a ciò si generano due atteggiamenti:

1) Quelli che sono coerenti e nei loro pazienti si occupano esclusivamente dell'oggetto teorico

che accettano. Vedono nel paziente solo quello che hanno selezionato come riguardante la propria disciplina, con la conseguenza che trascurano tutte le altre dimensioni dello psichismo che rimangono fuori dal terreno recintato. In pazienti con deficit gravi, con disregolazione affettiva, con tendenza alla confusione, con necessità di attaccamento disorganizzanti quando non siano soddisfatte, insistere solo sul problema del desiderio o della sessualità o dell'edipo senza considerare le strutture dell'io, l'organizzazione del preconscious e della coscienza, lo sviluppo delle risorse dell'io, il contenimento della tendenza al passaggio all'atto, fa sì che possa rimanere al di fuori del centro dell'attenzione ciò che è essenziale nel determinare la patologia. Non è una questione di tecnica del trattamento ma di qual è l'oggetto teorico che guida l'osservazione e stabilirà ciò che sarà captato.

C'è un "oggetto teorico" della psicoanalisi e un "oggetto reale". Le domande che sorgono le potremmo formulare così: se l'oggetto teorico della psicoanalisi, che cambia coerentemente con le varie correnti, non ricopre l'oggetto reale che è il paziente, come ridurre lo iato tra i due? Selezionando strettamente i pazienti che si accordano all'oggetto teorico, limitandosi a un settore molto ristretto di pazienti e di patologie. Disgraziatamente ciò, che sarebbe congruente con ciò che l'oggetto teorico rende possibile, non corrisponde alla realtà: le scuole psicoanalitiche lasciano intendere che i loro analisti sono abilitati al trattamento di tutti i pazienti, e così si fa.

2) Quelli che non sono coerenti, avendo una teoria e una delimitazione della psicoanalisi che successivamente, nella loro pratica clinica, non rispettano, facendo qualunque cosa: appoggio, consiglio, pressione, o interpretazioni kleiniane, rispecchiamento Kohutiano, atto analitico lacaniano, analisi delle difese in accordo con certe correnti della psicologia dell'io, ecc. La discordanza di ciò che discutono con i colleghi, e pubblicano, rispetto a ciò che accade nei loro studi fa pensare in termini di "filosofi di notte, apprendisti della psicoterapia di giorno". Le conseguenze non sono gravi solo per il paziente ma per l'analista stesso che si priva del poter pensare la propria clinica giacché ciò che è

libidicamente investito - il suo oggetto teorico - è lontano da ciò di cui si occupa durante la maggior parte del tempo in cui lavora.

L'unico modo di uscire dall'aporia in cui ci collocano i partigiani delle definizioni ristrette del campo analitico è considerare che questo comprende lo studio dei molteplici tipi di elaborazione inconscia - l'originario non rimosso, il prodotto della rimozione e le altre difese, quello che risulta dai fenomeni combinatori dei primi due ecc. - dei modi in cui tali processi guidano ciecamente la persona al di là della coscienza, delle molte forme in cui la coscienza può essere strutturata, delle relazioni complesse tra processi consci e inconsci, dei sistemi motivazionali multipli che organizzano le fantasie, il pensiero cosciente e il comportamento, delle molteplici strutturazioni dell'io, delle sue risorse, dell'influenza sul livello rappresentativo del substrato neurobiologico, dell'inscritto implicitamente e in termini di linguaggio e narrative, dell'articolazione tra l'intrapsichico e l'interpersonale, dei fenomeni di deficit e di conflitto, della relazione a doppia via tra cognizione e affettività, delle molteplici condizioni che intervengono nella generazione di patologia - conflitto, identificazione ecc. Elenco che non pretende di essere esaustivo ma serve per indicare l'ampiezza attraverso cui vediamo il campo analitico.

D'altra parte, la psicoanalisi nella sua applicazione al trattamento è lavoro sui codici multipli e i sistemi rappresentativi del paziente (anche dell'analista), sulle sue relazioni d'oggetto internalizzate modellate dalla doppia influenza delle figure esterne e delle caratteristiche innate, sui modi in cui paziente e analista - per quanto ci si centri sul primo - reagiscono affettivamente, neurovegetativamente, agli "enactments" nella creazione del particolare legame di ogni coppia paziente/analista, al grado di simbolizzazione del paziente e la sua capacità emotiva di prendere contatto e tollerare la sofferenza. Ciò che si cerca, come obiettivo finale, è lo sviluppo crescente nel paziente della capacità di auto osservazione e decentramento rispetto alla propria mente mentre avviene l'interazione, la conoscenza di come reagisce in funzione della sua caratterologia di fronte alla realtà esterna e

di come si condiziona a quell'esterno reale attraverso il proprio modo di sentire e agire. L'evento specifico, per quanto importante - conflitto di separazione nella coppia, difficoltà nel lavoro ecc. -, serve in quanto esemplificazione del codice, dei tratti caratteriali. Tutte queste circostanze della vita richiedono una doppia prospettiva: quella che deriva dal cercare di dargli una certa soluzione ma, soprattutto, quella permettere che il paziente riconosca nel suo modo di reagire certe modalità fondamentali della sua personalità. È la modificazione di queste ultime l'obiettivo della psicoterapia psicoanalitica e l'autoconoscenza che la caratterizza. Che la si mescoli con appoggio, con orientamento, sono elementi che risultano essere parte del processo, a volte per molto tempo, però dobbiamo essere consapevoli che l'unica cosa che trasforma è l'autoconoscenza seguita dal saggiare e mettere in pratica nuovi modi di reagire - insight nell'azione e iscrizione di nuove memorie procedurali -, con l'ulteriore consolidamento inconscio di queste nuove modalità di reazione. Insight nell'azione derivato da condotte nella relazione con gli altri che, nel momento in cui avvengono, si accompagnano alla riflessione e al ricordo del passato.

Rendere conscio l'inconscio continua a essere la pietra angolare di tutto il trattamento analitico. Ma rendere conscio l'inconscio non equivale a recuperare i ricordi rimossi - riempire le lacune mnestiche -, né a eliminare la rimozione o recuperare ciò che è scisso o respinto dai meccanismi di difesa. Come abbiamo detto, insieme all'inconscio rimosso c'è l'inconscio originario prodotto dalle relazioni e dalle identificazioni, inconscio iscritto come memoria procedurale che non fu mai oggetto di rifiuto. Anche questo inconscio deve essere portato alla coscienza per renderne possibile la modificazione. L'allargamento della coscienza è solo il primo passo poiché l'autoconoscenza e il decentramento rispetto alla propria mente sono insufficienti se non c'è cambiamento procedurale nei modi di reagire, di sentire, di rapportarsi agli altri, nelle condotte che costituiscono la messa in atto di una coscienza ampliata e di un inconscio in fase di cambiamento.

Note

1. È considerevole che si continui a sostenere che l'inconscio funziona secondo le leggi del processo primario, non valendo il principio di non contraddizione, coesistendo i contrari, senza influenzarsi reciprocamente. Gli analisti che continuano a ripetere quest'asserto dell'*Interpretazione dei sogni* (1900) credendo di seguire Freud non solo trascurano quello che egli affermerà ne *L'inconscio* (1915) e nell'*Io e l'es* (1923) ma entrano anche in contraddizione con ciò che dicono nella clinica: parlano di sensi di colpa inconsci - ossia di contraddizione tra desideri e mandati- di cui il nucleo inconscio è l'edipo - una organizzazione in cui una logica del "o io o l'altro", pertanto contraddizioni, gli opposti non coesistono -; credono nella fantasia inconscia che è un'organizzazione che prevede la causalità - "siccome ho fatto questo, l'altro mi farà questo"- "poiché ho fatto questo, mi succederà talaltra cosa" ecc. - affermano che i loro pazienti per alleviare la colpa inconscia adottano condotte masochiste di autocastigo - ossia il significato inconscio di una condotta annulla un'altra condotta-; considerano l'angoscia di castrazione fondamentale - ossia che l'inconscio oppone, fa entrare in contraddizione, l'essere fallico o castrato -, ecc. Rangell (1989), di fronte a queste contraddizioni tra le formulazioni teoriche e quelle cliniche che incontra in molti analisti dice: "mentre c'è una resistenza diffusa all'idea che il processo secondario funziona nell'inconscio, rimango attonito e perplesso di come uno psicoanalista clinico possa prescindere da quest'idea. Ogni paziente, ogni giorno, fornisce prove della sua necessità" (p. 197). Anche Westen (1999) insiste sull'impossibilità di continuare a mantenere la correlazione tra inconscio e processo primario da un lato, e coscienza e processo secondario, dall'altro.

Affermare che la coscienza funziona secondo le leggi del processo secondario è disconoscere che anche i contenuti della coscienza si associano per contiguità temporo-spaziale, o per somiglianza; basta ascoltare l'argomentazione di chiunque di noi sulle nostre convinzioni, o nel mezzo di una discussione, per ottenere la prova definitiva che i contrari possono coesistere, che la contraddizione non governa, che la logica in quei momenti rimane riservata ai testi di logica.

Con tutto ciò, nonostante l'evidenza, dati i modi in cui il sapere analitico è trasmesso, siamo scettici che si cessi di ripetere che l'inconscio funziona secondo i principi del processo primario e la coscienza in base a quelli del processo secondario.

2. Killingmo, partendo dalla tesi che l'osservazione non è mai libera da preconcetti propone che l'ascolto analitico non possa mantenere una distinzione categorica tra l'ascolto - il concetto di attenzione liberamente fluttuante - e l'attribuire significato a ciò che si sta ascoltando. Entrambi avvengono simultaneamente. Per mostrare l'unità di ascoltare e comprendere usa l'espressione "listening perspective", avendo "perspective" il

significato di prospettiva dalla quale l'analista comprende. Nel paragrafo citato traduciamo "listening-perspective" come escuchar-comprender.

*Ringrazio il professor Louis- Lopez Yarto per avermi fatto conoscere questo pensiero.

Riferimenti Bibliografici

- Ablon, S. (1994). Psychoanalytic theories of affect. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75 , 640-643.
- Balint, M. (1952). *Primary Love and Psycho-Analytic Technique*. Londres: H. Karnac (Books) Ltd.
- Balint, M. (1968). *The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression*. Londres: Tavistock/Routledge (1989).
- Bleichmar, H. (1986). *Angustia y fantasma: matrices inconscientes en el más allá del principio del placer*. Madrid: Adotraf.
- Bleichmar, H. (1994). Aportes para una reformulación de la cura en psicoanálisis: ampliación de la conciencia, modificación del inconsciente. *Revista Argentina de Psicología*, XXV (44), 23-44.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Bleichmar, H. (1999a). El tratamiento de las crisis de pánico y el enfoque "Modular-Transformacional". *Revista de psicoanálisis en la web . Aperturas Psicoanalíticas* <http://www.aperturas.org>, No. 3 (Noviembre) .
- Bleichmar, H. (1999b). Fundamentos y aplicaciones del enfoque "Modular-Transformacional". *Aperturas Psicoanalíticas* <http://www.aperturas.org>, No. 1 (Abril) .
- Bleichmar, H. (2000a). Aplicación del enfoque "Modular-Transformacional" al diagnóstico de los trastornos narcisistas. *Aperturas Psicoanalíticas* [Sitio web http://www.aperturas.org](http://www.aperturas.org), No. 5 (Julio) .
- Bleichmar, S. (2000). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and Depression. Attachment and Loss, Vol. 3*. London: Hogarth Press.
- Brenner, C. (1994). The mind as conflict and compromise formation. *Journal of Clinical Psychoanalytic*, 3 , 473-488.
- Breznitz, S., comp. (1985). *The Denial of Stress*. New York: International Universities Press.
- Busch, F. (1999). *Rethinking Clinical Technique*. Northvale: Jason Aronson Inc.
- Cahill, L. (1997). The neurobiology of emotionally influenced memory. Implications for understanding traumatic memory. *Annals N.Y. Acad. Science.*, 821, 238-246.
- Clyman, R. B. (1991). The procedural organization of emotions: A contribution from cognitive science to the psychoanalytic theory of therapeutic action. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 39 Supl. , 349-382.
- Cohen, L. S. (2000). New trends in treating premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (supl. 12) , 3-8.
- Chomsky, N. (1984). *Modular Approaches to the Study of the Mind*. San Diego: San Diego State University Press.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens. Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt Brace & Company.
- Damasio, A. R. (1996). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica (Grijalbo Mondadori).
- Davis, J. T. (2001). Revising psychoanalytic interpretations of the past. *International Journal of Psycho-Analysis*, 82 , 449-462.
- Dio Bleichmar, E. (1994). La femme provocatrice: une théorie sexuelle infantile (les effets du regard sexuel de l'adulte sur la subjectivité de la petite fille). En: *Colloque International de Psychanalyse Jean Laplanche. Nouveaux fondements pour la psychanalyse* . Paris: Presses Universitaires de France.
- Dio Bleichmar, E. (1995). The secret in the constitution of female sexuality: The effects of the adult's sexual look upon the subjectivity of the girl. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 4 (3), 331-342.
- Dio Bleichmar, E. (1997). *La sexualidad femenina. De la niña a la mujer*. Barcelona: Paidós.
- Eissler, K. R. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1 , 104-143.
- Fairbairn, W. R. D. (1943). The repression and the return of bad objects (with special reference to the 'war neuroses'). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London: Tavistock (1952).
- Ferenczi, S. (1932). La repetición en análisis peor que el traumatismo original. *Psicoanálisis. IV*. Madrid: Espasa-Calpe (1984).
- Fonagy, P. (1999). Memory and therapeutic action. *International Journal of Psycho-Analysis*, 80 , 215-224.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48 (1129-1146).
- Freud, S. (1896). Carta 52., vol. I. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1915a). La represión. *Obras completas*, vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1915b). Lo inconsciente. *Obras Completas*, vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1919). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. *Obras Completas*, vol. XVII. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. *Obras Completas*, vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1924). El sepultamiento del complejo de Edipo. *Obras Completas*, vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. *Obras Completas*, vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu
- Gedo, J. E. (1979). *Beyond Interpretation. Toward a Revised Theory for Psychoanalysis*. New York: International University Press, Inc.
- Gold, P. E., & Greenough, W. T. (2001). *Memory consolidation. Essays in honor of James.L. McGaugh*. Washington: American Psychological Association.
- Gray, P. (1996). *El yo y el análisis de la defensa*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Greenberg, J. (2001). The analyst's participation: A new look. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49 , 360-381.

- Hanly, C., & Fitzpatrick Hanly, M. A. (2001). Critical realism: Distinguishing the psychological subjectivity of the analyst from the epistemological subjectivism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, 515-533.
- Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1098-1127.
- Jones, J. M. (1995). *Affects as process. An inquiry into the centrality of affect in psychological life*. Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press.
- Kandel, E. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A New intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156, 505-524.
- Kernberg, O. (1992). *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. New Haven: Yale University Press.
- Killingmo, B. (1995). Affirmation in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 503-517.
- Killingmo, B. (1999). A psychoanalytic listening-perspective in time of pluralism. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 23 (2).
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *The Writings of Melanie Klein*, vol. I. London: Hogarth Press (1985).
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The Writings of Melanie Klein*, vol. III. London: The Hogarth Press
- Klein, M. (1957). Envy and gratitude. *Envy and Gratitude and Other Works*. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis (1984).
- Kohut, H. (1971). *El análisis del Self*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kohut, H. (1977). *La restauración del Self*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kohut, H. (1984). ¿Cómo cura el análisis? Buenos Aires: Paidós (1986).
- Lacan, J. (1966a). D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. En: *Écrits*. Paris: Éditions du Seuil.
- Lacan, J. (1966b). *Écrits*. Paris: Éditions du Seuil.
- Lacan, J. (1967-68). L'Acte Psychanalytique. Séminaire 67-68. Lyon: Schamans (1982).
- Laplanche, J. (1992). La prioridad del otro en psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu (1996).
- Leiberman, C., & Bleichmar, N., comp. (2001). *Las perspectivas del psicoanálisis*. México/ Buenos Aires: Paidós.
- Levinton, N. (2001). *El superyó femenino. La moral de las mujeres*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lichtenberg, J. D. (1989). *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lichtenberg, J. D., Lachman, F. M., & Fosshage, J. L. (1996). *The clinical Exchange. Techniques derived from self and motivational systems*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., & Fosshage, J. L. (1992). *Self and Motivational Systems: Toward a Theory of Psychoanalytic Technique*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lyons-Ruth, K. (2000). El inconsciente bipersonal: el diálogo intersubjetivo, la representación relacional actuada y la emergencia de nuevas formas de organización relacional. *Aperturas Psicoanalíticas* <http://www.aperturas.org>, No. 4.
- Main, M. (2000). Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño y en el adulto: atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego. *Aperturas Psicoanalíticas* <http://www.aperturas.org>, No. 8.
- Mingote, J. C., Machón, B., Isla, I., Perris, A., & Nieto, I. (2001). Tratamiento integrado del trastorno de estrés postraumático. *Aperturas Psicoanalíticas* <http://www.aperturas.org>, (No. 8).
- Mitchell, S. A. (1997). *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Mitchell, S. A. (2000). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press.
- Nadel, L., & Land, C. (2000). Memory traces revisited. *Nature Reviews: Neuroscience*, 1, 209-212.
- Nader, K., Schafe, G. E., & LeDoux, J. E. (2000). The labile nature of consolidation theory. *Nature, Reviews: Neuroscience*, 1 (3), 216-219.
- O'Carroll, R. E., Drysdale, E., Cahill, L., & Shajahan, P. E., K.P. (1999). Stimulation of the noradrenergic system enhances and blockade reduces memory for emotional material in man. *Psychol Med*, 29, 1083-8.
- O'Connell, M. (2001). Realidad subjetiva, realidad objetiva, modos de relación y acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas* <http://www.aperturas.org>, No. 8.
- Ogden, T. H. (1982). *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. New Jersey: Jason Aronson, Inc.
- Orange, D. M., Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1997). *Working Intersubjectively. Contextualism in Psychoanalytic Practice*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Piaget, J. (1973). The affective unconscious and the cognitive unconscious. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 21, 249-261.
- Pine, F. (1990). *Drive, Ego, Object, and Self. A Synthesis for Clinical Work*. USA: Basic Books.
- Pine, F. (1998). *Diversity and Direction in Psychoanalytic Technique*. New Haven: Yale University Press.
- Rangell, L. (1989). Action theory within the structural view. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, 189-202.
- Renik, O. (1996). The perils of neutrality. *The Psychoanalytic Quarterly*, LXXV, 495-517.
- Rosenfeld (1987). *Impasse and interpretation. Therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytic treatment of psychotic, borderline and neurotic patients*. London: Tavistock/Routledge.
- Rosenfeld, H. (1964). On the psychopathology of narcissism: a clinical approach. *Psychotic States. A Psychoanalytic Approach*. London: Maresfields Reprints (1984).
- Sandler, J. (1989). *Proyección, identificación, identificación proyectiva*. Madrid: Tecnipublicaciones, S.A.
- Sara, S. J. (2000). Strengthening the shaky trace through retrieval. *Nature Review: Neuroscience*, 1, 212-213.
- Schore, A. L. (1984). *Affect regulation and the origin of the self. The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Shevrin, H., Bond, J. A., & Brakel, L. A. W. (1996). *Conscious and Unconscious Processes. Psychodynamic, Cognitive, and Neurophysiological Convergences*. New York: The Guilford Press.

- Slade, A. (2000). The development and organization of attachment: Implications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1148-1174.
- Spillius, E. B., comp. (1988a). *Melanie Klein today. Developments in theory and practice. Vol. 1: Mainly theory*. London: Tavistock/ Roudledge.
- Spillius, E. B., comp. (1988b). *Melanie Klein today. Developments in theory and practice. Vol. 2: Mainly practice*. London: Tavistock/ Roudledge.
- Spitz, R. C. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2 , 313-341.
- Steiner, M., & Pearlstein, T. (2000). Premenstrual dysphoria and the serotonin system: Pathophysiology and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (suppl. 12) , 17-27.
- Stern, D., et al. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'something more' than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79 , 903-921.
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Tulving, E., & Craik, F. I. M., comp. (2000). *The Oxford handbook of memory*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Westen, D. (1997). Towards a clinical and empirically sound theory of motivation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78 , 521-548.
- Westen, D. (1999). The scientific status of unconscious processes: Is Freud really dead? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47 , 1161-1106.
- White, R. S. (2001). The interpersonal and Freudian traditions: convergences and divergences. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49 , 428-455.
- Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Hogarth Press (1987).
- Winnicott, D. W. (1989). *Holding and Interpretation. Fragment of an analysis*. London: Karnac Books.
- Yehuda, R. (2000). Biology of posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61, supplement 7 (14-21).

Parole chiave – keywords

angoscia di castrazione, decentramento dalla propria mente, Edipo, scissione verticale, stati affettivi, inconscio effetto di processi difensivi, inconscio originario per identificazione, inconscio originario delle interazioni, desiderio, memoria.

LA CREATIVITÀ EMOTIVO-SIMBOLICA

di Stefano Calamandrei

Medico Psicoterapeuta

Le ricerche sulla prima infanzia indicano che il Sé neonatale e la madre sono strettamente intrecciati in una reciproca inter-corporeità. Noi e gli altri condividiamo la stessa natura e i nostri sistemi motori sono organizzati in maniera simile per raggiungere gli stessi scopi intenzionali: l'inter-corporeità neonatale ci dona, per tutta la vita, un accesso privilegiato al mondo dell'altro. Secondo Schore tale diade è sintonizzata biopsicologicamente, in un contesto di risonanza emotiva, dove la manifestazione comportamentale dello stato interno di ciascun partner è monitorata dall'altro, con un reciproco scambio di feedback affettivi e un'amplificazione dello stato positivo di entrambi.

Questo sistema di comunicazione emotiva favorisce l'espressione esterna degli stati affettivi dei bambini. Il care-giver regola i propri livelli di attivazione per promuovere la sincronia dell'intero organismo del neonato, regolazione che viene integrata dai sistemi oppiacei, quindi dal principio di piacere.

Il modello psicoanalitico è sempre stato basato sulla relazione, una relazione che è scambio emotivo e terapia. Freud, teorizzando ciò, ha, fin da subito, ipotizzato che la soggettività fosse prevalentemente interpersonale.

Tale prospettiva si è evoluta fino alle teorie di autori come Winnicott e Kohut, che hanno esplicitato la contraddizione paradossale fra soggettività, cioè il narcisismo, e intersoggettività, cioè il rapporto con l'altro, superando la dimensione pulsionale concepita come troppo strettamente biologica. La relazionalità si costituisce attraverso lo scambio affettivo, forma il transfert emotivo e sappiamo che può svilupparsi in modalità complicate e difensive. Il legame affettivo fa parte della funzione di "holding" dell'ambiente umano e comunica informazione vitale senza che sia

necessario renderne espliciti i contenuti, precedendo l'acquisizione del linguaggio.

Come già aveva individuato Anna Freud, il bambino e la madre sono strettamente sintonizzati sui reciproci affetti, che sono la fonte primaria di informazione riguardo al mondo interno della madre, al suo stato affettivo, ma anche rispetto al mondo reale e ai suoi pericoli. Per tutta la vita persisterà questa primitiva comunicazione preverbale che forma il substrato biologico dell'empatia: il bambino percepisce gli affetti della madre ma anche la percezione che la madre ha degli affetti del bambino. Questo momento di scambio troverà, nell'intreccio emotivo, anche attimi di sosta su qualcosa di comune, una condivisione contemplata, che distacca un terzo elemento rispetto alla coppia diade. Una delle emozioni del bambino viene evidenziata dalla madre, così che questo stato emotivo si distanzia dai due, diviene un "oggetto" che insieme percepiscono come a sé stante, lo contemplanò: tale movimento costituirà l'elemento fondamentale che innesca la funzione simbolica.

Il processo analitico è soprattutto una ripetizione di questo primissimo processo di condivisione e distanziamento: cioè far divenire "oggetti" intrapsichici i contenuti mentali.

Il simbolismo in psicoanalisi

La teorizzazione psicoanalitica sul simbolismo è costituita da una serie di ipotesi che insistono lungo il percorso tracciato da Freud, in una produzione relativamente poco approfondita. Nella maggior parte dei trattati di psicoanalisi non si trovano indicazioni sul meccanismo di formazione del simbolismo e del processo secondario. La ragione per cui i primi analisti, che pure hanno scritto molto sui simboli, non hanno teorizzato adeguatamente la funzione simbolica è probabilmente dovuta alla

convinzione culturale dell'epoca, influenzata dalle teorie di Lamarck, che questa fosse generata da meccanismi ereditari.

Per Freud la maggior parte degli elementi simbolici convenzionali, come il linguaggio o il simbolo matematico, erano prodotti dalla sublimazione; infatti ipotizzava che l'energia psichica della pulsione parziale, una volta che ne veniva impedito il soddisfacimento fisico diretto, poteva essere incanalata dalle proibizioni sociali e super-egoiche alla produzione dei simboli, con un'azione non ben specificata. La carenza teorica che accompagna la nascita del pensiero simbolico potrebbe considerarsi quasi paradossale, considerando il fatto che quasi tutto quello che accade in seduta viene considerato "simbolico", sia perché riferito al transfert o alla produzione onirica, sia perché viene stimolata la promozione del simbolo per eccellenza, la "parola".

Giustamente Aulagnier sostiene che "il termine 'simbolico' (...) definisce contemporaneamente la funzione del linguaggio, una proprietà particolare del segno che specifica un rapporto enigmatico con il significante fallico, il nome del padre come organizzatore del sistema di parentela, l'accesso ad una legge, e molte altre cose (...): a seconda delle esigenze della dimostrazione vengono privilegiati l'uno o l'altro significato. Il che prova la difficoltà reale che pone l'uso di quei concetti, ma rende ancora più illecito che li si trasformi in una sorta di passe-partout che finisce o con l'aprire solo porte spalancate o, al contrario, col chiudere a doppia mandata ogni serratura che osa resistere alla chiave analitica".

In realtà, Freud comprese l'importanza del simbolismo relativamente tardi, rispetto al concepimento dell'impianto teorico psicoanalitico ed infatti introdusse le sue riflessioni a riguardo in una fase tardiva. Queste lo portarono ad aggiungere un nuovo capitolo sul simbolismo nella "Interpretazione dei sogni" solamente nel 1914 e ad affrontare il tema nella lezione 10 della "Introduzione alla psicoanalisi", ma non lo indussero a modificare la sua impostazione concettuale. Il suo approccio all'interpretazione dei simboli viene considerato da Petocz come "misto" e non coerente, poiché sostiene contemporaneamente molte ipotesi differenti. Freud, nonostante avesse individuato la continuità tra le formazioni simboliche

inconsce e consce, non ha mai ritenuto che tale successione arrivasse fino al punto di costituire il "continuum" necessario al processo del pensiero. In particolar modo non è riuscito a comprendere che i simboli non-convenzionali dovessero, anch'essi, essere appresi e perciò li ha considerati ereditati e, quindi, già presenti nell'inconscio. Tale convinzione veniva dedotta dal fatto che il simbolo onirico non sembrava evocare associazioni nel sognatore, era spesso "muto": così la simbolizzazione rimase separata nell'inconscio e soprattutto non integrata agli altri meccanismi del lavoro del sogno come la condensazione, lo spostamento e la raffigurabilità. Il simbolo non-convenzionale, cioè la metafora cognitivo-esperienziale, andò a costituire un quarto tipo di relazione tra contenuto latente e manifesto, di cui il lavoro onirico può servirsi trovandolo già formato e pronto per essere usato.

In verità, nei suoi primi scritti, Freud sembra concepire la simbolizzazione come una sostituzione che si avvicina molto alla metafora corporea, quando interpreta letterariamente i modi di dire "nodo alla gola" o "non riesco a mandar giù". Poi, maturando la sua concezione, individuerà nel simbolo principalmente la componente di una funzione difensiva che maschera qualcos'altro, pur mantenendo l'idea dell'esistenza di un simbolismo "a priori" nell'inconscio, poiché aveva osservato che la censura non sempre produce simboli.

Il simbolo diviene allora l'elemento finale del percorso Conflitto-Rimozione-Sostituzione per formazione di Compromesso, così da partecipare all'oscuramento del ricordo di un'idea inaccettabile con qualcosa che la coscienza può accettare. La concezione teorica tenderà ad individuare come simboli non-convenzionali solamente una parte di questi, definendoli "simboli propriamente psicoanalitici" solo quando uno dei termini dell'equazione è rimosso nell'inconscio. La formazione dei simboli viene spiegata attraverso la loro natura affettiva: siccome i bambini si preoccupano soltanto di soddisfare i loro istinti, ne consegue che si occupano soltanto di quelle parti del corpo nelle quali ha luogo un appagamento, cioè le parti del corpo sessualmente eccitabili, le zone erogene, quindi concentrano la loro attenzione in particolare sulla bocca, sull'ano e sugli organi genitali.

Si perviene così alla “sessualizzazione dell’universo”: “In questo stadio i bambini amano chiamare con l’appellativo infantile del loro pene ogni oggetto oblungo, vedono in ogni cavità un ano, in ogni liquido orina”.

Questa equiparazione non è ancora una rappresentazione simbolica, lo diviene quando in seguito all’educazione uno dei due termini del paragone, decisamente il più importante, viene rimosso e l’altro, precedentemente meno importante, acquista una “accentuazione di significato” affettiva e diventa un simbolo del rimosso. Se in origine pene, albero o campanile venivano consapevolmente equiparati “è solo con la rimozione dell’interesse per il pene che l’albero e il campanile sono divenuti, apparentemente senza ragione, tanto più interessanti: sono diventati simboli fallici”. Quindi l’analogia fornisce soltanto l’occasione per l’individuazione di alcuni aspetti, ma la nascita degli autentici simboli, in senso psicoanalitico, è dovuta alla rimozione delle emozioni.

Come Laplanche e Pontalis riassumono, Freud nello spiegare il simbolismo mette l’accento sul rapporto che unisce il simbolo a ciò che è da esso rappresentato “e trae dalla particolarità delle immagini e dei sintomi una specie di ‘lingua fondamentale’ universale, anche se concentra la sua attenzione più su ciò che essa dice che non sulla sua struttura”: il “vero simbolo psicoanalitico” si manifesta quando la sublimazione fallisce ed è un prodotto della sola rimozione.

Tale concezione consegue all’interesse psicoanalitico per il simbolo che aveva valore patologico, quello della nevrosi, del lapsus o del sogno, quello che emergeva nella stanza d’analisi, dando per scontata, in quanto considerata innata, per eredità filogenetica, la naturale evoluzione e lo sviluppo di tutti gli altri.

Anche Jung, con il concetto di “archetipo”, e così pure Lacan, che teorizzava come il complesso edipico precedesse la nascita del soggetto, in fondo, concordano teoricamente con l’idea che l’ordine simbolico pre-esista all’uomo.

La teoria di Melanie Klein amplierà notevolmente lo studio del simbolismo, nel momento in cui integrerà la tecnica analitica, che era esclusivamente verbale, con la psicoanalisi

dei bambini, attribuendo un significato simbolico al gioco infantile. L’azione fisica che avveniva nel gioco, non era solamente una scarica di energia psichica istintuale, ma aveva anche un contenuto, analogo a quello dei sogni. La fantasia acquisiva un senso e si avvicinò maggiormente al concetto di metafora, di pensiero simbolico elaborativo, piuttosto che di simbolo psicoanalitico in senso stretto e si estenderà ai simboli capaci di rappresentare gli stati emozionali, quelli che emergono dai conflitti tra amore e odio, tra distruttività e riparazione, tra istinto di vita e istinto di morte fino a comprendere le forme universali che gli artisti riescono a porre nei personaggi che creano. Questo nonostante che la Klein concepisse il simbolo come Freud, ovvero che si formava lungo una “serie complementare a un cui capo vi è la formazione dei sintomi e la rimozione e all’altro la sublimazione riuscita”. Però, l’interpretazione del gioco infantile e della fantasia inconscia verranno utilizzate, nell’uso clinico, come interpretazioni metaforico-corporee, in modo analogo a quello dei primi scritti freudiani.

L’uso di queste interpretazioni diverrà sempre più diffuso, come ad esempio, nel testo di Riviere - “La fantasia inconscia di un mondo interno riflessa in esempi della letteratura” – in cui riprende le modalità usate da Freud nell’analizzare la “Gradiva” o il “caso Schreber”. Nella teoria kleiniana il bambino inizia a cercare simboli fin dai primissimi stadi di sviluppo, allo scopo di trovare sollievo alle sue esperienze dolorose e tale meccanismo è fondamentale per la costruzione sana dell’Io. Le angosce persecutorie vissute in fantasia nella relazione con gli oggetti primari, il corpo della madre, promuovono la ricerca di nuove relazioni, libere da conflitti, con oggetti sostitutivi: i simboli. La natura del processo di simbolizzazione però non viene pienamente affrontata e il simbolo rimane, sempre, il frutto di una strategia difensiva correlata all’attività della fantasia inconscia.

La teoria del simbolismo viene ulteriormente elaborata da Hanna Segal che individua nella capacità di spostamento degli affetti la radice del meccanismo di formazione del simbolo e supera la concezione freudiana, riconoscendo il continuo sviluppo del simbolismo durante la crescita, con un percorso che dagli elementi

primitivi giunge fino ai simboli usati nel linguaggio. Per questa Autrice il tentativo di ridurre o inibire gli impulsi aggressivi e libidici, per il bambino, è il più forte stimolo alla creazione di simboli, necessari per poter spostare il proprio senso di aggressione verso l'oggetto originario e in tal modo ridurre il senso di colpa e la paura della perdita.

Solo il raggiungimento della posizione depressiva, però, quando la madre e il suo corpo verranno vissuti come separati dall'Io, permetterà al simbolo, creato nel mondo interno come modalità di "riparazione, ri-creazione, recupero e riconquista dell'oggetto originario", di giungere alla definitiva maturazione.

Per Freud la desessualizzazione dell'impulso istintuale era la pre-condizione di base della sublimazione, invece per la teoria kleiniana la formazione dei simboli nella posizione depressiva è dovuta prevalentemente all'inibizione degli impulsi istintuali diretti, prevalentemente aggressivi, nei confronti dell'oggetto, di modo che siano disponibili per la sublimazione.

Solamente nei lavori più maturi la Klein riconoscerà che le parti scisse del sé e degli oggetti, proiettate all'esterno poiché fonte di angoscia e di dolore, posseggono "elementi preziosi della personalità e della vita di fantasia e sono anche fonte di ispirazione nell'attività artistica e di numerose altre attività intellettuali", ammettendo così l'esistenza di un legame tra i processi più precoci della mente e la produzione simbolica dell'adulto e pertanto che questa non era dovuta esclusivamente alla riparazione.

Bion svilupperà questi concetti, mantenendone l'impostazione di fondo, considerando il simbolizzare espressione della trasformazione degli elementi beta in elementi alfa, grazie alla presenza di una capacità della mente definita funzione-alfa. Questa opererebbe sulle sensazioni e sulle emozioni dell'esperienza immediata, per produrre elementi alfa o ricordi che possono essere usati per nuovi processi di trasformazione o immagazzinati, sia come pensieri del sogno che come pensieri della veglia. Se la funzione alfa è disturbata, non può operare la trasformazione e questi fatti, gli elementi beta, rimangono "cose in sé", inelaborate, che possono pertanto solo essere evacuate attraverso l'identificazione proiettiva o l'acting-out.

Bion però non spiega come operi il meccanismo simbolico perché "la funzione alfa è un'astrazione utilizzata dall'analista per descrivere una funzione, di cui non conosce la natura".

La maggior parte delle teorizzazioni psicoanalitiche si fermano alla fine degli anni '70 e non affrontano più il problema del simbolismo così che, in sintesi, rimane non teorizzato, generando alcuni problemi: ovvero quale importanza dare, nella dinamica psichica, all'inconscio non-rimosso, e come spiegare la formazione dei simboli sia convenzionali che non-convenzionali. Temi che sono stati affrontati, ma solo parzialmente, dalla psicologia dell'Io e indirettamente dalle teorie kleiniane con il concetto di fantasia inconscia e l'interpretazione analitica del gioco. Forse, oggi, dobbiamo cominciare a modificare il nostro punto di vista se, come diceva Stefania Manfredi, il "concetto di riparazione è strettamente collegato alla concezione kleiniana del sadismo infantile precoce e pare essere un po' limitativo se non crediamo che il bambino così piccolo abbia una vita mentale così sofisticata, se non crediamo sia così sadico perché non crediamo nella pulsione di morte, se non crediamo nella teoria degli istinti, ma ci muoviamo in una teoria delle relazioni oggettuali piuttosto alla Fairbairn o alla Winnicott".

Più recentemente, Modell ha provato a coniugare le ipotesi teoriche psicoanalitiche con le acquisizioni neuro-scientifiche - che vedono la mente neonatale come una "tabula rasa" dove tutto deve essere appreso - e ipotizza che l'inconscio non-rimosso sia sede della metafora emotivo-esperienziale. Il pensiero metaforico assumerebbe la funzione fondamentale di interpretare la memoria inconscia delle sensazioni somatiche, proprio perché le memorie emotive formano categorie basate sulla similitudine metaforica. L'inconscio non-rimosso è, quindi, costituito da simboli non-convenzionali formati dall'immaginazione corporea, che genera innumerevoli proto-metafore che tendono, poi, a confluire ed a strutturarsi in metafore primarie che plasmano gli strumenti cognitivi fondamentali. Ad esempio, la metafora primaria costituita dal senso di verticalità scaturisce dalla sensazione del mantenere la postura eretta, una conquista ed un

obiettivo piacevole della prima infanzia. Questa sensazione pervasiva diviene una metafora di base, uno strumento cognitivo che genera significato, da cui deriveranno una serie di acquisizioni di senso che, come i miti più antichi, possiamo definire universali.

Le metafore si formano nell'interazione tra sensazione e motricità, grazie alla simulazione incarnata che forma una struttura cognitiva universale che dona coerenza alla nostra esperienza ed ai nostri vissuti. La metafora cognitiva espande, poi, le proprie capacità al di là dei limiti corporei per rendere più comprensibile il mondo esterno. La sensazione corporea dello stare in piedi sulle proprie gambe acquista un significato di senso, lo stare "su" diviene una metafora simbolica a cui la parola "su" rimanda continuamente, sia emotivamente che soprattutto cognitivamente. Stare "su" significa, nel linguaggio comune, in tutte le lingue, un aumento della quantità, delle qualità positive, delle cose buone, un aumento del tono dell'umore, improntato alla positività e così via. Per quanto riguarda il senso opposto, rimanere o stare "giù", è facilmente intuibile come da questa sensazione corporea si possa sviluppare la metafora simbolica da cui derivano tutti i significati inversi. Il significato metaforico-cognitivo è una ripercussione di ciò che avviene nel nostro corpo che viene proiettato sul mondo esterno e costituisce le radici di tutte le metafore successive che sono sviluppate nella nostra cultura. Il significato delle metafore primarie è strutturale per il pensiero, ne forma le radici inconse, i simboli non-convenzionali, da cui si sviluppano tutte le possibili associazioni e il pensiero cosciente non può ritrovarne le origini, il percorso di formazione, ripercorrendo a ritroso il cammino verso la loro fonte inconscia. Il problema è spiegare come tale sensazione metaforico-corporea, simbolo cognitivo non-convenzionale, si correla al simbolo verbale "su".

I processi di pensiero e il linguaggio

La psicoanalisi freudiana si basa sulla definizione dei due processi di pensiero, il Processo Primario, inconscio, primitivo e infantile, e il Processo Secondario, preconsciouso, più adulto, civilizzato e caratterizzato dal linguaggio.

Nel sistema inconscio esiste la memoria di una "cosa", cioè la sua esperienza, denominata "rappresentazione di cosa", che "consiste nell'investimento, se non delle dirette immagini mnestiche della cosa, almeno delle tracce mnestiche più lontane che derivano da quelle immagini". Laplanche e Pontalis osservano come in questa definizione la rappresentazione sia, già, distinta nettamente dalla traccia mnestica, il frutto di un'elaborazione, che in se stessa non è altro che la trascrizione dell'evento e che la "cosa" è presente in diversi sistemi o complessi associativi a seconda dei suoi aspetti. La "rappresentazione di cosa" è la memoria di una "cosa", esterna o interna al corpo, accaduta alla sensorialità percettiva, necessariamente inconscia, di cui quella mente si è appropriata, memorizzando l'intera esperienza in una percezione globale.

Successivamente, secondo Freud, quando alla "rappresentazione di cosa" si aggiunge una denominazione, ovvero la "rappresentazione di parola", abbiamo il passaggio al sistema preconsciouso-conscio: "il sistema Preconsciouso nasce dal fatto che questa rappresentazione della cosa viene sovrainvestita in seguito al suo nesso con le relative rappresentazioni verbali. Abbiamo il diritto di supporre che siano tali sovrainvestimenti a determinare una più alta organizzazione psichica, e a rendere possibile la sostituzione del processo primario con il processo secondario che domina nel Preconsciouso". La verbalizzazione, ha un ruolo decisivo nel determinare un cambiamento qualitativo nel processo di pensiero che, però, risulta essere molto più complesso del solo uso del linguaggio. Freud non chiarisce l'origine di questo processo di sovrainvestimento, né quale sia la natura del legame che si stabilisce tra "cosa" e "parola", poiché non è sufficiente che la "rappresentazione di cosa" affianchi la "rappresentazione di parola" perché il processo secondario evolva.

Bisogna considerare che il linguaggio non è un patrimonio filogenetico e anche le parole derivano da tracce mnestiche, sono "rappresentazioni di cosa" uditive che divengono simbolo verbale. Quindi non si può sostenere che le rappresentazioni verbali costituiscano, di per sé, stati organizzativi di livello più elevato rispetto alla rappresentazione di cosa: non esiste un centro del linguaggio e si

eredita solamente la predisposizione ad utilizzarlo.

Il legame di “sovrainvestimento” è un processo che intensifica e modifica gli investimenti stabiliti inconsciamente per la sola “rappresentazione di cosa”. Tale atto produce un processo nuovo dove la rappresentazione che si crea, quella tra cosa e parola, differisce da entrambe perché è un atto psichico organizzato in un modo più complesso, diviene “un’organizzazione mentale superiore”.

Loewald chiarisce che “se l’analista informa il paziente a parole dell’esistenza di una rappresentazione inconscia (...) il paziente avrà la rappresentazione psichica corrispondente alla rappresentazione di cosa. Ma il paziente non sarà in grado di fare un uso adeguato di queste informazioni a meno che le due rappresentazioni non vengano collegate tra loro nella sua mente dalla sua mente, attraverso un atto di sovrainvestimento che crea una nuova forma di rappresentazione mentale (...) potremmo dire che nel collegare le parole all’esperienza corrispondente, la vita psichica del paziente viene intensificata, arricchita, assurge ad una nuova dimensione”.

Il processo secondario si edifica attraverso la costituzione di una nuova esperienza, la formazione di un nuovo atto psichico, poiché le due rappresentazioni, di cosa e verbale, nella loro interazione vengono sollevate dallo stato di atti riproduttivi separati e si fondono in un unico atto percettivo, con la caratteristica di freschezza e intensità di quest’ultimo: una percezione intrapsichica che accade fuori della consapevolezza. Quando questo passaggio non si realizza, secondo Freud, è la rimozione che ricusa alla rappresentazione respinta “la traduzione in parole (...). La rappresentazione non espressa con parole, un lato psichico non sovrainvestito, restano allora nell’inconscio, rimosso”.

Per Freud, però, le parole erano già presenti, simbolicamente mature, in quanto ereditate, quindi si immaginava un semplice congiungimento e non poteva concepire la necessità di un atto di apprendimento affettivo-cognitivo. Anche se, sicuramente, intuiva che il sovrainvestimento determinava un nuovo tipo di pensiero, quando sosteneva che “il pensiero si sviluppa in sistemi che sono così lontani dai residui percettivi originari (...) da aver bisogno,

per diventare coscienti di essere rafforzati da qualità nuove”.

Freud rimanda la spiegazione allo scritto andato perduto sulla Coscienza, dove avrebbe affrontato il tema della genesi di questo nuovo pensiero, che non è semplicemente la comparsa del linguaggio e della verbalizzazione: poiché il preconscious e il processo secondario vengono formati dall’accompagnamento materno nel mondo simbolico e sociale.

Il sovrainvestimento come atto di percezione interna

“Cosa” e “parola” sono unite nella sensorialità ricordata, quando la rappresentazione verbale è solamente una percezione uditiva, un’esperienza, una “cosa”. Le parole udite dalla madre fanno parte delle esperienze percettive del neonato, che non può cogliere le singole parole nell’esperienza globale in cui si trova immerso. In questa prima fase le “parole” sono come tutte le altre “cose”, non sono entità percettivamente differenziate, fanno parte del processo primario, di tutto ciò che è percepito e registrato nelle tracce mnestiche.

Il flusso delle parole della madre non serve, dal punto di vista del neonato, a simbolizzare cose poiché il suono, il tono della voce, il ritmo del discorso sono fusi all’interno di un evento globale di percezione e apprendimento, di scambio emotivo. La distinzione tra i suoni, come aspetti di un’esperienza totale e il loro significato, tra significante sonoro e significato concettuale, è il frutto di un’acquisizione che si realizza attraverso un lento sviluppo psichico.

Il processo di sovrainvestimento comincia a determinarsi dai nessi che si instaurano durante la fase iniziale dello sviluppo narcisistico, nel lavoro di “cross-modal matching” e metaforizzazione corporea, ed è un processo di progressiva differenziazione degli elementi rispetto all’originaria unità sensoriale.

La madre ha l’onere di effettuare un lavoro di discriminazione, differenziazione e al tempo stesso di significazione, così sovrainveste le rappresentazioni inducendo un atto psichico di percezione interiore. La madre promuove l’organizzazione preconscious, mentre effettua gli spostamenti da una modalità sensoriale all’altra, preservandone le caratteristiche vitali e mantenendo una corrispondenza (Matching) tra

le diverse forme affettive. Essa condivide le sensazioni corporee e conferma la tipologia di forma emotivo-dinamica che viene vissuta dal neonato, ma non attraverso la stessa modalità sensoriale. Così se da un lato questi si sente indotto verso uno spostamento ed una correlazione, dall'altro comprende che la madre non si limita a imitarlo, ma che lo sostiene mentre egli sta auto-creando la propria forma interiore e la condivide.

La corrispondenza e l'induzione di legami riguardano, quindi, gli stati affettivi interni, le modalità del "vissuto", non si limitano agli aspetti percettivi esteriori ed ai comportamenti manifesti. La sintonia corrisposta tende a stabilire, attraverso la corrispondenza affettiva, la compartecipazione delle forme dinamiche vitali ma esperite con differenti modalità psichiche. Questo particolare movimento emotivo che induce la differenziazione, l'auto-creazione della propria sensorialità e della significazione personale, avviene attraverso la creazione di una "terzietà" che anticipa la formazione del simbolismo. La terzietà è la base della cognizione sociale, perché non è rispecchiamento speculare, è sintonia, è far capire di aver capito e comunicarlo su un altro piano emotivo: è condividere qualcosa in comune, distanziandola dal proprio Sé e contemplandola insieme. Il linguaggio si sviluppa grazie alla crescente differenziazione tra Sé e mondo oggettuale quando una parte della "rappresentazione di cosa" uditiva, immersa nella situazione mnestica globale, viene staccata ed individuata per divenire lentamente qualcosa di astratto come un concetto, un simbolo verbale, pur mantenendo un legame, appunto simbolico, con la rappresentazione di cosa da cui era emersa.

La condivisione materna insistita su quel particolare suono "terzo", rispetto ai due della coppia, la capacità di dividerlo e contemplarlo insieme, distanziando qualcosa di sonoro ed evidenziandolo, crea il simbolo-parola, processo che si completa solo con l'adolescenza.

Loewald nota come il sovrainvestimento materno sia, in realtà, un concetto organizzatore dell'attività mentale del bambino che non è così semplice da realizzarsi. Ogni "investimento" che viene effettuato dalla giovane mente non è

solamente uno spostamento di energia, ma è un atto di organizzazione mentale che struttura la "rappresentazione di cosa" come un oggetto, crea un'entità differenziata e relativamente distante dall'agente organizzatore.

L'investimento narcisistico che il soggetto effettua in un atto di percezione interna non è solo un investimento dell'Io, ma è un atto mentale in cui una "cosa" viene distaccata per via intra-psichica dallo stesso agente. La funzione simbolica si sviluppa fin dalla prima relazione madre-bambino, prima ancora che la madre possa essere sperimentata come un oggetto separato e quindi tutto ciò avviene prima che distruzione e riparazione possano avere significato.

Lo scambio emotivo-identificativo porta all'incontro inter-corporeo tra identità, allo scambio di identificazioni incrociate e spontaneità che apportano una diversità arricchente che trasforma. Ogni bambino deve esperire processi che convertono un ordinario passaggio in qualcosa di più del vuoto di prima e che, poi, contengono una parte soggettiva del bambino e una parte di non-me che si integra e diviene significato: si auto-crea una porzione di identità nuova. L'interpretazione analitica opera in maniera analoga quando ristabilisce la necessaria differenziazione, in modo che sia possibile sviluppare un nuovo legame "oggettivante".

Le parole dell'analista evocano la "rappresentazione di cosa" contenuta nella stessa parola, viene evidenziata un'emozione, viene contemplata insieme, condivisa, differenziata, distanziando le due rappresentazioni dall'unità indifferenziata fusionale in cui sono immerse. Così viene reso possibile un nuovo nesso tra i due elementi distinti e solo alla fine viene dato un nome, completando l'atto psichico di significazione che forma il processo secondario: in tale maniera la terapia psicoanalitica promuove, elettivamente, lo sviluppo della funzione simbolica del paziente.

L'inizio del comprendere simbolico del neonato è il momento in cui evidenzia e contempla uno stato emotivo in comune con qualcun altro, ciò consente al bambino di effettuare una connessione, un "matching" evidenziante,

attraverso il quale può cominciare ad accedere alla propria esperienza e a tenerla in mente.

Tenere in mente è la funzione che apprende e ciò che la madre promuove, creare un “oggetto intrapsichico”, evidenziando un terzo contemplato con un atto percettivo interno, un meccanismo processuale che, come il lavoro del sogno, diviene una potenza creatrice e unificante dell’energia narcisistica, della sua tendenza a riunire le diverse forze in gioco.

L’identificazione, allora, acquisisce il senso dell’appropriarsi soggettivo e del comprendere, della formazione del processo secondario, della via elaborativa che costituisce il preconscious, del meccanismo che forma i simboli. La condivisione e la conferma di ciò che il bambino esperisce, favorita dal care-giver, induce l’atto percettivo interiore di correlazione che produce significato, ma quello che viene appreso è anche lo strumento, la funzione elaborativa che porterà a costruire una propria modalità interiore di effettuare le corrispondenze significanti.

L’identificazione consiste nell’apprendere il come fare, l’atto stesso, è impadronirsi del procedimento ovvero divenire creativi: cioè sapere che correlando due stimoli sensoriali “grezzi” questi diventano qualcosa di più, accedono ad un livello superiore di significato. Se, poi, questo “nuovo” significato viene anche partecipato da qualcuno all’esterno di noi diviene simbolico così ogni volta che siamo in presenza di qualcosa di condiviso, lo sentiamo bello e ci sentiamo vivi, pervasi da un senso di armonia tra la nostra natura e la nostra esperienza. Ogni forma di contatto interpersonale, ogni modalità di scambio di identificazioni ci dona piacere, evoca emozioni in noi, costruisce un ponte verso gli altri che ci ravviva, in quanto esperienza comune che ci impedisce l’isolamento e il cadere nelle esperienze soggettive private.

Il ritrovamento simbolico attiva l’identificazione che determina il senso di non sentirsi “soli”, poiché è ritrovare il terzo contemplato insieme, così recuperiamo l’intersoggettività e l’intercorporeità, ritroviamo qualcosa di profondo che dona la sensazione di comunanza, che ci connette ad altri, torniamo a esperire l’emozione a comune, la sintonia identificativa, un tempo e uno spazio di vita condivisi. Tale prezioso momento per essere “vitale”, però, ci deve anche modificare, perché veniamo pervasi dalla spontaneità dell’altro e questo può portarci ad un “livello più alto”, dove integriamo una “diversità” che ci arricchisce e ci trasforma, senza che ce ne rendiamo conto, in qualcosa di meglio.

L’identità creativa è il confronto in cui il nostro Sé si integra nello scambio delle identificazioni, si eleva nel livello di comprensione, grazie all’indistinzione dei limiti tra noi e gli altri, quando lasciamo che nell’incontro venga concessa un’occasione per l’attività creativa inconscia. Tale predisposizione promuove l’imprevisto che viene dall’inconscio, che potremmo riconoscere a posteriori come l’oggetto ricercato di cui si era in attesa, sebbene non l’avessimo nemmeno immaginato, che favorisce una trasformazione senza che ce ne accorgiamo, poiché per tollerarne l’alterità ne rimuoviamo le tracce.

Questa integrazione identitaria sarà possibile se avremo una ingenua, ma certa, fiducia nella vita, non solo nei confronti dell’ambiente e degli altri, ma anche nella presenza di qualcosa di intelligente che agisce in noi, malgrado noi ed i nostri “gradini”, e che ha la capacità creativa ed arricchente di dare forma e senso a ciò che continuamente incontriamo negli scambi con l’esterno o l’interno di noi stessi.

L'ATROFIA DELLA MENTE: DALL'IPERTESTO ALLE TERAPIE COMPORTAMENTALI

di Manuele Matera

Psicologo Psicoterapista, Presidente della Società di Psicoterapia Comparata

Negli anni '90, parallelamente alla diffusione della rete Internet, sempre più persone entrarono in contatto con il concetto di ipertesto, ovvero la possibilità di approfondire velocemente aspetti del testo in consultazione semplicemente selezionando un termine di tale testo. Tale possibilità, oggi praticamente ovvia, segnò una vera e propria rivoluzione. Fu il primo vero passo per la transizione da un antico metodo di fare ricerca e studio ad uno tutto nuovo.

Precedentemente all'avvento dell'ipertesto (*hyperlink*) approfondire un argomento significava innanzi tutto scoprire quali testi esistessero sull'argomento e quali tra i molti potessero essere considerati autorevoli; successivamente tali testi dovevano essere rintracciati nei vari archivi e biblioteche. Solo allora poteva iniziare la prima fase dello studio, ed ogni volta che si incontravano concetti e termini nuovi doveva essere tollerata la frustrazione di non poterne avere immediato approfondimento, ma bensì i nuovi pensieri sorti dovevano essere conservati in qualche appunto scritto o mentale, da riprendere in un secondo momento e approfondito attraverso nuove ricerche e letture. Per quanto oggi tutto questo rischi di sembrare preistoria per molti di noi nati con le enciclopedie e senza sapere cosa fosse un catalogo digitale è stata la normalità per decine di anni. Un lavoro faticoso, ma che ricambiava con la gratificante sensazione del lavoro della mente, con la fondamentale acquisizione della pazienza, con il rafforzamento della capacità di saper aspettare e con lo sviluppo di una vera e sana epistemofilia. Non capire significava approfondire, darsi tempo, continuare a cercare sino a che l'oscuro poteva diventare leggermente chiaro e, si sperava, alla fine trasparente.

Con l'avvento dell'ipertesto tutto questo divenne più immediato, un termine sconosciuto poteva collegarci nel tempo necessario a premere un tasto ad un nuovo testo dove trovare esaustive spiegazioni del concetto stesso. Con questo comparve una nuova sensazione sino ad allora praticamente estranea per quanto riguardava questo campo, ovvero il senso di stordimento da sovraccarico di informazioni, la nostra mente e le strutture che la sorreggono non erano in grado di gestire con disinvoltura così tante informazioni nell'unità di tempo, informazioni per giunta qualche volta nemmeno così evidentemente collegate tra di loro in quanto l'ipertesto rischiava spesso di diventare un pesante telefono senza fili dove non sempre si poteva ricordare il percorso che ci aveva guidato dal punto di partenza a quello di arrivo. Ma sicuramente l'ipertesto gratificava il nostro narcisismo, si adagiava dentro di noi alla stregua di una protesi mentale in grado di farci sentire superstudiosi in grado di sapere tutto in poco tempo, facendoci dimenticare una volta per tutte il piacere del dedicare tempo ad una così importante attività.

Questo pareva un punto di arrivo, ma ben si sa che la mente ama l'economia, un po' meno che anche l'economia può dare dipendenza. Ed è così che una volta provata la sensazione che l'economia ci produceva il mondo digitale ci propose il passaggio successivo, ovvero una sempre più marcata sostituzione del testo con l'abbreviazione del testo, un po' perché leggere sui nuovi *media* era faticoso di per sé, un po' perché leggere meno appagava la nuova astinenza. La bellezza del testo non era più condizione necessaria, a morte le perifrasi e le secondarie, dimentichiamoci del punto e virgola furono i nuovi impliciti slogan sottostanti alla esplicita rivoluzione. Così il testo divenne breve,

conciso, a rischio di fraintendimenti, e la mente poco a poco sperimentò la trappola dell'eccesso di ozio, tanto gratificante nell'immediato quanto pericoloso nel tempo.

Il testo era diventato breve, colmo di collegamenti con altri testi, poco importava se sempre pertinenti o autorevoli, oramai il testo era per tutti e tutti potevano scrivere testi, si era persa definitivamente l'autorizzazione a scrivere e tutti si autorizzavano a scrivere, proprio come in questo momento fa il presente.

Ma la mente gode dell'economia, del risparmio, già lo abbiamo scritto e vorremmo economizzare nel doverlo ribadire. Ed è così che dopo un po' anche la parola scritta divenne troppo lenta da acquisire; proprio o a seguito di quel momento, l'immagine fece la sua irruzione nel web ed imparammo che è molto più intuitivo e veloce capire qualcosa guardando rispetto che leggendo. Si perdeva così ulteriormente il dono dell'approfondimento, si allenavano ancor meno le nostre funzioni mentali ma poco importava a fronte del risparmio di fatica offerto. Una immagine al posto di cento parole fu la frase rubata da tutti agli esperti di marketing.

Inutile far finta di doverlo scoprire una volta ancora, anche l'immagine era destinata ben presto a diventare troppo faticosa da comprendere, ed è così che l'Artusi si ritrova imbarazzato su qualche scaffale in cantina (quando la sorte ha deciso di assisterlo) e in cucina il tablet con il video passo passo di come preparare quella cosa lì senza bisogno di capire il senso di ciò che diligentemente dovremo imitare come piccioni addomesticati.

Stessa sorte della perfusione via web è toccata agli altri mezzi di comunicazione, basti pensare ai telefoni cellulari dove l'sms si sostituì progressivamente alla parola, per poi divenire abbreviazione testuale sempre più esasperata sino a giungere oggi all'emojicon, massima – per ora – espressione della fatica del comunicare.

Ironia della sorte, leggende e qualche autorevole libro narrano che l'SMS fu inventato da due ricercatori, sordomuti, che si erano creati nel sistema GSM in sperimentazione un loro piccolo canale di comunicazione per utilizzare quel sistema nonostante le loro impossibilità; pare che venisse utilizzato per cose tipo "inizia a preparare la cena che tra poco tornerò a casa".

Ho iniziato a mettere insieme i passi di questa breve e sarcastica riflessione sulla involutiva evoluzione della comunicazione umana partendo da una riflessione ben meno divertente ovvero ripensando agli albori della nostra professione di psicoterapeuti. Correva l'inizio del ventesimo secolo (per i puristi la fine del diciannovesimo) quando la psicoanalisi trovò per la prima volta una autonoma definizione. Si dichiarava per la prima volta la possibilità di un processo lento, pensato, riflettuto per potersi porre domande in una cornice dove il tempo era un tempo a misura d'uomo, enciclopedico a questo punto verrebbe la voglia di scrivere. Ma gli uomini che vogliono leggere e purtroppo anche quelli che dovrebbero scrivere, oramai si è capito, sottostanno al bisogno di pigrizia (scusate! al principio di economia, volevo scrivere) ed è così che la storia della psicologia ha visto poco a poco opporsi a tale complesso, ma umanamente consono, modo di riflettere teorie e tecniche sempre più *Youtube Style*, sempre più basate sul "so io cosa devi fare per stare meglio, so io anche per te a cosa in realtà stai pensando", con una procedura certa da applicare per ogni affezione poco certa affinché tu possa guarire (terribile parola, davvero terribile quando si parla di mente). Se accadrà a noi psicologi quello che è accaduto nel mondo digitale forse tra poco nemmeno le terapie cognitivo-comportamentali saranno più abbastanza brevi e incisive ma dovremo elidere anche il cognitivo per tornare alla mitica scatola nera del dott. Prof. Watson.

Ma l'uomo è davvero così stupido e immediato? Ma la mente davvero si ammala o piuttosto potremmo tornare a pensare ad una mente che all'opposto si ingegna con ogni suo mezzo e risorsa per cercare di sopravvivere?

Forse possiamo autorizzarci a sognare almeno un po' un futuro dove si riscopra il piacere di sfogliare una enciclopedia con calma, pagina per pagina, lasciando che ogni emozione e quel particolare odore si diffonda di nuovo nei nostri pensieri e ci conduca in compagnia attraverso quei magnifici viaggi uccisi troppo spesso da un frettoloso "mi piace".

UN BALLO LENTO. MENTE, CORPO E SESSUALITÀ IN UNA NUOVA PSICOANALISI RELAZIONALE

di Jonathan H. Slavin¹ e Miki Rahmani²

¹Professore Harvard University e New York University, due volte Presidente della Divisione di Psicoanalisi APA, Presidente del Massachusetts Institute for Psychoanalysis

²Chief Psychologist Centro Salute Mentale South Jerusalem, Docente Emerito Hebrew University di Gerusalemme

Questo articolo è una versione preliminare e ridotta dell'articolo pubblicato in cartaceo e online nella rivista *Psychoanalytic Perspectives* nel 2016. Per citare l'articolo si prega di fare riferimento a questa versione:

This article is an earlier and briefer version of an article published in print and online in the journal *Psychoanalytic Perspectives* in 2016. To cite this article please cite that version:

Slavin, J. & Rahmani, M. (2016). *Slow dancing: Mind, body, and sexuality in a new relational psychoanalysis*. *Psychoanalytic Perspectives*, 13:152-167. Copyright © 2016 National Institute for the Psychotherapies

Traduzione italiana a cura di Natalia Garcia Berra
psicologa

IL LAVORO DI JONATHAN E MIKI

di Andrea Innocenti

Direttore Scuola di Psicoterapia Comparata

Nel mese di giugno 2017 abbiamo avuto il piacere di ospitare presso la Scuola di Psicoterapia Comparata di Firenze Jonathan H. Slavin e Miki Rahmani. Jonathan e Miki hanno tenuto seminari e workshop sulla prospettiva relazionale nella psicoterapia, sulla sessualità nello sviluppo e nella terapia, e sulla supervisione clinica negli Stati Uniti, in Canada, Israele, Russia, Romania, Armenia, Turchia, Cina e Italia. Abbiamo chiesto loro di contribuire alla nostra rivista con la pubblicazione di questo articolo, che bene riassume i principi di base del loro lavoro clinico e di ricerca pluridecennale.

Jonathan H. Slavin, Ph.D., ABPP, è Clinical Instructor in Psicologia presso il Dipartimento di Psichiatria della Harvard Medical School; è inoltre Professore Clinico Associato del Programma di Post-Dottorato in Psicoterapia e Psicoanalisi della New York University; ha fondato il Tufts University Counseling Center, di cui è stato anche Direttore (1970–2006); è stato presidente della Divisione di Psicoanalisi (39) della American Psychological Association; è fondatore e presidente del Massachusetts Institute for Psychoanalysis. Le pubblicazioni del Dr. Slavin si sono incentrate sui fondamentali elementi esperienziali nella relazione terapeutica, tra cui l'amore, la sessualità, il desiderio, la sincerità, l'agency personale, e il loro ruolo nel riparare la mente.

Miki Rahmani, M.A., è Psicologo Responsabile presso il Centro di Salute Mentale "South Jerusalem", e Faculty Emerita della School of Education presso la Hebrew University di Gerusalemme, Israele. In oltre 35 anni di insegnamento e pratica

clinica, ha tenuto corsi annuali, seminari e workshop sulla relazione in supervisione, il processo della supervisione nel lavoro clinico e nella formazione, e sul processo di cura.

*Nel suo posto in riva al fiume
Suzanne ti ha voluto accanto
e ora ascolti andar le barche
ora puoi dormirle al fianco
si lo sai che lei è pazza
ma per questo sei con lei
E ti offre il tè e le arance
che ha portato dalla Cina
e proprio mentre stai per dirle
che non hai amore da offrirle
lei è già sulla tua onda
e fa che il fiume ti risponda
che da sempre siete amanti*

*E tu vuoi viaggiarle insieme
vuoi viaggiarle insieme ciecamente
perché sai che le hai toccato il corpo
il suo corpo perfetto con la mente
(Suzanne – Leonard Cohen)*

Entro la prospettiva relazionale, il recente pensiero psicoanalitico (Fast, 2006, 2012; Fonagy e Target, 2007; Gentile, 2007, 2008, 2010, 2013) ha tentato di reintegrare il corpo e l'esperienza corporea nella nostra comprensione della formazione della mente. Questo ritorno al corpo è interessante perché è proprio lì che la psicoanalisi si è concentrata nella prima metà del XX secolo, dopo l'abbandono da parte di Freud della teoria del trauma. Il suo fulcro, e quello della psicoanalisi classica, era sulla libido, sulla sessualità e sull'esperienza corporea nello sviluppo della personalità.

Tuttavia a questo fece seguito una rivoluzione nella psicoanalisi. A partire da Winnicott, da Sullivan in America, e poi con la psicologia del Sé e la prospettiva relazionale, la psicoanalisi incominciò a muoversi in un'altra direzione, distanziandosi dall'esperienza corporea e avvicinandosi verso il modo in cui le relazioni plasmano la mente. Questa rivoluzione relazionale è stata essenziale. Ha restituito importanza nella psicoanalisi all'impatto che la realtà, rappresentata da persone reali, interazioni

reali e fallimenti reali durante lo sviluppo hanno sulla formazione della mente.

È importante tenere a mente che queste prospettive "relazionali" non riguardano semplicemente le interazioni nel mondo reale. Piuttosto, riguardano il modo in cui le relazioni, così come sono esperite dall'individuo, conformano il mondo interno, la mente. Gli oggetti interni non sono semplici creazioni di fantasie libidinali prodotte dall'interno. Si basano sulle interazioni reali con persone reali. Inoltre, queste prospettive relazionali hanno cambiato il modo di vedere il processo psicoterapeutico. Il terapeuta o l'analista non era più un osservatore esterno e obiettivo che forniva una sorta di *insight* che in qualche modo produce un cambiamento. Il vero agente di cambiamento diviene la reale interazione tra due persone reali. Durante lo sviluppo del pensiero psicoanalitico, questa ampia prospettiva relazionale ci ha permesso di ritrovare nuovamente qualcosa che avevamo perso di vista in 75 anni, ovvero il profondo impatto che il trauma reale e l'abuso sessuale hanno su tante, tantissime persone. Ed è precisamente questo il punto di partenza dal quale si è sviluppata la psicoanalisi.

Ma ora è assolutamente necessario che la psicoanalisi effettui una nuova integrazione tra il corpo fisico e l'esperienza relazionale. Come sempre più ricerche scientifiche stanno evidenziando, il cervello fisico, l'organo attraverso cui il corpo sperimenta il mondo, e la mente, la psiche, sono un'unità. La scissione mente-corpo (Fast, 1992) che ha le sue radici negli ideali di Platone ed è stata rafforzata nel pensiero occidentale dal rifiuto del corpo e della sensualità da parte della teologia Cristiana, non è più sostenibile. Dopo quasi due decenni di scoperte importanti sullo studio del cervello, Kandel (2013), premio Nobel in Medicina, recentemente ha affermato "la psicoterapia è un trattamento biologico, una terapia per il cervello. Produce cambiamenti fisici percettibili e durevoli nel nostro cervello". Ed è effettivamente così. Tutti gli studi effettuati attraverso TAC cerebrali mostrano che ogni forma di psicoterapia, sia di tipo Cognitivo Comportamentale, sia di tipo "relazionale", produce cambiamenti reali e permanenti negli schemi della comunicazione cerebrale. Questo non è più in discussione. Ciò che invece è ancora in discussione, e che deve essere oggetto di ulteriori studi, è se siano gli aspetti relazionali di un processo psicoterapeutico o i contenuti di tale terapia alla fonte del cambiamento.

In psicoanalisi ritornare al corpo, al cervello, vuol dire incontrare la realtà materiale e fisica, il limite tra il corpo e la mente nel mondo reale esterno. Come è chiaro da tempo, noi non possiamo continuare a pensare soltanto alla realtà interna, psichica. Certo, implicitamente sappiamo che le nostre menti funzionano attraverso l'esperienza dei nostri corpi nel mondo fisico. Non solo attraverso i sensi, ma anche, dal nostro punto di vista, nel modo fondamentale in cui pensiamo. Noi pensiamo con i nostri corpi (Renik, 1993) e attraverso l'incontro del nostro corpo con il mondo fisico. Le metafore sono forse il miglior esempio di ciò. Per metafora di solito si intende un processo intellettuale e mentale di astrazione, l'uso di una parola o di una frase per designare o spiegarne un'altra. Ma, di fatto, se pensiamo alle metafore,

queste non sono solo la sostituzione di alcune parole con altre. Quasi sempre, noi utilizziamo il mondo fisico e l'incontro del nostro corpo e la sua relazione con esso¹ in modo da comprendere meglio anche i concetti più astratti e i nostri sentimenti umani più complessi. Facciamo alcuni esempi: in questa discussione, se ci fate delle domande difficili, in inglese diremo che ci tenete *sulle punte dei piedi* (in italiano: che ci tenete *sulle spine*), o che dobbiamo *pensare su due piedi*; il fatto che qualcuno lì dietro stia dormendo mentre parliamo *ci distrugge*; speriamo che qualcuno faccia una *domanda profonda*; cerchiamo di non stare sulla *superficie* delle cose; e, quando ieri abbiamo ricevuto la notizia sul nostro piccolo stock di Apple, *abbiamo toccato il cielo con un dito*.

È evidente che usiamo il nostro corpo in funzione della nostra mente. Ma è possibile cercare di trovare la nostra mente nel corpo — incluso nella sua espressione più astratta, la metafora — senza ritornare alla basilare integrazione psicoanalitica dell'assoluta centralità della sessualità nel nostro sviluppo mentale? Non sono forse la sessualità, la sensualità, il piacere fisico, il modo primario in cui il corpo sperimenta il mondo fin dalla nascita? E, se così è, una nuova psicoanalisi relazionale che si occupi del corpo nella mente non dovrebbe occuparsi anche dell'efficace spiegazione di Freud sul ruolo fondamentale della nostra esperienza sessuale al centro e al limite dei nostri mondi relazionali?

Vediamo cosa Freud (1912), il primo analista relazionale, dice riguardo l'origine delle relazioni:

...siamo costretti ad ammettere che tutti i rapporti sentimentali di simpatia, amicizia, fiducia e simili, da cui nella nostra vita traiamo vantaggio, per quanto puri e non sensuali possano apparire nella nostra autopercezione conscia, sono geneticamente collegati con la sessualità e si sono sviluppati da brame puramente sessuali attraverso un'attenuazione della meta sessuale. Originariamente non abbiamo conosciuto che oggetti sessuali e la psicoanalisi ci dimostra che anche le persone che nella vita reale ci limitiamo a stimare o ammirare possono

¹ I lavori di Irene Fast (1992, 2006) sulla natura fondamentalmente corporea della mente e del pensiero in psicoanalisi, e di Owen Renik (1993) sugli aspetti corporei e di movimento del corpo impliciti nel pensiero preconsciouso,

specialmente nella clinica in relazione alla consapevolezza del controtransfert, hanno avuto molta rilevanza nell'elaborazione del nostro pensiero riguardo le metafore e il corpo.

continuare a essere oggetti sessuali per il nostro inconscio (p.527).

Riprendendo l'argomento di Freud, in questa discussione speriamo di esplorare alcuni dei modi in cui la sessualità è alla base dell'elaborazione di tutte le nostre esperienze relazionali, della formazione delle nostre menti e relazioni nella potente interazione tra genitori e figli; dei rapporti sessuali tra adulti; e implicata in ciò che avviene tra pazienti e terapeuti.

Vogliamo sottolineare che sappiamo che ciò che stiamo dicendo non è del tutto nuovo. In parte qualcosa è già stato detto in passato. Quello che speriamo di fare è di fornire una sorta di nuova "lente" per osservare concetti che sono già familiari. Iniziamo con due vignette cliniche.

Perdere la propria mente nel sesso

Kurt, il mio paziente, non riusciva a trovare la sua mente. Un uomo sulla trentina, Kurt era perso in una palude interiore di incertezza e ambiguità, e pensava che la sua vita fosse estremamente faticosa. Passava da una relazione all'altra, relazioni che potevano avere una durata variabile. All'inizio si sentiva estremamente coinvolto dalle donne che incontrava, ma gradualmente incombeva una sensazione di ansioso disorientamento. Perché stava con lei? Non riusciva a trovare i suoi sentimenti. Mi sentivo perso anch'io.

Gradualmente, con il passare del tempo, emerse il quadro² del mondo in cui Kurt era cresciuto. Aveva dei genitori che volevano il suo bene, che gli avevano dato tutto il meglio che potevano materialmente. Cibo, casa, una buona educazione. Ma entrambi erano perseguitati da due importanti, seppur diversi, traumi avvenuti durante il loro sviluppo. Il padre aveva vissuto la guerra da bambino ed era emotivamente inaccessibile. Sua madre, la cui madre era stata molto brutale, cercava di calmarlo e consolarlo, prima da bambino e ora da adulto, con commenti superficiali che non tenevano mai in considerazione la sua reale solitudine emotiva e il suo dolore. Che fosse perché incapaci di riconoscere il bisogno di Kurt di avere un

contatto reale con loro, di toccare la sua mente con la loro, o che i suoi sforzi abbiano smosso la loro vulnerabilità traumatizzata, ogni genitore era, a modo suo, veramente inaccessibile. I suoi tentativi per trovare riconoscimento, vicinanza, il bisogno di essere semplicemente visto, non lo avevano portato da nessuna parte.

Dopo molti mesi di trattamento, è stato fatto molto lavoro riguardo l'esperienza di sviluppo di Kurt. E inoltre ha conosciuto una donna e sono entrati subito in sintonia. L'intensità cresce rapidamente tra loro. Sono entrambi incuriositi dagli interessi dell'altro, lui la trova estremamente attraente. Sembrano veramente aver trovato un contatto.

Toccare diventa *toccare*. L'eccitazione del riconoscimento, l'esperienza di due persone che si incontrano, l'incontro delle loro menti – fondamentalmente sessuali e corporee all'origine, come suggerito da Freud (1912), ciò che Jessica Benjamin (1995) definisce come il piacere del riconoscimento – presto diviene sesso.

Qualche seduta più tardi, Kurt ha un'espressione molto triste. È veramente molto giù. "Non lo so, Jonathan", mi dice. "Siamo entrati in intimità. È un'esperienza incredibile. Cioè, dovrebbe essere un'esperienza incredibile. Sono sicuro che altri uomini la penserebbero così. Ma succede qualcosa", Kurt dice, "lei si perde così tanto in se stessa, nei suoi orgasmi, e ci rimane per così tanto tempo che mi sento vuoto e distaccato". Così come Kurt lo descrive, sembra chiaro che lui non si sente più parte di un qualche processo tra di loro, tra le loro passioni e i loro corpi. Lei è nel suo spazio e lui ancora una volta si sente perso.

Trovare la propria mente nel sesso

Una neo terapeuta sta lavorando con un uomo dall'autostima molto fragile, percepita in modo doloroso soprattutto nei suoi rapporti con le donne. La terapeuta vuole essere d'aiuto, ma lei stessa è scettica riguardo alla terapia. Perché non fornire solo un sostegno? Lentamente, grazie all'attenta guida del suo supervisore, la terapeuta

² È quasi impossibile, durante la stesura di questo lavoro, non notare i riferimenti materiali che utilizziamo quando

comuniciamo. Localizzare: trovare nel mondo fisico; un quadro: qualcosa che vediamo, qualcosa di materiale.

comincia da ascoltare e il paziente le racconta di più su di sé e sulla sua esperienza. Ma in seguito a una seduta recente, la terapeuta dice al suo supervisore che è completamente confusa. Non riesce a mettere insieme i pezzi. Il paziente era ad una festa e stava ballando un lento con un'amica. Tra di loro inizia a succedere qualcosa, qualcosa di profondo, non solo sessuale, dice lui, ma un qualcosa di vitale ed eccitante. Lui percepisce che lei sente la stessa cosa. Ancora più sorprendentemente, lei gli chiede: "Anche tu hai sentito qualcosa di veramente speciale?". Incredibilmente anche lei aveva l'urgenza di sapere se la cosa era reciproca.

La terapeuta ricordava poco altro della seduta, eccetto la fine. Il paziente aveva detto che quello di cui più voleva sbarazzarsi era del piccolo bambino bisognoso dentro di lui, che odia. Di colpo la terapeuta si sentì dire: "Perché non puoi semplicemente amarlo?". Il paziente rimase scioccato. Disse: "Non ci avevo mai pensato". La terapeuta non capisce da dove è arrivato questo commento ma si ricorda che aveva immaginato quanto doveva essere stato carino lui da bambino, intanto che pensava al proprio figlio piccolo.

Mentre supervisore e terapeuta parlavano, tornarono sul discorso del lento. La terapeuta disse come l'aveva immaginato e sentito dentro di lei, nel suo corpo. Il supervisore riconobbe che anche lei aveva provato qualcosa. Il contenuto della seduta le tornò in mente. La terapeuta si ricordò che il paziente aveva parlato dell'umiliante rifiuto che aveva sperimentato in quarta elementare da parte di una bambina a cui aveva chiesto di essere la sua fidanzata. Tutta la sua vita si era sentito non visto. Lo odiava e odiava se stesso. La terapeuta si ricordò che il paziente le aveva detto che voleva che fosse scritto sulla sua tomba [epitaffio] "qui giace una persona reale". Ora, dopo il lento e la reazione della ragazza, pensa che dovrebbe essere "qui giace una persona con connessioni reali". Aveva sempre sentito che nessuno, specialmente le donne, poteva vederlo veramente.

Supervisore e terapeuta in seguito parlarono su come le immagini del ballo lento avessero rivitalizzato entrambe, e come avevano permesso alla terapeuta di mettersi in contatto con il paziente, sentirlo come uomo e come

ragazzo, in modo che lui potesse iniziare a mettersi in contatto con il bambino piccolo dentro di lui.

Discussione

Fermiamoci un momento a considerare il significato di queste due vignette. Nel caso del lento, la terapeuta è sorpresa dal potere del processo. Mentre abbiamo ascoltato queste vignette sul ballo lento, su un ballo a stretto contatto, forse anche noi abbiamo avuto le nostre proprie immagini e sensazioni; anche noi possiamo sentire il sovrapporsi di esperienze di risposte umane profondamente *psichiche e corporee* e, con esse, una corrispondente capacità di comprensione più profonda. Quando entriamo nella mente di un'altra persona e veniamo toccati dalla sua, comprendiamo queste esperienze *attraverso e con* i nostri corpi.

Il caso di Kurt ci dice molto sull'incredibile fatica che certe persone fanno a trovare la propria mente nel mondo materiale, compreso il mondo del corpo e il contatto mente/corpo con la realtà. Kurt ha "perso la testa" con la sua ragazza, o meglio, si è sentito perso dentro lei, perché, così come nella sua esperienza con i suoi genitori, ha sentito che *nessuno era lì*, in ogni accezione corporea ed emotiva che questa frase possa avere. Questa è una terribile e terrificante perdita di ancoraggio nel proprio corpo e nel mondo, molto diversa da ciò che "perdere la testa" in un momento di passione possa voler dire.

Negli esempi di Kurt e del liscio vediamo due poli che sono sempre potenzialmente presenti in ognuno di noi, tra dissociazione e relazioni, tra l'aver la nostra mente con noi mentre tracciamo quella di un'altra persona, o cancellare il contatto, perdere la nostra mente e quella dell'altro. Benjamin (1995) si riferisce alla "tensione costante tra il riconoscimento dell'altro e l'affermazione di sé" (p.38, corsivo nell'originale, trad. del traduttore). Quando l'oscillazione tra questi due poli è assente, quando fallisce la tensione intersoggettiva, non vi è più alcun ballo lento, la mente del paziente è scissa tra l'onnipotenza e l'abbietta resa (Benjamin, 1995) e si prova l'essenziale vuoto dell'esistenza, così come Kurt ha profondamente sperimentato.

Quello che speriamo di suggerire in questa discussione è che la sessualità *incarna* tutto questo potenziale di esperienze umane in noi e nelle relazioni: la spinta e la resa, dalla superficie della mente, e quella del corpo, fino al limite del quasi troppo, smuovendo passione o, con qualche differenza, provocando violazione. Nella sessualità, in un unico e solo momento, si illumina il paradosso della mente umana e delle relazioni tra gli uomini: la capacità di tenere l'altro nella mente, di tenerli come custodi della nostra esperienza di *agency* mentre ci rispondono; e, allo stesso tempo, di cancellarli quando privilegiano i desideri della nostra mente sentiti così pressantemente nei nostri corpi.³

È fondamentale per il pensiero psicoanalitico comprendere che questi modi di esperire sono creati e modellati dalle primissime interazioni tra bambino e madre, nel contatto corporeo che sta alla base di tutte le successive interazioni e il modo in cui verranno sentite, *sentite* come esperienze corporee, sessuali ed emotive. Per di più, ogni genitore dà al figlio quello che noi vorremmo chiamare *le impronte della sessualità* alla loro esperienza con i figli; vale a dire, l'inimitabile e unico modello della loro esperienza sulla sessualità così come è stata elaborata nella loro vita, come staranno e come sentiranno i loro figli; la loro capacità di piacere, eccitazione, sintonizzazione, contenimento, dissociazione, morte, assenza è diversa e unica in ogni persona, come un'impronta. Ciò che eccita un genitore riguardo a suo figlio spaventa un altro. E le nostre menti e il nostro modo di esperire, incluso il modo in cui esperiamo la sessualità, sono modellati da questi processi, dalle impronte sessuali dei nostri primi *caretaker* (Slavin 2011). Ruth Stein (1998) ha parlato di come la madre "stabilisce" la propria sessualità nel figlio e posa le basi per il suo viaggio erotico attraverso il suo

potenziale erotico e seduttivo. Con un altro linguaggio, Freud ha detto più o meno la stessa cosa.⁴

Il ballo lento e le impronte sessuali nella cura

Che ne è delle impronte sessuali del terapeuta? E di quelle del paziente? Chiaramente, il tema portante di questo argomento è che l'incontro tra la mente del paziente e quella del terapeuta include entrambi i loro corpi e le loro sessualità. Non intendiamo soltanto nei sentimenti sessuali e di attrazione comunemente e coscientemente provati che inevitabilmente avvengono nelle relazioni di cura. Neanche nel cosiddetto "controtransfert". Ma se il corpo e la sessualità del corpo sono fondamentali per il modo in cui conosciamo e negoziamo il mondo, quindi anche i nostri corpi e la nostra sessualità sono fondamentali per la creazione e l'evoluzione della relazione di cura.

Mentre studiamo il ruolo dell'esperienza sessuale corporea e fisica nell' "arena" della cura, ci troviamo di fronte al difficile compito che i terapeuti devono intraprendere. La natura fragile e delicata della sessualità entro un percorso di cura, così come in altri contesti, è chiara. Punto fondamentale della sessualità, in qualunque contesto, è che si colloca al limite tra la sintonizzazione e la violazione. Ma è proprio questo limite alla base del potere e della passione dell'atto sessuale. Pensate al momento prima del primo bacio. Succederà? Sarà troppo presto? Chi farà la prima mossa? Dovrei farla io? Come risponderà lui o lei? Qualcuno deve "rompere il ghiaccio". E anche in un ballo qualcuno deve condurre. Vediamo che ruolo potrebbe avere tutto ciò in ambito psicoterapeutico.

³ Come descritto da Oxenhandler (2001), "...la violazione è un elemento dell'eros. L'amore erotico—a qualunque polo del continuum—implica sempre un elemento trasgressivo, uno straripamento degli argini normali. Quantomeno, la trasgressione è presente come possibilità, come qualcosa dalla quale ci ritraiamo, con la quale giochiamo e ci bilanciamo sul limite...Il permesso concesso all'amore fisico in certi contesti...avviene contro lo sfondo della proibizione". (p.205, trad. del traduttore)

⁴ Come scrisse Freud (1905): La madre probabilmente si spaventerebbe se le si spiegasse che con tutte le sue tenerezze risveglia la pulsione sessuale del suo bambino e ne prepara la successiva intensità. Essa ritiene di agire per amore asessuale,

"puro", perché ad esempio evita accuratamente di eccitare i genitali del bambino più di quel che è inevitabile per la cura del corpo. Ma, come sappiamo, la pulsione sessuale non viene risvegliata soltanto dall'eccitamento della zona sessuale; anche ciò che noi chiamiamo tenerezza manifesterà infallibilmente un giorno il suo effetto sulle zone genitali. Se la madre capisse qualcosa di più dell'alto significato delle pulsioni per tutta la vita psichica, per tutte le prestazioni etiche e psichiche, si risparmierebbe del resto, anche dopo questa spiegazione, qualsiasi rimprovero. Essa non fa che adempiere il proprio compito quando insegna al bambino ad amare; questi deve infatti diventare una persona valida, con un energico bisogno sessuale, e compiere nella sua vita tutto ciò a cui la pulsione spinge un uomo" (p.122).

Recentemente abbiamo avuto modo di discutere due *paper* di Steve Kuchuch, editor della rivista *Psychoanalytic Perspectives*, e Galit Atlas, un'analista di New York, sull'esperire sessuale nel trattamento di due loro pazienti. Speriamo di poter convogliare abbastanza dei loro lavori per far sì che questi esempi possano essere utili

Steve e Galit sono due persone diverse, con diverso orientamento sessuale, ma sono stati disponibili a discutere sull'inimitabile configurazione, le impronte, della loro sessualità con i loro pazienti.

Steve, un uomo prevalentemente omosessuale, si ritrovò coinvolto, eccitato nel corpo e nella fantasia dal suo paziente, un uomo estremamente attraente, e in apparenza prevalentemente eterosessuale. Risuonando con la sua personale esperienza di bambino con un padre terrificante, lui vede, lui sente il piccolo bambino solo che piange che è dentro il suo paziente. Lo ama. Vuole abbracciarlo, tenerlo, baciarlo e fare l'amore con lui. E la teoria sull'azione terapeutica di Steve poggia su questo. Questa risonanza con l'esperienza del suo paziente, sapere che cosa si prova dall'interno, i tremori e i desideri — incluso il modo in cui gli permetteva momenti di *insight* interpretativo e il modo in cui veniva processato tra di loro fino, ma non oltre, il punto di violazione — hanno permesso la riconfigurazione delle impronte sessuali del paziente, permettendogli di entrare in un nuovo modo di relazionarsi intimamente. Congelato da tutta la vita per quanto riguarda le relazioni, il paziente riuscì a trovare una compagna, sposarsi e diventare padre.

Le cose andarono diversamente nel caso di Galit. La sua paziente, una donna, venne alla prima seduta, si sedette, aprì le gambe, mise la sua grossa borsa in mezzo e buttò tutte le sue cose sul pavimento. Dall'inizio, quando apre la borsa tra le gambe, la paziente trasuda una sessualità, grezza, caotica, provocante e anche un po' aggressiva. Galit non era attratta, nel modo in cui era attratto Steve, dall'esperienza interiore della sua paziente o dal suo trauma. La sua impronta sessuale è diversa. Galit è stata molto turbata da quello che è emerso, o meglio è esploso, durante il trattamento. Qualcosa le ha permesso di avere presa su di sé e si è mostrata molto brava a gestire la situazione. A un certo punto, abbastanza inconsciamente, discutendo l'esperienza della

paziente, Galit usa le sue stesse parole sessuali e grafiche. La paziente è scioccata. “Ho veramente usato quelle parole?”. E li succede qualcosa di trasformativo. Sentendo le parole scioccanti di Galit, la paziente sente qualcosa nella sua mente, forse lo sente e lo vede nel corpo, in un modo molto diverso. Si deve confrontare con la sua propria esperienza di violazione e sessualità violata.

In queste due istanze vediamo come a volte la risonanza delle impronte sessuali di entrambe le parti permette un grande cambiamento terapeutico. In altri casi, l'esperienza può essere di distruzione, disregolazione, intrusione. Tuttavia, vediamo come attraverso un processo che Galit ha compiuto dentro di sé la sessualità fondamentale del paziente viene anch'essa trasformata. La mente del paziente è cambiata e, attraverso questo lavoro intensivo, anche l'esperienza del corpo è cambiata.

Né Steve né Galit hanno *deciso* di rispondere nella maniera in cui hanno fatto. Così come ognuno di noi ha avuto le proprie immagini e anche le proprie esperienze corporee quando abbiamo parlato del primo bacio, del ballo lento, così è stato per l'esperire sessuale emerso nelle menti e nei corpi di Steve e Galit quando si sono seduti con i loro pazienti. Forse qualcuno di noi ha provato qualcosa di simile con qualche paziente. Ed è lì che avvengono dei cambiamenti determinanti.

Cerchiamo di capirlo fino in fondo. Toglie il fiato. Utilizzando le nostre personali impronte riguardo all'esperire sessuale, come Steve e Galit, stiamo aiutando i pazienti a riscrivere le loro. Come i pazienti di Steve e Galit, le impronte sessuali rivedute dei nostri pazienti avranno necessariamente in esse alcune impressioni e tracce delle nostre. Non c'è modo di aggirare questa cosa, ed è una questione importante nel pensiero psicoanalitico. Abbiamo trascorso oltre 100 anni cercando di evitarlo. Ma le nostre menti, le nostre menti *sessuali*, avranno un impatto indelebile sui nostri pazienti. Questo è di fatto l'unico modo in cui essi possono crescere e cambiare (Slavin, 2010).

“Anche tu hai sentito qualcosa di veramente speciale?” chiede la giovane donna, dopo aver ballato un lento con il suo amico. E il paziente inizia a rivedere la comprensione di chi è. Non è più solamente una persona reale, ma “una

persona con connessioni reali”. Questo è psicoterapia? Assolutamente. In quanto psicoterapeuti tentiamo di creare niente meno che momenti come questo, cambiamenti così potenti e permanenti nella mente e nel cervello.

La psicoanalisi relazionale ha da tempo abbandonato il concetto di “neutralità” così come tradizionalmente inteso. Era sicuramente una buona idea se si considera che cosa si intendeva per neutralità all’interno della cornice teorica classica. Ma forse abbiamo degli esempi di un diverso tipo di neutralità in queste due storie. Sia Galit sia Steve sono scossi dalle loro esperienze e sentimenti, sentimenti sessuali, che non sono assolutamente neutrali nel senso comune di questa parola. Invece, li accolgono con una sorta di stupore e apprezzamento, e un’accettazione della fondamentale umanità di quei sentimenti. Questo, di fatto, è qualcosa che i terapeuti devono fare quotidianamente. È quello che abbiamo deciso di fare e quello per cui i nostri pazienti ci pagano.

Ciò che noi crediamo aiuti Steve e Galit, e che noi crediamo sia essenziale per ogni terapeuta che spera di essere aperto all’intera gamma di sentimenti essenziali alla crescita del paziente, è che sono intensamente interessati in ciò che stanno provando, in ciò che sta avvenendo nelle loro menti e nei loro corpi. Ognuno di loro tratta la propria sessualità e la relativa conversazione interiore di pensieri e sentimenti che hanno con loro stessi come fondamentalmente *innocente* (Slavin, 2011) e affascinante. Questo è fondamentale. E noi dobbiamo fare altrettanto.

Ma come possiamo fare ciò? Non crediamo che le solite raccomandazioni che forniamo per la pratica e l’etica psicoanalitica siano molto utili in questo caso. E non crediamo neanche che i terapeuti debbano essere delle figure eroiche legate fermamente alla sedia che sopravvivono alla provocazione, seduzione e attrazione del canto delle sirene della sessualità. E non avremo mai la perfetta analisi personale che ci ripulisca dai nostri personali desideri sessuali sepolti, quindi abbandoniamo quell’idea.

Dobbiamo anche rinunciare a dare tutta la responsabilità al paziente, a dire che è il transfert del paziente che lo ha ributtato su di noi. Abbiamo creato tante belle teorie che ci dicono come questo sia una buona cosa e come

possiamo utilizzarlo in modo terapeutico. Ma vogliamo essere molto chiari nel separare ciò che stiamo dicendo qui da qualunque idea sull’identificazione proiettiva o sul controtransfert. Questi non sono concetti inutili, ma se prendono il sopravvento nella nostra mente, interferiscono con la capacità del terapeuta di *semplicemente stare* con l’esperienza. Come scrisse il poeta E.E. Cummings:

*poiché per primo viene il sentimento
da chi presta attenzione
alla sintassi delle cose
non riceverai mai un autentico bacio*

Che cosa dovremmo fare?

Una terapeuta richiese una supervisione riguardo alla terapia con una paziente lesbica eccezionalmente sospettosa e distante con cui stava lavorando. Per più di due anni, la terapeuta aveva sentito che non c’era modo di avvicinarsi realmente alla paziente. Ma alla fine di una seduta recente, la paziente aveva descritto un sogno in cui, per la prima volta, compariva un contenuto sessuale e una rappresentazione della terapeuta. Non era rimasto tempo nella seduta per lavorare sul sogno ma, quando la paziente si era alzata per andarsene, c’era stato un momento di vicinanza fisica, quasi di contatto, mentre era passata vicino alla terapeuta. La terapeuta aveva sentito la tensione sessuale. Che cosa farne? Cosa doveva pensare del transfert sessuale e, soprattutto, della sua eccitazione “controtransferale” sentita per la prima volta con questa paziente così difficile?

Sicuramente questa vignetta può servire da modello per altri momenti simili incontrati in psicoterapia. A partire dal classico scritto di Freud sull’amore di traslazione (1915) abbiamo 100 anni di discussioni cliniche e teoriche sull’argomento. Ma quello che pensiamo si potrebbe perdere nel modo in cui tradizionalmente pensiamo a queste questioni è che il grado in cui questi momenti di incontro, nel sogno e nel modo in cui si è conclusa la seduta, così come nella tensione sessuale della terapeuta, non è solo il potenziale dell’interpretazione, per *fare* qualcosa, ma una considerevole conquista in sé. Il potenziale del tatto, desiderio e amore, in tutte le loro

accezioni, che sono in gran parte venute a mancare nella vita della paziente e che la terapia sta ora introducendo per la prima volta.

In questo senso, collocare immediatamente ciò che proviamo e ciò che viene suscitato nel nostro corpo nella categoria della “identificazione proiettiva” o del “controtransfert” spesso rappresenta una fuga difensiva dall’esperire il semplice potere di una relazione che il terapeuta deve in primo luogo sentire.⁵

Questo è il nostro punto: il fatto che i terapeuti rispondano in maniera sessuale, quando sono nell’intimità con un’altra persona, è semplicemente umano. È alla base della nostra capacità umana di esperire la sessualità in maniera innocente (Slavin, 2011). Non c’è qualcuno che è attivo e qualcuno che è passivo, e non bisogna renderne conto. Fondamentalmente, bisogna apprezzare il fatto che rispondiamo in maniera sessuale ai nostri pazienti, alcuni che si incastrano con le nostre strutture preesistenti e fantasie, e alcuni che non lo fanno, perché siamo umani. Perché è così. Perché le menti toccano i corpi e i corpi toccano le menti. E in questo modo sono mutuamente modificati per sempre.

Bibliografia

Atlas, G. (2015). Touch me, know me: The enigma of erotic longing. *Psychoanalytic Psychology*, 32, 123–139. Anche in Atlas, G. (in stampa). *Enigmatic Knowing: Sexuality, Intimacy and the Ways We Listen*. London & New York: Routledge.

Benjamin, J. (1995). Recognition and destruction: An outline of intersubjectivity. In: *Like Subjects, Love Objects: Essays on Recognition and Sexual Difference*. New Haven, CT: Yale University Press, pp. 27–48.

Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73:5-46.

Cummings, E.E. (1991). Complete Poems, 1904-1962. New York: Liveright.

Fast, I. (1992). The embodied mind: Toward a relational perspective. *Psychoanalytic Dialogues*, 2:389-409.

Fast, I. (2006). A body-centered mind. *Contemporary Psychoanalysis*, 42:273-295.

Fast, I. (2012). The primary processes grows up. *Contemporary Psychoanalysis*, 48:183-198

Fenichel, O. (1941). *Problems of Psychoanalytic Technique*. New York: The Psychoanalytic Quarterly.

Fonagy, P. and Target, M. (2007). The rooting of the mind in the body: New links between attachment theory and psychoanalytic thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55:411-456.

Freud, S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale. *OSF*, 4. Bollati Boringhieri. Torino.

Freud, S. (1912). Dinamica della traslazione. *OSF*, 6. Bollati Boringhieri. Torino.

Freud, S. (1915). Osservazioni sull’amore di traslazione. *OSF*, 7. Bollati Boringhieri. Torino.

Gentile, J. (2007). Wrestling with matter: Origins of intersubjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 76:547-582.

Gentile, J. (2008). Between private and public: Towards a conception of the transitional subject. *Int. J. Psycho-Anal.*, 89:959-976.

Gentile, J. (2010). Weeds on the ruins: Agency, compromise formation, and the quest for intersubjective truth. *Psychoanalytic Dialogues*, 20:88-109.

Gentile, J. (2013). From truth or dare to show and tell: Reflections on childhood ritual, play, and the evolution of symbolic life. *Psychoanalytic Dialogues*, 23:150-169.

Kandel, E. (2013). The new science of mind. *The New York Times*. September 6, 2013. http://www.nytimes.com/2013/09/08/opinion/sunday/the-new-science-of-mind.html?_r=0

Kuchuck, S. (2012). Please (Don't) want me: The therapeutic action of male sexual desire in the treatment of heterosexual men. *Contemporary Psychoanalysis*, 48:544-562.

Medina, M. Beyond Bewilderment and Dread: The Quest for Creativity within Pathological Reenactments of Trauma. Paper presented at the Spring meeting of the Division of

Psychoanalysis (39), Santa Fe, New Mexico, April 2012.

Oxenhandler, N. (2001). *The Eros of Parenthood: Explorations in Light and Dark*. New York: St. Martin's Press.

Renik, O. (1993). Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 62:573-571.

Slavin, J. (2010). Becoming an individual: Technically subversive thoughts on the role of the analyst's influence. *Psychoanalytic Dialogues*, 20:308-324.

Slavin, J. (2011). The innocence of sexuality. In L. Aron & A. Harris (Eds.), *Relational Psychoanalysis, Vol. 4: Expansion of Theory* (pp. 45–67). NY:

⁵ Medina (2012) ha trattato una tematica simile quando ha scritto riguardo l’esperienza e l’elaborazione del controtransfert.

Routledge. (Originally published in 2002, in *Psychoanalytic Quarterly*, 72:51–80.).

Slavin, J. (2014). Touching becomes *touching*: Mind, body, and sexuality in a new relational

Psychoanalysis. Reply to discussions. *Psychoanalytic Perspectives*, 11: 49–57.

KAFKIANO? EIN BESCHEIDENER BEITRAG ZUR “KAFKOLOGIE”

di Mario Ajazzi Mancini

Psicologo Psicanalista, Scuola di Psicoterapia Comparata

*In Kafka – ha detto Soma Morgenstern –
c'è aria di villaggio come in tutti i grandi fondatori di religioni.*

Walter Benjamin

Rileggendo appunti e altre note in vista di questo “modesto contributo alla kafkologia” da presentare al convegno sulla creatività organizzato dalla Società di Psicoterapia Comparata, mi è venuta in mente una conferenza di Abraham Yehoshua, in cui raccontava del suo modo di procedere nella costruzione del romanzo. Da piccolo era appassionato di disegno tecnico (che probabilmente praticava a scuola): ebbene s’immaginava e poi disegnava una storia fatta di varie figure geometriche che dovevano incastrarsi per formarne un’altra, l’ultima, che riceveva equilibrio, proporzione e stabilità dalle sue parti. Quella era il romanzo e le parti i personaggi che lo facevano esistere.

Mi sono chiesto, piuttosto ingenuamente, a quali figure si potessero accostare le complesse architetture di Kafka. Naturalmente – in linea con l’accezione corrente dell’aggettivo “kafkiano” – ho pensato subito a Maurits Cornelis Escher. Ai suoi mirabili intrecci di scale, gradini, cunicoli che ruotano a spirale e s’interrompono all’improvviso davanti a strapiombi, creando nondimeno una topologia armonica, o apparentemente tale. Uno spazio che sembra impercorribile, impenetrabile perché ci siamo dentro. Come accade nel romanzo *Il Castello (Das Schloß)*, al quale a un tempo siamo familiari ed estranei, dentro e fuori, senza possibilità di distinguere.

La distinzione, che è anche il nostro tentativo di trovare equilibrio e senso, mi è sembrata essere quello che, con termine kafkiano, potremmo

indicare come uno *Scheinvorgang*, un processo soltanto apparente che non ha sviluppo (e non conduce da alcuna parte); un movimento sul posto – un *pas*, in stile blanchottiano – o lungo un tragitto infinitamente frammentato in parti, tappe e ostacoli, che ci impedisce di raggiungere la meta, o di acchiappare e/o superare la tartaruga come vorrebbe Achille.

Questo modo di procedere si accosta, a mio avviso, a quella che Gilles Deleuze chiama una “produzione immanente” – una produzione in sé, non di qualcosa o qualcos’altro. Un *in-atto* che crea di continuo discontinuità e condiziona ogni *come*, forma o figura. Insomma, un *infigurabile*. Così, la scrittura di Kafka apparirebbe come un costante lavoro sulle strutture simboliche per far sì che la sua opera *diventi reale*.

Non si tratta d’imporre una forma a un vissuto, dar figura a un tratto biografico – non c’è scrittura delle proprie nevrosi, dice ancora Deleuze: “Scrivere *non* è raccontare i propri viaggi, i propri ricordi, i propri amori e i propri lutti, i propri sogni e i propri fantasmi”; è piuttosto un *divenire*, un *diventare* che non ha più niente a che fare con la metafora e la similitudine – “si diventa donna, si diventa animale o vegetale”. O si *diventa reale*. Incarnando quella ferita – la malattia (tubercolosi) nel caso di Kafka – che gli preesiste e gli chiede soltanto di esserne degno, in altre parole capace di diventare quella ferita e, per così dire, nascere lo stesso giorno dello sbocco di sangue per *morire contento*, morire in pace (come Franz stesso annotava sul suo *Diario* già nel dicembre del 1914). Il collassare

della logica narrativa, l'impossibilità di distinguere una *fabula*, per leggere il *sujet*, non sono tanto rappresentazioni e/o esposizioni di quella complicata ed inestricabile situazione che chiamiamo *kafkiana*, ma cifra stessa di quella “produzione immanente” di cui la scrittura del nostro autore è *l'in-atto*.

Forse, la migliore illustrazione di questo “diventare reale” dell'opera – marca del suo essere autenticamente “creazione artistica” – è data dalla pittura di Francis Bacon. Deleuze, nel libro che gli dedica (*La logica della sensazione*), dice che Bacon mette in scena il *divenire in quanto tale*. Bacon lavora la figura e sulla figura, per dipingere la *figura in sé*, non la figura di qualcosa: la figura dell'infigurabile, della quale non c'è racconto, o soltanto racconto irraccontabile.

Un racconto del genere è – potrebbe esserlo – *La follia del giorno* di Maurice Blanchot – altro grande autore e interprete kafkiano. Vi si narra di una singolare circostanza in cui due medici ospedalieri si trovano a interrogare il narratore in merito ad una ferita agli occhi – chiedono se è stato un incidente, o un gesto violento compiuto da altri? È necessario in ogni caso redigere un verbale, pertanto:

Ci racconti 'esattamente' come le cose si sono svolte – Un racconto? Cominciai: non sono né sapiente né ignorante [...]. Raccontai loro l'intera storia che almeno all'inizio ascoltavano con interesse, così mi sembra.

Ma la fine fu per noi una comune sorpresa. “Dopo questo inizio, dicevano, verrete ai fatti”. Come! Il racconto era terminato.

Il racconto ha avuto luogo, ma non ha raccontato niente. La storia è come collassata, ha perduto verso e orientamento, e con questi, anche senso per chi la narra e la ascolta. Il racconto c'è ma è un racconto impossibile – benché il paziente dica tutto quello che ha dire. Il suo compito è terminato, non c'è altro da raccontare:

Un racconto? No, niente racconto, mai più.

Il narratore adempie la legge – non solo quella dell'archiviazione (ospedaliera) ma anche quella del racconto – che gli ingiunge di raccontare – un racconto è, deve essere *racconto di* –, ma a un tempo la lascia disattesa, con un resoconto “senza capo né coda”. Registrazione e

archiviazione divengono impraticabili. È come se niente avvenisse, niente davvero fosse accaduto. È un racconto (dell') irraccontabile... Un “accadere senza accadere”, direi, che è l'esito di quella *produzione immanente* cui accennavo prima, l'effetto di quello che Lacan chiama “taglio”, attestazione di un *essere in atto*, che discontinua e richiede un costante riposizionamento. Tanto dalla parte, per così dire, dell'autore quanto da quella del lettore, interprete o analista che sia.

In tale accezione, non è possibile non richiamare quello straordinario scambio di lettere del 1934 tra Gershom Scholem e Walter Benjamin, a proposito della relazione con la Legge nell'opera di Kafka. Scholem definisce questo rapporto *Nulla della Rivelazione*: “Uno stadio in cui essa afferma ancora se stessa, per il fatto che *vige, ma non significa*”. Gli studenti di cui parla il grande saggio dell'amico (*Franz Kafka. Per il decimo anniversario della sua morte*, appena pubblicato sulla *Jüdische Rundschau*) non hanno perduto la Scrittura, piuttosto non sanno o non possono decifrarla. Vivere sotto questa forma di legge rende imprevedibili e estreme le conseguenze dei nostri atti; scatena processi totalmente incontrollabili.

Nel villaggio ai piedi del Castello – risponde Benjamin –, la vuota potenza della legge vige così tanto che *si confonde* con la vita stessa. Perdendo il suo contenuto, la legge non esiste più: “Che gli scolari abbiano smarrito la scrittura oppure che non sappiano più decifrarla, è, alla fine, la stessa cosa, poiché una scrittura senza la sua chiave *non è scrittura, ma vita*, quale viene vissuta nel villaggio ai piedi del monte dove sorge il castello”.

Se la Legge si confonde con la vita, se la scrittura non è che vita, quel tipo di vita che si svolge nel *Castello*, allora davvero l'opera di Kafka è e *attesta* quel “divenire reale” che la rende unica; e che, alla fine, potrebbe consentire una traduzione senza residui di questo termine nell'aggettivo caratteristico:

reale = kafkiano

L'universo di Kafka (s)figura questo infigurabile – questo divenire come tale – cui possiamo riferirci nei termini freudiani di un non-sapere, non-prevedere che scardina ogni viziata abitudine. La situazione è affine a quella di un'analisi. Sviando dal tema, il racconto del

paziente produce effetti incalcolabili; non consente di anticipare niente, se non che tra la sua presenza, il suo essere là, e la sua parola, il suo pensiero c'è un taglio, una scollatura in atto: non dice quello che pensa, se non mentendo, e se c'è è anche altrove, perché le sue ideazioni lo collocano dove non può pensarle, ma soltanto esserne pensato.

Lo spazio analitico riprende la topologia kafkiana adombrata dal contegno del contadino nel *Processo*: mi riferisco alla parabola *Davanti alla legge*, contenuta nel penultimo capitolo del libro. La porta della legge è sempre aperta, ma il contadino non vi entrerà, sebbene sia riservata a lui, proprio a lui... come sapremo solo a cose fatte, *nachträglich*. Nonostante la presenza di un pulcioso guardiano che sembra essere là apposta per impedirgli di entrare.

È questo sembrare, questo *Scheinvorgang* a produrre l'effetto di taglio e a richiedere quel posizionamento etico di cui dicevo – che è anche il proprio dell'analisi, di ogni analisi degna di questo nome: l'*incontro* con la nostra stessa vita, produzione immanente del reale che ci abita e che abbiamo infinitamente atteso.

L'esito consisterebbe qui nel chiudere la porta, non solo per raccontare una storia, ma per riconoscerne anche un titolare, assicurandogli un passato, una memoria, e probabilmente anche un diverso futuro.

Forse sì, ma come? Come chiudere la porta?

L'analisi suggerisce una finta, una finzione – che è anche una *commedia*. Che rimette le cose al loro posto, solo in modo *leggermente* diverso.

La *stessa commedia* che recita, o almeno a me pare farlo, il contadino della parabola, con tutte le sue domande, anche le più terribili – affinché la porta sia chiusa:

Perché – chiede – se tutti tendono alla legge, in questi anni, nessuno ha mai chiesto di entrare?

Perché – risponde il guardiano – quest'ingresso era destinato solo a te. Adesso vado a chiuderlo.

La *stessa commedia* di Ulisse, dell'Ulisse della parabola mitologica kafkiana *Das Schweigen der Sirenen*: vince l'arma terribile delle Sirene – il loro silenzio – opponendo qualcosa che somiglia ad una pantomima, e che esalta l'arguzia dell'eroe

(se ancora possiamo chiamarlo tale)... Ulisse sa che le Sirene tacciono, eppure gioca la sua parte in modo quasi infantile e con mezzi puerili (“una manciata di cera e un mazzo di catene”), mettendo di fronte *silenzio a silenzio*.

Nello stesso momento in cui *niente* sembra accadere – quando non ci sono parole – si scrive una storia... forse una *vera storia*. Quella che, con le parole di questo racconto, tiene insieme memoria e oblio, la nudità dai ricordi (nelle figure di Joseph K e di K) e la padronanza di sé, il controllo della scrittura – perché, ricordiamolo, narrare è dono di Mnemosine, la Memoria in persona.

Riferimenti bibliografici

- Agamben, G. (2005) *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*. Torino: Einaudi.
- Ajazzi Mancini, M. «Sulla vocazione» (2019), in *Derrida, Blanchot, Kafka tra psicanalisi e filosofia*, a cura di Bellumori, M., Sartini, A. Zino, A. ETS, Pisa, pp. 203-217.
- Benjamin, W. e Scholem, G. (1987). *Teologia e utopia. Carteggio 1933-1940*, tr. it. di A. M. Marietti Solmi. Torino: Einaudi
- Benjamin, W. (1962). *Angelus Novus. Saggi e frammenti*. tr. it. di R. Solmi. Torino: Einaudi.
- Blanchot, M. (2001). *La follia del giorno*, tr. it. di S. Marino. Napoli: Filema.
- Deleuze, G. (1996). *Critica e clinica*, tr. it. di A. Panaro. Milano: Raffaello Cortina.
- Deleuze, G. (2007). *Francis Bacon. Logica della sensazione*, tr. it. di S. Verdicchio. Macerata: Quodlibet.
- Deleuze, G. (2010). *Immanenza*. Milano: Mimesis.
- Di Noi, B. (2015). *Gli artigli delle Sirene. Saggio su Kafka*. Firenze: Clinamen.
- Kafka, F. (1997). *Diari 1910-1923*, tr. it. di E. Pocar. Milano: Mondadori.
- Kafka, F. (2014). *Il Castello*, tr. it. di B. Di Noi. Milano: Mimesis.
- Kafka, F. (2014). *Il processo*, tr. it. A. Raja. Milano: Feltrinelli.
- Kafka, F. (2017). *Tutti i racconti*, tr. it. di E. Pocar, E. Paolo, G. Tarizzo. Milano: Mondadori

CURARSI DI RELAZIONI E CURARE ATTRAVERSO LE RELAZIONI

di Cecilia Guidi
Mediatore Familiare

Occuparsi del benessere individuale o familiare equivale a occuparsi delle relazioni interpersonali giocate nella famiglia, nella dinamica del dare/ricevere cura, che attraversa le generazioni. Operativamente ciò significa lavorare per accompagnare il soggetto o la famiglia a riscoprire e valorizzare la relazione come luogo e occasione di crescita personale, di autorealizzazione.

Scabini (1995) evidenzia come sia il concetto di cura, intesa come essenza del legame familiare, a ricoprire quella funzione di accudimento (anche in termini simbolici) che lega le generazioni e che connota il gruppo famiglia come contesto di crescita e di ben-essere.

Cura significa accettazione e valorizzazione della diversità, percepita come alterità e colta come ricchezza, del dialogo, come vicinanza tra generazioni e tra generi, del ricordo e dell'eredità simbolica che attraversa le generazioni legandole e dando significato alla storia familiare nel tempo.

La cura tuttavia è intesa anche in termini operativi, come atteggiamento incontrato in un contesto professionale definito dalla relazione di aiuto. Rispondendo più ad una logica di *care* (to care), intesa come azione di “aver cura”, “promuovere il bene dell’altro”, che non alla stretta logica del *curare* (to cure), l’intervento professionale nella relazione di aiuto mira a favorire lo sviluppo e la crescita delle persone, modificando di riflesso la relazione interpersonale che le lega.

Per questo la sintetica frase di Cigoli (1994) “Curarsi di relazioni e curare attraverso le relazioni” diviene programmatica per l’operatore d’aiuto alla famiglia: la competenza relazionale a lui richiesta consiste nel sapersi prendere cura delle relazioni familiari, che costituiscono il legame, passando attraverso un

abile e consapevole uso della stessa relazione di aiuto.

La mediazione

Mechéle Colin (in Cigoli, 1998) definisce la mediazione come “un tempo tra due organizzazioni intrapsichiche e tra due forme di organizzazione sociale”, ma anche fra due sistemi valoriali, l’antico e il nuovo, tra i quali c’è il vuoto. Essa, così, acquista le caratteristiche di uno *spazio transizionale*.

Winnicott (1971) afferma in proposito: “Noi facciamo esperienza della vita nell’area dei fenomeni transizionali, nell’eccitante sconfinamento della soggettività e della osservazione oggettiva, in un territorio che è intermedio tra la realtà interiore dell’individuo e la realtà condivisa del mondo che è esterna agli individui”.

Il fenomeno transizionale si esprime in uno spazio-tempo di passaggio che riguarda sia il mondo interno delle persone direttamente implicate nel divorzio, sia la loro relazione (il vincolo-legame coniugale), sia il sociale (le rappresentazioni sociali del divorzio, i sostegni e i ripudi sociali).

La mediazione è strumento per la prevenzione del disagio sia dei figli sia degli adulti coinvolti nella separazione-divorzio. La peculiarità di non patologizzare la coppia in crisi colloca questo intervento per l’aiuto alla gestione del conflitto in uno spazio intermedio tra servizi di cura e servizi di consulenza. La mediazione è dunque uno spazio-tempo di passaggio che dà voce alla sofferenza di figli e genitori nel conflitto, permettendo loro anche di apprendere a trattarlo. Lo scopo, infatti, non è di eliminare il conflitto e di negare i motivi di rabbia o le cause della sofferenza, ma di accompagnare le

persone in un difficile passaggio, fornendo loro un luogo e un tempo dove sia possibile preservare quello che di positivo è stato distribuito nel legame tra i membri della famiglia e valorizzare le competenze genitoriali. L'assunto su cui si fonda tale agire professionale è la visione del benessere come dinamico e relazionale, che incrocia inevitabilmente i concetti di empowerment e di prevenzione, nonché un'immagine del soggetto che, nel travaglio che accompagna alcune circostanze o fasi del ciclo di vita familiare, rimane attivo nella ricerca di soluzioni migliorative del proprio stato, in quanto detentore di una competenza – certo da valorizzare, riscoprire, rileggere, potenziare o sviluppare – che, sola, può consentirgli di controllare e gestire efficacemente l'impasse.

Lavorare per l'empowerment equivale a operare affinché venga sviluppato il legame o la co-relazione tra competenze delle famiglie e competenze dei servizi psicosociali che se ne occupano, ossia affinché si creino quelle condizioni psico-socio-culturali che consentano di mobilitare le risorse umane esistenti. In tal caso si produrrebbe un legame tra percezione di efficacia (o auto-efficacia individuale o familiare) e strategie attive di fronteggiamento e di ricerca di soluzioni.

La dimensione sociale

Resta spesso sullo sfondo la dimensione sociale del problema. Tale misconoscimento, sostiene Cigoli (1998), trova le sue radici sia in un processo collettivo di rimozione della responsabilità, sia nell'ideologia individualistica che caratterizza la cultura del moderno e del post-moderno nelle sue varianti consumistico-tecnocratiche. Ma, continua Cigoli, non si farà tanta strada sulla via del sostegno delle relazioni familiari in caso di divorzio, se si concentreranno sforzi e risorse solo sulle formule giuridiche, o solo sulla mediazione familiare che, tra l'altro, rischia di rimandare ogni e qualsiasi problema alla coppia slegandola dal suo contesto sociale e relazionale.

Dovremmo invece sostenere, con Mazzoleni, la possibile integrazione fra sostegno formale e informale, ossia tra interventi istituzionali e

professionali (mediazione familiare, consulenza psicologica) e relazioni e supporti scambiati in modo spontaneo e non professionale (le molteplici varianti dei gruppi), in una logica di integrazione e di rete che non misconosce le differenze e le peculiarità dei diversi ambiti, ma le coglie e le legge come risorse, incanalandole al servizio di un intervento che realmente miri al potenziamento della famiglia e alla valorizzazione delle sue capacità, o possibilità reattive, di fronte a eventuali eventi critici.

Inoltre, come afferma Folgheraiter (Mazzoleni, 2004), organizzazione formale e rete informale, sebbene integranti e complementari, operano sulla base di logiche opposte: "L'organizzazione serve a fissare e razionalizzare le azioni collettive verso uno scopo. Le reti ha una tensione opposta, che è quella di permettere che molteplici azioni possano trovare la loro strada attraverso la fluttuazione e un incedere aperto, che faciliti l'emergere dal basso di intelligenza e di motivazione diffusa, al di fuori di meccanismi predefiniti".

Tale riflessione ci introduce a considerare l'importanza del riconoscimento delle reti familiari informali come ricchezza e come risorsa da potenziare e valorizzare, se ci si colloca in una prospettiva non medicalizzata di cura, bensì in una logica preventiva di empowerment sociale e familiare.

Separazione-divorzio come "evento critico": cornice teorica

Il tema dell'impatto degli eventi sul corso della vita si inserisce nella prospettiva della biografia come processo dinamico di crescita, costituito da una molteplicità di *carriere* (o *traiettorie*), interconnesse e interdipendenti, che si sviluppano ed evolvono nel tempo, a causa dell'interazione di eventi che innescano cambiamenti. Le carriere sono le diverse sfere di cui si compone l'esistenza (ad es. familiare, amicale, lavorativa, formativa, biologica): sono scandite da eventi e attraversano tappe. Possono intendersi come sequenze di situazioni di vita, di stati e di transizioni, che si sviluppano in specifici ambiti di interazione sociale.

Come ha sottolineato Hannerz (1980), non necessariamente una carriera si realizza come una progressione lineare e pianificata di tappe orientate verso posizioni sociali più desiderabili, bensì può assumere forme diverse e anche seguire un movimento discendente, nel senso che il passaggio avviene da una posizione migliore ad una peggiore.

Il concetto di carriera presenta un'accezione oggettiva e una soggettiva: l'una ha a che fare con le forme istituzionali della partecipazione degli individui al mondo sociale (posizioni, cariche, passaggi di status), l'altra comprende i significati che le persone attribuiscono ai loro percorsi di vita e le definizioni che danno delle situazioni.

È studiando le *transizioni* che risulta più evidente l'interdipendenza delle carriere, così come il sistema di vincoli e di opportunità entro cui gli attori si muovono (Meo, 2000).

Per transizione si intende un evento che determina un cambiamento di stato in una carriera e assume, soggettivamente, la valenza di una svolta radicale che muta il percorso di una traiettoria di vita immaginato o progettato. Essa può assumere la connotazione di “disagio”, se comporta il passaggio da una specifica forma di equilibrio ad una forma di squilibrio, ossia se provoca uno spiazzamento – destabilizzazione, destrutturazione del sistema di credenze, rottura nella biografia – difficile da ricomporre e da elaborare, per il senso di spaesamento e di perdita che procura, e tale da mettere a repentaglio gli stati d'essere o le modalità di funzionamento dell'individuo.

Le transizioni, infatti, sconvolgono anche radicalmente i modelli consolidati di comportamento, di rappresentazione di sé e di interpretazione delle situazioni, e producono nuove credenze, che, non rientrando nel sistema abituale, rappresentano un'interruzione da elaborare.

In psicologia si parla di “evento stressante”, dove lo stress è la condizione di tensione associata alla necessità o al desiderio di cambiare. Ogni cambiamento può risultare stressante nella misura in cui richieda l'attivazione di risorse straordinarie, eccedenti le capacità dell'individuo.

In sociologia si parla invece di “evento critico”, dove la criticità risiede nel fatto che, di fronte

all'evento, le abituali modalità di funzionamento dell'individuo risultano inadeguate e, se non vengono attivati nuovi processi, producono sofferenza.

Si è giunti a definire le transizioni come passaggi e cambiamenti peculiari, che restituiscono al soggetto la sensazione della sua unicità e conferiscono alla vita vissuta quel carattere di intenzionalità che maggiormente distingue un'identità dall'altra.

Le vere epoche della vita (come Nietzsche le ha definite) sono fissate in ragione di eventi salienti che, nel lavoro della memoria, sono i primi ad essere ritrovati, perché a essi, mentre li vivevamo, abbiamo attribuito un senso. Quindi i ricordi non si allineano con regolarità, perché in una retrospettiva tali eventi cruciali (transizioni) rompono la continuità. Noi situiamo gli accadimenti della vita a seconda che siano collocati prima o dopo queste cesure, che diventano sincroniche e si affollano, ci appaiono non più in fila, ma in cerchio: sono sostegni o barriere, in ogni caso punti di riferimento della nostra vita, grazie ai quali essa è raccontabile.

Il significato per l'individuo di tale avvenimento, e il suo impatto sulla biografia, dipendono da molteplici fattori: la storia personale precedente, il bagaglio di risorse materiali e simboliche con cui il soggetto incontra l'evento, ma anche i contesti di interazione in cui l'individuo è inserito, la sequenza e l'ordine temporale con cui l'evento si verifica rispetto ad altri eventi nella stessa traiettoria e in altre. Gli eventi esercitano la propria influenza in modo interattivo: non sono puntuali passaggi di stato, non è individuabile un confine netto e non hanno necessariamente effetti immediati né automatici.

Le reazioni a eventi spiazzanti

Tra eventi e carriere intercorre un rapporto di influenza reciproca: da un lato, gli eventi modellano i corsi di vita, strutturando sistemi di vincoli e opportunità, a livello materiale e culturale, e modificando quindi sia la linearità dei percorsi che le forme di auto-percezione e di comportamento dei soggetti; dall'altro lato, è in base alle modalità individuali di reazione (in

termini di rielaborazione delle esperienze, attribuzione di senso, riorganizzazione delle priorità date le risorse e le informazioni a disposizione) che gli eventi acquisiscono una certa connotazione e sviluppano determinate conseguenze.

Ogni individuo, sottoposto all'effetto di spiazzamento di situazioni difficili non codificate – che richiedono un ri-orientamento cognitivo, una ristrutturazione degli schemi di azione, la definizione di nuove routine quotidiane – si trova ad elaborare modalità di adattamento e a ricercare ruoli, norme di riferimento, modelli culturali e criteri per orientarsi, al fine di trovare un nuovo equilibrio. Le risorse che vengono attivate sono di natura materiale, simbolica, relazionale; queste ultime sono le risorse acquisite attraverso i legami che ci coinvolgono direttamente o indirettamente, radicate nella rete dei rapporti sociali (dalla quale non possono prescindere, ma con cui non possono essere identificate): l'insieme di tali risorse, dinamiche e situazionali, è definito *capitale sociale*, declinato in sostegno morale, sostegno materiale, fiducia, reciprocità.

Il capitale sociale è fondamentale, perché le carriere sono percorsi sociali e relazionali e gli stessi eventi di vita sono “costruiti socialmente” nelle reti di rapporti (social network). Il significato e le conseguenze degli eventi si definiscono proprio nelle interazioni con gli altri: la loro definizione soggettiva dipende, infatti, anche dalle definizioni che gli altri ne danno.

Il capitale sociale è, infine, una risorsa specializzata, nel senso che il tipo di rete adatto ad affrontare un evento può non esserlo per un altro. Particolari risorse relazionali sono importanti solo in certi contesti e in riferimento a specifici obiettivi, sono inefficaci o addirittura dannose in altri.

I nessi fra eventi spiazzanti, capitale sociale e carriere sono diversi da caso a caso: si delinea quindi anche una differenziazione delle reazioni e, proprio a causa di questo, nella maggior parte dei casi si attiva nelle persone una capacità di adattamento attivo, definita *capacità di coping*, che si traduce nelle “risposte cognitive e comportamentali elaborate per fronteggiare, dominare, tollerare o ridurre le domande e i conflitti esterni ed interni creati da circostanze

stressanti” (Folkman e Lazarus, 1984), cioè nella capacità di ristrutturare il proprio modello d'azione, di progettare nuove pratiche e strategie e di revisionare gli schemi cognitivi entro i quali le routine vengono formate.

Si definisce *transizione evolutiva* il percorso che, sfruttando la dimensione attiva del soggetto, gli permette di superare la frattura fra passato e presente. Ma ci sono anche eventi spiazzanti (come la separazione-divorzio) che sviluppano processi di rarefazione delle reti di relazioni, collasso del capitale sociale e disgregazione dell'*identità* – che possiamo ora definire come capacità dell'individuo di dare una definizione di sé, di attribuire un senso alle proprie azioni, di collocarsi all'interno di un campo simbolico tracciando dei confini rispetto agli altri, di stabilire delle preferenze, operare delle scelte, dare coerenza e continuità alla propria biografia.

I concetti di capitale sociale e quello di identità possono essere chiave interpretativa per leggere i cambiamenti che si verificano lungo due assi particolarmente importanti nello svolgimento del lavoro con la famiglia separata: la *carriera morale* (carriera dello sviluppo del sé, insieme di mutamenti regolari nel sé e nell'immagine di sé di una persona, così come nel giudizio di sé e degli altri) e la *carriera relazionale* (sequenza di cambiamenti che investono la rete di relazioni di un individuo). Le due carriere evolvono con concatenazioni, interferenze ed effetti a cascata o a spirale, in entrambe le direzioni, giochi di rimandi fra concezioni del sé, immagini sociali attribuite nelle interazioni, capacità progettuali e di intervento sulla situazione, disponibilità di sostegno e di risorse materiali, configurazione delle reti sociali e capacità relazionali, autostima e considerazione di sé da parte degli altri.

La dimensione del dolore

Mediazione come spazio bipartiziale per la narrazione del dolore

Nelle situazioni di separazione e divorzio i due (principali) protagonisti si trovano ad affrontare il difficile passaggio dallo stato di “componente di una coppia e di una famiglia unita” allo stato di “separato ed ex coniuge” che deve conservare compiti e funzioni genitoriali; tale

passaggio abbisogna di una partecipazione corale e di luoghi deputati a contenere l'angoscia, a elaborare il lutto e a rilanciare la fiducia nel legame.

L'aspetto cruciale, infatti, come sostiene Cigoli (1998), sembra essere la salvezza del legame tra le generazioni, matrice di identità e custode dell'equilibrio psichico; occorre inoltre assicurare una continuità affettiva della funzione genitoriale, strettamente connessa con la capacità dei genitori di elaborare la perdita, tollerare il dolore ed evitare che i figli possano fungere da "anestetico relazionale". È quindi assolutamente necessario impegnarsi nella ricerca della compatibilità tra co-genitorialità e divorzio psichico: quando questa articolazione fra istanze "incompatibili" si polarizza, ci troviamo di fronte, da una parte, a situazioni in cui permane una sorta di attaccamento confusivo e, dall'altra, a un'exasperazione del conflitto, cioè a una recisione definitiva e radicale di ogni tipo di legame nelle sue varie tipologie.

In attesa di risposta rimane tutta una serie di domande, che cerca di rendere comprensibile ed esprimibile un evento per il quale, in verità, forse non ci sono parole. La scoperta di essere stati ingannati, raggirati, defraudati di pezzi di identità, derubati della fiducia e abbandonati nel bel mezzo di una condivisione d'amore, rende vulnerabili, precari. Il "tradimento reciproco" mette a nudo la fragilità e costringe ad una inaspettata ridefinizione di se stessi. Il Noi è stato annientato. E confusione, smarrimento, solitudine si accompagnano alla immediata consapevolezza dell'abbandono: essere traditi (su un piano soprattutto simbolico, più che nell'accezione comune) vuol dire innanzitutto essere abbandonati, dal momento che chi è tradito, come chi tradisce – entrambi in qualche modo giocano entrambi i ruoli – è solo di fronte all'enormità del cambiamento psicologico che l'intrusione del nuovo comporta.

La reazione di chi viene abbandonato è intensissima e viscerale. La stessa consapevolezza che i sentimenti in gioco vanno ben oltre il legame affettivo contingente non attutisce l'acutezza di questa pena. Echeggiando antichi modelli di relazione, illusoriamente confinati nel passato, la separazione ripropone

una situazione asimmetrica. Il patto d'amore è stato violato e con esso l'implicita garanzia di una dipendenza reciproca che ne assicurava la solidità. Riemergono i primi livelli di organizzazione mentale, le prime necessarie separazioni inferte dai processi maturativi (Polla-Mattiot e Trinci, 2007).

Alla base della ridefinizione di sé, necessaria per il raggiungimento dell'obiettivo di salvare la co-genitorialità nel processo di divorzio psichico, si trova il concetto di *adulità*, cioè la rappresentazione complessa dell'età adulta, sistema aperto continuamente volto al cambiamento e espressione di un *sé multiplo* immerso in un vissuto pluridimensionale.

La complessità sociale chiede continuamente al singolo la capacità di differenziazione e ridefinizione dei propri compiti evolutivi e cognitivi. Da un punto di vista processuale, allora, il soggetto non sarà il risultato di una storia lineare, ma una *adulità*, espressione della trasformazione e dell'integrazione di diversi *continuum vitali*. Al momento del racconto di sé, l'*io tessitore*, che prevale sugli altri, è senza dubbio anche un *io mediatore*: si avventura nei territori interni (nei quali tendiamo a non volerci incontrare con gli altri nostri *io* odiati o poco amati) e ci chiama alla responsabilità adulta di accettare ed accettarci.

Di fronte all'evento critico della separazione, alla mediazione è richiesto di cercare di sostenere le persone rispetto all'assunzione di responsabilità nel fallimento, e di conseguenza di cercare di accogliere (e, ove possibile, far sì che sia accolto reciprocamente dai partner) il dolore presente sicuramente in entrambi. La mediazione costruisce una diga di fronte all'irruenza di sentimenti che possono farsi distruttivi di sé e delle relazioni. Ma la strada da percorrere non è quella di minimizzare l'intensità e il peso dei sentimenti provati dalle persone nella spasmodica ricerca di un adattamento socio-emotivo, bensì quella di lasciar dire le parole sulle difficoltà connesse al dover affrontare problemi materiali e affettivi. Se insomma non si trattano e non si masticano i sentimenti provati e se non si affrontano timori e angosce, il contenuto dell'accordo rischia di restare sulla carta, poiché esso non può fondarsi

sui sentimenti. Solo dopo aver accettato i sentimenti, solo allora, potrò usare il pensiero.

Cigoli dice che bisogna arrivare ad una accettazione e condivisione del dolore, prima di iniziare qualsiasi mediazione. Ciò è vero in misura ancora maggiore se si considera che spesso le persone soffrono anche perché non sanno bene qual è il loro dolore e vivono più o meno consapevolmente questa ambivalenza, tentando di mettere in evidenza solo alcuni aspetti di se stessi e minimizzandone altri: gli aspetti evidenziati sono non solo la parte che vogliono mostrare agli altri, ma anche ciò che vorrebbero vedere nello specchio.

Il conflitto infatti non è solo fra le parti, a livello della relazione (se così fosse, basterebbe forse una mediazione più negoziale...), ma anche sul piano interno, perché ciascuno ha desideri incongruenti, ambigui, sentimenti non univoci. L'ambivalenza sta in tutta la relazione così come nelle singole persone ed il conflitto interno a ciascuno aggrava e rende più complesso il conflitto relazionale.

La mediazione diviene allora il luogo dell'ambivalenza, dove l'unica cosa di cui il mediatore si preoccupa non è di eliminare i sentimenti contrastanti o di risolvere il conflitto, ma di fare chiarezza, di far sì che il conflitto sia chiaro, condiviso, trasparente: ciò che interessa è che l'ambivalenza venga riconosciuta, accettata e tollerata, da parte di tutti, perché l'unico modo di tollerare l'incertezza è conoscerla, senza lasciarla generica.

Tuttavia il timore di affrontare la problematicità, la sensazione di aver perso ogni punto di riferimento rischiano di mantenere intatti nel tempo sistemi di credenze, valori, comportamenti e atteggiamenti non più funzionali alle situazioni esterne mutate.

Quando la coppia arriva in mediazione, il mediatore dovrà quindi capire di che cosa soffrono i due partner, aspettando che smettano di lanciarsi la palla e si assumano ognuno il carico del proprio dolore. Infatti la possibilità di superare le crisi della vita e ristrutturare se stessi e le relazioni sembra dipendere, almeno ad un primo livello, dalla capacità di gestire il proprio dolore, consentendosi di elaborarlo.

Processo di gestione del dolore: essere capaci di...

Secondo le teorie della personalità, la capacità personale di accogliere e convivere con il proprio dolore dipendono, da alcuni fattori:

- essere consapevole del proprio dolore (riconoscerlo e accettarlo);
- essere capace di esprimerlo;
- essere capace di rischiare di dividerlo.

...riconoscerlo

Di solito non soffriamo per un evento, ma per la nostra interpretazione e rappresentazione di esso. Come scriveva Epitteto, alla fine del secolo VI a.C.: “non le cose, ma le opinioni sulle cose, fanno soffrire gli uomini”. Quindi il tentativo di capire il dolore degli altri deve tener conto di tale soggettività, rispetto all'oggettività dell'evento: le reazioni alla separazione sono le più disparate, infinite come infinita è l'espressione della soggettività. Possono essere reazioni volte a smentire l'inferiorità, l'esclusione, la ferita narcisistica; possono essere una difesa estrema, maniacale, da quella parte della psiche che richiederebbe calma, silenzio, ascolto e accoglimento di un inevitabile stato depressivo.

Cigoli (andolfi, 1999) evidenzia quattro forme di fine del patto coniugale (incastro di bisogni e desideri reciproci che vive di identificazioni proiettive e introiettive reciproche), in base alle quali è possibile anche delineare tipologie di reazione all'evento; chiaramente non si tratta di classificazioni precise, ma solo di tendenze, che in ogni caso possono essere utili come punti di riferimento del lavoro di osservazione, per dare al mediatore un quadro dei tratti prevalenti all'interno di una coppia. La sensazione più frequentemente legata al “fallimento dell'incastro” (situazione in cui i due partner non riescono più a rispondere ai bisogni reciproci per cui si erano legati) è quella della rabbia da parte di uno dei due partner e, eventualmente, quella dell'evitamento da parte dell'altro. Nella forma dell'“esaurimento del compito” la coppia non pensa più ad un progetto comune, si rende conto che non c'è più amore nel rapporto. La sensazione è quella

del lutto, della perdita. Nella fine del patto per “avvenimento sconcertante” si perdono i normali acquisiti punti di riferimento per leggere l'altra persona. La reazione è di confusione, dovuta alla perdita non solo della fiducia, ma proprio delle coordinate. Quando infine siamo di fronte alla forma di “debolezza del patto” il sentimento prevalente è quello di scarsa cura e dolore da un lato e noia e timore dall'altro .

Ogni reazione deve essere riconosciuta ed ascoltata. Il dolore non accettato può manifestarsi come rabbia, aggressività, depressione, vittimismo, esuberanza, menefreghismo, totale colpevolizzazione dell'altro, conflitto aperto. Ciascuna sensazione è un volto del dolore trattenuto e ha una sua utilità nella vita, cioè quella di non far sentire il dolore stesso, ma se non riusciamo a darle espressione non saremo mai in grado di convivere con la nostra storia e guardare oltre.

...esprimerlo

Esprimere diviene allora riparazione che nasce da una esigenza di difesa. Per usare un'espressione di Proust, si può guarire da una sofferenza solo a patto di sperimentarla fino in fondo, perciò l'unico modo di guardare oltre il dolore è fissarlo bene in volto, attraversandolo con domande. Come è possibile, però, riuscire a placare un dolore duplicandolo, ripetendolo nella parola? Ferrari (1994) risponde che il graduale processo del lavoro di espressione passa attraverso il ricordo. Ricordare è ripetere l'esperienza di sofferenza e tale ripetizione consente alla persona di passare da una situazione di passività ad una di attività, così da riacquistare un controllo retrospettivo sugli avvenimenti.

Esprimere è darsi pace, pur affrontando l'inquietudine e il dolore del ricordo, forse proprio perché li si affronta, come sostiene Proust. Il pentimento e il rifiuto totale di quel che si è stati o si è fatto sono meccanismi di difesa che, comunque, non cancellano il percorso di vita, sia che gli atti siano stati intenzionali, voluti con forza o svogliati, sia che le circostanze, i condizionamenti, le necessità del momento ci abbiano agito, costretto a

scegliere o a non scegliere affatto. Del resto la vera tregua ci invita all'assoluta sincerità con noi stessi, anche se poi la nostra verità non diverrà parola ascoltabile. Ciò non ha niente a che fare con la ricerca della propria assoluzione. La tregua non pretende di cancellare i conflitti: è infatti uno spazio-tempo di contrattazione, è venire a patti con se stessi, gli altri e la vita.

Il tessitore interno non ha il compito di stabilire quanto abbiamo trasgredito o quanto ci siamo allontanati da determinati ideali adulti (buoni padri, madri, figli, coniugi, ecc), o quanto abbiamo saputo fare o contribuito a fare. Fa già molto se riesce a regalarsi un po' di quiete, attraverso la scoperta che ogni momento della sua vita gli appartiene ancora e per sempre: l'io tessitore cerca una sintesi per raccontarsi e spiegarsi. È nel momento in cui la persona svela la sua incompiutezza e la sua impotenza che impara ad amare di più i successi personali, anche minuscoli, tra la consapevolezza dei propri limiti e la fantasia del loro superamento.

...condividerlo

E tali processi di riflessione sul sé si esprimono in tutta la loro potenzialità quando si sceglie di condividerli, attraverso un racconto di sé all'altro, che si assume il compito di contare e disporre, in un desiderio d'ordine, le membra sparse della propria esistenza trascorsa e frantumata, e ha un effetto benefico, perché consente al narratore di sentirsi autore e protagonista. Sentimento, quest'ultimo, che appunto si smarrisce quando la vita obbliga a essere comparse o spettatori incantati di quanto si è fatto e si va facendo.

L'incapacità di dare un nome e di trovare un luogo psichico per i nostri sentimenti ci mette in fuga dal dolore mentale, poiché non possiamo sopportare alcuna sospensione, dobbiamo subito essere occupati da una risposta, dobbiamo sentirci ancora vivi, nonostante l'affronto subito della separazione e dell'abbandono. Vivi, ma in un fiume di rabbia dove non ci sia posto per lo strazio della perdita. In cambio dare voce, dare parole, riformulare il sentimento, può riparare alcune ferite, interponendosi fra il trauma e la necessità di oltrepassarlo e riabilitando il soggetto ad una dignità ferita o prima sconosciuta.

I sentimenti sono per loro natura assolutisti; nominare le emozioni permette di smorzarne l'intensità, perché l'atto di nominare passa attraverso un processo cognitivo, che permette di contenere, distanziare, circoscrivere la forza devastante di alcune emozioni. Allo stesso modo il fatto di storicizzare in momenti e situazioni precisi le proprie sensazioni comporta un ridimensionamento dell'emozione, che non è più vaga, diffusa, consistente, persistente, presente. Con la decodifica il sentimento doloroso diventa un pensiero possibile e tutto ciò che è pensabile diviene narrabile, e dunque concepibile sul piano cognitivo. Allora si assume una posizione attiva rispetto al problema.

Attraverso la condivisione del racconto non ci si limita alla ripetizione dell'esperienza; infatti, nello svolgersi e nel procedere della comunicazione, di fatto si riflette e si mima il lavoro psichico che presiede alla riparazione, al superamento della sofferenza, in modo tale che l'espressione si trova ad essere allo stesso tempo veicolo, strumento ed esito del processo di riparazione. Essa è ricerca di parole e costruzione di un linguaggio che esprima coscienza di sé, che sia oggetto mediatore, utilizzato come apportatore di significato, ma colorato di emozione, poiché solo l'emozione ci salva dall'insensatezza del mondo. Nel tentativo di spiegarsi all'altro in modo efficace la persona procede per gradi di acquisizione di chiarezza fra il "sentire" e il "pensare": la condivisione ci conduce a dare voce e pensiero alle emozioni e, contemporaneamente, emozione ai pensieri, stimolando l'uno e l'altro aspetto, laddove manchi, per creare un collegamento, un equilibrio o quantomeno una convivenza fra i due.

Vi sono comunque storie che non vorremmo raccontare a nessuno: a volte perché fanno male e non le vorremmo raccontare nemmeno a noi stessi; a volte perché non sapremmo giustificarle. O perché non sappiamo a chi raccontarle. A volte è per conservarle meglio: ciò che le parole non nominano rimane disponibile al ricordo inatteso, tanto più forte e in forma originale quanto più non vi si è sovrapposto alcun lavoro di riorganizzazione cosciente.

Però trovare le parole giuste ("le uniche giuste fra tutte quelle possibili", dice Italo Calvino) è il solo modo per scavare davvero in profondità dentro se stessi, perché la lingua permette all'evanescenza delle sensazioni di acquistare permanenza, anche attraverso la sintesi dovuta alla loro selezione. Scrive infatti Madeleine Baranger (1990): "Il materiale parlato è sempre una selezione: la parola è più lenta del pensiero".

Violentare un po' le sensazioni, per dare loro un nome, è il solo modo per creare occasioni relazionali, che fioriscono dai tentativi di comunicazione, anche e soprattutto con se stessi, come davanti ad uno straniero, dal momento in cui ci si avvede dell'intima doppiezza e ambivalenza umana e si ricerca il filo conduttore tra i molti Io che lungo la vita ci accade di essere, senza alcuna angoscia, fra l'altro, per la sintesi delle parti scisse. Tutta la nostra esistenza è in fondo un viaggio alla ricerca di quella "costruzione sintattica" dalla quale dipende la possibilità di comprenderci e farci comprendere. Per questo siamo soprattutto linguaggio, come sosteneva Giuseppe Ungaretti (Diacono e Rebay, 1974): "l'uomo, per l'opera della conoscenza, non dispone se non di parole".

La potenza della parola, che consiste nella sua capacità di colmare l'assenza delle cose, rappresenta, sempre con Ungaretti, forse l'unica possibile rotta alla scoperta del nostro porto sepolto, simbolo del mistero che circonda la condizione umana, ciò che di segreto rimane in noi indecifrabile.

La responsabilità della comunicazione

La mediazione può sicuramente essere spazio adeguato per la narrazione del dolore della coppia in separazione, ma nell'accompagnare e sostenere questa condivisione c'è un aspetto da tenere sempre in considerazione: la responsabilità della comunicazione.

Raramente parliamo semplicemente per dire; spesso, forse sempre, parliamo per compiacere o per dispiacere, siamo sinceri per masochismo o per sadismo, per salvarci la faccia o per perderla, per vincere o semplicemente per convincere. Le persone possono confidare

molte cose di se stesse e per tante ragioni: ad esempio per alleviare dolore o preoccupazione, perché si lasciano andare o anche solo per sopportare la noia. In ogni caso, “dentro le parole corre il nostro desiderio” (Sala, in Gamelli, 2003).

Un grave errore, quindi, sarebbe ascoltare (o raccontare) senza capire il peso che la conversazione assume per chi ci sta di fronte, promettendo una comunicazione cui poi non viene dato seguito. Sappiamo comunque che gli esseri umani sono ripetitivi, finché non hanno finito di dire ciò che hanno bisogno di dire e finché l'altro non ha finito di comprendere.

Circolarità: il conflitto per non cambiare

L'elaborazione e gestione del dolore connesso all'impraticabilità della fine del rapporto coniugale è tanto più importante se pensiamo che la discordia, quando le varie necessità fanno tentennare, è essa stessa una soluzione cercata proprio per non affrontare il dolore e il cambiamento. Per tramite del conflitto, infatti, le persone degli ex coniugi e delle famiglie di origine cercano di non trattare la fine della coniugalità e tutelare le sicurezze.

Il mediatore deve ricordare che il pensiero all'interno di una coppia ha una sua circolarità: il mio pensiero influenza il tuo e probabilmente ciò che penso deriva da ciò che viene da te. Il pensiero dell'altro è come una garanzia per me di poter avere il mio punto di vista. La conflittualità nella coppia garantisce che non ci siano cambiamenti: dopo essersi trovati d'accordo che la situazione non va e che bisogna fare qualcosa per cambiare, il fatto di non trovarsi d'accordo, il prendere posizioni diverse su che cosa fare per attuare il cambiamento, su cosa cambiare, è l'unica forma di garantire che nulla cambierà davvero. Perché il cambiamento spaventa.

Scriva Michel Lacroix (2000): “Ogni difficoltà allo sviluppo di sé è contrassegnata dalla paura; se gli individui non comprendono che possono mettere in moto le loro risorse, è perché sono le paure a fermarli: paura di affermazione, paura di osare, di cimentarsi in questa o in quella impresa, di dire no, di esporsi agli occhi degli altri, paura delle proprie emozioni, del proprio

corpo, dell'intimità. La paura è il principale fattore inibitore del potenziale umano”.

L'immagine negativa di sé va dunque combattuta, per far fluire nuove energie, per conquistare progressivamente la parte “ottimista” della nostra identità. “La paura non detta è una paura che cresce a dismisura e che, autoalimentandosi, silenziosamente distrugge all'interno l'io che la trattiene (...); una volta scritta su un foglio, acquista sulla carta una specie di esistenza autonoma che ne consente l'osservazione a distanza” (Bing, 1977). Esprimere le proprie paure significa esorcizzarle, esercitare su di esse un controllo, anche solo per il fatto di averle rese visibili e separate da noi (Bing, 1977).

Parafrasando Polla-Mattiot e Trinci (2007), i matrimoni sono pieni di conflitti agiti ma non compresi, e la concretizzazione da sola non porta ad alcuna trasformazione. In certi casi potremmo persino dire che agire il conflitto, senza interrogarne l'inquietudine e senza lasciarsene interrogare, è il modo migliore per non cambiare proprio nulla: la rottura del legame non appare più necessaria. Ci sono varianti sottili e per nulla rare del puro e semplice conflitto. La collaborazione psicologica è una di queste. È possibile indurre l'altro alla discordia, alla noncuranza, alla gelosia, al tradimento con una serie di atteggiamenti reiterati e costanti, oppure acconsentire ad interpretare per e con l'altro vari ruoli. Si collabora attivamente al conflitto anche negandone l'esistenza, ignorandolo consapevolmente o inconsapevolmente attraverso varie forme di autoinganno. Non si è interessati alla verità, si nega, si rende vaga, non si tollera l'eventuale rottura del “teatro familiare”, di una pièce consolidata nella finzione, dove ognuno recita a soggetto la propria parte. La menzogna può dare sicurezza, così come il volontario chiudere gli occhi e sognare può illudere che si possa vivere senza soffrire.

L'esame di realtà che si cerca di compiere in mediazione, facendo meta-comunicazione sia sul piano razionale-pratico sia sul piano emotivo-relazionale, è finalizzato a spezzare il meccanismo di circolarità della comunicazione ed aprire possibilità di comprensione.

Spesso, afferma Cigoli (1998), un luogo comune ricorrente tra i mediatori familiari è che nella mediazione ci occupiamo della coppia in quanto coppia di genitori e non di coniugi, come se la semplice enucleazione di questa scissione producesse di fatto una elaborazione della separazione e un abbandono delle dinamiche di coppia. Polla-Mattiot e Tinci (2007) concordano con Cigoli, sostenendo che se non si è consapevoli delle proprie “leggi interne”, se non si è consapevoli del senso della propria storia, si rischia di ripeterla anche se è stata fonte di grande sofferenza. E se la coppia non è consapevole di come funziona la relazione, di che tipo di relazione si è instaurata al suo interno, non potrà mai raggiungere un accordo che sia duraturo e stabile. Quanto più la coppia di genitori avrà occasione di riflettere indirettamente su tematiche che favoriscono una riappropriazione degli elementi della storia personale, maggiore sarà la possibilità di raggiungere accordi per i figli, e soprattutto di creare le premesse per un nuovo assetto relazionale.

L'elaborazione delle aspettative deluse

Il rapporto tra aspettative e percezione del reale è determinante nel motivare al cambiamento. Come suggerisce Preta (1991): “L'unica cosa che può essere cambiata è il presente; a questa impresa può contribuire l'atteggiamento psicologico di chi rinuncia a certe visioni del passato ed attraverso cambiamenti nei suoi oggetti interni libera se stesso e le sue energie dal peso di ciò che è stato”. Distaccarsi da un determinato evento e comprenderlo nelle sue ragioni più profonde è trattenerlo senza esserne vincolati. Non si parla perciò di annullamento, ma di presa di distanza rispetto a ciò che ci pesa: è necessario oggettivare un evento senza identificarsi con esso, trattenerlo il passato (non cancellarlo!) senza che incomba e rimanga come presente indelebile. Ciò vuol dire far vivere il passato come qualcosa di cui siamo fatti, ma da cui ci dobbiamo congedare, per avanzare. Il passato esiste comunque solo in relazione al presente attuale: non è un dato in sé, ma acquista vita per gli attributi che assume nel presente.

I coniugi, allorché sono presi dalla delusione e dalla rabbia per la caducità del sogno condiviso dell'amore, hanno sempre grandi difficoltà a riconoscere di aver ricevuto qualcosa dall'altro (mentre con estrema facilità ciascuno ricorda solo il male subito) e non riescono a guardare il legame nella sua storia, accettando la frustrazione, accettando di perdere la visione idealizzata dell'altro come portatore della felicità, rinunciando al fatto che sia l'antagonista. Con facilità, invece, riducono la separazione al gesto e alla scelta dell'altro, senza considerare la dimensione relazionale nella coppia, di quel che accade prima – un vastissimo prima – che un Noi si infranga. D'altra parte, la concezione della fine di un amore come risultato della volontà individuale è molto più tranquillizzante di quella che, all'opposto, considera la stessa fine come un prodotto dell'interazione e del parallelismo esistente in ogni uomo tra la dimensione “intrapsichica” e quella “relazionale” e che quindi definisce la relazione coniugale per sua natura incerta e fragile. Per cui, presupporre che esistano figure di vittime e di carnefici precostituite, anziché considerare l'evento come un prodotto del farsi delle relazioni stesse, è più tranquillizzante che non pensare che tutti possiamo diventare vittime o carnefici a seconda del “campo” nel quale si giocano le interazioni e la parte di noi che queste portano alla luce.

Questa visione unidimensionale impedisce una più equilibrata (e realistica) distribuzione delle responsabilità e ostacola la scissione fra aspettative verso il ruolo di partner e valore attribuito alla persona (a prescindere da come è stato ricoperto il ruolo di partner), trascurando il fatto che gli esseri umani non sono mai inadeguati in assoluto, ma solo in relazione alle aspettative degli altri.

I coniugi in separazione sono stati forse tanto precocemente delusi, da aver subito una frattura nella costruzione del proprio “senso di continuità” prima di aver potuto sviluppare la capacità di essere soli (questa raffinatissima forma di maturità, come la definiva Winnicott), capacità di essere e fare un corpo solo e al contempo riconoscere la differenza.

Il mediatore familiare deve saper cogliere le modalità peculiari con cui la famiglia mette in scena il suo dolore; d'altronde l'attenzione alle

attese (smisurate, irrealistiche, rigide) delle parti in causa richiede che qualcuno le sveli, le rimetta in gioco e operi per una *riassunzione delle responsabilità* in modo particolare per quel che riguarda l'esercizio delle funzioni genitoriali.

Responsabilità genitoriale: elaborare la fine coniugale tenendo vivo il legame genitoriale

Il mediatore spesso ha la sensazione che i due genitori stiano “facendo danni” (li abbiano fatti, li faranno). Ma questa è la versione personale del mediatore, la sua valutazione della situazione. Se probabilmente dal punto di vista relazionale si creano danni, d'altra parte dal punto di vista individuale la persona mette in atto determinate strategie con l'intento di “curarsi”: le sue azioni sono auto-terapeutiche. Tener presente questo concetto permette al mediatore di entrare in empatia con le persone. Tutto quello che loro fanno è ciò che credono di meglio ci sia per loro in quel momento, il massimo che possono fare, ciò di cui sono capaci, ciò che credono occorra loro. Certamente il mediatore accoglierà la coppia fratturata, ma non può dimenticare, laddove ci siano figli, di interessarsi anche alla coppia genitoriale; è soprattutto in funzione della salvezza della seconda, infatti, che la mediazione si occupa della prima.

Di frequente la fine del patto, e con esso del dovere e vincolo reciproco (cioè del sentirsi legati), trascina con sé effetti critici e a volte addirittura nefasti circa impegno e responsabilità (ma anche piacere) nei confronti della cura verso le generazioni successive. Non è tanto questione, scrive Cigoli, di “buon divorzio”, né di “divorzio psichico”; è questione piuttosto di gerarchia di valori (l'altro, il figlio, viene prima di me e di noi nel suo diritto a ricevere) e di comune ideale che la coppia genitoriale sa istituire al di là del dolore del divorzio. “Come insieme ci si lega, così insieme ci si separa”. È vero però che, se così dovrebbe essere secondo un criterio di auspicabilità, purtroppo poi non è questa la realtà che con più frequenza ci troviamo ad affrontare.

L'asse coniugale ha in ogni caso il compito di elaborare la fine dell'unione-vincolo sapendo

tener viva la responsabilità genitoriale, ma la difficoltà del compito viene a volte sottovalutata anche dagli operatori. Si dovrebbe infatti considerare il fatto che i legami hanno per la mente carattere eterno. Non è dunque possibile sciogliere il legame coniugale nel senso di disfarsene. Si possono osservare le conseguenze (in negativo) di tale affermazione nelle situazioni di maggior rischio per i figli, riferibili a quelle famiglie dove gli ex coniugi presentano un alto livello di escalation del conflitto e contemporaneamente un'alta ambiguità del loro legame; tale legame, definito da Cigoli, Galimberti e Mombelli (1988) come “disperante”, è segnato da discordia coniugale e nello stesso tempo dalla speranza senza fine di una riconciliazione.

Se dunque non è possibile disfarsi del legame, è però possibile “separarsene”, nel senso di sciogliere un patto, riconoscendone la fine, cosa che non va senza sentimenti di fallimento e di grave delusione.

All'inizio di un amore la pretesa dell'uno di trovare nell'altro assolutamente tutto è normale, nell'attuazione di una piccola “follia privata”, che Masud Khan (in Polla-Mattiot e Trinci, 2007) definisce “dinamismo diadico”. Ma le illusioni, non dissimili dai puri stati estetici, che annullano o sospendono le convenzionali distinzioni e scansioni di spazio e di tempo di sé e non sé, devono, nella più auspicabile delle ipotesi, modificarsi attraverso la crisi graduale che conduce dall'innamoramento all'amore, nella costruzione di una reale conoscenza di entrambi e quindi della reciprocità.

Nell'amore subentrerà infine un terzo elemento che è l'accettazione – accanto all'illusione e alla realtà condivisa – di una parte di realtà non condivisa, senza che per questo sia sentita come minacciosa. In questo senso, la reciprocità “sana” implica sempre il raggiungimento di una certa separatezza, la quale a sua volta significa anche poter gestire ognuno da solo il proprio tempo, e poter sperimentare una forma di autonomia, che permetta di stare con l'altro continuando ad essere se stessi, creativamente, con i propri spazi privati. Viceversa se non si costruisce lo spazio per il “numero tre”, la coppia è destinata a funzionare in modo nevrotico, chiuso e “falsamente simbiotico”, e

non può aprirsi alla “genitorialità”, non necessariamente intesa in senso biologico.

“L’amore ci impegna pertanto alla sofferenza, poiché la piena fusione è solo apparente”, scriveva Bataille (in Polla-Mattiot e Trinci, 2007), e tuttavia è sempre l’amore a promettere illusoriamente la fine della sofferenza. “Se tu riuscirai a possedere l’essere amato”, proseguiva Bataille, questo tuo cuore assediato dalla solitudine formerà un cuore solo con quello dell’essere amato”. La problematica specifica del legame può emergere dal fatto che la stipulazione di un patto-vincolo tra adulti in quanto partner avanzi una richiesta di “esclusività” che si spinge a volte a tagliare fuori gli altri legami della persona, tra cui anche quelli con i figli.

Il medesimo meccanismo di “esclusione del numero tre” può essere provocato dalla situazione di separazione e divorzio, nella quale gli adulti si trovano ad affrontare grandi sofferenze e difficoltà. I figli possono subire perciò ferite inguaribili dal dolore mal gestito dei genitori: veri e propri tradimenti del legame ai quali conseguono sentimenti così dolorosi da mettere in crisi la fiducia negli altri, oltre che in se stessi. Una destabilizzazione dell’identità che sale alle stelle nel momento in cui diviene innegabile la realtà di una crisi sentimentale fra i genitori.

La paura è soprattutto di essere coinvolti nella rottura del “noi familiare” che sino a quel momento era fonte di sicurezza. Scatta allora l’ansia di essere abbandonati dal genitore “che se ne vuole andare” come pure da quello “che viene lasciato”, quindi da tutti: perché, generalizzando, se un Noi viene infranto, qualsiasi altro Noi al quale i giovanissimi sentono di appartenere potrà a sua volta essere frantumato. È uno strappo nella fiducia, un’esperienza difficile di discontinuità, che presuppone una frattura fra il “prima” e il “dopo”.

Le “ragioni degli altri”, nella loro differenza, legittimità o non condivisibilità, sono interpretabili a partire sempre dalla consapevolezza e dal riconoscimento delle loro motivazioni, in base alle quali pensano, agiscono e sognano per fini diversi dai nostri. Il riconoscimento è una operazione mentale che comprende l’interiorizzazione della fine della

coniugalità o della convivenza, sapendo portare in salvo sia la fiducia nel legame (essere degni di legame, saper legare l’altro a sé), sia, attraverso i figli, lo scambio fra le generazioni. Il riconoscimento deve avvenire, però, anche da parte dei figli.

Nell’approccio transizionale-simbolico la natura del problema (distinta dalle fasi del processo drammatico) ha a che fare con il legame tra le generazioni, per cui l’esito del processo è tutt’altro che scontato. La domanda cruciale a cui gli adulti in quanto coniugi e genitori devono saper dare una risposta è come si procede di fronte alla fine. Solo che la fine (della coniugalità e del valore assegnatole in quanto legame fondamentale) è di frequente intrattabile. Essa è invece vivibile e gestibile quando diventa oggetto di riflessione e quando le persone sono in grado di portare in salvo qualcosa del legame precedente e di rilanciarlo.

Portare in salvo il legame

La percezione delle risorse interne alla famiglia e la percezione e rappresentazione del legame stesso come risorsa – forte senso di appartenenza e di coesione interna, possibilità di ricorrere a un universo di significati condivisi e certezza del supporto reciproco – costituiscono chiari predittori di benessere.

Se la famiglia è stata definita come soggetto che organizza in sé le relazioni tra generi e tra generazioni (Mazzoleni, 2004), intervenire in suo supporto equivarrà a intervenire per potenziare la sua specificità relazionale, rinforzando e incrementando ciò che Scabini e Cigoli (2000) definiscono “il familiare”, come essenza del legame in termini sia affettivi sia etici, che caratterizza l’identità della famiglia al di là della mutevolezza delle forme storicamente assunte. Qui si trova la sorgente della relazione familiare: il bisogno di apertura e interessamento all’altro, passando attraverso la logica della reciprocità come dono e lealtà che unisce i generi e le generazioni in legami familiari che mostrano a pieno titolo la duplice natura di vincolo e risorsa attraverso le generazioni (Scabini, 1995, in Mazzoleni, 2004). Donati (1991, in Mazzoleni, 2004) scrive: “L’essere umano non può esistere senza relazioni con gli altri. Questa relazione è il

costitutivo del suo essere persona, come lo sono l'aria e il cibo per il corpo. Suspendete la relazione-con-l'altro e avrete sospesa la relazione con il Sé”.

Gli effetti della fine relativamente alla coniugalità, cioè dell'incastro di bisogni e desideri relativi al legame, non possono che lasciare tracce sia a livello della salute individuale, sia a livello delle relazioni. La differenza cruciale si connette alla possibilità di procedere al di là del trauma gestendolo e rilanciando la fede e la speranza nel legame, oppure di non riuscire nell'impresa. Studiare emozioni e comportamenti scindendoli dalla loro matrice relazionale risulta in tal senso un grave errore sia teorico (mancata comprensione del valore fondante del legame per la mente), sia metodologico (scissione tra la modalità di reperire e trattare i dati e la loro matrice contestuale).

Occuparsi del benessere individuale o familiare, soprattutto all'interno dei processi di transizione, equivale a occuparsi delle relazioni interpersonali giocate nella famiglia, nella dinamica del dare/ricevere cura, che attraversa le generazioni. Operativamente ciò significa lavorare per accompagnare il soggetto o la famiglia a riscoprire e valorizzare la relazione come luogo di crescita personale e autorealizzazione, e come occasione per prendersi cura dell'altro, attraverso la presa in carico dei suoi bisogni, garantendo l'esistenza e la continuazione del legame (che è, per sua stessa natura, imprescindibile).

Winnicott conclude il saggio *Il luogo in cui viviamo* con un'affermazione all'apparenza paradossale che ci interessa particolarmente: “tra gli esseri umani, non vi può essere alcuna separazione, ma solo una minaccia di separazione, e la minaccia è massimamente o minimamente traumatica a seconda dell'esperienza delle prime separazioni”. Nella crisi dovuta al divorzio il legame di coppia assume di fatto una dimensione centrale. Le persone sono di fronte sia ad un violento “ritorno alle origini”, a ciò che esse hanno ricevuto e hanno patito nella costruzione del legame, sia al dolore-trauma della separazione. L'obiettivo più ambizioso è di trattare la fine di una relazione in vista della sopravvivenza di un legame: “si tratta cioè di riconoscere l'esistenza di aspetti positivi e si

tratta di tener viva la fiducia nel legame e in se stessi come degni di legame. Come dire, se quel legame è fallito, è valsa la pena di viverlo e vale la pena nella vita dare cura e energia ai legami” (Scabini e Cigoli, 2000).

La mediazione familiare può così assumere il significato di un intervento che non solo tende a ridurre gli aspetti cruenti del conflitto in vista degli accordi di separazione, ma prova a sostenere la famiglia in questa fase così dolorosa e nello stesso tempo cruciale per il benessere psicologico dei figli, innescando, laddove sia possibile, occasioni di elaborazione della perdita e cura dei legami. La stessa elaborazione del lutto non si sostanzia nel guardare in positivo e tornare a vedere tutto con gioia, ma piuttosto nell'accettare la compresenza di un sentimento di perdita (un amore finito) e un senso di continuità (un amore che continua). Salvaguardia del legame e trattamento della perdita viaggiano appaiati, afferma Cigoli (1998). Il cantautore Fabrizio De André commentava circa la morte del padre: “Il problema non è che gli volevo bene, perché quello non finisce. Il problema è che lui ne voleva a me”, interpretabile come un amore che continua (quello del figlio verso il padre) e un amore che finisce (quello del padre verso il figlio, a causa della morte).

Occorre perciò sostenere il passaggio verso il sentire che il legame è affidabile anche al di là della frattura coniugale. Nella scia dell'insegnamento di Kurt Lewin, si può affermare che i passaggi sono gruppalì, vale a dire che coinvolgono più persone e più generazioni, così come comportano riassetto relazionali della mente. Tale riassetto riguarda la capacità di uscire dal divorzio coniugale, mantenendo saldo il legame di parentela e l'esercizio di responsabilità che vi è connesso, da parte dei genitori, così come rilanciando il valore di sé nel legame e per il legame da parte dei figli.

Nella confusione relazionale e nel dolore per quegli attacchi gravi al legame tra le generazioni ci vuole qualcuno che aiuti figli e genitori a mantenere la rotta costituita dalla difesa del legame, che non è andato in frantumi, ma continua a operare, anche se con “obiettivi” differenti. D'altra parte abbiamo già sottolineato che i legami sono per la mente, in

quanto parte costitutiva del sé, eterni e non basta cercare di annullarli per liberarsene.

Accettare e trattare la fine è così il problema e nel problema sta tanto la riflessione su di sé (il rimando a se stessi, ai legami con e nella famiglia d'origine, alla propria storia), quanto il saper portare in salvo qualcosa. La fine rimanda al principio, vale a dire a ciò che al legame era stato affidato reciprocamente in fatto di bisogni, attese, definizione e perfezionamento di sé, appartenenza familiare e sociale.

Le persone vanno aiutate a portare in salvo i beni in una situazione di incombente pericolo. E il mediatore deve sapere che, di fronte a tale pericolo, le persone mettono in atto difese differenti: c'è chi attacca violentemente, c'è chi rivolge su se stesso la rabbia e l'aggressività; c'è chi si deprime e c'è chi nega la realtà. Di fronte a questo profondo travaglio, al mediatore è richiesto di accompagnare la coppia nel recupero di una fiducia reciproca nel legame.

Fiducia nel legame e valore del sé attraverso la narrazione

I processi di ridefinizione del sé

Attraverso la relazione e la cura del legame tra persone, intessuto e coltivato nelle forme diversificate che la maturità umana e la vita sociale consentono, passa la realizzazione del sé.

Freud (in Polli-Mattiot e Trinci, 2007) sosteneva come sentirsi amati dia un senso fortissimo al proprio sentimento di esistere, di essere nel mondo e sicuramente la relazione d'amore in una coppia è uno dei legami in cui la fiducia nel mondo e in se stessi è messa più a rischio. Anche per questo l'esperienza della separazione è una vera e propria messa alla prova della fiducia nel legame (essere in grado di legare a sé, così come di ricevere legame).

Per potersi innamorare in maniera autentica, sostiene Giannakoulas (in Polli-Mattiot e Trinci, 2007), ogni persona ha bisogno per prima cosa di poter contare sulla solidità interiorizzata di una relazione primaria, a due, dove la fiducia sia stata riposta in se stessi, nella madre e in una loro possibile reciprocità. L'investimento affettivo deve poi "cambiare il suo oggetto: separarsi cioè dall'oggetto primario per poterne

investire uno nuovo e diverso", scrive ancora Giannakoulas. Tuttavia deve potersi verificare una riattribuzione di fiducia.

Possiamo così ritenere, con Cigoli (1998), che la difficoltà del cosiddetto "divorzio psichico" sta in effetti nel fatto che l'altro della diade coniugale vive nella propria persona e che per "sciogliersi" da lui occorre un opportuno lavoro di distacco e lutto da sé. Articolare legami significa riconoscere e rispettare la storia di cui si è e si è stati parte attiva. Le persone a cui ci siamo legati come coniugi e partner non escono più dalla nostra storia di vita, essendone consustanziali. La fine del legame prioritario ed esclusivo non è la fine del legame medesimo; è piuttosto la perdita di qualcosa che doveva offrire un fondamento alla vita psichica e che per varie ragioni non è riuscito nel suo scopo. Così, incontrando l'altro da cui ci siamo separati, noi andiamo incontro a noi stessi; tollerando lui tolleriamo noi, sorridendo di lui sorridiamo di noi, odiando lui odiamo noi. Laddove non riusciamo a vivere la nostra personale forma di sofferenza, ad accettare e a fare i conti con la parte tradita di noi, senza rinnegarla o negarla, finiamo per tradire noi stessi.

Perciò la relazione che le persone hanno con la propria storia favorisce o al contrario compromette l'interazione ed un buon risultato del lavoro di separazione: quello per cui le persone, senza dover negare il riemergere di sentimenti di delusione e rabbia, riescono a lasciare spazi cooperativi e a riconoscere il mutamento dei confini. Al contrario, l'adeguamento, ma anche la contrapposizione, sono strade che spesso i soggetti percorrono, incapaci di riprendere una narrazione del Sé che prescindano dall'altro. Ritrovare la misura personale e culturale, in questi casi, è necessario per determinare le condizioni di reciprocità nelle relazioni; il lavoro è ristabilire un rapporto con le storie personali, dare un nome ad alcune esperienze e tentare, per quanto possibile, di restituirle al sentire delle persone. Solo successivamente è possibile rilanciare verso gli altri qualcosa di sperimentato su di sé.

È proprio nell'interazione che prendono forma quei processi di ridefinizione del sé necessari nei casi in cui, a causa dell'evento spiazzante della separazione, la concezione del sé abbia

subito una serie di smentite e mortificazioni tali da uscirne eccessivamente indebolita. Anche perché il conflitto stesso nasce dal fatto che avere due punti di vista diversi è intollerabile e generalmente l'oggetto dei "punti di vista diversi" è "se stessi".

È utile, a questo punto, richiamare la distinzione fra:

- *Concezione del sé*: insieme di valori e aspirazioni dell'individuo, ossia ciò che percepisce come il suo "io reale"; muta molto lentamente, mostrando tendenza alla coerenza, ed è percepita dall'individuo come qualcosa di ineliminabile. Nelle interazioni sociali, per la necessità di prevedere il comportamento, si tende a identificare la persona più in base alle sue motivazioni che non al suo comportamento esplicito (dato che la previsione si basa essenzialmente sull'assegnazione di motivi). La concezione che l'individuo ha di se stesso si fonda, allo stesso modo, sulle capacità che egli ritiene di possedere più che sulle realizzazioni effettive, poiché questo gli permette di rendere l'interazione prevedibile e governabile. La concezione di sé è dunque influenzata da ciò che la persona vorrebbe essere o sta cercando di essere, ma è soggetta nell'interazione a continue verifiche empiriche: in questo senso si può dire che l'identità è una congettura, che richiede di essere sottoposta a ricorrenti "test empirici" per essere convalidata
- *Immagine di sé*: è la fotografia di un individuo in un determinato istante; può mutare da momento a momento, anche a seconda della persona con cui l'individuo interagisce. Le persone che si separano sperimentano un'incongruenza fra la concezione iniziale che hanno di se stesse e le immagini di sé trasmesse dagli altri nei contesti quotidiani di interazione. Avvertono il peso della *stigmatizzazione* (che rimanda a rappresentazioni sociali stereotipiche della loro condizione) e, non trovando sufficienti convalide alla loro concezione di sé, possono reagire mettendo in atto forme di adattamento.

Come ci insegna la *teoria dell'etichettamento*, se inizialmente le persone reagiscono all'incongruenza cercando di modificare l'immagine che trasmettono agli altri, in seguito

esse perdono la capacità di intervenire sulle immagini e sono indotte piuttosto a modificare le loro concezioni di sé, ristabilendo una congruenza fra i due elementi e accordando a se stesse un livello di fiducia e responsabilità non troppo divergente da quello assegnato loro dalle persone con cui interagiscono.

La capacità e i meccanismi di auto-rappresentazione sono legati al modo in cui l'individuo immagina di apparire agli altri, alla percezione del loro giudizio sulla propria apparenza, alla reazione a tale giudizio, in termini di rafforzamento o indebolimento della considerazione di sé. Le valutazioni che le persone con cui si è in contatto esprimono influiscono dunque anche sull'*autostima* – grado di positività della propria auto-valutazione: da una bassa autostima può derivare la perdita delle capacità e del potere di controllo e intervento sulla realtà, o delle motivazioni a conseguire i propri scopi.

Gli effetti innescati coinvolgono aspetti sia dell'interiorità sia della relazionalità: il deterioramento dell'autostima incide, per esempio, sulla *fiducia in se stessi* (aspettative che riguardano la capacità di sapersi presentare agli altri in modo credibile, il possesso di certe qualità, la stabilità della propria identità), strettamente connessa alla *fiducia interpersonale* (aspettativa di regolarità e continuità nel comportamento di ruolo e nell'identità degli altri) e a quella *sistemica* (aspettativa generalizzata di regolarità e stabilità del mondo).

Identità e relazione

Perché si debba star meglio comunicando con un altro, che non stando soli, è un mistero...

Perché non ci basti scrutare, e bene, in noi, ma ci occorra riavere noi dagli altri

C. Pavese

Socrate, come l'oracolo di Delfi, diceva: "Conosci te stesso", ma nel suggerimento dovremmo forse aggiungere "conosci *il modo di comunicare* te stesso".

L'oggetto della conoscenza, infatti, non è solo l'interiorità, ma anche la possibilità, socialmente fondata, della sua testimonianza. E, soprattutto, il desiderio di testimoniare come siamo dentro

non può essere realizzato attraverso l'illusione della spontaneità. Le persone più capaci di trasmettere e suscitare emozioni non sono spontanee, sono, semmai, *autentiche*, laddove autenticità vuol dire coerenza fra le caratteristiche identitarie del soggetto e le esigenze imposte dalla sua vita di relazione.

L'identità non è il soggetto e nemmeno è *nel* soggetto. Essa sta davanti, dietro, intorno a noi: è nella relazione, nello scambio. L'autenticità della relazione non dipende dal fatto che il nostro modo di essere corrisponda a verità (corrispondenza definita *sincerità* o *spontaneità*); essa dipende, quando ci accorgiamo di essere sufficientemente a nostro agio in una relazione, dalla verifica dei feed-back che riceviamo. Infatti, queste retroazioni (risposte di ritorno) possono indicarci se il nostro modo di comunicare chi siamo è capace di dirlo davvero, se il nostro universo sentimentale è compreso e accettato dai nostri interlocutori, se quello che sembriamo agli altri coincide a sufficienza con l'immagine che noi stessi abbiamo, e stiamo costruendo, di noi.

L'amore per se stessi, nasce quando l'immagine che diamo di noi, restituitaci dagli altri, riesce ad avere l'autentico profilo del nostro panorama interiore e (assodato questo) se riceviamo conferma di essere amati e apprezzati per tale panorama, cioè per ciò che siamo davvero.

Nozione del sé e gruppaltà: appartenenza e riconoscimento

Mead (Cigoli, 1998) delinea la nozione del Sé inteso quale costruito psichico di origine sociale. Secondo lo psicologo americano la gruppaltà, da lui denominata "l'altro generalizzato", non è un processo a cui un individuo viene introdotto in un dato momento del proprio ciclo di vita. Il gruppo è piuttosto la matrice stessa secondo cui la mente soggettiva è costituita.

In questo senso, dire che ogni narrazione ha qualcosa di una "presentazione di sé" significa che raccontandoci, anche quando lo facciamo in silenzio e da soli, non possiamo fare a meno di collocarci in relazione al punto di vista di un ascoltatore implicito, rispetto ai cui interessi e alle cui norme organizziamo il discorso. L'"altro" – presente o assente che sia –

comanda silenzi e omissioni, suggerisce certe parole e non altre, fa sì che i ricordi cui prestiamo attenzione siano certi e non altri. Può essere un altro *per* il quale narriamo o un altro *contro* il quale narriamo: un altro da convincere, da ammansire, da sfidare o da amare. In ogni caso non si può prescindere dall'idea di colui al quale ci presentiamo: nel parlare di noi tendiamo a organizzare il discorso secondo un punto di vista e a consolidare così un'identità relazionale.

Come abbiamo indicato, infatti, la mente ha fondamenta gruppali e vive nella concreta esperienza di appartenenza/esclusione ai gruppi. All'interno dell'approccio transizionale-simbolico, per esempio, Cigoli afferma che le esperienze di gruppo di supporto hanno una funzione di compensazione, la funzione terapeutica del gruppo che consiste nel far sentire i suoi componenti di nuovo "appartenenti" e in grado di annodare relazioni positive. Il gruppo diviene luogo di passaggio, area di margine, una marca dove esistono ponti, strumenti di traghettamento, così come posti di ricovero.

Secondo Brooks (1998) il desiderio da cui nasce il racconto è in pratica il bisogno di farsi sentire, di essere accettati e capiti, un bisogno che, mai appagato del tutto e mai veramente appagabile, continua a generare il desiderio di raccontare, il tentativo di arrivare ad una versione significativa della vita. È chiaro che narrare può avere motivi e scopi molteplici, ma in uno dei suoi aspetti essenziali ha a che fare con la dinamica di riconoscimento giocata fra narratore e destinatario: una dinamica che rimanda alla relazione sociale che narrando si instaura.

Nessuna comunicazione si svolge nel vuoto; chi parla, parla a qualcuno e di questi tiene conto: tiene conto dei suoi atteggiamenti, di ciò che sa e che non sa, delle domande che ha formulato o che potrebbe formulare, del giudizio che potrebbe esprimere. Chi ascolta, a sua volta, è chiamato a partecipare al dialogo, poiché da lui ci si aspetta una risposta. Una narrazione transita fra un soggetto e un altro, si realizza all'interno di una relazione e contribuisce a crearla.

Il racconto di sé, finché rimane presentazione di sé, si iscrive nella quotidianità e si piega alla sua

logica di costruzione del senso comune, diventando tentativo del soggetto di adeguarsi alle aspettative della cerchia sociale di riferimento, riducendo la storia a un solo punto di vista, nascondendo o razionalizzando ciò che è imbarazzante, difficile a spiegarsi, dissonante. Tuttavia vi è qualcosa, anche nei racconti più quotidiani e banali, che entra in tensione con l'atteggiamento della quotidianità: il fatto che il racconto ha per sua essenza a che fare con il tempo e la singolarità, cioè proprio con ciò che la quotidianità tende a rimuovere. Viviamo una volta e questa volta è per sempre: ogni racconto ha in sé un richiamo a tale unicità e irrevocabilità della vita. Rammenta il carattere contingente di tutto ciò che esiste, il suo stare fra il caos e la necessità, in bilico fra apparizione e scomparsa.

La narrazione si evolve in ricerca di sé e ci aiuta a sviluppare profondità, complessità, tensione, energia, prospettiva, ricchezza interiore e dinamicità: non mira più a costruire l'impressione di padroneggiamento della realtà senza sforzo, tipica del senso comune, ma a elaborare la nostra esperienza. Queste sono le storie il cui destinatario, in fondo, è l'autore stesso, storie che "emergono" e proprio nell'emergere sta il loro contenuto di verità. Metterle in comune vuol dire farsi compagni di vita ed essere compagni in tal modo trascende i confini della quotidianità, alla quale l'esistenza restituisce tutto lo spessore enigmatico che il senso comune occulta.

Quando il soggetto, usando simili resoconti, finisce per rendere comprensibile la propria vita, costruisce un versante estenzionale della propria identità personale, che egli ha in comune con gli altri e che crea una sorta di "normalizzazione", sentimento di appartenenza ad una storia comune e, come sostiene Foulkes (Cigoli, 1998), il senso di appartenenza a un gruppo è qualcosa di primario nell'essere umano, perché se la ricerca del sé ha qualche possibilità di incontrare un punto in cui rinfrancarsi, è presso l'altro: un altro solidale o amoroso, che ci riconosce nel doppio senso di attribuirci una dignità esistenziale e di farci sentire compresi, permettendoci un ancoraggio emotivo e intellettuale, che ci dà il senso di una presenza meno evanescente delle nostre incerte investigazioni sul sé. Comprendiamo allora che

si può star soli, e bene, soprattutto con se stessi, ma per *comunicare*, poi, quel che la solitudine ci insegna.

La nostra identità cresce a mano a mano che aumenta la capacità di narrare le esperienze e di ascoltare quelle degli altri. Attraverso i momenti narrativi entriamo nell'universo semantico dell'altro, ci misuriamo continuamente per creare narrazioni condivise o contrapposte, diventiamo più consapevoli di quali credenze e valori improntano la nostra vita e quindi più consapevoli di noi stessi.

La facoltà di narrare – una facoltà di cui tutti disponiamo, con arte maggiore o minore – è parte di noi: limitati nello spazio e nel tempo, opachi a noi stessi, ci affidiamo ai racconti per trascendere i confini della nostra realtà e per elaborare la nostra esperienza, per riconoscerci e farci riconoscere (Jedlowski, 2000). Bisogna notare che il riconoscimento di sé è preceduto (o comunque accompagnato) dal farsi riconoscere; la richiesta di riconoscimento, prima che movente della narrazione, è movente fondamentale di tutto l'agire. Il primo desiderio che anima il narratore è dunque quello di veder riconosciuta la propria esistenza da parte del destinatario del suo racconto. Non è in gioco semplicemente la volontà di stabilire un contatto con altri, ma più profondamente quella di condividere il proprio mondo, di sentire riconosciuta la propria voce e, con questa, la propria esistenza e la propria sensibilità.

La vita si dispiega in un mondo che è tempo e corporeità, nel quale conviviamo con altri. Delle tracce che vi lasciamo, *gli altri* ci permettono di prendere atto. L'altro può raccontarci di noi, per consentirci di vedere quello che non vedevamo, e può farci riconoscere anche aspetti di noi che non conosceamo (o che aspettavamo infine che qualcuno riconoscesse proprio per permetterci di riconoscerli a nostra volta). In questo senso l'altro ci reinventa.

I racconti (anche vissuti attraverso l'ascolto delle storie degli altri) sono specchio di immagini che ci riguardano. E lo sono tanto di più, in quanto non pensiamo si tratti di noi: le resistenze dell'*Io* sono sopite, per il fatto che il racconto sembra portarci lontano da noi, e il riconoscimento che ne può provenire è tanto più forte, poiché inatteso, e può assumere i tratti di una "rivelazione". Ma nelle nostre

azioni si esprime sempre qualcosa che non è riducibile alla nostra interpretazione di esse e che dunque sfugge alla nostra comprensione. È allora che il *testimone* sviluppa la sua competenza peculiare: quella di restituirci la nostra storia, di narrarcela di nuovo, arricchita dall'accumulo delle sue conoscenze.

Narrando, gli esseri umani cooperano a investigare e a definire i significati di quello che fanno e di quello che accade, posizionandosi e riposizionandosi incessantemente nelle proprie relazioni reciproche. Narrazione è dunque scambio, transazione, pratica sociale in cui due o più persone mettono in comune una storia, creando o consolidando una condivisione o semplicemente tentando di spiegarsi e decifrirsi a vicenda.

Per concludere, quindi, nell'ambito del percorso di separazione, formarsi e favorire l'ascolto della storia, propria ed altrui, non solo nel setting di mediazione, ma anche attraverso lo strumento del gruppo, è apprendere una pratica di lavoro che facilita l'incontro fra "persone", non solo come operatori ed utenti, ma come diverse generazioni, come diverse culture. La narrazione della storia di vita, infatti, offre alla singola persona, in situazioni di "male-essere", un accompagnamento in cui la progettazione per il futuro e il senso di cura originano dalla relazione che si crea nella condivisione della storia (Cima, Moreno e Soldati, 1999): ciò implica la costruzione di reciproca fiducia nel rapporto interattivo. Le persone presenti sono impegnate a scoprire insieme quanto di doloroso, originale, individuale e particolare è presente nei ricordi e nelle esperienze rievocate, considerando che non solo il progetto, ma la stessa narrazione trae respiro proprio dal rapporto che si stabilisce.

In particolare nella dimensione relazionale del gruppo, il lavoro introspettivo non può che svolgersi nel confronto con lo sguardo altrui, giocando e arricchendosi degli effetti di contrasto o immedesimazione che tale confronto genera. L'interpretazione di racconti di terzi porta i partecipanti a mettere in gioco, ad ogni incontro, i riferimenti teorici esplicitamente o implicitamente utilizzati nel loro racconto. Il viaggio diventa così un'esperienza formatrice e trasformatrice del rapporto con se stessi, tramite la mediazione

degli altri, e del rapporto con gli altri, tramite la mediazione di sé.

Il gruppo come strumento di empowerment

Responsabilità sociale nel processo di separazione e divorzio

La "fase liminale", o marginale, che segue la rottura della coniugalità è decisamente importante sia per compensare le perdite, sia per riconoscerle. A differenza di quanto avviene in altri paesi, afferma Cigoli (1998), nel nostro è con molta difficoltà che si pensa al gruppo come risorsa relazionale e alla gruppalità come istanza fondamentale della mente.

Va inoltre tenuta presente la relazione fra organismo sociale e gruppi sociali che assume la fisionomia di un rapporto di reciproco influenzamento. Così, per comprendere la funzione della gruppalità per le persone che vivono una situazione di divorzio, non è possibile ignorare la rappresentazione che la società ha di tale evento e come tale rappresentazione influisca sull'esperienza dell'evento medesimo.

Nel caso della separazione o del divorzio, continua Cigoli, i pregiudizi propri della società occidentale, come quello sentimentalista (legittimazione e ragion d'essere del legame è esclusivamente il sentimento) o come quello isolazionista (l'ambito sociale non deve intromettersi in quello familiare), fanno sì che la coppia che si sta separando sia facilmente lasciata a se stessa. Ciò provoca di fatto una sua reclusione nella sfera privata che rende più difficoltosa la ricerca di una nuova identità sociale nello *status* di separati.

È invece proprio nelle fasi marginali dovute alla frattura-crisi di un legame che occorre saper offrire e scambiare doni (varie forme di aiuto). Questi compensano le perdite, risarciscono il danno subito e non possono essere ridotti e "incistati" nella cerimonialità giuridica.

Quale "luogo di passaggio" offriamo alle famiglie provate dal divorzio? Dobbiamo riflettere sulla ritualità del nostro vivere sociale: il rito affidato alla giustizia rischia di essere vuota cerimonia se non è sostenuto da una concreta corralità di impegno sociale, ma in realtà il divorzio sembra mancare di tale

dimensione corale. Con tale espressione Cigoli si riferisce all'assenza di una partecipazione di gruppo e collettiva, fatta di norme e rituali che consentano a chi vi passa di ricevere sostegno, conforto, nonché il nuovo riconoscimento di un'identità che non è più quella di prima.

Una società viva non rimanda solo a corpi specialistici separati (tribunale, avvocati, psicologi) il compito di "riparare danni", come se il divorzio fosse qualcosa di anomalo che non la riguarda. Né si rifugia nell'imbroglio della "normalità" del divorzio in quanto assai diffuso nel corpo sociale. Piuttosto riconosce di essere parte in causa del problema e si dispone a fornire sostegno.

Il divorzio dovrebbe essere inteso come fatto familiare e fatto sociale che provoca entrambi, cioè famiglia e società, richiamandoli alle loro responsabilità. E la maggior responsabilità della società è quella di contrastare l'isolamento in cui facilmente si trovano esposti i singoli e le coppie e di sostenere le persone coinvolte nel divorzio a tener vivo e operante l'aspetto etico della relazione.

Nella storia della psicologia sociale il gruppo è stato fin dall'inizio indicato come luogo elettivo in cui elaborare cambiamenti individuali e sociali.

Nella vita sociale, secondo Fornari (Cigoli, 1998), l'individuo si rapporterebbe con gli altri attraverso i propri codici relazionali, selezionati e modulati dall'esperienza concreta di famiglia che egli ha fatto, ma il sistema motivazionale e degli atteggiamenti di una persona si forma e trasforma nello spazio psichico della gruppaltà e nel fenomeno dei rapporti di gruppo. Qualcosa di assai più importante che non la sola sede di elaborazione delle norme per l'individuo. Uno degli strumenti più importanti che una persona ha a disposizione per partecipare alla vita comunitaria.

Cigoli conclude notando che questi elementi sono presenti anche nel caso dei gruppi di supporto per famiglie divorziate. Da una lato vi è infatti il gruppo come *topos* di elaborazione di contenuti problematici e penosi (è il caso dei gruppi di supporto e sostegno al passaggio), dall'altro vi è il gruppo inteso come soggetto politico che, oltre a creare un clima di benessere e accettazione per chi vi aderisce, si propone

anche come fattore di cambiamento culturale (è il caso dei gruppi di auto/mutuo aiuto).

Capitale sociale, strategie di coping e lavoro di empowerment

Gli eventi della vita incidono sia sulla quantità delle relazioni, sia sulla loro qualità, sul loro spessore, vale a dire sulla varietà e sulla ricchezza dei contenuti di scambio dei legami.

L'impatto degli eventi spiazzanti può essere definito come "collasso" del capitale sociale, in quanto comporta una rarefazione delle reti (una drastica riduzione della disponibilità di risorse di natura relazionale) e/o la perdita delle capacità individuali di utilizzarle e mobilitarle; il soggetto non è più in grado di elaborare modalità di *coping* che vadano oltre la strutturazione della vita quotidiana con una fitta trama di routine, al fine di aumentare la prevedibilità del suo mondo. Si verificano ripiegamento sui bisogni di sussistenza, ridimensionamento delle aspettative, restrizione dell'orizzonte temporale e riduzione dell'ambito di impegno e di auto-realizzazione.

Così in occasione del divorzio, accanto alla frattura interna, le persone vivono anche l'attacco di tutta una rete di rapporti amicali, familiari e/o professionali. Per quanto riguarda le reti amicali, per esempio, assistiamo a schieramenti a favore dell'uno o dell'altro ma, più facilmente, a un ritiro sulla posizione di neutralità. Di qui la riduzione dei rapporti sociali e la fatica di aprirne di nuovi da parte dei divorziati. Ci vuole tempo, e non poca fatica, prima che una nuova rete si ricostituisca. Si tratta di una frattura nel sociale che ha importanti effetti interiori; ancora una volta le persone fanno esperienza del vuoto.

Il rischio di isolamento sociale non va comunque interpretato come effetto permanente e definitivo; tale risultato infatti ricalca una caratteristica tipica delle fasi di transizione, durante le quali l'identità sociale risulta maggiormente fluida proprio perché si trova nella condizione di ricevere una ridefinizione.

Ci è ben noto come nei rapporti si proceda per crisi e come sia il saperle affrontare a costituire il segno della salute psichica, così come il segno

dell'impegno nelle relazioni. La crisi risponde alla scelta, cioè alla decisione e in tale "passaggio" le persone devono dotarsi di un bagaglio che dia loro il senso di un minimo di sicurezza e di fiducia nella possibilità di superare la prova: non è il successo legale a dare benessere agli ex coniugi, ma l'aumento delle loro capacità di autodeterminazione come fonte di valorizzazione di sé (Cigoli, 1998).

Come scrive Mazzoleni (2004), il benessere non è da considerarsi uno "stato", ma semmai una "capacità reattiva" rispetto a fattori potenzialmente induttori di malessere, un *equilibrio dinamico* con l'ambiente in cui il soggetto famiglia si misura costantemente con fattori di malessere, superati in virtù di risorse e capacità individuali adeguate ben gestite e la possibilità di accedere alle risorse sociali esterne, intese come servizi o interventi nel pubblico e nel privato. «Benessere e malessere, in ogni caso, non possono più essere visti come condizioni astratte, ma come situazioni che sono "costruzioni sociali", le quali richiedono interpretazioni e azioni ad hoc per essere trattate, cioè implicano specifiche abilità cognitive e morali, oltre che risorse materiali e simboliche, per sostenere il dispiegamento» (Donati, 2001, in Mazzoleni, 2004).

Un possibile aiuto alla famiglia in separazione può e deve derivare da un'opera paziente e fiduciosa di individuazione delle risorse, sia interne che esterne, per valorizzarle e attivarle nell'opera di fronteggiamento della situazione di crisi, secondo un'impostazione finalizzata al potenziamento del singolo e del nucleo familiare, attraverso l'arricchimento delle sue capacità sulla base di una accresciuta consapevolezza.

Con Scabini (1985; 1995), Mazzoleni (2004) ritiene che il concetto di risorsa sia strettamente connesso alle capacità di coping degli individui e della famiglia, intese come capacità di fronteggiare gli avvenimenti; capacità riconducibili soprattutto all'abilità di vedere e valorizzare i beni oggettivamente disponibili, per utilizzarli meglio. Si potrebbe dire che la risorsa primaria per eccellenza è la capacità interiore di rappresentarsi un esito positivo, fondato su una solida fiducia di base (Erikson, 1966, in Mazzoleni, 2004), che consenta di attivarsi alla ricerca delle possibilità per realizzarlo.

È determinante la percezione e la convinzione della propria capacità/possibilità di padroneggiare la condizione di vita esperita, di poterla dominare al di là delle difficoltà incontrate, o di poterle conferire un senso accettabile.

Nel processo di valutazione delle condizioni esterne di vita entrano in gioco molteplici fattori, anche squisitamente affettivi e personali, che condizionano il giudizio di soddisfazione attraverso il riferimento al confronto sociale e al confronto con esperienze personali passate o esperienze di membri di altri gruppi (Zani, 2002, in Mazzoleni, 2004). A produrre benessere è dunque primariamente la consapevolezza di possedere, come soggetto o come gruppo famiglia, adeguate capacità di azione, come sensazione di poter dominare gli eventi futuri, nata sulla scorta della soggettiva esperienza di aver dominato quelli passati, e sulla convinzione di poter accedere a un insieme di risorse di relazione presenti nel legame. La capacità di affrontare le difficoltà, per ricercare nuovi e più adattivi equilibri, viene considerata come una competenza appresa dall'individuo attraverso la relazione e rafforzata attraverso esperienze che confermano un sentimento di efficacia personale; la variabile di *autoefficacia*, a sua volta, diviene determinante nel produrre stima di sé e sicurezza esistenziale.

È in questo spazio che si inserisce il processo di mediazione, dove sono tollerati, grazie a quanto sopra descritto, l'indecisione ed il vuoto tra una modalità di vita superata e una nuova non ancora definita, naturalmente con l'obiettivo e la speranza di costruire al più presto tale definizione.

L'intervento di accompagnamento e supporto per il potenziamento dovrebbe includere tre livelli di analisi del vissuto della persona: i *fatti*, come contenuto del disagio o della crisi; i *sentimenti connessi ai fatti*, come livello dei significati attribuiti agli eventi; i *sentimenti connessi al senso che la persona ha di sé*, da Carkhuff (1989, in Mazzoleni, 2004) definito "personalizzazione". Se si parte da una visione familiare, a questi tre livelli occorre aggiungere quello di centratura sul legame, intesi come intreccio di relazioni modulate in funzione dei ruoli, confini e distanze (relazione coniugale,

genitori-figli, relazione con i genitori anziani), ponendo attenzione all'equilibrio tra vissuti personali e interpretazioni familiari. Il processo di potenziamento del soggetto e della famiglia passa attraverso l'esplorazione approfondita di questi livelli, conducendo il singolo, o il gruppo familiare, a una maggiore consapevolezza, che può portare ad una più fine padronanza di sé e delle proprie reazioni in situazioni di emergenza.

Zani e Palmonari (1996) fanno notare come l'empowerment possa essere inteso come un processo di ampliamento e arricchimento delle possibilità che il soggetto ha a disposizione per poter reagire ad un avvenimento. Tale accresciuta ampiezza del ventaglio di possibilità spinge il soggetto a credere nella possibilità di un esito positivo e ad attivarsi, conseguentemente, per sondare le varie possibilità per raggiungerlo: "L'empowerment mira ad aiutare le persone ad ampliare il proprio possibile, a evitare la prigionia dello scacco matto, a godere del gusto della scelta, che può rendere soddisfatti sia nel perseguire la propria stabilità, che nell'avventurarsi nell'innovazione personale".

L'intervento di potenziamento richiesto può riguardare varie sfere dell'essere umano, da quella inerente tratti disposizionali, a quella cognitiva, alla sfera motivazionale. Tale percorso porta a rafforzare la capacità del soggetto di essere flessibile e di resistere agli urti, capacità solitamente definita *resilience*, che si riferisce sia alle abilità dei singoli di far fronte allo stress, sia ad una buona relazione adattiva con il contesto sociale. Così appare chiara l'interconnessione esistente tra individuo e ambiente nel produrre forme di funzionamento più o meno adattive. Ciò evidenzia la necessità di indagare in ogni circostanza di vita, oltre alle caratteristiche dei soggetti in esame, anche le caratteristiche del contesto familiare e sociale di riferimento, e le caratteristiche degli eventi considerati, oltre che i significati ad essi attribuiti.

Solo intervenendo sui quattro livelli illustrati, là dove fattibile, o tenendoli contemporaneamente presenti, sarà possibile rafforzare e potenziare i soggetti, consentendo l'attenuazione dell'impatto dell'evento critico, la riduzione

della catena delle reazioni negative, il rinforzarsi di sentimenti di autostima e di efficacia personale, l'approfondimento di legami vitali e l'apertura a nuove opportunità relazionali e sociali, la ricerca di nuovi significati discendenti da nuove forme di consapevolezza. Passa da qui la possibilità di operare per la costruzione e il mantenimento di livelli soddisfacenti di benessere, segnati da accettazione di sé, relazioni positive e gratificanti con le altre persone, padronanza della relazione con l'ambiente, impegno per una crescita personale.

Dialogo e integrazione fra intervento di mediazione e reti informali di relazioni

Bodenmann (1995, in Mazzoleni, 2004), basandosi sulla letteratura che definisce il coping non solo una variabile individuale, ma anche un costrutto sociale (*communal coping*), parla di "coping diadico" in relazione alle strategie di fronteggiamento di eventi critici nell'ambito del rapporto coniugale. Il coping congiunto prende avvio dal riconoscimento e dalla considerazione del disagio di uno o più componenti della famiglia, passa attraverso manifestazioni di vicinanza e di condivisione, fino all'individuazione di una linea comune, che consente il fronteggiamento del compito in modo partecipe e collettivo.

In situazione di separazione i soggetti perdono reciprocamente il sostegno dato dall'azione del coping congiunto della coppia coniugale, e devono però ricostruirlo come coppia genitoriale. Una fonte di compensazione può nascere dal "partner sociale", con il quale si può costruire, o comunque incrementare, una nuova forma di coping congiunto. Inoltre, vedere il soggetto inserito nella sua rete e tener conto di essa, o su di essa appoggiarsi nel percorso di sviluppo pianificato, equivale a sollecitare l'utente a non attendersi una soluzione pronta dall'operatore professionista con cui lavora (logica di delega passiva molto spesso assunta dall'utenza), bensì ad attivarsi riscoprendo e valorizzando l'insieme di relazioni di rete a cui può accedere.

Tra le diverse forme di organizzazione della realtà familiare e sociale, Mazzoleni (2004) individua tre realtà relazionali:

1. rete familiare come rete parentale, in cui i soggetti sono uniti da legami di consanguineità;
2. rete familiare come insieme di famiglie, accomunate da un obiettivo o da un problema;
3. rete familiare come insieme di relazioni amicali o di scambio con l'insieme di parentela, amici, vicinato, colleghi.

Nella psicologia di comunità il concetto di rete sociale è costantemente affiancato a quello di sostegno sociale, intesi come costrutti connessi e volti a definire la ricchezza e la fecondità delle relazioni interpersonali che caratterizzano la vita quotidiana, all'incrocio tra eventi sociali istituzionali e risorse spontanee presenti nella comunità. Se per sostegno sociale intendiamo il supporto emotivo, informativo, interpersonale e materiale che è possibile ricevere e scambiare nelle reti sociali informali, possiamo sostenere con chiarezza che le reti sociali esistenti nella comunità contengono potenziali risorse supportive. Sono cioè i rapporti sociali informali, e la loro configurazione, che svolgono una funzione essenziale nel mantenere e incrementare la salute psicofisica dei soggetti coinvolti.

Dalla considerazione della presenza di una rete di relazioni informali, in cui il nucleo familiare si colloca come importante risorsa per i soggetti, Mazzoleni (2004) giunge a definire il fronteggiamento di eventi critici come un'azione cumulata e congiunta, che mette in scena una molteplicità di attori legati da un obiettivo comune, discendente dalla percezione della relazione come legame (versante etico e versante affettivo).

L'operatore psicosociale (compreso il mediatore) che attua l'intervento di supporto alla famiglia deve saper riconoscere e valorizzare la rete informale di relazioni, tanto quella familiare quanto quella sociale, ponendosi in un atteggiamento di aperto dialogo e coinvolgendola nel compito o appoggiandosi/rinviando ad essa per consentire al soggetto di beneficiare di quella quota di supporto sociale specifico che essa può fornire. Le indagini condotte sul sostegno sociale (Mazzoleni, 2004), in particolare il modello del sostegno sociale come "moderatore dello stress", individuano i momenti in cui il sostegno relazionale familiare e sociale può esercitare il suo ruolo protettivo. In particolare esso può agire:

- nel ridurre l'intensità e la qualità negativa degli stimoli stressanti;
- nell'attenuare o ridefinire la percezione degli stimoli stessi come stressanti;
- nell'alleviare l'impatto emotivo e psicologico di tali stimoli;
- nel favorire risposte adattive alle situazioni.

In altre parole, la percezione che altri possono e vogliono fornire risorse necessarie è in grado di ridefinire il danno potenziale attribuito a una situazione e/o sostenere l'abilità percepita di affrontare richieste ambientali.

Credere nella potenzialità della relazione, sia come strumento di lavoro professionale che come ambito e oggetto su cui intervenire in una prospettiva di sviluppo e potenziamento, così come credere nella sua portata trasformativa e supportiva, equivale operativamente non solo ad agire perché il sistema di relazioni familiari sia potenziato, attraverso l'uso strategico ed efficace della relazione d'aiuto, bensì a lavorare perché la famiglia stessa e i suoi membri riconoscano e sfruttino appieno le risorse presenti nelle reti informali che la comunità offre.

Nella logica dell'attivazione delle risorse alla persona diviene cruciale il principio del self-help (che trova sua massima espressione nel sistema informale di supporto che opera nella forma dei gruppi di auto/mutuo aiuto), in quanto traduce l'azione di mobilitazione del soggetto, al fine di farsi ricchezza per altri e attingere aiuto dall'esperienza messa a disposizione in un comune dono reciproco. Entrando in interazione con le altre persone, riconosciute come portatrici di novità, di ricchezza e di cambiamento, è possibile uscire da sé, per accogliere la diversità che connota ogni individualità, ponendosi in una dinamica di scambio e condivisione.

Separazione: l'aiuto che passa attraverso la relazione informale e l'aggregazione

Potenzialità dell'approccio di gruppo

A fronte di un contesto sociale e culturale in cui ancora si tende a non valorizzare le metodologie fondate sul gruppo, Cigoli (1998) osserva come si facciano comunque strada esperienze di gruppo che presentano valenze e

obiettivi più diversi: si va dal supporto all'immagine identitaria delle persone che divorziano e dei figli chi vi sono coinvolti, allo sviluppo delle capacità richieste per far fronte a una fase critica, compreso il sostegno all'identità sociale (come nei casi dei gruppi di auto-aiuto).

In questa sede approfondiamo l'analisi delle reti intese nella loro accezione di insieme di relazioni con altri nuclei familiari che condividono problemi, disagi o obiettivi – di conoscenza, di intervento – e che si uniscono in associazioni o gruppi per perseguire uno scopo condiviso. Questa è la seconda delle tipologie di rete proposte da Mazzoleni (2004).

L'autrice ci informa che l'esempio più rappresentativo è dato dall'esperienza dei gruppi di auto/mutuo aiuto, composti da persone che, condividendo un medesimo disagio, si incontrano allo scopo di confrontarsi su vissuti o difficoltà personali, al fine di ricevere reciprocamente supporto a partire dalla condivisione di esperienze di vita, oltre a raggiungere il non secondario obiettivo di uscire da una apparente, ma spesso paralizzante, solitudine, che stigmatizza il disagio come elemento di diversità e causa il conseguente allontanamento (che è spesso un auto-allontanamento) dalla ritenuta *normalità*. La separazione, infatti, vissuta come stigma sociale, costituisce un fattore di grande sofferenza, che genera vergogna e porta all'auto-isolamento, che spesso aggrava una situazione di solitudine determinata dalla frequente ed elevata "mortalità" delle relazioni sociali, sia amicali che spesso anche parentali, che seguono la separazione.

Il bisogno di aggregazione, unito al desiderio di condividere esperienze ritenute insolite e causa di diversità (di stigma, appunto), spinge a superare il timore di raccontarsi, affrontando uno sguardo circolare di gruppo – che, ben si sa, per sua natura è molto più ansiogeno di una relazione diadica tra un operatore e utente – al fine di trarre i benefici derivanti dal sentirsi compresi e non soli, né diversi, in una situazione di disagio che coinvolge i figli. L'esperienza altrui – dalla difficoltà a coinvolgere l'altro genitore, al comunicargli correttamente preoccupazioni o problemi relativi ai figli, al gestire correttamente problemi

contingenti legati alla loro quotidianità – viene fatta oggetto di attenta riflessione e analisi, in un continuo confronto operato dall'intero gruppo sulle situazioni che, pur presentandosi in modo diverso e assolutamente unico per ogni storia, sono spesso riconducibili a difficoltà o circostanze generali, interpretabili alla luce di comuni problematiche, da tutti conosciute.

L'intuizione è quella di cogliere dentro la storia di una persona un potenziale inespresso e nel gruppo la modalità che permette alla storia di disegnarsi. Infatti, congiuntamente a contatto fisico, comunicazione non verbale e partecipazione emotiva, conoscere la storia dell'altro (non quella vera, ma la sua narrazione!) è il modo umano per creare relazioni di reciprocità (con sé e con gli altri), dove la misura di successo è la qualità di tali relazioni. Tenendo conto delle risorse, dei desideri, dei limiti, della ricchezza umana delle persone coinvolte.

L'approccio del gruppo offre a chi lo sperimenta concrete opportunità di riflessione significativa sulla propria storia di vita, di incremento della capacità di ascolto attivo e, infine, di analisi delle proprie modalità cognitive e procedurali. La *relazione dialogica* dà facoltà a chi racconta di dare senso e coerenza agli eventi che riguardano la sua esistenza e, a chi ascolta, di supportare il narratore a ritrovare la propria soggettività, anche quando una storia appare senza significato e continuità. Grazie a questa sua facoltà relazionale, la narrazione in gruppo può contribuire ad alleviare solitudini, prevenire disagi, prevedere esiti. Il gruppo, infatti, si fa testimone, facilitatore, accompagnatore della persona (lungo un percorso di riapertura degli schemi cognitivi, riappropriazione di sé, delle risorse personali e della capacità di farne uso), attraverso ascolto e con-valida dell'esperienza esistenziale dell'altro.

Come nella mediazione familiare, laddove nella famiglia in separazione ci siano figli, l'intervento è centrato sulla genitorialità, ossia sul rapporto genitori-figli, e solo alla luce di questo contesto relazionale vengono affrontati problemi riguardanti il rapporto con se stessi o con l'altro genitore. Tale esperienza si differenzia quindi dai gruppi terapeutici, o di condivisione di emozioni, che hanno trovato recentemente

ampio sviluppo e diffusione anche in Italia. Analogamente a quanto viene compiuto anche in sede di colloqui di mediazione familiare, la centratura sul figlio consente di ricondurre approfondimenti riguardanti la propria sofferenza o il proprio vissuto a un contesto concreto e propositivo di analisi, finalizzato ad individuare soluzioni originali, ma realistiche, a difficoltà pratiche, legate alla gestione di una quotidianità che la separazione rende più complessa e gravosa.

Cigoli sostiene che i gruppi per coniugi separati vengono offerti a quelle persone che, non riuscendo a compiere un percorso di mediazione con il proprio ex marito o moglie, sentono comunque l'esigenza di avere un luogo in cui elaborare la propria nuova condizione di genitore senza più un coniuge.

Gruppi di supporto e sostegno

In relazione ai bisogni specifici di famiglie separate sono stati messi a punto alcuni programmi di intervento di gruppo; l'obiettivo è di migliorare le capacità di adattamento e di controllo della situazione, ma anche quello di sostenere l'elaborazione della perdita e sentire il valore di sé.

Qui di seguito alcuni obiettivi strategici del gruppo di supporto, richiamati da Cigoli (1998):

1. Incoraggiare la formazione di un clima di gruppo che sia di aiuto per il singolo individuo; lo stare insieme e condividere con i pari le proprie esperienze riduce il senso di stigma e aiuta a non sentirsi soli e isolati;
2. Facilitare l'identificazione e l'espressione dei sentimenti collegati al divorzio, in un benefico clima di sicurezza, che restituisce maggior fiducia in sé;
3. Promuovere la comprensione delle credenze e dei pregiudizi relativi al divorzio al fine di chiarirli e, per quanto riguarda i figli, di attribuire le giuste responsabilità alle persone adulte (e non, come spesso succede, a se stessi); attraverso il gruppo i partecipanti dovrebbero raggiungere una visione più realistica di cosa il divorzio sia e di cosa invece non sia e non debba essere;
4. Attivare capacità di problem solving attraverso il confronto con i compagni; indurre domande, favorendo la lettura di una storia da

più orizzonti, allarga la prospettiva, incidendo sulla struttura stessa della persona (come ci insegnava l'indimenticabile *professor Keating*, del film *L'attimo fuggente*: "È proprio quando credi di conoscere una cosa che devi guardarla da angolature diverse").

5. Aumentare la percezione positiva di sé e della famiglia (l'immagine negativa di sé incide a livello di autoimmagine che condiziona il piano del comportamento e delle performance cognitive); è importante inoltre avviare un processo di accettazione delle nuove forme di familiarità in cui si sta vivendo;

6. Insieme ad un effetto di condivisione e alla circolazione delle possibili soluzioni per la situazione di stress da divorzio, in questi gruppi si mira anche a dare il sentimento di competenza alle persone.

Gruppi di mutuo aiuto

Questi gruppi nascono e si sviluppano a partire dagli anni settanta.

Devoto (Cigoli, 1998) afferma che i gruppi di auto/mutuo aiuto rappresentano il luogo della dimensione solidale che ogni microsocietà può fornire ai suoi membri, poiché grazie alla condivisione di problemi attutisce l'angoscia e l'ansia legate al sentirsi diversi e mobilita le risorse che sono utili per affrontare la situazione di crisi che le persone stanno affrontando, consentendo lo scambio di soluzioni e di competenze.

L'intervento di auto aiuto permette ai membri familiari di affrontare conflitti che altrimenti potrebbero provocare patologie.

I gruppi di mutuo aiuto, nell'ottica dell'approccio transizionale-simbolico, funzionano secondo un principio di identificazione reciproca e di supporto reciproco. La compensazione è cercata nella solidarietà di fronte alle difficoltà e nell'investire positivamente il presente-futuro (i conduttori del gruppo hanno infatti il compito di salvaguardare il confine rispetto alla condizione che ora non è più – vincolo e legame coniugale – stabilendo un limite rispetto al rimpianto).

In ogni caso l'esperienza di mutuo aiuto resta socialmente marginale. Una ragione sta probabilmente nel fatto che il divorzio non viene vissuto da molte persone che vi si

imbattono come una condizione accomunante, ma piuttosto come qualcosa di personale e di “diverso” per ciascuno.

Infine, oltre al sostegno materiale ed emotivo tali gruppi appaiono spesso orientati verso una qualche “causa”, proponendo un’ideologia e dei valori alternativi, sulla base dei quali i membri possono acquisire e potenziare il proprio senso di identità personale.

Il ruolo del conduttore

L’esperienza dei gruppi di auto/mutuo aiuto per genitori separati vede la presenza di un conduttore esperto, solitamente con le competenze fornite dalla formazione alla pratica della mediazione familiare, che gioca un ruolo prezioso e insostituibile all’interno del processo di gruppo.

Generalmente i gruppi vengono organizzati all’interno di servizi pubblici o privati che già offrono interventi di mediazione familiare, e sono avviati e gestiti da professionisti specializzati in empowerment di genitori separati. Il ruolo del conduttore (chiamato appositamente con questo termine, per indicare, senza possibilità di ambiguità, la funzione di conduzione e regia del gruppo) è decisivo per il buon funzionamento gruppale e l’efficacia stessa dell’esperienza, essendo a lui affidate alcune importanti e delicate mansioni di guida e coordinamento. Egli deve facilitare il processo del gruppo – aiutandolo a concettualizzare le esperienze, ponendo una particolare attenzione alla comunicazione, chiarificando, quando necessario, emozioni, problemi o messaggi – e contenere ansie e conflitti, aiutando ad accettare eventuali crisi e difficoltà e nel contempo a uscire da una frequente, tanto immobilistica quanto sterile, posizione di accusa o di rimpianto. Il conduttore dovrà mantenere il gruppo su una linea di discorso che non precipiti verso il compiangimento o i rammarichi legati al passato: il gruppo viene quindi mantenuto sulla realtà presente e sul futuro, atteso o temuto che sia. È inoltre invitato a concentrarsi sulla qualità della vita dei figli, sui progetti che si desiderano realizzare, sulla comunicazione che si è riusciti o meno a stabilire.

Favorendo l’autonomia del gruppo, ossia limitando il ricorso a sé, realizzando così un modello di comunicazione circolare anziché a stella, il conduttore tende a valorizzare ogni singolo partecipante, oltre a potenziare e valorizzare il gruppo stesso come luogo e occasione di crescita. A tal fine, egli ha anche il compito di definire i tempi (misurati sulla fatica e attenzione richiesta), e di animare e stimolare la conversazione gestendo lo stesso flusso di comunicazione e l’aderenza al tema, evitando che il gruppo langua o si accenda, animato da conflitti che potrebbero indurlo alla frattura e dunque alla sua disgregazione.

Dalle esperienze e dai bisogni espressi dai partecipanti, il conduttore ricava temi di comune interesse, che costituiscono generali problematiche trasversali, accomunanti le diversificate e specifiche esperienze di vita presentate. Per il caso di gruppi per genitori separati, ciò significa individuare e successivamente gestire nella discussione, incontro per incontro, tematiche come il rapporto o la comunicazione con l’altro genitore, l’educazione dei figli e gli stili educativi diversi, le relazioni con le famiglie d’origine, l’introduzione e la frequentazione da parte dei figli di nuovi partner, le responsabilità e i ruoli dopo la separazione, il dolore da elaborare, il sentirsi diversi, come evitare che i figli giochino ruoli di protezione verso il genitore più debole, ecc.

Schematicamente si può dire che il conduttore di un gruppo di auto/mutuo aiuto abbia il compito di (Busellato e Herskovits, 2001, in Mazzoleni, 2004):

- incoraggiare la comunicazione personale e creativa, sollecitando l’espressione di sentimenti e la riflessione individuale o di gruppo;
- incoraggiare i membri più silenziosi a partecipare alle discussioni, condividendo le proprie riflessioni;
- evitare la monopolizzazione da parte di alcuni partecipanti;
- impedire attacchi distruttivi fra i membri, evitando l’escalation di eventuali conflitti;
- aiutare a mantenere la discussione sul piano concreto, evitando divagazioni teoriche o moralistiche;
- evitare o contenere le deviazioni dal tema;
- riassumere la discussione evidenziando sia i problemi in gioco sia le riflessioni condivise.

All'operatore preme soprattutto che quanto accade nei momenti di lavoro di gruppo costituisca un'esperienza diversa dal solito, che lasci un ricordo valido, che possa arricchire le storie dei partecipanti, aprendo una nuova finestra su loro stessi e sul mondo. È in base a tale criterio valutativo che la verifica avviene, soprattutto, in differita: lasciata ancora una volta alle storie personali, alla persistenza del ricordo di quanto accaduto. Il gruppo, in rapporto alle motivazioni di ciascuno, può aver significato una gamma assai ampia di apprendimenti: chi ricorderà soltanto di essere stato bene, chi avrà capito che con esso si riconsiderano questioni irrisolte con le quali fare i conti (anche decidendo di accettarle), chi avrà appreso la tecnica del bilancio personale o più sicurezza espressiva e comunicativa, chi avrà scoperto qualche "talento" lasciato in disparte.

Ad ogni modo, a conclusione del percorso di un gruppo di questa natura, che generalmente prevede un termine e difficilmente supera i dieci incontri, se ne verifica l'efficacia assieme agli stessi partecipanti, in termini sia emotivi (sentirsi meglio, meno soli, più forti e sicuri nei propri ruoli) sia comportamentali (introduzione di cambiamenti reali e concreti nella gestione quotidiana dei figli e del rapporto con l'altro genitore, stimolati dai suggerimenti tratti dall'esperienza altrui o conseguenti a un migliore vissuto personale).

Generalmente l'esperienza appare trasformante, sotto i punti di vista considerati, pur nella relativa brevità del percorso, e consente la creazione di relazioni amicali e di supporto che tendono a sopravvivere alla conclusione del percorso.

Poteri analgesici-ricostituenti della condivisione nel gruppo

Demetrio (1996) definisce cinque tipi di "poteri analgesici e ricostituenti" del narrare al gruppo e in gruppo:

- *dissolvenze*: una prima condizione lenitiva risiede nel fatto che nel ricordo troviamo una sensazione fisiologica di piacere. Le immagini ricompaiono sbiadite, crepuscolari, sfumate nei contorni; nulla è

mai completamente a fuoco e nulla è mai chiassoso, restituendo un effetto tonico e pacificante. Entrare con la mente e con il corpo nelle dissolvenze e, soprattutto, non essere infastiditi, non temere il loro stimolo regressivo e puerile, innocente e innocuo, è sintomo inequivocabile della disponibilità al distacco dai fastidi quotidiani. Il ricordare è un vissuto di malinconica gioia e riuscire a trasformare ricordi non sempre amabili, e da amare, in un arcipelago di appigli è la prova che accettiamo gli approdi, quali essi siano stati. Il potere curativo della dissolvenza alimenta così un sentimento di distacco, mentale ed emozionale, che è il primo requisito di un benessere che proviene da noi stessi.

- *convivenze*: fa bene comunicare agli altri le nostre storie. Il silenzio imposto, l'assenza di ascolto, il rifiuto o il disinteresse sono le frustrazioni e i malesseri della nostra quotidianità. Spesso e a vicenda, apriamo profonde ferite, a causa di noia, distrazione, fretta, disattenzione, rozzezza personale o professionale, supponenza, insolenza. L'atto di raccontare sviluppa benessere in quanto manifestazione di auto-ammaestramento e educazione altrui, presentazione di sé al mondo, che ogni giorno rinnoviamo, con fatica, svogliatezza, arroganza, timore o serenità, a seconda delle occasioni, ma che comunque ci permette di uscire dalla nostra solitudine. E se la riapparizione mattutina sulla scena della vita è sentita come fatto naturale dalla maggior parte delle persone, non è altrettanto naturale per coloro che stanno male o che non si sentono "presentabili". Così interrogarsi non solo su chi si è in quel momento di crisi, ma anche su chi si è stati prima di quel "mattino", ci permette di sperimentare una nuova presentazione di sé.
- *ricomposizioni*: ne avvertiamo il beneficio quando il ricordare o il raccontare ci trasmettono la sensazione di "tenerci insieme". La mente non si accontenta di evocare, ma ha bisogno di mettere in rete i ricordi, facendoli conversare tra loro.

Ciò sviluppa un senso di pienezza e di auto-nutrimiento, grazie alla trama interiore che abbiamo costruito e che ha dato luogo a immagini, forme, storie nuove.

- *invenzioni*: avvertirsi artefici di se stessi è la quarta condizione lenitiva, dove impariamo non più dall'esperienza di ciò che siamo stati, bensì di quello che andiamo immaginando. È la concretizzazione dell'identità plurale: se resta l'oggettività dei fatti, delle rotte seguite, degli incontri fondamentali, muta invece la loro rappresentazione, grazie all'*immaginario autobiografico*. Questa sorta di manipolazione dell'esperienza ci conferma che la vita delle cose è sempre un riflesso della vita della mente e che, di conseguenza, la vita rappresentata con un codice qualsiasi è un'altra vita. Questo quarto potere consiste nello staccarci da noi stessi, moltiplicandoci nella parola, faticando a raccontarci.
- *spersonalizzazioni*: c'è spersonalizzazione in senso proprio quando siamo disposti a fare ricerca di sé, con metodi e strumenti più sofisticati, occupandoci delle storie altrui.

Difficoltà specifiche del lavoro con gruppo

A. Per i partecipanti è estremamente difficile accettare che potrebbero avere altre idee su se stessi e sul mondo, rispetto a quelle che possiedono al momento della loro partecipazione al gruppo. Considerare tale possibilità provoca uno "spiazzamento del punto di vista", dal momento che una delle caratteristiche della mente (puntualizzate da Bateson) sta proprio nella capacità di trovare sempre fatti e indizi che corroborano le nostre concezioni. Il lavoro di gruppo sulla propria esperienza dovrebbe facilitare nei partecipanti, alla luce dello sguardo attuale, la presa di coscienza e identificazione di circostanze e persone che hanno provocato una trasformazione nel loro modo di pensare e pensarsi.

B. Altra difficoltà è l'accettazione della pluralità di interpretazioni possibili di uno

stesso avvenimento e del fatto che nella ricerca sono in gioco dei preconcetti.

C. È di complessa individuazione e osservazione – ma estremamente rivelatore del Sé – il parallelismo fra il modo di porsi nello svolgimento del lavoro di gruppo e gli atteggiamenti rintracciabili nella storia personale.

D. I partecipanti possono temere il lavoro di interpretazione, perché lo vivono come l'espressione di giudizi sulla propria persona. Si deve insistere sul fatto che le interpretazioni parlano molto di più della persona che le formula che non della persona alla quale sono indirizzate.

E. L'enfasi del soggetto può produrre soggettivismo. Il rischio è di vincolarsi ad una soggettività autoctona e separata, in cui la comunicazione si fa a senso unico e in cui il contesto sociale (gli altri, la società, la storia) sfuma a sfondo dell'io; ciò produce un'immagine falsa e riduttiva dell'io, che è tale solo nella dialettica con l'"alterità".

F. Altro rischio è il culto dell'interpretazione, intesa come lavoro infinito, sempre incompiuto e sempre ripreso; avvitemento sulla costruzione/ricostruzione di tracce isolate non connesse al contesto.

In conclusione

In conclusione, possiamo dire, con Mazzoleni (2004), che l'esperienza di gruppo, generalmente molto amata e apprezzata dai partecipanti, se ben condotta, può essere un efficace strumento di empowerment, ossia di valorizzazione e potenziamento di individui alle prese con situazioni critiche di vita, come la separazione coniugale. Accanto ad un insieme di fatiche o paure che segnano l'esperienza del gruppo di discussione, i vantaggi che tale realtà comporta per i singoli coinvolti appaiono indubbi.

Nella categoria delle fatiche o paure possiamo elencare la percezione di insicurezza, incertezza e confusione che spesso la diversa esperienza altrui apporta al singolo, con l'effetto di rendere incerti i fondamenti consolidati del proprio agire; la conseguente perdita apparente di equilibrio e di certezze; il timore dell'emarginazione dal gruppo, fonte di

ulteriore frustrazione; la fatica e la paura di mettersi a nudo nei vissuti, nelle debolezze e nei disagi incontrati.

Viceversa possiamo sostenere con energia che molti e più significativi sono i contributi positivi apportati da tale esperienza di condivisione: il raggiungimento di un maggiore livello di sicurezza, come possibilità di affrontare il rischio o nuove situazioni di disagio; l'attenuazione del senso di colpa, di inadeguatezza, di vergogna (stigma); l'accelerazione dell'apprendimento di nuovi comportamenti efficaci; lo sviluppo di nuove forme di comunicazione e di confronto; una accresciuta capacità di analisi critica e autocritica delle situazioni di vita riguardanti i figli; una maturazione affettiva che consente un miglior controllo e regolazione dell'istintività pulsionale (prima si riflette, poi si reagisce, controllando eccessi di rabbia ed emotività); una socializzazione agevolata dalla comunanza di episodi di vita discussi e condivisi.

Molto ancora c'è da fare in questa direzione, sul piano sia dello studio e della riflessione che dell'operatività. Ma è l'esperienza stessa di simili gruppi, arricchente anche per gli operatori coinvolti, oltre che per i partecipanti, a motivare e sostenere questo percorso: si ha infatti la convinzione che una maggiore conoscenza e divulgazione di tali esperienze, gestite e organizzate con sempre maggiori competenze, professionalità e fondatezza scientifica, lontane da ogni forma di improvvisazione, possa unicamente giovare ai soggetti che in ambiti di vita diversi affrontano eventi critici destabilizzanti, conducendoli a vivere il gruppo come occasione di crescita e potenziamento finalizzato alla restituzione di un potere di gestione e controllo, che costituisce la base di una solida percezione di autoefficacia, fondamento di un accresciuto senso di benessere personale.

Riferimenti Bibliografici

Baranger, M. (1990). *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
Bassa Poropat, M.T., Chicco, L., e Amione, F. (2003). *Narrazione e ascolto. L'autobiografia come strategia di intervento nella relazione d'aiuto*. Roma: Carocci Faber Editore.
Bing, E. (1977). *...ho nuotato fino alla riva*. Milano: Feltrinelli.

Bogliolo, C., e Bacherini, A.M. (1998). *Bambini divorziati. Dalla crisi di coppia alla mediazione familiare*. Pisa: Edizioni del Cerro.
Brooks, P. (1995). *Trame*. Torino: Einaudi.
Cigoli, V., Galimberti, C., e Mombelli, M. (1988). *Il legame disperante. Il divorzio come dramma di genitori e figli*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
Cigoli, V. (1998). *Psicologia della separazione e del divorzio*. Bologna: Il Mulino.
Cigoli, V. (1999). Il patto infranto. In M. Andolfi (a cura di), *La crisi della coppia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
Cima, R., Moreni, L., e Soldati, M.G. (1999). *Dentro le storie. Educazione e cura con le storie di vita*. Milano: Franco Angeli.
Demetrio, D. (1996). *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
Erikson, E.H. (1966). *Infanzia e società*. Roma: Armando.
Ferrari, S. (1994). *Scrittura come riparazione*. Roma-Bari: Laterza.
Folkman, S., e Lazarus, R.S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
Gargani, A.G. (1992). *Il testo del tempo*. Bari: Laterza.
Hannerz, U. (1980). *Esplorare la città. Antropologia della vita urbana*. Bologna: Il Mulino.
Jedlowski, P. (2000). *Storie comuni. La narrazione nella vita quotidiana*. Milano: Bruno Mondadori.
Lacroix, M. (2000). *Le développement personnel*. Paris: Flammarion.
Mazzoleni, C. (2004). *Empowerment familiare. Il lavoro psicosociale integrato per promuovere benessere e competenze*. Trento: Erickson.
Mazzei, D. (2002). *La mediazione familiare. Il modello simbolico trigerazionale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
Meo, A. (2000). *Vite in bilico. Sociologia della reazione a eventi spiazzanti*. Napoli: Liguori.
Polla-Mattiot, N., e Trinci, M. (2007). *Se l'amore tradisce. Adultere, infedeli, sognatrici e ingannate*. Milano: Baldini Castaldi Dalai Editore.
Preta, L. (1991). *La narrazione delle origini*. Bari: Laterza.
Sala, G.M. (2003). Il rumore delle pietre. Verità e finzione nelle storie cliniche e nelle pratiche di cura. In I. Gamelli (a cura di), *Il prisma autobiografico. Riflessi interdisciplinari del racconto di sé*, Milano: Edizioni Unicopli.
Scabini, E. (1985). *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*. Milano: Angeli.
Scabini, E. (1995). *Psicologia sociale della famiglia*. Torino: Boringhieri.
Scabini, E., e Cigoli, V. (2000). *Il familiare. Legami, simboli e transizioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
Ungaretti, G. (1974). *Vita di un uomo. Saggi e interventi*. Milano: Mondadori.
Winnicott, D. (1971). *Gioco e realtà*. Roma: Armando.

NON PER CUSTODIRCI

di Federica Niro

psicologa psicoterapeuta

I manicomio

Premessa storica

Quanti di noi si sono spesso interrogati sul significato, sulla forma, sul senso attribuiti alle parole? Quanti pensano a Shakespeare e alla rosa che profumerebbe come tale anche con altro nome? Come distinguere e districarsi tra i termini frenocomio, manicomio e ospedale psichiatrico, per non aggiungere le denominazioni delle 3.527 strutture che esistono attualmente in Italia a loro sostituzione?

La risposta a questa domanda è complessa e articolata e perciò affrontata svariate volte da scienziati e pensatori, nel tentativo di delineare un corpus storico di riferimento omogeneo e coerente.

La storia dell'assistenza ai malati mentali non nasce come risposta a un problema medico, ma per affrontare una precisa esigenza sociale: il cittadino chiedeva allo Stato che il folle fosse assicurato alla giustizia e messo nelle condizioni di non nuocere alla società "sana". Ciò ha determinato che le norme riguardanti la malattia mentale ricadessero nel diritto penale piuttosto che civile e che la pena prevista per il malato mentale fosse la segregazione e la sospensione dei diritti civili e umani.

L'idea che quelli che allora venivano chiamati folli dovessero essere separati e allontanati dal resto della società si diffuse prepotentemente tra il 1620 e il 1650 con il *grande internamento*, quando iniziarono a sorgere in tutta Europa strutture isolate (variamente denominate: manicomio, frenocomio, ospizio, ospedale

generale, casa di lavoro o di reclusione) specificatamente costruite per contenere, dalle parole di Michel Foucault "una popolazione senza risorse né legami sociali che si era trovata abbandonata, o era stata resa fluttuante, a causa del nuovo sviluppo economico" (1961, p. 94): oziosi che gravavano sulle famiglie incapaci di mantenerli, prostitute, vagabondi, delinquenti, prigionieri politici e personaggi scomodi e/o possibile motivo di vergogna per la società del tempo.

Il passaggio successivo per comprendere l'evoluzione della figura del malato di mente e, di conseguenza, delle strutture adibite alla sua contenzione/cura, è quello di inquadrare la figura di Philippe Pinel: nel 1792 in Francia, in piena Rivoluzione Francese, diventa direttore della Salpêtrière, la più importante e famosa casa di reclusione psichiatrica dell'epoca; constatando le pessime condizioni delle persone rinchiusi all'interno della struttura e forte delle sua precedente esperienza alla Bicêtre di Parigi, Pinel libera i malati mentali dalle catene che li imprigionavano assicurando loro migliori condizioni igieniche e sanitarie, apre le celle e si propone di curare metodicamente i pazienti gravi non limitandosi a custodirli negli ospizi. Questo atto segna il primo tentativo di *de-oggettivizzare* le strutture manicomiali a favore della presa in carico medica e curativa degli individui.

Nonostante nella ricostruzione storiografica classica Pinel (come Tuke, autore di un'azione simile in Inghilterra) sia ricordato come il filantropo che ha liberato la follia imprigionata, Foucault decostruisce il mito della liberazione

dei folli in quanto constata come sia solo variata la forma di privazione della loro libertà - al posto delle catene Pinel introduce le camice di forza e minaccia i pazienti con ogni sorta di punizione fisica - e smonta anche il mito dell'apertura dell'asilo alla scienza e alla medicina, poiché Pinel non introduce la scienza nell'istituzione bensì vi lascia penetrare la figura del medico potente e autoritario che instaura una serie di meccanismi repressivi, diversi da quelli della giustizia e attinti dalla vecchie pratiche terapeutiche.

Dunque la riflessione sul potere dello psichiatra e sulla funzione fittiziamente terapeutica dell'istituzione totale, conducono all'esacerbarsi di un clima repressivo in cui nel 1814 viene istituita in Inghilterra la prima commissione per l'indagine sui manicomi; in seguito, il 30 giugno 1838, viene varata in Francia una legge ad hoc per gli ospedali psichiatrici, che regola le modalità e le condizioni del ricovero e delle dimissioni degli alienati in tali strutture. Si deve alla legislazione liberale francese l'inquadramento giuridico dell'internamento psichiatrico e degli istituti che devono assicurarli ovvero gli Ospedali Psichiatrici Pubblici (O.P.P.): strutture nelle quali gli alienati devono essere obbligatoriamente portati, con ordinanza del prefetto, quando la loro alienazione comprometta l'ordine pubblico o la sicurezza delle persone.

Quindi le leggi varate in Gran Bretagna nel 1844 e in Italia nel 1904 sono entrambe figlie della legge francese.

In Italia: la prima metà del Novecento

La prima legge italiana sull'assistenza psichiatrica "Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati" viene promulgata il 14 febbraio 1904 dal governo Giolitti e completata nel 1909 dal regolamento esecutivo. La Legge n. 36/1904 dispone che "debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualsiasi causa da alienazione mentale quando siano pericolose a sé o agli altri, o siano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi".

Il ricovero avviene esclusivamente con la certificazione di un medico e l'ordinanza del questore: nell'arco di circa un mese, al termine di osservazioni da parte del direttore del manicomio, la persona viene dimessa o costretta al ricovero definitivo e coatto. In seguito è nominato un tutore al fine di privare il neo-internato di ogni suo diritto civile: il diritto a ereditare, a sposare, a comprare e vendere, ad amministrare il proprio patrimonio, a votare e a essere genitore. Nei rarissimi casi di dimissione, questa avviene sotto la diretta responsabilità del direttore dell'istituto e vincolata a una specifica certificazione di guarigione, a meno che la famiglia non "ritirasse l'alienato" con l'autorizzazione del tribunale.

La Legge affida così l'internamento dei folli alla psichiatria, una nuova disciplina che tenta di iscriversi nell'ambito della medicina classica ma si trova in un regime di eccezione dovuto alla definizione, da parte della legislazione stessa, del suo oggetto di studio oltre che della sua funzione sociale. Il concetto di pericolosità sociale rappresenta infatti la ragione della sanzione giuridica che colpisce il malato e il medico, reso responsabile delle lesioni auto ed etero dirette dell'infermo in caso di mancata custodia; costituisce anche una sorta di "grande categoria diagnostica su cui la psichiatria ritaglia e differenzia la classificazione delle malattie mentali" (Basaglia e Giannichedda, 1982, p. 448). È evidente che l'alleanza che la psichiatria stringe con lo Stato per l'internamento dei malati di mente dia un'inclinazione politica al sapere psichiatrico che, imprigionato nel modello ausiliare contenitivo e totalizzante, transita inalterato nei regimi democratici fino alla seconda metà del XX secolo.

In Italia: la seconda metà del Novecento

La crisi degli O.P.P. si apre in Inghilterra, Francia e Stati Uniti con la fine della Seconda Guerra Mondiale, quando diversi esperimenti di trattamento non costrittivo dei malati di mente stimolano una prima serie di riforme in materia, che tuttavia non riducono il numero di internati né modificano il carattere sociale e contenitivo delle strutture nelle quali la persona viene custodita piuttosto che presa in cura.

La critica si estende successivamente a tutti i paesi occidentali e a gran parte dell'America latina: a partire dagli anni Cinquanta il concetto di manicomio viene sottoposto a critiche dure e radicali, mosse dal desiderio di modificare la percezione della malattia mentale come esclusione dall'ordine di legittimazione sociale; si cerca di sollevare la questione dell'umanità dei malati, dei loro diritti e del loro valore soggettivo e individuale mirando all'analisi della sofferenza dell'individuo dalla sua genesi lungo il decorso disseminato di influenze sociali e minato dall'ospedalizzazione totalizzante.

La critica coinvolge anche il sapere psichiatrico nato nella cornice dell'internamento e ne mette in forte questione l'utilità e la coerenza con i principi delle democrazie costituzionali (Giannichedda, 2005a, pp. 23-24).

In Italia le procedure portate avanti dalla legislazione del 1904 rimangono inalterate fino al 1968, quando viene votata in Parlamento la Legge n. 431 "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica": è il primo passo verso il riconoscimento dei diritti civili del malato, per il quale viene istituito il ricovero volontario e introdotta la possibilità di trasformare il precedente ricovero coatto in volontario in corso di degenza, previo accertamento del consenso del paziente. L'articolo 4 afferma infatti che "l'ammissione in ospedale psichiatrico può avvenire volontariamente, su richiesta del malato, per accertamento diagnostico e cura su autorizzazione del medico di guardia".

L'importanza di questa legge sta inoltre nel tentativo di apporre alcune trasformazioni organizzative nell'ospedale psichiatrico, tendenti a equipararlo agli ospedali generici e nell'istituire attività preventive e di cura fuori dalle mura manicomiali.

La legge - prevedendo l'abrogazione dell'art. 604 del vecchio codice di procedura penale nel quale era contemplato l'obbligo di annotazione dei provvedimenti di ricovero e dimissione dall'ospedale psichiatrico nel casellario giudiziario - prosegue nella direzione di un riconoscimento del malato in quanto persona. Inoltre, grazie all'istituzione dei Centri di Igiene Mentale (C.I.M.), dei servizi per terapie psichiatriche e psicoterapeutiche si formalizza l'ingresso della disciplina psichiatrica sul territorio locale.

È proprio a partire dagli anni Sessanta che in tutta Europa prende corpo l'idea di riformare ulteriormente l'approccio al trattamento della salute mentale, con particolare attenzione alle forme di istituzionalizzazione altamente deprivanti presenti nei vari paesi. Sulla scia di questi capovolgimenti in Italia è Franco Basaglia a impegnarsi maggiormente sulla questione di "distruggere l'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione" (1964).

Durante la sua formazione Basaglia si convince che il malato di mente ha bisogno non solo delle cure per la sua malattia ma anche di un rapporto umano con chi lo cura: il medico deve restare in ascolto dell'altro e spogliarsi di ogni costruzione e certezza operando una sospensione del giudizio e di tutte le categorie pre-formate per poter ridare parola al paziente. Quest'ultimo, trattato come uomo, non presenta più una malattia ma una crisi esistenziale, sociale e familiare che sfugge a qualsiasi diagnosi e della quale è necessario salvaguardare la soggettività di fronte alla violenza del sapere psichiatrico: perché il malato mentale collocato nel contesto tecnico perde la dignità di essere umano.

Basaglia attua un progetto politico di radicale cambiamento della psichiatria, di cancellazione dello squilibrio di forza medico-folle, di riconduzione dell'individuo nella società che lo aveva escluso, di riappropriazione da parte dell'individuo del diritto alla produzione della propria verità e storia personale.

Contro la ghettizzazione della sofferenza psichica egli avvia *esperienze di de-istituzionalizzazione* a Gorizia e Trieste, nel tentativo di *de-costruire* il paradigma dell'internamento come organizzazione e come cultura, promuovendo il coinvolgimento della società e dell'opinione pubblica nei processi di apertura degli ospedali psichiatrici, di reinserimento sociale degli internati e di costruzione di servizi di salute mentale in grado di sostituirsi all'O.P.P. (Giannichedda, 2005).

In questo contesto nasce la Legge n. 180 del 13 maggio 1978 "Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori" che stabilisce che è il diritto della persona alla sua cura e alla sua salute alla base del trattamento sanitario anche nell'ambito psichiatrico, a prescindere dalla legittimazione sociale.

Vengono vietati l'internamento nei manicomi e la costruzione di nuove strutture; si stabilisce la volontarietà degli accertamenti e dei trattamenti sanitari, per cui è concessa la possibilità di essere ricoverati nei reparti di psichiatria degli ospedali generici.

Qualora si presentino "alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici" e si siano rivelati inefficaci tutti i tentativi in tal senso può essere richiesto il Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.), attuabile presso le strutture territoriali e/o a domicilio; fondamentale sottolineare come anche durante il T.S.O. siano garantiti diritti di libera comunicazione ed eventuale ricorso da parte del paziente contro il provvedimento e si tenti in ogni modo di ricercare il suo consenso alle cure.

Il nodo centrale della L. n. 180/78 è l'assenza di ogni riferimento alla presunzione e al giudizio di pericolosità a favore della mancanza di consapevolezza della malattia da parte del soggetto, usata come criterio di giudizio. Questo aspetto comporta su un piano psicologico individuale e comunitario la rivalutazione della persona malata di mente: se questa rifiuta il trattamento psichiatrico propositole non rappresenta più una minaccia alla stabilità sociale, ma è il segno della sua alterazione psichica, oltre a incarnare la paura, storicamente fondata, del manicomio e dei suoi effetti di stigmatizzazione.

La L. n. 180/78 confluisce nella L. n. 833 del 23 dicembre 1978 che istituisce il Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.) e demanda progetti e organizzazione alle Regioni, a piani sanitari regionali e a leggi-obiettivo. Vengono così istituite le A.S.L. (Azienda Sanitaria Locale) a livello nazionale e i Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.), strutture organizzative e organi di coordinamento, suddivise al loro interno in altre strutture che rispondono alle più diverse esigenze:

- Centri di Salute Mentale e Ambulatori per l'assistenza territoriale e domiciliare;
- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e Day Hospital per l'assistenza in regime di ricovero;
- Centri Diurni per gli interventi socio-riabilitativi in regime semi-residenziale;
- Strutture residenziali per gli interventi terapeutico-riabilitativi in regime

residenziale, divisi in comunità ad alta, media o bassa protezione in base al tempo necessario per gli interventi riabilitativi.

Essendo entrambe leggi-quadro si è assistito a una diversa applicazione da parte di ogni ente territoriale (regione, provincia, comune) tanto che in alcuni territori (specie nel sud d'Italia) non è stata ancora attuata completamente.

Per affrontare questo problema la legislazione ha proposto, a partire dal 1994, una serie di Progetti Obiettivo per la tutela della salute mentale, che hanno cercato di riordinare la materia specialmente sul piano attuativo. L'approvazione del primo Progetto Obiettivo Nazionale per la Salute Mentale segna una tappa storica in materia di assistenza psichiatrica italiana; a sua volta, il secondo Progetto Obiettivo (1999/2000) precisa quali debbano essere le strutture e i servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale, ne definisce gli standard di funzionamento e di fatto conferma i contenuti della L. n. 180/78.

Purtroppo, però, a distanza di più di trentacinque anni dall'approvazione della legge, le problematiche di attuazione disomogenea e incoerente non sono state ancora risolte completamente e permangono consistenti difficoltà nell'attuare tale disciplina.

Attualmente nel nostro paese ogni D.S.M., inteso come l'insieme delle strutture psichiatriche di una A.S.L., ha un bacino di utenza di circa 150.000 abitanti e il rapporto organico/utenza è di un operatore ogni 10.000 abitanti; le figure professionali che vi operano sono psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori, ausiliari e personale amministrativo. Le finalità di questa struttura sono la programmazione e la gestione di tutti i servizi che le fanno capo, tra cui l'integrazione con l'ospedale e il relativo Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) con le associazioni e le cooperative di volontariato.

I 76 manicomi attivi in Italia nel 1978 sono stati quindi sostituiti, come accennato in precedenza, da 3.527 strutture così suddivise nel nostro territorio:

- 320 Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (S.P.D.C.);
- 1.341 Strutture residenziali, a loro volta divise in Comunità Terapeutica Riabilitativa (C.T.R.), Gruppo

- Appartamento (G.A.) e Comunità Alloggio (C.A.);
- 257 Strutture semi-residenziali (Day hospital);
- 433 Imprese Sociali Residenziali e Semi-residenziali;
- 481 Strutture semi-residenziali (Centri diurni);
- 695 Centri di Salute Mentale (C.S.M.).

Un'esperienza personale

La scelta di trattare questo argomento nasce da un mio interesse nei confronti delle attuali disposizioni in merito alla malattia mentale, nella sua moltitudine di sfaccettature, attraverso le quali si legittimano le scelte nei confronti dei nuovi pazienti e non solo.

Nonostante Basaglia sia riconosciuto come figura fondamentale e innovativa in materia è legittimo domandarsi quanto oggi siano rispettate e applicate le sue idee, soprattutto alla luce di quello che si osserva sul nostro territorio e delle testimonianze di coloro che non trovano nella sanità pubblica il giusto supporto.

A prescindere dalle colpe e dalle cause che hanno portato ad un'applicazione del tutto parziale della L. n. 180/78, mancante di una valida ed esperta alternativa alla chiusura dei manicomi, è evidente la necessità di ovviare a questa problematica.

A questo proposito è illuminante il film-documentario "Dall'altra parte del cancello" di Simone Cristicchi, cantante e attore, socialmente impegnato e interessato in prima persona al tema in questione. Il documentario e il libro, accompagnati dall'omonimo album, affrontano il difficile tema della chiusura dei manicomi che, al contrario di quanto molti pensano, è avvenuta definitivamente solo nel 1996. Cristicchi vive in prima persona e racconta la realtà della malattia mentale in un viaggio che attraversa vari ex-manicomi italiani (Volterra, Roma, Siena e Genova) e alcune strutture che si occupano attualmente di persone con disturbi psichiatrici (Centri diurni e Residenze Assistite); degenti, psicologi, psichiatri e infermieri raccontano le loro esperienze in prima persona, non mediate da intenti giornalistici, e raccolte secondo un

approccio descrittivo realistico che fa emergere ricordi, considerazioni e amarezza.

Alla luce di queste riflessioni ho maturato la curiosità di conoscere la regolamentazione della salute mentale negli altri paesi occidentali. Se inizialmente mi sono interessata agli Stati Uniti, paese che si fonda quasi esclusivamente sull'industria psichiatrica e psicofarmacologica, l'occasione di andare a Parigi ha spostato il mio interesse sulla Francia. Nel dicembre 2011 ho visitato l'ospedale psichiatrico Sant'Anna di Parigi che, al contrario delle strutture del documentario di Cristicchi, è in piena attività.

Centre Hospitalier Sainte Anne de Paris

Nel 1984 Marcella Balconi, pioniera della neuropsichiatria infantile italiana, scrive del centro Sant'Anna: *"era un ospedale moderno, un ospedale psichiatrico aperto dove i malati (tranne i malati più gravi, che stavano in una casetta) circolavano liberamente, andavano in paese. C'era un gruppo di psicoanalisti che preparavano i medici dell'ospedale, e quanti si dovevano occupare di problemi psichiatrici"* (pp. 9-10).

L'ospedale psichiatrico Sant'Anna di Parigi è attualmente uno dei centri specializzati in psichiatria più conosciuti della Francia. Si trova oggi in una zona della città (15° *arrondissement*) che già dal XIII secolo ha conosciuto la sua vocazione ospedaliera: inizialmente costruito come ricovero per malati contagiosi, in particolare gli appestati, diventa un vero e proprio ospedale grazie all'intervento di Anna d'Austria nel 1650. Tuttavia, a causa dello scarso utilizzo della struttura, questa viene trasformata ben presto in una fattoria a disposizione degli alienati del manicomio della Bicêtre ed è nota negli anni successivi per le sue attività lavorative e ricreative dedicate ai malati.

È Napoleone III a decretare la costruzione di un ospedale psichiatrico sulla fattoria Sant'Anna designato con il nome di asilo clinico e destinato a essere un luogo di ricerca e trattamento delle malattie mentali. L'asilo è inaugurato il 1 gennaio del 1867 e ospita il suo primo paziente il 1 maggio dello stesso anno. Utilizzando le tecniche terapeutiche, se con questo nome possono essere chiamate, più all'avanguardia per l'epoca, l'ospedale sviluppa

un filone di ricerca molto importante e approfondito in materia.

Nel 1892 viene dotato di un servizio odontoiatrico, di un servizio di consulenza gratuita al fine di ridurre gli internamenti e di un padiglione di chirurgia generale destinato al trattamento chirurgico dei malati. La struttura, nettamente moderna per l'epoca, contava inoltre sale asettiche e sterilizzate, laboratori di radiologia e biologia, una sezione di ostetricia e veri e propri reparti di lunga degenza.

Dagli anni Quaranta agli anni Sessanta vengono introdotti progressivamente: i primi laboratori di elettroencefalografia di Francia (una sezione di bio-psicopatologia dell'infanzia che si dedica tanto al bambino quanto alla famiglia sia dal punto di vista affettivo che cognitivo); le prime somministrazioni di neurolettici come preludio della rivoluzione nei trattamenti psicofarmacologici; le tecniche di neurochirurgia stereotassica (o funzionale) e del dolore tutt'oggi utilizzate e una sezione per le urgenze psichiatriche aperta 24 ore su 24 tutto l'anno, denominata Centro Psichiatrico per l'Orientamento e l'Accoglienza (C.P.O.A.).

Infine, dal 1970 vengono create strutture all'aperto, cliniche, case di post-cura e appartamenti terapeutici; nel 1974 è costituito il reparto di neurologia dotato di attrezzature innovative come scanner per la tomografia e la risonanza magnetica che contribuiranno alla nascita della radiologia terapeutica.

La legge francese

La legge francese a cui far riferimento per il quadro giuridico e per i diritti delle persone ospedalizzate in ambito psichiatrico è la Legge n. 90-527 del 27 giugno 1990 che regola la presa in carico e le pratiche sia per l'ospedalizzazione che per un'eventuale procedura di reclamo e dimissione anticipata.

Una circolare del 2 marzo del 2006 relativa ai diritti delle persone ospedalizzate, integrata alle disposizioni della L. n. 90-527/1990, ha prodotto la *Carta delle persone ospedalizzate* che recita:

1. Tutte le persone sono libere di scegliere la struttura sanitaria dove essere ricoverate nei limiti delle possibilità delle strutture simili. Il servizio pubblico

ospedaliero è accessibile a tutti, in particolare alle persone economicamente svantaggiate e, in caso di urgenza, alle persone senza assicurazione sanitaria. È adatto alle persone disabili.

2. Le strutture sanitarie garantiscono la qualità dell'accoglienza, dei trattamenti e delle cure. Sono attente ad alleviare il dolore e si adoperano per assicurare una fine di vita dignitosa. È rispettato il diritto della privacy.
3. Le informazioni date al paziente devono essere accessibili e legali. Le persone ospedalizzate partecipano alle scelte terapeutiche che le riguardano. Si possono far assistere da una persona di fiducia che scelgono liberamente tra parenti e amici, come previsto dal decreto n. 1111-6 del 2002.
4. Le cure mediche possono essere praticate solo su deliberato e libero consenso del paziente. Ha il diritto di rifiutare ogni trattamento, a eccezione dei ricoveri d'urgenza così come previsto dalla legge.
5. Tutti coloro che partecipano a una ricerca scientifica nell'ambito della struttura sono obbligati a dare il loro consenso informato per l'utilizzo del materiale da loro raccolto, organico e non.
6. Tutti coloro che partecipano a una ricerca scientifica vengono informati dei rischi e dei benefici previsti e il loro eventuale rifiuto di partecipare non preclude la qualità delle cure mediche a loro necessarie.
7. Le persone ospedalizzate possono, a eccezione dei casi d'urgenza previsti dalla legge, abbandonare in ogni momento il ricovero, dopo essere state informate degli eventuali rischi ai quali si espongono dopo le dimissioni.
8. Le persone ospedalizzate (o i suoi rappresentanti legali) beneficiano di un libero accesso alle informazioni sanitarie e alla cartella clinica che le riguarda, come previsto dal decreto del 5 marzo 2004. A certe condizioni gli eredi hanno il medesimo diritto in caso di morte del paziente.

9. Le persone ospedalizzate posso esprimere le loro osservazioni sull'accoglienza e sulle cure ricevute. In ogni struttura una commissione designata per le relazioni con gli utenti sorveglia, a cadenza regolare, che i diritti dei pazienti siano rispettati secondo la legge. Tutti gli utenti hanno il diritto di essere ascoltati da un responsabile della struttura per esprimere le loro lamentele e per domandare l'apertura di un'inchiesta che le verifichi.

In merito all'ultimo punto l'articolo 332-3 stabilisce, infatti, che almeno una volta a trimestre una commissione composta da uno psichiatra e un magistrato designati dalla Corte d'Appello e da uno psichiatra e un rappresentante di un'organizzazione dei famigliari dei malati mentali, visiti gli istituti per controllare che gli articoli 326-1/2/3 siano rispettati e per raccogliere eventuali lamentele da riportare, nei casi necessari, al giudice del Tribunale d'Istanza.

La commissione è in ogni caso informata di tutti i T.S.O., dei rinnovi di ospedalizzazione e delle dimissioni; inoltre è tenuta a esaminare tutti i ricoveri coatti, quelli che avvengono per domande fatte da terze persone e quelli il cui decorso supera i 3 mesi. Nel caso in cui siano riscontrate irregolarità ai sensi della legge ha la facoltà di ordinare dimissioni immediate.

La mia visita

È una giornata grigia, con un po' di foschia e qualche goccia di pioggia che cade: l'ospedale appare una città nella città, palazzine scure e alte circondate da piccoli giardini, in giro le poche persone che ci sono mi guardano con sospetto; mi sembra di essere nel film "Shutter Island".

La sensazione dura comunque pochi attimi perché vengo raggiunta da una tirocinante che mi introduce al luogo: l'agglomerato è molto grande e composto principalmente da un'area psichiatrica e da un'area neurologica, da tanti padiglioni più o meno accessibili al pubblico e a noi. L'ospedale accoglie i pazienti del 5°, 6°, 14°, 15° e 16° *arrondissement* di Parigi in 11 servizi psichiatrici e il Centro Neurologico

Raymond Garcin, sette padiglioni per gli adulti e due per l'infanzia/adolescenza; consta inoltre di una clinica per malattie mentali e dell'encefalo, un servizio regionale medico-psicologico, un servizio specializzato sulle dipendenze e l'esclusione sociale, un centro informazioni per i pazienti e le famiglie, una biblioteca, una farmacia e una caffetteria. L'ospedale è aperto anche agli studenti universitari della facoltà di medicina Paris Descartes.

La prima tappa è il centro informazioni dell'ospedale, una piccola casetta a sé stante adibita esclusivamente a dare informazioni di carattere pratico sull'ospedale, sull'accoglienza e la presa in carico: un dipendente, accompagnato da opuscoli e depliant informativi, spiega a una coppia che la presa in carico in psichiatria è subordinata sia al tipo di servizio richiesto sia alla dislocazione geografica del settore in cui si abita. Infatti, in Francia, la legislazione prevede che, al fine di assicurare una migliore osservazione della popolazione in materia di salute mentale, a seconda della domiciliazione i pazienti siano direzionati in centri diversi.

Per coloro che hanno accesso diretto alle cure, in casi di urgenza, ci sono quattro strutture delegate: il Servizio di Accoglienza e Urgenza, il Centro di Accoglienza e Crisi, il Centro Psichiatrico per l'Orientamento e l'Accoglienza (che sono aperti 24 ore su 24) e il Centro Medico-Psicologico (aperto dalle 9.00 alle 19.00). Per coloro che hanno accesso alle cure su prescrizione medica è prevista sia la completa ospedalizzazione che la degenza diurna, oltre alla possibilità di accedere ai servizi sopra citati di post-cura, come appartamenti terapeutici e centri terapeutici a tempo parziale. L'ospedalizzazione al Sant'Anna è specializzata in disturbi dell'umore, del comportamento alimentare e dell'apprendimento; tossicomania e alcoolismo; presa in carico di anziani, bambini e adolescenti sordi o emarginati. Il personale tecnico è per lo più composto da infermieri e psichiatri, molti dei quali hanno l'abilitazione alla psicoterapia, e da un basso numero di psicologi.

Proprio per questo motivo l'assessment e il processo diagnostico risultano fondamentali nella struttura: per ogni paziente che arriva al Sant'Anna la consultazione psichiatrico-psicologica è un passaggio obbligato al fine di

definire una diagnosi in base alla quale il personale decide come procedere. Il criterio discriminante più utilizzato è l'insight di malattia, in base al quale vengono ricoverati nei padiglioni K, J, I e H.

Il ricovero è caratterizzato dal trattamento farmacologico e psicologico individuale e/o di gruppo; è integrato da attività educative e ricreative svolte sia all'interno dei locali ospedalieri che nel giardino esterno quando la stagione lo permette: atelier di scrittura, fotografia, lettura, pittura, teatro e improvvisazione, respirazione yoga e posturale, tecniche di rilassamento.

Eccezione fatta per i pazienti del *pavillon fermée* ovvero il padiglione chiuso all'interno del quale sono internati gli psicotici gravi che sottostanno a una regolamentazione più ferrea, gli altri pazienti sono generalmente liberi di muoversi all'interno della struttura entro i confini del padiglione di appartenenza e nel giardino dell'intero agglomerato; hanno diritto a permessi per uscire dall'ospedale durante il giorno e alle visite giornaliere di parenti e amici. Mi trovo nuovamente protagonista di un film quando vengo introdotta nel padiglione dei pazienti volontari; è appena passata l'ora del pasto e i degenti sono tutti in fila davanti a una porta per prendere le medicine: sono in "Qualcuno volò sul nido del cuculo". Le infermiere dal viso stanco compiono questa operazione meccanicamente e senza perdersi in chiacchiere, i pazienti avanzano silenziosi e rassegnati. Nell'arco della giornata e della settimana i degenti hanno a disposizione le attività già descritte, sale comuni, consultazioni e controlli medici, possibilità di consulti psicologi programmati o meno, visite e uscite. È così che passano il tempo in questo padiglione, in cui permangono per un tempo che va da una settimana a tre mesi.

Per quanto riguarda il Centro Neurologico Garcin, l'accesso viene programmato dopo una precisa prescrizione medica o in casi di urgenza; prevede inoltre un servizio di consulenza su appuntamento. Il centro è composto da reparti di neurochirurgia, neurologia, medicina fisica e riabilitativa, neurorianimazione e neuroanestesia, neuroradiologia e da laboratori di biologia e neuropatologia, all'intero dei quali viene svolta gran parte della ricerca neuroscientifica di Francia.

A mio parere è evidente che questo ospedale sia una struttura ben organizzata che funziona ed è ben vista dalla società francese. Certo è che non è tutto oro ciò che luccica e qualche difetto salta subito all'occhio: dall'estrema categorizzazione diagnostica all'elettroshock passando per l'uso eccessivo di psicofarmaci.

L'elettroshock

Parlando delle attività svolte all'interno dell'ospedale rivolgo molte domande alla tirocinante e la conversazione ci porta al racconto di un'esperienza che ha vissuto poco tempo prima riguardo un paziente che è stato sottoposto a Terapia Elettroconvulsivante (TEC). Mi parla di un uomo arrivato al Sant'Anna in forte stato depressivo e confusionale e resistente ai trattamenti psicofarmacologici di regolazione dell'umore; dichiarato pertanto in stato di emergenza e a grande rischio suicidiario, la presa in carico psichiatrica e la conseguente ospedalizzazione sono immediate. Lei racconta: "Passate alcune settimane dall'ospedalizzazione ho avuto nuovamente l'occasione di assistere a una sua seduta, dalla quale sono rimasta emotivamente e professionalmente turbata. Il paziente, a colpo d'occhio, era cambiato; il corpo e il viso portavano con evidenza dei chiari segni di un trauma vissuto; presentava movimenti fortemente rallentati, tremolio agli arti superiori, mimica facciale impoverita, spossatezza e incapacità sul piano cognitivo a esprimere correttamente e fluidamente il proprio pensiero. Durante la breve conversazione ha più volte chiesto dell'acqua: la bocca secca e screpolata rendevano ogni singola parola difficile da pronunciare, era visibilmente spaventato tanto da presentare momenti di mutismo. Quando lo psichiatra e lo psicoterapeuta mi hanno riferito, a conclusione della seduta, che purtroppo l'elettroshock non aveva sortito alcun effetto, rimasi basita a questa affermazione".

In Francia la TEC, detta anche *sismo de rappel*, è abbastanza frequente come terapia psichiatrica rivolta a casi gravi di depressione fisiologica, schizofrenia con allucinazioni violente, disturbi bipolari e disturbi psicopatologici farmaco-resistenti. Lo strumento utilizzato fornisce uno stimolo elettrico tra gli 0,5 e gli 8 secondi con

un voltaggio compreso tra i 50 e i 150 Volt che è in grado di garantire una convulsione cerebrale generalizzata.

In Italia esistono attualmente (dato aggiornato al 2012) 6 ospedali pubblici e 3 privati che praticano la Terapia Elettroconvulsivante.

Franco Basaglia affermò che curare una persona con l'elettroshock era come "*prendere a pugni un televisore per aggiustarne la frequenza*" (1967).

Considerazioni finali

Concludendo questo scorcio sulla mia esperienza a contatto con una realtà diversa da quella italiana, mi preme sottolineare di come con questo esempio non si intenda insinuare che il lavoro di Basaglia e di chi come lui ha portato alla luce la crudeltà e la disumanità dei manicomi in Italia fino alla loro eliminazione, sia da criticare e rifuggire; bensì è necessario prendere ciò che c'è di buono e utile dal contesto francese, al fine di istituire strutture sul nostro territorio dedite alla cura della persona nella sua totalità, evitando di ricorrere a pratiche che, fisicamente e psicologicamente, violentano e/o abbandonano l'individuo. Non è eliminando le strutture che abbattiamo i muri della mente.

Doveroso a questo punto, al termine della prima parte che ha riguardato i manicomi, dedicare uno spazio a un argomento strettamente correlato e, ad oggi, oggetto di notevoli rivoluzioni e fermenti politico-sociali: gli ospedali psichiatrici giudiziari, ex manicomi criminali.

L'OPG – Ospedale psichiatrico giudiziario

Inquadramento storico

Gli attuali OPG sono la naturale prosecuzione di quei *manicomi criminali* immaginati dalla Scuola Positiva penale a partire dagli anni '70 del XIX secolo. Si posso individuare tre contesti storici ai quali corrispondono tre differenti denominazioni: con *manicomio criminale* si intende l'istituzione ideata dai criminologi positivisti nel corso del XIX secolo; per *manicomio giudiziario* si fa riferimento al periodo

che va dall'apertura della prima *Sezione per maniaci* ad Aversa nel 1876 fino al 1975, data in cui entra in vigore l'ordinamento penitenziario e la nomenclatura viene sostituita con *ospedale psichiatrico giudiziario*.

Il manicomio giudiziario, al pari degli OPP, fu chiamato a svolgere, fin dalla sua introduzione, la duplice funzione di curare e custodire: le misure di sicurezza erano funzionali alla prevenzione e all'impedimento della ripetizione del crimine. Le finalità terapeutiche appaiono in teoria complementari, e non in contrasto a quelle custodiali, nell'ottica di una funzione generale di difesa sociale.

Così come per i manicomi comuni, l'idea di fondo era quella di una connessione necessaria tra patologia psichiatrica e pericolosità: il malato di mente era ritenuto intrinsecamente pericoloso perciò la società doveva provvedere a difendersi e a difendere il malato da se stesso e qualora avesse mostrato la sua pericolosità attraverso la commissione di atti criminosi contro la legge, si sarebbe marchiato dell'etichetta di *folle reo* e quindi si sarebbe proceduto al suo internamento nei manicomi giudiziari. Dunque questi ospizi si distinguevano dai manicomi comuni solo per il grado di pericolosità dei soggetti reclusi.

Mentre Basaglia portava avanti il suo progetto di dar vita alla prima comunità terapeutica dentro un ospedale psichiatrico italiano, l'intera società italiana stava vivendo un cambiamento ad opera del Ministro della Sanità Luigi Mariotti che nel 1965 denunciava gli ospedali psichiatrici giudiziari paragonandoli a veri e propri lager nazisti; l'anno successivo nasceva a Firenze l'Associazione per la lotta contro le malattie mentali, composta da medici, infermieri e cittadini comuni. Si andava quindi definendo come il problema stesse gradualmente diventando di interesse non solo specialistico ma anche politico-collettivo.

Il rinnovato interesse dell'opinione pubblica per l'istituzione del manicomio criminale coincide storicamente con alcuni eventi di una certa importanza:

- Il movimento anti-psichiatrico attacca l'istituzione manicomiale civile e gradualmente si giunge alla riforma della Legge Giolitti.
- Una sentenza della Corte Costituzionale, la n. 110 del 1974,

interviene sulla politica già in fermento introducendo il potere di revoca anticipata, cioè la possibilità di revoca delle misure di sicurezza anche prima che sia decorso il tempo corrispondente alla durata minima stabilita dalla legge.

- Lo scandalo di Antonietta Bernardini (1974), che dopo essere stata rinchiusa a Rebibbia per un futile litigio fu spostata all'OPG di Pozzuoli, dove il letto di contenzione a cui era legata prese fuoco facendola morire dopo una lunga agonia.
- Il caso Trivini: un ex-internato aveva denunciato le pessime condizioni igieniche in cui aveva vissuto nel corso del suo internamento ad Aversa descrivendo l'indiscriminato utilizzo della contenzione come pratica quotidiana e le umiliazioni subite da lui e dagli altri pazienti da parte del personale. Alla denuncia di Trivini, si aggiunsero, con effetto domino, quelle provenienti da altri ex-internati.
- L'introduzione della Legge n. 354 del 1975 sull'ordinamento penitenziario e, con questa, l'idea di un trattamento finalizzato alla rieducazione del detenuto e consistente in atti che siano rispettosi dell'umanità e della dignità della persona.

Introducendo la denominazione OPG ed eliminando il nome di quell'istituto che per oltre un secolo aveva rappresentato un'istituzione tutta protesa all'emarginazione della persona, appare all'orizzonte il segno di una svolta.

Tuttavia si pone nuovamente il problema della mera nomenclatura come segno di cambiamento piuttosto che come cambiamento sostanziale vero e proprio. L'istituzione Ospedale Psichiatrico Giudiziario manifesta tutti i limiti di un'istituzione totale e le sue caratteristiche, a metà tra il manicomio e la prigione, producono un risultato peggiore delle sue singole componenti. Il divario tra l'assistenza psichiatrica per i soggetti rei di un crimine e per i malati di mente "comuni" cresce con la riforma di Basaglia, smascherando la funzione meramente custodiale dell'OPG e ponendo dubbi sulla legittimità di un intervento

così differenziato tra malati di mente autori di reato e non.

La difficoltà nell'attuare un trattamento terapeutico, soverchiato dall'aspetto custodiale, è esacerbata dalla reale presenza di categorie assai disomogenee di internati:

1. *Sottoposti alla misura di sicurezza dell'internamento in manicomio giudiziario (art. 222 c.p.).*
2. *Imputati a procedimento sospeso (art. 88 c.p.p. del 1931).*
3. *Condannati a pena sospesa (art. 148 c.p.).*
4. *Sottoposti a misura di sicurezza provvisoria (art. 206 c.p.).*
5. *Detenuti periziandi.*
6. *Detenuti in custodia preventiva e i condannati inviati in stato di osservazione.*
7. *Misura di sicurezza trasformata (art. 212 c.p.).*
8. *Sottoposti alla misura di sicurezza dell'affidamento a casa di cura e custodia (art. 219 c.p.).*
9. *Condannati divenuti minorati psichici (art. 148, 5° co c.p.).*
10. *Categoria residuale prevista dall'art. 258 c.p.p. del 1931.*

Legge 180 e OPG

Alla luce dell'analisi della disciplina del trattamento penitenziario riservato agli internati in relazione con le modifiche che la legge 180 ha introdotto, nonché dell'indirizzo interpretativo che si è affermato nella giurisprudenza, si può affermare che gli effetti che la legge 180 ha avuto sull'istituzione manicomiale non possono essere direttamente estesi alla normativa che regola gli ospedali psichiatrici giudiziari, nonostante il pensiero basagliano alla sua origine.

È evidente che nessuna disposizione della L. n. 180/78 si riferisce espressamente anche agli OPG, primo fra tutti il divieto di accettare nuovi ricoveri nelle strutture; inoltre la riforma manicomiale non è stata accompagnata da una parallela modifica delle norme del codice penale che regolano le misure di sicurezza.

Compreso che la legge Basaglia non ha avuto effetti diretti sulla normativa codicistica relativa alle misure di sicurezza, è tuttavia interessante

capire se ne ha avuti di indiretti sulle strutture in oggetto.

A tale scopo appare opportuno fare preliminarmente il quadro delle connessioni esistenti, prima della riforma, tra OP e OPG.

Prima della L. n. 180/78 tra gli ospedali psichiatrici civili e quelli giudiziari si presentavano una serie di connessioni sia sul piano pratico sia su quello teorico. Come mostra Pelissero (2008, p. 86) i due sistemi di trattamento della malattia mentale erano entrambi fondati sulla concezione del folle come un pericolo sociale e su tale percezione si radicava, come già sottolineato, un trattamento di carattere prevalentemente custodiale.

Quando il malato di mente commetteva reati di lieve entità (che pure rientravano nel limite edittale previsto dall'art. 222 c.p.) si poteva evitare l'inoltro della denuncia a patto che una struttura manicomiale civile fosse disposta ad accogliere il malato. Questa possibilità consentiva di attenuare la rigidità del sistema delle misure di sicurezza e di lasciare che il malato evitasse l'OPG.

In fase di revoca della misura di sicurezza si verificava spesso che, nella valutazione circa la permanenza o meno della pericolosità del soggetto, si tenesse conto della possibilità di affidarlo ad un ospedale psichiatrico dopo aver lasciato la struttura giudiziaria, consentendo quindi una liberazione più “a cuor leggero”. Era anche possibile disporre la proroga della misura e concedere una licenza finale di esperimento che poteva anche svolgersi nelle strutture dell'ospedale psichiatrico civile. A questa rete di connessione e a queste pratiche di collaborazione si aggiungeva, con l'art. 100 del regolamento penitenziario - R.D. 431 del 1976 - la possibilità di stipulare apposite convenzioni tra l'amministrazione e gli ospedali psichiatrici civili per il ricovero in queste ultime strutture dei soggetti destinati all'OPG.

Con l'introduzione della legge Basaglia, l'esperimento di depotenziamento dell'OPG attraverso la destinazione dei malati agli ospedali civili si bloccò a causa del divieto di nuovi ricoveri nelle strutture ospedaliere psichiatriche. La collaborazione aveva consentito di sperimentare un modello teso a incrementare l'aspetto terapeutico della misura di sicurezza.

Anche se la L. n. 180/78 ha inevitabilmente frenato il processo di trasferimento dei prosciolti sottoposti a misura di sicurezza nelle strutture manicomiali civili, sono iniziate nuove forme di collaborazione da parte del sistema penale e penitenziario con le strutture deputate: per quanto concerne le dimissioni dall'OPG, i dipartimenti di salute mentale (DSM) avrebbero potuto adoperarsi per mettere in campo progetti *ad hoc* per i dimittendi, al fine di facilitarne il reinserimento sociale e favorire il buon esito della valutazione sulla loro pericolosità sociale.

Soprattutto nel periodo immediatamente seguente all'approvazione della riforma basagliana si apriva quindi la concreta possibilità di un potenziamento degli OPG per effetto di diversi fattori: da un lato si pensava a un aumento dei reati commessi dai disagiati psichici in assenza di strutture contenitive diverse da quella penale, dall'altro essendo poco efficienti e funzionali i servizi psichiatrici territoriali dopo la riforma ed essendo sufficiente anche la commissione di reati minori per far scattare il meccanismo della misura di sicurezza, si sarebbe verificato un incremento sostanziale di ex-pazienti degli ospedali psichiatrici civili in quelli giudiziari.

Prima di presentare un quadro della situazione attuale, appare interessante richiamare due sentenze della Corte Costituzionale (n. 253/2003 e n. 367/2004) che hanno dichiarato incostituzionale la non applicazione di misure alternative all'internamento in OPG onde “assicurare adeguate cure all'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale”, rilevando che il ricovero in questo istituto costituisce una pesante disuguaglianza di trattamento rispetto a quanto la riforma sanitaria prevede.

La realtà italiana oggi

Con una delibera del Senato del 30 luglio 2008 viene istituita una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale. All'interno delle azioni previste dalla Commissione si sono svolti, da giugno a dicembre 2010, i sopralluoghi presso i 6 ospedali psichiatrici giudiziari italiani:

- 1- Castiglione delle Stiviere, Mantova,

- 2- Reggio Emilia,
- 3- Montelupo Fiorentino, Firenze,
- 4- Aversa, Caserta,
- 5- Napoli,
- 6- Barcellona Pozzo di Gotto, Messina.

Tale frammento dell'inchiesta parlamentare sulla sanità è riportato nella "Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali psichiatrici giudiziari" approvata dalla Commissione nella seduta del 20 luglio 2011.

Tale relazione è intesa a "riferire le risultanze delle attività di indagine compiute dalla Commissione, in merito alle condizioni igienico-sanitarie, organizzative e clinico-psichiatriche delle strutture; individuare gli interventi da mettere in atto con peculiare urgenza per completare l'attuazione del passaggio di competenza al Servizio Sanitario Nazionale; fornire una riflessione critica sulla problematica delle contenzioni nell'ambito degli OPG; tracciare le linee per una riforma legislativa del settore" (Doc. XXII-bis n. 4, atti parlamentari Senato della Repubblica).

È proprio questa inchiesta a riaprire la partita iniziata da Basaglia più di trent'anni prima; le condizioni descritte nella relazione dai senatori Michele Saccomanno e Daniele Bosone sono, dalla pubblicazione in poi, sotto gli occhi non solo della politica e della magistratura, ma anche e soprattutto della collettività.

La commissione presieduta da Ignazio Marino si trovò davanti uno scenario il più delle volte raccapricciante: sporcizia, sovraffollamento, detenuti legati ai loro letti, pratiche che rasentavano le sevizie, letti di contenzione con l'inquietante buco al centro per le feci.

Diretta conseguenza del clima diffuso dopo l'inchiesta parlamentare sono l'approvazione del decreto legge del 22 dicembre 2011, n. 211 "Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri", e la legge del 30 maggio 2014, n. 81 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari".

La legge prevede la chiusura degli OPG a partire dal 31 marzo 2015 con relativa destinazione dei 741 pazienti secondo un principio di appartenenza territoriale, affidati al servizio sanitario e alloggiati in comunità

riabilitative, case-famiglia o altri enti di accoglienza per i quali ci si chiede quanto si possa parlare di "presa in cura", "riabilitazione" o "accoglienza". Soltanto quelli considerati non dimissibili, in ragione della loro pericolosità, sono destinati a nuove strutture, più piccole degli OPG, battezzate REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza detentive). Anche le REMS, tuttavia, sono interamente affidate alla sanità: non penitenziari ridotti bensì luoghi di cura dotati di sistemi anti-evasione.

La L. n. 81/14 pone limiti alle proroghe della misura di sicurezza eliminando i cosiddetti "ergastoli bianchi" e stabilendo che non può essere superiore alla durata della pena per quel reato. Infine, obbliga le Regioni a presentare entro 45 giorni i progetti terapeutici individualizzati al fine di consentire la presa in carico dei pazienti da parte dei servizi socio-sanitari.

Da quando ha preso avvio la campagna di StopOPG, nata il 19 aprile 2011 in seguito al Forum Salute Mentale di Aversa, si è inoltre assistito a uno spostamento dell'attenzione dai luoghi (istituti fatiscenti) alle persone vittime di aberrazioni giuridiche e alle politiche carenti sia a livello sanitario che giudiziario.

Il movimento StopOPG sottolinea la sua soddisfazione per la nuova legge che, "pur non sciogliendo i nodi giuridici che sostengono l'OPG (in primo luogo la modifica del codice penale per abolire definitivamente il doppio binario e l'istituto della misura di sicurezza in OPG), ha certamente migliorato l'attuale normativa. (...) stabilisce che di norma devono essere adottate dai magistrati misure alternative all'internamento in OPG e che la pericolosità sociale non può essere dichiarata, o confermata, solo perché la persona è emarginata, priva di sostegni economici o non è stata presa in carico dai servizi sociosanitari. (...) La legge va applicata bene (...), perciò si deve mettere al centro la persona: con una presa in carico globale da parte dei servizi pubblici, all'interno di una collaborazione e integrazione tra i Dipartimenti di Salute Mentale, i Servizi per le Dipendenze, i Servizi Sociali, ecc - che devono occuparsi di cura e non di custodia - e vanno attivate relazioni stabili con la Magistratura, per offrire Progetti Terapeutico Riabilitativi

Individuali appropriati” (si legge sulla loro pagina internet, di Cecconi e Del Giudice).

Indubbio lo shock dei più davanti alle tante parole, immagini e video (vedi ad esempio il film-documentario “Lo stato della follia” di Francesco Cordio) che riassumono i dati della relazione o che da essa hanno tratto origine, ma sembra fin troppo comodo accodarsi alla scia dello sdegno comune, condannare gli OPG come luoghi di sadismo e tortura, senza rilevare la parte di responsabilità che la società ha avuto nel perpetuarsi della storia: la convenienza di una nazione intera che dopo aver tessuto le sue stesse lodi per la chiusura dei manicomi, ha tollerato per decenni delle realtà sorelle e perfino peggiori, in ragione della presunta pericolosità sociale di alcuni individui.

Nonostante certe idee circolino da oltre duecento anni, da Pinel a Marino passando per Basaglia, la categoria dei detenuti psichiatrici del nostro Paese è la categoria più radicalmente privata di diritti, perfino di quelli fondamentali che assicurano la dignità dell’essere umano. Perché? Per la risposta si chiama in causa nuovamente Foucault quando scrive: “Quanto al malato mentale, egli rappresenta il residuo di tutti i residui, il residuo di tutte le discipline, inassimilabile a tutte quelle che si possono trovare in una società” (1973, p. 63). Tralasciando il passato per un momento, occorre concentrarsi sulle preoccupazioni legittime che porta l’immediato futuro: la follia spaventa oggi come duecento anni fa e ancor di più se è accompagnata da azioni criminali, tanto da scatenare nella popolazione suggestioni incontrollate. Purtroppo al percorso di reintegro dei malati, accelerato dalla politica, non si è accompagnata alcuna iniziativa di sensibilizzazione a livello territoriale e il rischio di malcontento, oltre ad un’ingenua paranoia, sono decisamente alle porte.

C’è poi il grande peso che ricade sul personale sanitario, chiamato a vigilare e mantenere la sicurezza senza l’ausilio della polizia penitenziaria. Ad Aversa qualcosa di simile già avveniva, ma soltanto con pazienti meno gravi e comunque con la possibilità di un intervento tempestivo da parte delle guardie.

Il nuovo assetto, più frammentato, sarà in generale meno controllabile di prima. Molti pazienti verranno affidati a enti privati, ad associazioni accreditate di vario genere, religiose

e non, e per questi diverranno istantaneamente una fonte di profitto, con tutti i rischi ovvi che ne conseguono.

E infine, ma non ultime in ordine di importanza, ci sono le preoccupazioni dei malati, taluni incapaci di prendere atto del destino che li attende.

Dalle interviste svolte dai giornalisti all’interno degli OPG è emersa una grande confusione, qualcuno parlava di ritorno a casa, altri di luoghi in cui si fanno esperimenti sulle persone. Altri una casa non ce l’hanno proprio più. Ci sono centinaia di malati psichici che non possono ancora essere trasferiti perché non si sa ancora dove mandarli: “Qualcuno ha davvero pensato di trasferire centinaia di persone dalla sera alla mattina, come fossero pacchi?” argomenta Vito De Filippo, sottosegretario alla Salute.

Insieme alla vigilanza su ciò che accade, bisogna riaffrontare la riforma del codice penale che sola può consentire l’abolizione della misura di sicurezza psichiatrica e autorizzarci quindi a parlare di diritti, dignità e cura.

Con ogni probabilità la nota più dolente di tutta la questione risiede nel fatto che sostanzialmente le Regioni non sono pronte.

Il giorno prima l’emanazione del decreto legge n. 211 del 22 dicembre 2011, la nota del ministero della Giustizia ricordava: “Sotto il monitoraggio dell’Organismo di coordinamento istituito presso il Ministero della Salute quasi tutte le regioni hanno individuato e allestito le strutture che saranno disponibili entro il termine previsto: sono strutture definitive o in alcuni casi provvisorie, predisposte per garantire il rispetto della scadenza fissata dalla legge. Alcune regioni completeranno tale percorso nelle prossime settimane”.

Secondo i dati forniti dalla relazione trimestrale del Governo a novembre 2014, il numero di posti letto per le REMS, inizialmente progettato per 900 persone, è attualmente sceso a 100; gli internati presenti ancora al 1 settembre erano 793 più 84 ingressi nuovi, di questi 160 dichiarati non dimissibili per ragioni cliniche e il 17% pericolosi. La legge 81 prevede che dopo 6 mesi dalla chiusura degli OPG, le Regioni che non riescano a dimostrare la capacità di accogliere i detenuti nelle strutture saranno commissariate.

Nella realtà dei fatti, dopo più di tre anni, la situazione nelle regioni interessate è la seguente:

- Castiglione delle Stiviere è l'unico che si trasformerà direttamente in REMS; è l'unico OPG in Italia a essere gestito tramite una convenzione con l'Azienda Ospedaliera, mentre le altre strutture sono gestite da personale penitenziario; è anche l'unico ad avere una sezione femminile.
- Gli internati dell'OPG di Reggio Emilia, invece, staranno temporaneamente a Parma e a Bologna; la Regione dovrebbe dotarsi in futuro di una REMS a Reggio Emilia.
- A Montelupo Fiorentino operativamente non cambierà niente, la direttrice Antonella Tuoni dichiara che la struttura non chiuderà anche se verranno bloccati gli arrivi. La Regione Toscana ha cambiato idea molte volte su quale edificio adibire a REMS e la direttrice si chiede preoccupata dove finiranno le persone che d'ora in avanti verranno dichiarate semi-inferme dal magistrato.
- Chiude l'ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto, anche se il futuro degli internati resta un'incognita ai più; alcuni saranno destinati alle strutture carcerarie del territorio. Quelli che hanno ancora bisogno di supporto psichiatrico dovrebbero essere trasferiti nei vicini REMS, che però non potranno ospitare più di 20 pazienti.
- L'OPG di Aversa segue la falsa riga di quello toscano sfruttando tre REMS provvisorie.
- L'altro OPG campano, a Napoli, vista la precarietà delle REMS, si avvarrà dell'utilizzo transitorio di strutture pubbliche.

Con l'individuazione delle REMS provvisorie, oltre a far evitare il commissariamento previsto dalla legge in caso di inadempienza, si fa pressante il bisogno di impegno da parte delle Regioni per operare ciò che non è stato fatto in questi anni per realizzare concretamente il superamento dell'OPG, senza tuttavia limitarsi alla banale trans-istituzionalizzazione degli internati.

Cesare Bondioli, responsabile nazionale Carceri e OPG Psichiatria Democratica, nel comunicato del 29 aprile 2015 apparso sulla pagina internet del movimento StopOPG, scrive in relazione alle regioni Toscana e Campania:

“Chiediamo pertanto che:

1. La Regione istituisca immediatamente un gruppo di lavoro dedicato – una task force – con i Responsabili dei DSM e dei SerT (molti internati hanno una doppia diagnosi) per formulare o riformulare i programmi di dimissione. Non è possibile che quasi l'80% dei presenti a Montelupo risulti non dimissibile quando la media negli altri OPG oscilla tra il 10 e 20%; i folli rei toscani sono forse antropologicamente diversi dagli altri? Il gruppo di lavoro deve avere un Responsabile certo e dotato degli stessi poteri di un Commissario ad acta. Sarebbe utile che al gruppo partecipassero rappresentanti dei servizi sociali nonché della società civile e/o delle associazioni del territorio.
2. Per applicare correttamente la Legge n. 81/14 occorre un continuativo collegamento tra Magistratura e Servizi di Salute Mentale. La Regione si faccia parte diligente, così come hanno fatto altre Regioni (v. Emilia Romagna) con ottimi risultati, per istituire un Tavolo Permanente tra Magistrati e operatori dei servizi che affronti tutte le problematiche connesse all'applicazione concreta della legge con l'obiettivo di giungere ad un Protocollo operativo sottoscritto e vincolante per tutti i soggetti interessati.
3. Le REMS siano realmente provvisorie nella prospettiva di superarle restituendo, quanti più possibile, gli ospiti a strutture di piccole dimensioni, nel loro territorio di provenienza, gestite direttamente dal DSM di competenza al di fuori di ogni logica concentrazionaria e neo-istituzionalizzante.
4. Venga perciò abbandonato il progetto di costruire ex novo una REMS definitiva impiegando diversamente il

relativo finanziamento tanto nelle suddette piccole strutture quanto soprattutto nel potenziamento degli organici dei servizi di salute mentale”.

Conclusioni

Per rispondere alla domanda iniziale frenocomio, manicomio, ospedale psichiatrico e ospedale psichiatrico giudiziario sono sostanzialmente la stessa cosa; perché queste parole, come di certo molte altre, non designano semplicemente un luogo fisico, ma contengono in sé l'insieme di modalità di gestione di queste strutture, la loro storia, lo stigma attribuitogli nel tempo, le persone che vi sono state rinchiusi e le immagini alle quali veniamo rimandati dalla società in merito a questo argomento.

Ciò a cui il mondo sanitario e politico dovrebbe tendere maggiormente è un'amministrazione che produca nel malato una graduale trasformazione del suo rapporto con la malattia e col mondo auspicando, qualora non sia possibile la piena guarigione, a una convivenza dignitosa con la propria malattia; il superamento di un rapporto oggettivo tra medico e paziente; un clima all'interno del quale gli utenti si sentano complici e collaboratori della loro presa in carico e della loro cura.

L'esempio francese va visto come esempio di una realtà diversa da quella italiana, da cui potrebbe essere possibile “copiare” ciò che può portare miglioramenti al nostro sistema; dalla Francia così come da altri paesi esteri.

Riprendendo e parafrasando lo psichiatra Sergio Piro si assume come base che ciò che si muove, che cambia e che continuamente diviene è terapeutico e liberatorio, mentre tutto ciò che si ferma e che sopprime non lo è. La malattia mentale non è statica, il linguaggio dei pazzi è diverso se essi sono in manicomio o se essi sono fuori; cambiano, sono diversi, tirano fuori le risorse più incredibili: persone avviliti dalla vita, silenziose e abbandonate rialzano la testa e iniziano a parlare se coinvolte in qualcosa che animi e appassioni, dando libero sfogo non ai sintomi delle loro malattie, ma esprimendo desideri e bisogni. Dalle parole dello stesso Piro: “la condizione di sofferenza che noi chiamiamo malattia mentale, nevrosi o con altri

termini brutti di gergo, è una condizione, come tutte quelle umane, trasformabili, anzi, che dalla trasformazione trae modo di superamento di se stessa” (tratto dall'intervista “Il fantasma de manicomio” pubblicato su *Il grillo*, il 19/5/1999).

Di conseguenza quando le strutture diventano statiche e ricadono dentro se stesse, si chiudono al loro interno e non sono trampolini di lancio verso la famiglia, il lavoro e la comunità; se non c'è un'intensa opera di riabilitazione, discussione e aperto dibattito è come costruire un nuovo manicomio, escogitando il grande imbroglio di chiamarlo con un altro nome.

È nella breve analisi sulla situazione attuale degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani che trova nuovamente espressione la falla dell'ideologia basagliana: chiudere i manicomi conservandone l'essenza, trasferita nel territorio in tante altre piccole istituzioni chiuse e controllate quali sono oggi i centri di salute mentale, le case famiglia, le comunità, è esattamente come la moderna truffa delle etichette.

È il sistema nella sua totalità che va rivisto: gli approcci terapeutici troppo improntati sulla vecchia psichiatria clinica sostituiti con la proficua psicoterapia relazionale; la mise en espace di progetti individualizzati tesi a promuovere l'autonomia e l'autodeterminazione dell'individuo; la promozione e l'accompagnamento verso lo sganciamento dai servizi, donando prospettive di dimissibilità definitiva onde evitare la cronicizzazione; il supporto ideologico e la collaborazione fattiva della collettività.

Citazioni

“Che cos'è la follia? La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia. Invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla.”

Franco Basaglia, *Che cos'è la Psichiatria*,
1967

“Mai la psicologia potrà dire sulla follia la verità, perché è la follia che detiene la verità della psicologia.”

Michel Foucault, *Malattia mentale e psicologia*,
1954

“Dal momento in cui oltrepassa il muro dell'internamento, il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale (...); viene immesso, cioè, in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensivo ed insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della sua individualità, come luogo della sua totale oggettivazione. Se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell'individualità, della libertà, nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove sarà definitivamente perduto, reso oggetto della malattia e del ritmo dell'internamento. L'assenza di ogni progetto, la perdita del futuro, l'essere costantemente in balia degli altri senza la minima spinta personale, l'aver scandita e organizzata la propria giornata su tempi dettati solo da esigenze organizzative che – proprio in quanto tali – non possono tenere conto del singolo individuo e delle particolari circostanze di ognuno: questo è lo schema istituzionalizzante su cui si articola la vita dell'asilo.”

Franco Basaglia, *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione*,
1964

“Il contesto sociale non sempre accetta i malati di mente con le loro limitazioni, e anche per questo si registrano difficoltà nel reperire le risorse umane e finanziarie di cui c'è bisogno. Si avverte la necessità di meglio integrare il binomio terapia appropriata e sensibilità nuova di fronte al disagio, così da permettere agli operatori del settore di andare incontro più efficacemente a quei malati ed alle famiglie, le quali da sole non sarebbero in grado di seguire adeguatamente i congiunti in difficoltà.”

Papa Benedetto XVI, in occasione della 14^o
Giornata Mondiale del Malato, 11 febbraio
2006

“Il mondo è come il manicomio: nessuno è stato ancora capace a trovare il direttore.”

Silvio Fioravanti,
1846-1876

“Egregio professore, so che le è stato riferito che io non prendo «regolarmente» le sue medicine. Naturalmente si tratta dei soliti pettegolezzi di ospedale che purtroppo alle volte rovinano con la loro cattiveria la buona fede di chi crede nella lealtà del prossimo.”

Alda Merini, *Lettera al direttore del manicomio*,
1962-1972

“Si nasce tutti pazzi. Alcuni lo restano.”

Samuel Beckett, *Aspettando Godot*,
1952

“Senza il condimento della follia non può esistere piacere alcuno.”

Erasmus da Rotterdam, *Elogio della follia*,
1509

“L'ottica dei pazzi è da prendersi in seria considerazione: a meno che non si voglia essere progrediti in tutto fuorché sul problema dei pazzi, limitandosi comodamente a rimuoverli.”

Pier Paolo Pasolini, *Scritti corsari*,
1975

“La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”

Costituzione Italiana, art. 32,
1947

Riferimenti Bibliografici

- American Psychiatric Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*, (rev ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arendt, H. (1996). *Le origini del totalitarismo*. Milano: Edizioni di Comunità.
- Basaglia, F. (1967). *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione*. In F. Basaglia (a cura di), *L'utopia della realtà*, 17-26. Torino: Einaudi.
- Basaglia, F., e Ongaro, F. (1971). *La maggioranza deviante*. Torino: Einaudi.
- Basaglia, F., e Giannichedda, M.G. (1982). *Legge e psichiatria. Per un'analisi delle normative in campo psichiatrico*. In F. Basaglia (a cura di), *Scritti vol. II*, 447-451. Torino: Einaudi.
- Brutti, C., e Scotti, F. (1984). *Quaderni di psicoterapia infantile*. Roma: Edizioni Borla.
- Canosa, R. (1979). *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*. Milano: Feltrinelli.
- Castel, R. (1976). *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*. Milano: Feltrinelli.
- Castel, R. (1979). *La société psychiatrique avancée*. Paris: Grasset.
- Catapano, V.D. (1995). *Matti agli incurabili di Napoli*. Napoli: Liguori.
- Catucci, S. (2000). *Introduzione a Foucault*. Roma-Bari: Laterza.
- Dal Lago, A. (1999). *Non-persone*. Milano: Feltrinelli.
- De Peri, F. (1984). *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico tra Otto e Novecento*. In F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina*. Torino: Einaudi.
- Digilio, G. (2005). *Pratiche e politiche per la salute mentale: insieme contro lo stigma...* Roma: Armando Editore.
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Plon (trad. it. Storia della follia nell'età classica, Rizzoli, Milano, 1963).
- Foucault, M. (1973-1974). *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France*. Milano: Feltrinelli.
- Foucault, M. (1978). *La follia e la società*. In A. Pandolfi (a cura di), *Archivio Foucault, 3, 1978-1985*. Milano: Feltrinelli.
- Giannichedda, M.G. (2005a). *La democrazia vista dal manicomio*. Torino: Einaudi.
- Giannichedda, M.G. (2005b). *L'utopia della realtà: Franco Basaglia e l'impresa della sua vita*. Torino: Einaudi.
- Gijsswijt-Hofstra, M., Oosterhuis, H., e Vijselaar, J. (2005). *Psychiatric cultures compared: Psychiatry and mental health care in the twentieth century: Comparisons and approaches*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Gostin, L. (2001). *Beyond Moral Claim. A Human Rights Approach in Mental Health*. In *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*.
- Martelli, P., e Polisenio, T. (a cura di) (1996). *Oltre le mura*. Roma: SEAT-STET.
- Miniussi, C., Ruzzoli, M., e Walsh, V. (2010). The mechanism of transcranial magnetic stimulation in cognition. *Cortex*, 46, 128-130.
- Pelissero, M. (2008). *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*. Torino: Giappichelli.
- Pillo, G., e Del Vecchio, A. (1998). *La fine del manicomio. Riflessioni non definitive intorno alla follia in Italia prima e dopo la legge n. 180*. Foggia: Cooperativa Sociale Futura.
- Piro, S. (1967). *Il linguaggio schizofrenico*. Milano: Feltrinelli.
- Piro, S. (1971). *Le Tecniche della Liberazione. Una dialettica del disagio umano*. Milano: Feltrinelli.
- Piro, S. (2002). *Esclusione, sofferenza, guerra*. Napoli: La Città del Sole.
- Roscioni, L. (2014). *Il governo della follia: Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*. Torino: Bruno Mondadori.
- Rosenthal, E., e Sundram, C.J. (2004). *The Role of International Human Rights in National Mental Health Legislation*. Geneva: Who.
- Rossi, S., Hallett, M., Rossini, P.M., e Pascual-Leone, A. (2009). Safety, ethical considerations, and application guidelines for the use of transcranial magnetic stimulation in clinical practice and research. *Clinical Neurophysiology*, 120, 2008-2039.
- Rothman, D.J. (1971). *The Discovery of the Asylum*. Boston: Little Brown.
- Scull, A. (1977). *Decarceration*. Englewood Cliff New Jersey: Prentice Hall International.

Sitografia

- www.altrodiritto.unifi.it
www.ch-charcot56.fr/histoire/histpsy/7cadregl.htm
www.ch-sainte-anne.fr
www.codice-civile.com
www.cognitiveneuroscience.it
www.emsf.rai.it/grillo/trasmissioni.asp?d=430
www.francobasaglia.it/forum.html
www.gazzettaufficiale.it
www.ilcorriere.it
www.ilmanifesto.it
www.liberte-psychiatrie.fr/LA-REFORME-DE-LA-LOI-DE-1990
www.medicitalia.it/minforma/Psichiatria/106/La-terapia-elettroconvulsivante-TEC-l-elettroshock-oltre-il-nido-del-cuculo
www.mensongepsy.com/fr
www.penalecontemporaneo.it
www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/norme.htm
www.senato.it
www.stopopg.it
www.triestesalutementale.it
www.wikipedia.org

COSCIENZA TRA TOSSICOMANIA E ILLUMINAZIONE. CONVERSAZIONE DI UNA SERA

di Luca Teodori
Medico Psicoterapeuta Psicoanalista

Madredeus "Guitarra" ([Youtube](#))

Il titolo scelto vuole far riflettere sui diversi piani suggeriti dalla parola "coscienza" che si presta a diverse accezioni a seconda della chiave di lettura che adottiamo.

Occorre anzitutto fare distinzione tra il termine coscienza e il termine vigilanza.

Che cos'è la vigilanza e che cos'è la coscienza. Sono due termini che spesso vengono fra di loro confusi e considerati sinonimi. Non è affatto vero.

La vigilanza è caratterizzata da uno stato di veglia non necessariamente associata alla consapevolezza.

La coscienza consiste nella consapevolezza del mondo in vari gradi di evoluzione fino alla consapevolezza del proprio essere, del proprio mondo interiore in relazione al mondo lato.

La vigilanza coincide con una elevata attenzione temporo-spaziale e, pertanto, la possiamo riportare al pilota dell'aereo nel momento dell'atterraggio, che si deve concentrare sulla manovra senza pensare ad altro, mentre la coscienza è rapportabile ad uno stato contemplativo che non prevede una particolare vigilanza. Uno può vedere un bellissimo tramonto, essere preso da uno stato di coscienza particolarmente intenso su tanti livelli e... farsi rubare il portafoglio.

Il bellissimo film "The Imitation Game" parla della possibilità che una macchina riproduca l'intelligenza dell'uomo e quello che noi sappiamo è che effettivamente una macchina può riprodurre la vigilanza mentre non può riprodurre la coscienza. Questo per capire che la

coscienza è un processo proprio dell'essere umano che pertanto non è possibile in una macchina né esiste negli animali in senso proprio perché l'accezione che diamo alla coscienza è di un processo che dall'universo dei segni si dirige verso l'universo dei significati. La cosiddetta presa di coscienza è un processo graduale che va in una certa direzione, in modo però non rettilineo, bensì incontrando una serie di ripetizioni, di qui la metafora della giostra; non è un processo lineare ma è un processo ad andamento ondulato.

In questa sede parleremo della coscienza nel senso dei diversi gradi di consapevolezza, nell'intento di trovare delle tracce che riguardino la dialettica esistente tra lo spirito, la mente e il corpo poiché se la coscienza attiene alla natura più strettamente peculiare dell'essere umano rispetto a tutti gli altri esseri viventi, questa peculiarità sta nell'essere depositario di un piano spirituale.

Il titolo punta verso due direzioni opposte fra loro, le quali stanno ai due estremi di un continuum tra la tossicomania e l'illuminazione e cercheremo di capire perché questi due concetti antipodici stanno in correlazione.

È interessante per ognuno di noi capire a che punto siamo in questo continuum e quindi anche su quale giostra ci troviamo.

L'idea della coscienza nasce dai padri del nostro pensiero, dai greci. Non ci dimentichiamo che l'imperativo "Conosci te stesso" stava sul frontone del tempio di Apollo a Delfi. In cosa consiste questa conoscenza di sé?

Franco Rella definisce “vertiginoso” l'imperativo “Conosci te stesso”. In che cosa consiste questa vertigine?

La vertigine consiste nella “verticalità” del percorso della presa di coscienza. Dalla più profonda oscurità fino alla vetta più alta.

È come se fossimo arrampicatori in parete, e troviamo terrazzi anche comodi alternati a passaggi dove stiamo aggrappati senza sapere se precipitiamo, ma per poter salire occorre correre il rischio di precipitare. Mi riferisco ai ritmi evolutivi della psiche, in cui momenti di maggiore orientamento si alternano a momenti di smarrimento che non sono in sé patologici in quanto specchio di un processo di maturazione. Questo modo di procedere fa pensare che esista una componente spirituale nell'essere umano, indipendentemente da vie confessionali strutturate. Possiamo ben formulare l'ipotesi che molti processi psicoterapici sfiorino e anche intrudano nel mondo dello spirito, senza esserne consapevoli. Se questa ipotesi è valida è naturale cercare di capire quale sia la dialettica della mente e quella dello spirito. Il termine “anima” suscita diffidenza perché è stato sfruttato dalle confessioni religiose, e non dobbiamo peraltro dimenticarci che la parola “psiche” vorrebbe significare “anima”, benché l'accezione attribuita alla parola “psiche” sia quella di “mente” e, usando anche una terminologia junghiana, se noi ci riferiamo allo spirito dovremmo usare una parola come “pneuma” che in qualche modo conduce all'idea di un afflato, di un respiro cosmico. È necessario comunque liberarsi dal pensiero dogmatico e avere una possibilità di approccio personale perché certe prospettive dello spirito, se esistono, sono del tutto naturali, stanno a contatto con le prospettive della mente e pertanto le possiamo ritrovare dentro di noi.

Dobbiamo all'Illuminismo il riconoscimento del diritto ad avere un pensiero non dogmatico, superando l'equivoco di ritenere che lo spirito fosse unicamente di pertinenza di strutture religiose confessionali le quali hanno preteso di monopolizzare questo territorio. Il pensiero non dogmatico è libero e pertanto aperto e flessibile, frutto di una ricerca svolta grazie all'esercizio del libero arbitrio il quale è una connotazione irrinunciabile propria dell'essere umano. Da qui nasce una etica priva di precetti formali, di cui ognuno porta la responsabilità. Il pensiero

illuminista non era consapevole del risvolto spirituale in esso sottinteso nel momento che svincolava l'anima dalle confessioni religiose. I tempi erano tali per cui occorreva dichiarare un ateismo assoluto per fare fronte alla prepotenza e alla forza delle religioni che presumevano di essere le uniche depositarie della verità. Si creò peraltro nell'illuminismo un dogma simmetrico, quello del razionalismo estremo, che oggi possiamo ben oltrepassare. Da qui possiamo partire per fare alcune considerazioni sulla presa di coscienza.

Noi psicoterapeuti parliamo molto spesso di presa di coscienza: cerchiamo di capire cosa significa. Lo possiamo vedere in vari modi.

Incominciamo da Adamo ed Eva. Prima della chiusura delle porte dell'Eden gli esseri umani erano felici e inconsapevoli. Cerchiamo di capire che cosa significhi mangiare il frutto proibito: mangiarlo equivale a farlo scomparire nel senso divorare la coscienza del bene e del male, diventare in qualche modo arbitri dell'idea di ciò che è bene e ciò che male. Da quel momento gli esseri umani hanno perduto l'innocenza, hanno acquistato la possibilità di nuocere ma hanno anche acquistato la possibilità di prendere coscienza. Cosa che prima non era possibile. Non dobbiamo pensare che questo Dio sia stato preso alla sprovvista e fosse così limitato da infuriarsi per essere stato disobbedito. Sicuramente aveva ampiamente previsto che le cose sarebbero andate in questo modo. Entriamo ora in merito alla dinamica del cosiddetto peccato originale, legato a un intervento *diabolico*. Confrontiamo i due termini “diabolico” e “simbolico”, termini di una dialettica, di un ritmo di apertura e quindi di espansione e poi di contrazione. Diabolico, διαβαλλω, diabollo, in greco significa separare, disperdere. A mio parere non andrebbe demonizzato il concetto del diabolico in sé perché il “diabolico” è in qualche modo nell'ordine delle cose, purché non si imponga come elemento dominante.

All'opposto: συνβαλλω, synballo, simbolico, significa riunire. Simbolico significa coesione, la coesione della persona con se stessa che costruisce significati. Dobbiamo però avere consapevolezza del fatto che questa coesione è raggiunta dopo esserci stata una dispersione e quindi per questo diciamo che sono come due ritmi di respiro con i quali noi ci veniamo a

confrontare. Si propongono qui due accezioni della coscienza: la coscienza etica che è il discernimento del bene dal male in ogni aspetto del mondo sia esterno che interiore, mentre l'altra accezione è la coscienza come maturazione, come possibilità di avere un contatto con fonti interiori, sorgenti di significato. In questo aspetto la coscienza è il riconoscimento del significato, quindi è in qualche maniera una capacità di godere del significato di sé e del mondo intorno, in un rapporto di reciprocità fra noi stessi e la vita.

L'idea del peccato originale legata al fatto che ci sia stato una semplice disobbedienza è in qualche modo regressiva e paternalistica perché in realtà per la struttura intrinseca di questo percorso c'è bisogno di una sorta di perdita di sé per potersi in qualche modo ritrovare con una consapevolezza che non sarebbe mai stata raggiunta diversamente se non ci fosse stata la percezione dello smarrimento. Quindi in qualche modo se esiste un Creatore questo è un processo di creazione dove l'essere umano è contemporaneamente creato ma anche collaboratore del processo della propria creazione in una prospettiva di risveglio e di presa di coscienza che può essere favorito o anche impedito dall'esercizio del libero arbitrio e pertanto ci troviamo di fronte ad un'emozione particolare, alla sensazione di essere protagonisti dell'avventura della vita più di quanto tante volte non tendiamo a immaginare.

Quindi la separazione e la riunione sono una dialettica dello spirito che conduce alla coscienza.

Se noi cerchiamo dei significati, cerchiamo qualche cosa di trascendente. Anche la parola "trascendente" si presta a più di un'accezione: trascendente è il mondo dell'aldilà come anche il mondo divino, ma qui ci soffermiamo nell'accezione "trascendente nel senso di qualcosa che trascende la pura res", perché questo tavolo è un tavolo però è contemporaneamente qualcosa su cui mi appoggio, che assiste, che è presente, che ha una sua funzione e quindi ha un significato, un significato modesto, ma ce l'ha. Già il fatto che questo tavolo non sia un tavolo qualunque ma sia "lui" con una storia per me è una cosa che trascende la pura res. Quando noi cerchiamo la coscienza non possiamo immaginare la

coscienza senza una qualche trascendenza, senza oltrepassare l'universo dei segni, cioè l'universo della pura res, per andare nell'universo di significati. È questo l'appassionante e la bellezza del vivere.

Nel chiedersi se esiste la felicità occorre riflettere su come la si concepisce. Se la si concepisce in maniera regressiva come una riproduzione dell'oralità della prima fase della vita direi che la felicità non esiste. Ma se allarghiamo l'idea della felicità oltrepassando certi tabù come quello del dolore allora possiamo capire che la felicità esiste quando noi possiamo trovare dei significati e che per poterla raggiungere occorre attraversare zone cieche e momenti oscuri che sono funzionali e propedeutici a questo incontro. Tutto questo esercitando una libertà che comporta certi rischi, il rischio di smarrirsi e di imboccare strade fuorvianti.

Ritorniamo al titolo: coscienza tra tossicomania e illuminazione.

Cercherò di spiegare perché metto in correlazione queste due idee.

Tra illuminazione e tossicomania c'è una sorta di continuum dove ognuno di noi si viene a trovare indietro o in avanti a seconda dei suoi rapporti con se stesso e con il mondo circostante.

Noi non siamo né tossicomani né illuminati.

Uso il termine "tossicomania" in quanto essa è la punta dell'iceberg di una modalità che condiziona l'economia mentale, complice l'economia materiale dominante. Noi tutti corriamo il rischio di appiattirci in orizzonti consumistici aventi caratteristiche precise che, usando un termine spiritualistico, sono falsi idoli. In modo paradossale questo gioco pericoloso scaturisce proprio dall'intento di trovare dei significati e fa sì che si possa prendere una scorciatoia verso gratificazioni immediate, mai capace di soddisfare la spinta iniziale. Di conseguenza la vita rischia di appiattirsi nell'inseguimento di falsi idoli. La coda che si forma davanti ai negozi in attesa della mezzanotte nella sera precedente l'uscita sul mercato del nuovo Iphone fa pensare alla messa di mezzanotte, a un'idolatria che penetra nella testa della gente. In banca vengono esposti "pornografici" manifesti in cui si esibisce la famiglia felice con bambini e cane che fa un debito per passare una settimana in vacanza, ciò

che corrisponde a una fiammata analoga alla fiammata della droga cui fa seguito il buio del debito da pagare. Il senso delle cose viene mistificato nell'inseguire una meta che sfugge perché viene cercata nella strada sbagliata, ecco perché c'è l'inseguimento dell'estremo, il sesso estremo, la droga oppure anche il denaro: pensiamo a chi accumula enormi somme di denaro in misure tali da oltrepassare ogni possibile uso sensato della ricchezza. Questa follia fa capire che se l'anima prende la strada sbagliata cercando l'infinito ha un bisogno infinito di ripetere e ripetere, per questo parlavo della giostra in una spinta fine a se stessa senza poter uscire da questa trappola con uno scadere della percezione di sé in quanto in nome di questo inseguimento si perde coscienza del resto.

Esistono due diversi livelli di qualità del benessere: il primo livello è quello fenomenico immediato della gratificazione sensoriale, vedi la droga o anche il sesso fine a se stesso o anche le emozioni legate al successo, al denaro, alle vincite nel gioco d'azzardo, alle mete anoressiche. Ma c'è un altro livello molto più profondo del benessere che chiamo ontologico, cioè la percezione del valore della propria essenza. Mi scattò questa intuizione, che poi può darsi sia sbagliata, ai tempi in cui lavoravo al Ser.T di Borgo Pinti, durante una cena in pizzeria per celebrare la fine di un percorso di gruppo, insieme ad alcuni utenti del servizio e una collega psicologa. Accanto a me c'era una utente del servizio, una donna tossicodipendente, che mi disse: "ma io che ci faccio accanto a te?" e io: "Perché?". "Perché io sono un pezzo di merda e tu sei una persona".

Stavo inghiottendo la pizza. Mi rimase di traverso.

Ebbi la sensazione di un grido, quello che io chiamo il grido dell'anima. In realtà la sensazione di uno strisciante sotterraneo disprezzo di sé mi ha sempre molto colpito nei tossicomani. Se li fai parlare, i tossicomani fanno sempre intravedere una profonda umiliazione, un vuoto nella percezione del proprio valore, e questo mi ha insegnato molto facendomi riflettere su altre cose.

Proprio in quel periodo venni a conoscenza del racconto di una ragazza, questo l'ho già scritto in una pubblicazione. Questa ragazza era

intervenuta come operatore con una ambulanza in un incidente stradale dove aveva dovuto raccattare i pezzi di una donna che a San Iacopino più di dieci anni fa finì sotto le ruote di un camion. Aveva il bambino sulla bicicletta. Il bambino rimase illeso e la mamma fu ridotta in pezzi. Questa ragazza raccontò di un dolore terribile e di una sensazione di intensa pietà "l'unica cosa che potevo fare per lei era di poterla ricomporre, ridarle dignità". Raccontava di una forza misteriosa che le nasceva dentro pur nello strazio della situazione. Alla fine di questo triste servizio si sentiva in pace. Questa è la percezione del valore dell'io ontologico, della percezione della propria essenza: "Anche se sto soffrendo molto sul piano fenomenico della coscienza, sul piano profondo della mia più intima percezione di me stessa sono serena". Al contrario il tossicomane sotto l'effetto della sostanza ha la sensazione di una forte gratificazione cosciente ma anche di un impoverimento del proprio valore. Questo fa capire che quando finisce l'effetto della sostanza il tossicomane piomba nel buio più assoluto. Il buio del piombo, come viene da molti raccontato. Un muro di piombo. Se dunque dovessimo immaginare la felicità dovremmo immaginare il punto di convergenza del benessere fenomenico con il benessere ontologico che ho cercato di descrivere qui, quando l'io ontologico e l'io fenomenico si incontrano.



Questo disegno non è mio, definisce tre livelli, vediamo come fra di loro si intrecciano. La psiche, cioè la mente ha una importante funzione, si trova intermedia tra lo spirito e il corpo. C'è un oscillare continuo, ecco perché io parlavo di una sorta di oscillazione fra il diavallo e il synballo, fra il simbolo e il diavolo: non è che si

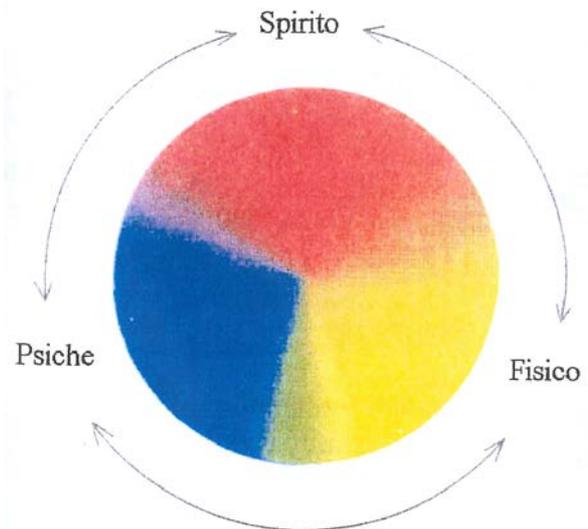
demonizzino le sensazioni fisiche, bisogna vedere cosa ha la priorità. Nel momento che ha priorità il rapporto con il fisico, vale a dire il mondo fenomenico, siamo sul "diavallo". Quando siamo in rapporto invece col mondo

dello spirito abbiamo il “synballo”. Nello Zen il simbolico corrisponde allo *yang*, mentre il diabolico corrisponde allo *yin*.

Nelle sue geniali intuizioni Freud ha parlato del conflitto interiore dell’essere umano. La prima formulazione del conflitto riguardava l’inconciliabilità delle pulsioni di fronte alle esigenze del vivere sociale. La struttura moralistica dell’800 suggeriva chiaramente questo pensiero. Al giorno d’oggi però non possiamo più dire che ci siano delle barriere moralistiche poiché le pulsioni non vengono demonizzate e c’è la possibilità di esprimerle liberamente, soprattutto quelle sessuali. È risolto il conflitto? No, perché in realtà la dimensione del conflitto è altra. La dimensione del conflitto alberga nell’interiorità dell’essere umano per la difficoltà ad accettare responsabilmente le ombre proprie ed altrui, a manifestare la propria forza convivendo in equilibrio con le proprie debolezze, in ogni loro declinazione e coniugazione, difficoltà che porta, come ci insegna anche Recalcati, a tradire il desiderio nella sua autenticità, a scadere in baratti di basso livello nella fuga dalla coscienza e nell’illusione di un appagamento. Di cosa stiamo parlando quando parliamo di desiderio, se trascendiamo l’idea della pulsione? Parlando del desiderio dell’Altro penso ancora al desiderio di avere significato e di essere in rapporto con l’Universo dei significati, nasce quindi una dialettica: il desiderio nasce dallo spirito, non dal corpo. Il desiderio può essere il desiderio di Dio se uno lo vuole interpretare in quella direzione, io penso anche a questo, alla ricerca di una trascendenza che dia significato all’immanenza, e la cosa importante è riuscire a rendere vive queste idee evitando di riprodurre gli schemi paternalistici e moralistici delle confessioni religiose.

Stiamo parlando di gratuità, altruismo, perdono, fiducia che sono virtù frutto dello stesso tipo di atteggiamento, questo è l’atteggiamento dello spirito, ma non dimentichiamo che la parola gratitudine è stata usata da Melanie Klein in orizzonti non sospetti per indicare il superamento della scissione schizoparanoide la quale rappresenta un vuoto di coscienza. Gratuità, altruismo, perdono, fiducia sono termini che vengono usati anche negli insegnamenti religiosi, ma è importante

laicizzarli anche per rendere loro servizio, in quanto sappiamo bene che gratuità, altruismo, perdono possono essere esercitati anche solo in apparenza, in situazioni narcisistiche patologiche o come formazioni reattive.



La psyche, lo spirito e la dimensione materiale si intrecciano tra loro e si potenziano, e avremo l’arte, la danza, il canto, la possibilità che il corpo stesso sia direttamente interprete dello spirito.

Parliamo di Edipo.

La triangolazione edipica che Freud ha descritto nel famoso “complesso di Edipo” è una estrapolazione dal mito.

La sostanza originaria del mito è altra.

Il re di Tebe, Laio, si reca all’oracolo di Delfi che risiede, nota bene, nel tempio di Apollo, il Dio del sole. Come abbiamo detto in precedenza, sul frontone del tempio sta la scritta “Conosci te stesso”.

Laio va dal dio del Sole e gli chiede quale sarebbe stato il destino di suo figlio. L’oracolo gli risponde: “Tuo figlio ti ucciderà e sposerà sua madre”. Inorridito da questa profezia, quando la moglie Giocasta rimane incinta, al momento del parto abbandona questo bambino sui monti, coi piedi legati, con la moglie pienamente consenziente.

Questo bambino non viene in realtà abbandonato, ma viene, a loro insaputa, consegnato a un servo del re di Corinto, Polibo,

che ha un matrimonio sterile con la moglie Merope.

Edipo cresce come erede al trono di Corinto. Durante un banchetto sente insinuare da un suo coetaneo ubriaco il sospetto che lui non sia il figlio naturale del re Polibo, e pertanto va a interrogare l'oracolo di Delfi sul proprio destino. L'oracolo gli dice che egli ucciderà suo padre e sposerà sua madre. Allora, inorridito dalla profezia, si dirige nella direzione opposta a quella da cui proveniva. Incontra un drappello che accompagna il re di Tebe, Laio, suo vero padre, e per una scaramuccia degna del peggior seicentismo come quello descritto dal Manzoni, uccide Laio e arriva a Tebe dove c'è il flagello della Sfinge. La Sfinge divora tutti coloro che non sanno rispondere al famoso enigma. "Qual è l'animale che la mattina è a 4 zampe, a mezzogiorno ne ha due e la sera ne ha tre?" ed Edipo scioglie l'enigma: "È l'uomo che nell'infanzia cammina a gattoni, nell'età adulta cammina con le sue gambe e da vecchio deve usare il bastone".

La Sfinge è sconfitta, la città è liberata dalla maledizione e lui entra in città come un eroe. È arrivata la notizia della morte di Laio e la regina lo sposa. Si avvera la profezia.

Ma dopo alcuni anni Tebe viene colpita da una pestilenza ed è chiaro che questa peste è in realtà il segno di una grave impurità che aleggia nella città, finché, attraverso le rivelazioni dell'indovino Tiresia, Edipo non viene a conoscenza della verità e si acceca.

I punti principali sono due.

Anzitutto bisogna capire quale dio noi adoriamo: se il dio della Guerra che genera morte o se il Dio della vita.

Primo punto: Laio ha fatto una domanda con l'intenzione perversa del controllo e quindi il suo destino si materializza *in funzione dell'intenzione* della sua domanda. Il "conosci te stesso" significa che nello strato più profondo della tua essenza esistono delle frequenze, delle intenzioni. Queste intenzioni condizionano il tuo destino. Se tu vuoi sapere quale sarà il tuo destino, leggilo dentro di te perché se tu sei capace di uccidere un bambino soltanto per contrastare un Fato che non ti piace, ciò significa che non ti fidi del Fato, lo vuoi controllare, hai la ὑβρις, cioè la presunzione di sapere ciò che è

bene e ciò che è male e quindi sarai vittima di te stesso, delle tue manovre oscure.

Il dio del Sole illumina e porta alla luce anche i lati oscuri, non ha nessun intento punitivo, fa soltanto da specchio.

Dobbiamo rivisitare certi strati profondi del nostro modo di percepire la vita, i sentimenti, i rancori, tutto ciò che possa creare aspettative nell'una o nell'altra direzione, della fiducia o del vittimismo, o ancora della pretesa astratta di un risarcimento, pensando a Bauman con la sua idea di "vita liquida".

Se vi guardate intorno, più abbiamo beni materiali e più siamo insoddisfatti. Se ci guardiamo intorno incontriamo gente che aspetta che prima o poi qualcuno la paghi, o che qualcuno la risarcisca. Queste intenzioni sono pericolose perché, secondo quello che ci viene insegnato dal mito, possono condurre a fare avverare proprio il contrario di ciò che vogliamo. Dobbiamo conoscere fino in fondo la nostra sensibilità per poterla in qualche modo mettere in discussione. Anche se non è facile correggerla, occorre prendere coscienza di quella che è la nostra più profonda intenzione. La psicoterapia dovrebbe aiutare il paziente a trovare gusto nel sollevarsi dalle più pedestri e immediate rappresentazioni del bene e del male, dai livelli dell'oralità e dell'analità.

La dialettica dello spirito è triadica nel senso che c'è un principio supremo, l'Altro, un valore assoluto a cui riferirsi universalmente, il valore della verità, della sincerità che Laio cerca di mistificare quando per l'appunto si rivolge al dio della Luce, il dio del Sole, che non può essere ingannato, cosicché verrà rispecchiata la sua vera intenzione.

Secondo punto: l'enigma della Sfinge, anche da questo possiamo avere molto da imparare.

La Sfinge è la base azzurra e la parte gialla senza la parte rossa, cioè è uomo e animale, fisico e testa, non è anima. La risposta di Edipo è una risposta razionale che non affronta la realtà vera, che consiste nel *mistero* della trasformazione. La Sfinge viene al momento debellata, però in seguito la peste dilaga a Tebe proprio perché l'illusione della risposta razionale non è esaustiva di quello che è il principio supremo del divenire dell'uomo e della necessità di umilmente accettare il divenire dell'esistenza. È una mancanza di rispetto verso il mistero.

Molto spesso vediamo la risoluzione di un sintomo perché diamo una interpretazione azzeccata. Il sintomo scompare, ma poi si riaffaccia. Perché? Perché l'interpretazione che abbiamo dato del sintomo non aveva lo scopo di ascoltarlo, bensì di controllarlo, ed il sintomo è stato solo esorcizzato, demonizzato. Il sintomo è stato sostanzialmente rifiutato ed esso al momento si tace ma dopo si ripropone. Ciò che conta nell'interpretare è l'intenzione retrostante: vogliamo controllare il sintomo o lo vogliamo ascoltare per imparare qualcosa?

Umiltà, gratitudine e flessibilità sono gli atteggiamenti necessari per poter procedere sulla strada della conoscenza interiore.

Abbiamo appena sfiorato un tema enorme, non pretendiamo certo di averlo esaurito: il lettore saprà ampliare queste riflessioni con la propria sensibilità e la propria esperienza.

Riferimenti bibliografici

- Rella, F. (1998). *Negli occhi di Vincent. L'io nello specchio del mondo*. Milano: Feltrinelli.
Bauman, Z. (2006). *Vita liquida*. Bari: Laterza.

