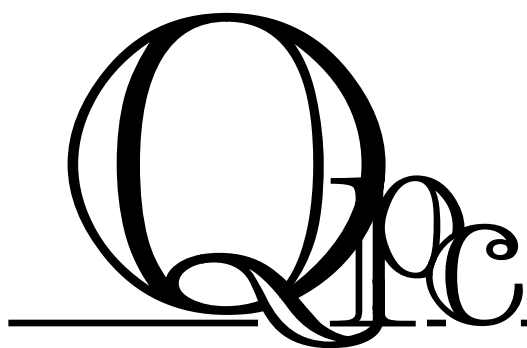




quaderni di psicoterapia comparata
esperienze di confronto e integrazione

LA COMPARAZIONE



quaderni di psicoterapia comparata
esperienze di confronto e integrazione

LA COMPARAZIONE

QUADERNI DI PSICOTERAPIA COMPARATA
NUMEROZERO
NOVEMBRE 2012

RIVISTA A CURA DELLA
SCUOLA DI PSICOTERAPIA COMPARATA
SEDE DI FIRENZE

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

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

COMITATO DI REDAZIONE:
MASSIMO ALAGNA, VIOLA ANTONINI, FRANCESCO BELIGNI, ANTONELLO CALDERARO,
MASSIMILIANO CASINI, LAPO CONTI, VALERIA CRISCENZO, PAOLA DEGL'INNOCENTI, ANGELA DELLA
MALVA, FRANCESCO GUIDOTTI, LORENZO LUCIDI, RONNIE MALENOTTI, MARIA CRISTINA MARTUCCI,
VALENTINA NUZZO, CATERINA PAFUNDI, MARIA CATERINA PASCOLO, PIETRO PELLEGRINI, GIULIA
ROSSI, ANTONELLA SANTO, CHIARA SPURIO

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

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

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

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

INDICE

Pietro Caterini, Annalisa Campai
Editoriale

pag. 5

FOCUS AREA: LA COMPARAZIONE

Pietro Caterini, Linda Pannocchia
Breve storia della psicoterapia comparata

pag. 9

Hugo Bleichmar
Il cambiamento terapeutico alla luce delle conoscenze attuali sulla memoria e i processi inconsci multipli

pag. 21

Francesco Beligni, Antonello Calderaro, Lapo Conti, Francesco Guidotti

Mentalità diagnostica e comparazione. Ampliare le possibilità

pag. 69

Viola Antonini, Maria Cristina Martucci, Caterina Pafundi, Antonella Santo

Comparazione e approccio bio-psico-sociale: un'ottica olistica?

pag. 73

ATTUALITÀ

Elisa Manco
La CTU psicologica sul minore: riferimenti normativi, procedurali e deontologici

pag. 79

Viola Antonini, Maria Cristina Martucci, Caterina Pafundi, Antonella Santo

Sospetto abuso sessuale su minore: cosa può fare lo psicologo

pag. 85

CONTROTEMPO

Patrizia Adami Rook
Quasi prete, quasi medico

pag. 95

RECENSIONI

Valeria Criscenzo, Maria Caterina Pascolo, Chiara Spurio
“Giovani arrabbiati”. L’arte come specchio dell’anima pag. 99

Francesco Beligni, Lapo Conti
Del giudizio e del potere. Un’analisi del film “Dogville” pag. 103

RIFLESSIONI

Carmen Cini
Bioetica e psicoterapia pag. 107

STUDI E RICERCHE

Massimo Alagna, Massimiliano Casini, Angela Della Malva, Lorenzo
Lucidi
*Lo psicologo di base. Riflessione sulla proposta di legge alla luce dell’esperienza
olandese e della sperimentazione italiana* pag. 111

Paola Degl’Innocenti, Valentina Nuzzo, Pietro Pellegrini, Giulia Rossi
Medico di medicina generale e psicologo: una collaborazione possibile? pag. 117

EDITORIALE

Quaderni di Psicoterapia Comparata della sede di Firenze è una nuova rivista on-line che Annalisa Campai, Direttrice della rivista, ed io, Presidente della Società di Psicoterapia Comparata, siamo lieti di presentare.

La Psicoterapia Comparata è un approccio, un metodo di insegnamento e di ricerca fondato da Patrizia Adami Rook da più di 30 anni. Patrizia Adami Rook, prematuramente scomparsa nel 2007, ha lasciato un'eredità profonda che ha come vertici tre sedi di insegnamento in Italia: Firenze, Genova, Cagliari.

Quaderni di Psicoterapia Comparata nasce dagli sforzi degli studenti e dei docenti della sede di Firenze: terapeuti, psicologi, medici, psichiatri, mediatori familiari, operatori della salute mentale che amano l'esplorazione e il confronto in campo psicoterapeutico e della relazione di aiuto. L'Approccio Comparato consiste nella possibilità di confronto tra diversi modelli terapeutici, lo studio di fattori comuni che legano teorie tra loro apparentemente distanti. La nostra ottica è quella dell'integrazione e comunque quando questa non sia possibile, l'approfondimento dei diversi punti di vista. L'intento della rivista è pure quello di uscire dai confini della psicoterapia per potersi confrontare non solo con le altre aree del sapere umano ma anche con l'attualità e il vivere quotidiano che di fatto portano le nuove sfide ai saperi scientifici e ai nostri metodi terapeutici: ci riferiamo ai disagi post-moderni come le nuove dipendenze, il gioco d'azzardo patologico, la dipendenza da Internet, la dipendenza dalla pornografia ed altri disagi ancora.

Ci piacerebbe che *Quaderni di Psicoterapia Comparata* diventasse 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. Il confronto che vorremmo proporre all'interno della nostra rivista è almeno ad un livello di "rapprochement", ovvero un livello di confronto dove gli appartenenti a diverse correnti di pensiero possano discutere superando gli antagonismi di parte, riconoscendosi appartenenti ad una comunità di operatori del settore impegnati in uno scopo comune: la salute del paziente. Siamo consapevoli di come quest'operazione apparentemente semplice sia di fatto complessa. Crediamo anche che questa complessità sia oltre le esigenze di appartenenza di ciascuno ad una singola scuola o un singolo modo di vedere le cose; spesso è anche ben oltre le esigenze economiche di ciascuna scuola. Pensiamo che la difficoltà principale sia di natura psicologica: per ognuno di noi una teoria che provenga da un campo di conoscenze che poco frequentiamo può essere qualcosa di stimolante che ci arricchisce e ci fa pensare cose nuove ma porta anche con sé il timore che un pensiero nuovo, una teoria nuova, possano perturbare le nostre conoscenze e ancor di più i nostri riferimenti interni, le nostre sicurezze. Gli operatori della salute mentale lavorano a contatto del paziente soprattutto con gli strumenti della loro personalità, emotività e intelligenza. Questi elementi sono stati coltivati attraverso la propria formazione personale in uno o più scuole. Spesso gli psicologi, gli psicoterapeuti e gli altri colleghi che lavorano nella salute mentale e in campo sociale, arrivano ad assimilare le teorie nelle quali sono stati formati come parti di sé, fino al punto che, qualche volta, la messa in discussione della propria teoria di appartenenza rischia di essere percepita come una critica al Sé. L'integrazione di ciò che si è imparato con le parti più profonde di noi stessi è quella capacità che, a nostro avviso, rende bravi gli operatori. È questo in fondo lo spirito della comparazione, integrare

dentro di sé aspetti diversi per una crescita personale tesa alla relazione con l'altro. È un continuo processo di assimilazione e accomodamento in termini “piagetiani”, la comparazione in questo senso è un faticoso sforzo ma è lo stesso sforzo che i nostri pazienti ci chiedono di fare quotidianamente, obbligandoci a rivisitare il nostro punto di vista, i limiti dei nostri strumenti e le nostre teorie. Una nuova teoria all'interno di un dibattito scientifico assomiglia talvolta ad una nuova interpretazione nel rapporto terapeuta-paziente dove l'interpretazione del terapeuta è qualcosa di delicato, sempre in equilibrio tra la possibilità di far scoprire cose nuove che possono essere integrate nella personalità del paziente e il rischio di infliggere una ferita narcisistica, nel senso di far sentire il paziente “poco padrone di se stesso”. Ci sembra che nel nostro campo avere un confronto teorico tra colleghi sia qualcosa di vitale e in quanto tale critico, può toccare non solo gli aspetti fuori di noi, le “cosiddette teorie” ma gli aspetti più interni, le relazioni importanti della vita: avere a che fare con una teoria significa avere a che fare con un collega, un paziente, noi stessi. Confidiamo dunque per una crescita di questo progetto di avere, oltre che un po' di ispirazione, tanta pazienza soprattutto verso di noi e i nostri limiti, la stessa pazienza che chiediamo a chi vorrà leggerci e partecipare.

Struttura della rivista

Ci siamo interrogati a lungo quale supporto scegliere per la pubblicazione della nostra rivista, c'è sembrato inevitabile scegliere il mezzo on-line in quanto duttile, versatile e soprattutto orizzontale che consenta a chi partecipa al progetto di esprimersi pienamente. Sono benvenuti tutti coloro vorranno partecipare, anche se non direttamente coinvolti con la scuola di psicoterapia comparata.

La rivista avrà 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.

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

FOCUS: La comparazione. *Breve storia della psicoterapia comparata* di Pietro Caterini e Linda Pannocchia ricostruisce storicamente la nascita e l'evoluzione del concetto e del metodo dell'integrazione in psicoterapia in ambito internazionale e colloca, in questo contesto, il modello comparato, delineandone le caratteristiche peculiari così come sono state pensate da Patrizia Adami Rook. *Il cambiamento terapeutico alla luce delle conoscenze attuali sulla memoria e i processi inconsci multipli* è un articolo di Hugo Bleichmar, tradotto dallo spagnolo da Giovanni Cioli. Bleichmar, la cui breve presentazione a cura di Giovanni

Cioli precede l'articolo, è autore del modello Modulare Trasformatzionale, approccio terapeutico che integra contributi provenienti dalla psicoanalisi, dalla neuropsicologia e dalle scienze cognitive. *Mentalità diagnostica e comparazione. Ampliare le possibilità*, di Francesco Beligni, Antonello Calderaro, Lapo Conti e Francesco Guidotti, presenta la psicodiagnosi nell'approccio comparato e le sue ampliate possibilità rispetto a metodologie più tradizionali. Infine, *Comparazione e approccio bio-psico-sociale* di Viola Antonini, Maria Cristina Martucci, Caterina Pafundi e Antonella Santo, è dedicato a una riflessione sull'approccio bio-psico-sociale in relazione all'approccio comparato, per rilevarne aspetti comuni di reciproco arricchimento e potenziamento nell'ottica olistica, ambito della ricerca degli autori.

ATTUALITÀ: *La C.T.U. psicologica sul minore: riferimenti normativi, procedurali e deontologici*, di Elisa Manco e *Sospetto abuso sessuale su minore: cosa può fare lo psicologo*, di Viola Antonini, Maria Cristina Martucci, Caterina Pafundi e Antonella Santo sono centrati sul tema dei diritti del minore e di come lo psicologo sia chiamato a individuare metodologie e buone prassi nell'ascolto e nell'osservazione di questo soggetto anche e soprattutto nella complessità della sede giudiziaria.

CONTROTEMPO: *Quasi prete, quasi medico* di Patrizia Adami Rook è stato scritto molto tempo fa, ma è davvero attuale anche oggi, momento culturale in cui l'ottica bio-psico-sociale vede la relazione terapeutica centrata sull'itinerario esistenziale del paziente.

RECENSIONI: *Giovani arrabbiati. L'arte come specchio dell'anima*, di Valeria Criscenzo, Maria Caterina Pascolo, Chiara Spurio, e *Del giudizio e del potere. Un'analisi del film Dogville*, di Francesco Benigni e Lapo Conti, offrono una lettura in chiave psicologica di fenomeni artistici recenti; in specifico, una mostra svoltasi a Firenze nella primavera del 2011 e di una pellicola con una regia molto particolare, al limite tra film e teatro.

RIFLESSIONI: *Bioetica e psicoterapia* di Carmen Cini sollecita lo psicoterapeuta all'impegno di una riflessione critica e autocritica sui risvolti etici e bioetici della relazione con il paziente.

STUDI E RICERCHE: *Lo Psicologo di Base. Riflessioni sulla proposta di legge alla luce dell'esperienza olandese e della sperimentazione italiana*, di Massimo Alagna, Massimiliano Casini, Angela Della Malva e Lorenzo Lucidi, e *Medico di Medicina generale e psicologo: una collaborazione possibile?* di Paola Degl'Innocenti, Valentina Nuzzo, Pietro Pellegrini e Giulia Rossi, sono il primo una riflessione sulla proposta di legge, l'altro un'indagine condotta su medici di base, che vede affiancare le due figure professionali nella cura del paziente all'interno del sistema sanitario nazionale.

di Pietro Caterini, Direttore SPC
e Annalisa Campai, Direttore Quaderni di Psicoterapia Comparata

BREVE STORIA DELLA PSICOTERAPIA COMPARATA

di Pietro Caterini¹, Linda Pannocchia²

¹ *psicologo psicoterapeuta, Presidente e Direttore SPC*, ² *psicologa psicoterapeuta, Struttura terapeutico riabilitativa "VillaMare" Lido di Camaiore (LU), specializzata presso la Scuola di Psicoterapia Comparata*

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 tailoring (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'eclettismo 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., Golfried, 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.

Corsi e Master

Corso di Specializzazione in Psicoterapia Comparata

edizione: XII

durata: 2000 ore - 4 anni

frequenza: 15 weekend annuali (sabato e domenica 9.30/13.30 - 14.30/18.30)

formazione aggiuntiva: 160 ore di analisi individuale sui 4 anni / 400 ore di tirocinio / 240 ore itinerario personale / 90 ore supervisione

sede di svolgimento: Firenze (il corso è attivo anche presso le sedi periferiche di Genova e Cagliari)

destinatari: laureati in psicologia e medicina

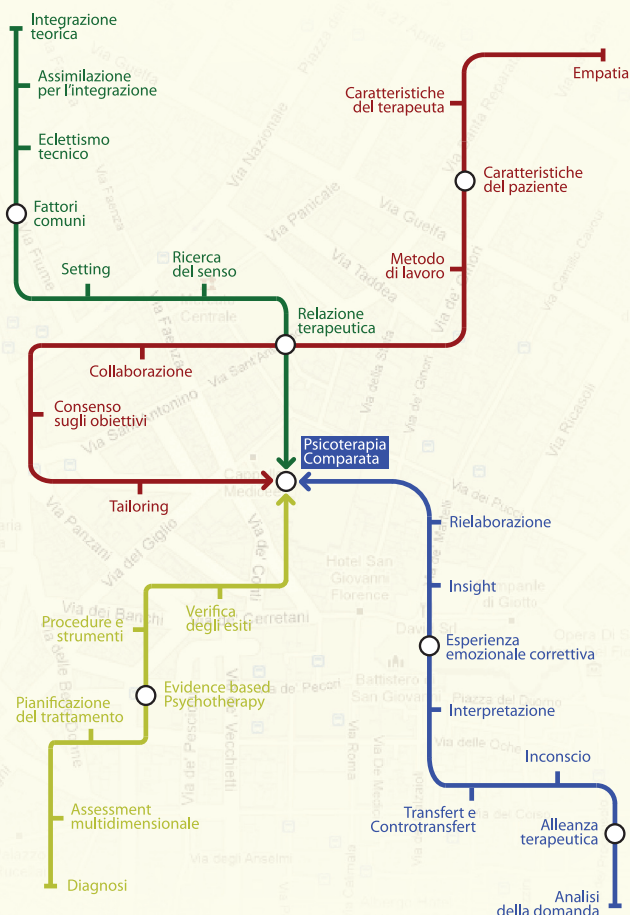
modalità di iscrizione: 3 colloqui con 3 terapeuti didatti della Scuola

prossima edizione: gennaio 2013 - dicembre 2016

costi: 410 euro al mese (ad esclusione della psicoterapia didattica individuale)

accreditamenti e riconoscimenti: MIUR - Ministero dell'Università e della Ricerca

rilascia: Diploma di Specializzazione in Psicoterapia



Master in Mediazione Familiare

durata: 260 ore

frequenza: 11 weekend

sede di svolgimento: Firenze

destinatari: laureati almeno triennali in area psicologica, giuridica, pedagogica, umanistica, sociale, medica

modalità di iscrizione: compilazione domanda di iscrizione

prossima edizione: febbraio-dicembre 2013

costo: euro 1800

accreditamenti e riconoscimenti: A.I.Me.F. / Forum Europeo della Mediazione Familiare

rilascia: Attestato e certificato di frequenza

Sede di Firenze
Tel. 055 2479220
Fax 055 2477263
eMail segreteria@spc.it
www.spc.it



Scuola di
**Psicoterapia
Comparata**

Fondata da Patrizia Adami Rook



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

BREVE PRESENTAZIONE DELL'OPERA DI HUGO BLEICHMAR

di Giovanni Cioli

psicologo, psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Comparata

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 Trasformatore, 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 trasformatore 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'intrapsoichico, l'intersoggettivo e il culturale.

Una visione generale ma abbastanza dettagliata del modello modulare trasformatore 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 inconsce, 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 inconsce 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 cosce e inconse, 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 inscrizione.
- 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 particolarizzi 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 inconscie" 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 inconscie, 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 sedimento 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 consce 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 inconse, 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 cosciente 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 inconscie 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 biologi 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”. E’ 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-sessuale. 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 antecedentemente 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 riconoscono 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, & 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'immagine 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 inconscie 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 una 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 "Dov'è 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 in 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-trasformatore”, di cui si può trovare un’esposizione sintetica nella prima parte del lavoro “Applicazione dell’approccio modulare-trasformatore 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 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 corruciato: 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 iscritto 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'ottenere 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 infondano 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 comunichi 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 facemmo 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 cosce 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 perdermi 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 distinguere 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 “*apres 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 darmi 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. E' 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 un 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. E' 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/sessuale, 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 si 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 confronti 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>, 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.
- Levinson, 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, NJ: 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 Psychoanalytic 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*, LXV, 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/ Routledge.
- Spillius, E. B., comp. (1988b). *Melanie Klein today. Developments in theory and practice. Vol. 2: Mainly practice*. London: Tavistock/ Routledge.
- 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).

effetto di processi difensivi, inconscio originario per identificazione, inconscio originario delle interazioni, desiderio, memoria.

Parole chiave – keywords

angoscia di castrazione, decentramento dalla propria mente, Edipo, scissione verticale, stati affettivi, inconscio

MENTALITÀ DIAGNOSTICA E COMPARAZIONE. AMPLIARE LE POSSIBILITÀ

di Francesco Beligni, Antonello Calderaro, Lapo Conti, Francesco Guidotti
dottori in psicologia, tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

Sebbene il dibattito riguardante la diagnosi clinica sia tutt'oggi ancora aperto, è comunemente accettato intendere la diagnosi come una prima definizione dell'oggetto del lavoro clinico.

In merito alla questione della diagnosi psicologica in un contesto clinico possiamo affermare, con le parole di Mc Williams (1994), che l'obiettivo primario di questa sia permettere al terapeuta di raccogliere ed organizzare informazioni riguardo al paziente.

Per approfondire la questione è necessario sottolineare la differenza esistente tra diagnosi in ambito medico e psicopatologico; se nella prima l'oggetto di studio è qualcosa di materiale, nella seconda è invece assolutamente intangibile: da qui la necessità di differenziare i due concetti.

Come sottolineato da Albasi (2009), nella cultura della pratica clinica odierna il concetto di diagnosi in psicopatologia viene spesso dibattuto lungo un continuum fortemente polarizzato: da una parte c'è la tendenza a rifiutare questo concetto così da non imporsi vincoli nel percorso di trattamento; dall'altra invece viene adottata una visione ridotta a una logica univoca e rigida con l'obiettivo di seguire percorsi ben definiti.

Occorre porre l'attenzione sul fatto che, dal momento in cui si decide di affrontare un percorso di diagnosi, è necessario integrare esigenze diverse: da una parte l'uso di criteri condivisi in modo tale da garantire la comunicazione tra professionisti, dall'altra la necessità di formulazioni ad hoc per il singolo paziente che siano finalizzate al trattamento. In questo senso è utile introdurre il concetto di *logica* del ragionamento clinico, intendendo l'insieme delle regole che guidano il clinico nel ragionamento diagnostico e nel percorso terapeutico.

Riprendendo le affermazioni di Mc Williams (1994) e considerando la diagnosi come raccolta e organizzazione di informazioni, possiamo affermare che si utilizzino logiche diverse sulla base dell'obiettivo perseguito.

Possiamo ipotizzare che venga utilizzata una logica "**categoriale**", quindi una classificazione di tipo nosografico, qualora si voglia utilizzare un approccio includente una singolarità in una classe generale; il processo sarà basato esclusivamente sull'osservazione di sintomi e sul confronto con quelli considerati caratteristiche della patologia. Seguono questa logica strumenti diagnostici di tipo nosografico, quali il DSM e l'ICD: ad un paziente sarà diagnosticata una certa patologia qualora possieda un numero sufficiente di sintomi simili a tutti gli altri pazienti che presentano lo stesso stato patologico.

La modalità categoriale, procedendo dal singolare al generale, permette generalizzazioni che sono alla base dei trattamenti su larga scala, consentendo quindi un lavoro su grandi numeri.

Un altro importante vantaggio dato dall'utilizzo di questa logica diagnostica è la possibilità di definire degli standard di confronto tra professionisti che possano avere formazioni diverse.

Questo approccio, essendo centrato su aspetti che i singoli individui hanno in comune, trascurando quegli aspetti di unicità che li contraddistinguono; si può notare come in un contesto clinico questo approccio alla patologia mostri diversi limiti, in quanto il campo d'azione della psicoterapia è proprio la soggettività della persona, l'unicità e l'irripetibilità del singolo individuo. Partendo da questo presupposto è possibile affermare che nella pratica clinica sia necessario utilizzare un approccio mirato alla soggettività che cerchi di

descrivere strutture, funzioni e processi, in quanto dimensioni del funzionamento della specifica persona: occorre utilizzare quindi una logica di tipo “**dimensionale**” che risulti maggiormente qualitativa piuttosto che quantitativa.

L’obiettivo di questo tipo di ragionamento diagnostico è quello di costruire un modello che rappresenti la singolarità del paziente descrivendo la patologia nei termini delle regole che danno forma al funzionamento mentale dell’individuo. È necessario sottolineare come questa logica non sia totalmente sganciata da basi teoriche, ma come al contrario da queste parta per definire i criteri osservativi; perché ciò sia chiaro è necessario intendere per “dimensioni” quei concetti di una teoria che funzionano da categorie osservative dei fenomeni mentali, cioè quegli aspetti del funzionamento psicologico che caratterizzano le teorizzazioni dei vari modelli. A seconda della teoria di riferimento si parlerà ad esempio di organizzazioni della personalità, strutture mentali o modelli del funzionamento mentale, pur riferendosi sempre al funzionamento di uno specifico individuo.

Un aspetto interessante di questo modo di guardare alla patologia è il concetto di sintomo, che acquista significato differente a seconda dell’unicità della persona che lo esprime: ad esempio, lo stesso umore depresso o comportamento compulsivo acquistano significati diversi a seconda della pervasività sul funzionamento psichico e del grado di compromissione del benessere che comportano nella vita di quella persona.

Appare così necessario, per impostare un trattamento psicoterapeutico, indagare e conoscere tutti gli aspetti della mente del paziente: come ha costruito la sua esperienza, in che modo vive le relazioni, come affronta gli eventi della vita, gli aspetti motivazionali che guidano le sue scelte, ecc.

Ogni modello teorico però privilegia alcuni aspetti della complessità del funzionamento mentale e su quelli basa le teorie sullo sviluppo psichico, sulla psicopatogenesi e sul concetto di cambiamento; ad esempio alcuni approcci si focalizzano sugli aspetti relazionali, altri sulla strutturazione della personalità, altri ancora sull’interiorizzazione di esperienze significative, orientando di conseguenza lo sguardo di chi

osserva determinati fenomeni e manifestazioni. Di conseguenza, se nel processo diagnostico e nel percorso terapeutico il modello di riferimento è uno solo, probabilmente ci focalizzeremmo solo su alcuni degli aspetti del funzionamento psichico, e solo per questi aspetti avremmo a disposizione linee guida che prescindano dall’esperienza del singolo terapeuta. Queste osservazioni portano a considerare che un riferimento teorico a un singolo modello riduca il ventaglio di possibilità tecniche di intervento, così preziose in un percorso di terapia.

Seguendo le argomentazioni sopra esposte appare stimolante il punto di vista dell’approccio comparato, che fa dell’**integrazione teorica** uno dei suoi principi fondamentali. In questo modo il riferimento a più modelli teorici, integrati tra loro, nell’indagine e nel lavoro terapeutico permette di avere linee guida da seguire in riferimento alle diverse dimensioni che compongono il funzionamento della persona con cui si lavora, di avere quindi nell’osservazione del paziente un campo visivo più ampio e di conseguenza maggiori possibilità tecniche di intervento.

Secondo l’ottica comparata è fondamentale che il trattamento sia ritagliato sulle peculiarità del soggetto (**tailoring**) e non su quelle del modello, così da riconoscere al paziente il suo ruolo di soggetto attivo nel trattamento terapeutico, ma per fare ciò è necessario che anche il processo diagnostico si sviluppi nell’ottica della singolarità del soggetto.

Sempre secondo questo approccio, è utile per la terapia procedere utilizzando inizialmente tecniche proprie di un modello, per poi introdurre, secondo gli sviluppi del percorso terapeutico, altre provenienti da diversi approcci (**assimilazione per integrazione**); anche per fare ciò è necessario che la conoscenza che il terapeuta ha del paziente comprenda tutti i livelli del suo funzionamento psicologico.

Partendo da questo punto di vista lo psicoterapeuta in fase diagnostica potrà considerare tutti i modelli di riferimento come pari per efficacia, per poi compiere una scelta operativa nella conduzione terapeutica. Ciò implica la necessità da parte del professionista di avere un’adeguata conoscenza teorica delle tecniche psicologiche, nonché delle strategie e

degli strumenti, ed essere in grado di riconoscere l'approccio più funzionale al caso ed al singolo individuo (Adami Rook, 2004).

Altra implicazione decisamente rilevante di questa modalità di affrontare la diagnosi psicologica è il fatto che viene fornito un fondamento teorico ad una pratica consueta, concetto definito con il termine **eclettismo tecnico**. Assumendo che in un individuo possano essere individuati elementi cognitivi, affettivi e comportamentali che costituiscono livelli diversi e interagenti di uno stesso sistema e che il cambiamento di uno dei livelli suddetti implichi cambiamenti negli altri livelli del sistema, secondo un criterio di omeostasi, la capacità di utilizzare una mentalità diagnostica che permetta di conoscere il funzionamento dell'individuo nei diversi livelli permette di poter cambiare il livello su cui agire a seconda del "momento" del percorso terapeutico e della condizione del paziente nel qui ed ora. È questa conoscenza globale del paziente che comprende ogni dimensione di ognuno dei livelli, che permetterà di passare dal lavoro su un livello ad un altro in un'ottica multidimensionale.

Una buona diagnosi è un presupposto necessario per svolgere un accurato trattamento terapeutico. Sebbene l'approccio nosografico-categoriale abbia degli indubbi vantaggi in applicazioni di larga scala e nel fornire un buon riferimento nella classificazione patologica per i vari professionisti, non si cura dell'individualità del soggetto. Differenziandosi da questa logica, la diagnosi psicologica in ambito clinico si sviluppa secondo un ragionamento di tipo dimensionale, focalizzato sull'unicità del paziente.

L'ottica comparata, in questo senso, permette di ovviare ai limiti imposti dal riferimento ad un singolo modello teorico in quanto, oltre a porre particolare attenzione verso l'individuo oggetto della diagnosi, si avvale di riferimenti teorici spendibili nell'analisi dei diversi livelli di funzionamento dell'individuo, così da permettere un lavoro terapeutico personalizzato, appropriato al bisogno del paziente ed efficace nelle varie fasi del trattamento.

Riferimenti Bibliografici

- Adami Rook, P. (2005). *Pensare la professione*. Milano: Franco Angeli.
- Albasi, C. (2009). *Psicopatologia e ragionamento clinico*. Milano: Raffaello Corina Editore.
- Baldassarre, M. & Petrini, P. (2006). *Diagnosi e Psicoterapia Psicoanalitica*. Roma: Società Editrice Universo.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding personality structure*. New York: The Guilford Press (trad. it.: *La diagnosi psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico*. Roma: Astrolabio, 1999).
- Zerbetto, R. (2007). *Fondamenti comuni e diversità di approccio in psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.

COMPARAZIONE E APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE: UN'OTTICA OLISTICA?

di Viola Antonini, Maria Cristina Martucci, Caterina Pafundi, Antonella Santo
dottori in psicologia, tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

Negli ultimi anni sono emersi nuovi spunti di riflessione riguardanti i concetti di integrazione e comparazione a più livelli nei diversi ambiti psicologici. In questo lavoro ci proponiamo di presentare alcuni sviluppi storici che ci consentono di approfondire elementi comuni con l'approccio bio-psico-sociale per poi rileggerli in ottica olistica. Già più di cent'anni fa, John Stuart Mill (Cohen, 1961) sosteneva che l'esser aperti a diversi punti di vista fosse importante in quanto:

1. Una prospettiva può essere vera nonostante venga rifiutata, e il rifiutarla presuppone un atteggiamento d'infallibilità;
2. Una prospettiva controversa può racchiudere al suo interno elementi di verità dal momento che la prospettiva dominante non rappresenta la verità assoluta. Soltanto attraverso il confronto con le opinioni contrastanti si possono scoprire altri elementi di verità.
3. Un punto di vista che è interamente vero, ma che non si sottopone al confronto, verrà considerato più come un pregiudizio che come fondato su una base razionale;
4. Chi sostiene un particolare punto di vista trascurando le prospettive alternative non comprende realmente il significato della propria posizione;
5. Un'evidenza decisiva contro una prospettiva può essere sostenuta solo quando sia stata proposta un'alternativa, in quanto un'evidenza non accompagnata da una corretta teorizzazione risulta essere priva di significato.

Tali assunti caratterizzano alcuni dei modelli sia in ambito medico che psicologico.

Per quanto riguarda l'ambito medico si inserisce il modello bio-psico-sociale (Engel, 1977) definito come una strategia di approccio alla persona, sviluppato sulla base della concezione multidimensionale della salute descritta nel 1947 dal WHO (World Health Organization). Esso pone l'individuo al centro di un ampio sistema influenzato da molteplici variabili; pertanto risulta necessario tener conto dell'interazione nella configurazione dello stato di salute e di malattia tra processi che agiscono a livello macro (come l'esistenza di sostegno sociale o la presenza di depressione) e a livello micro (come squilibri a livello biochimico e cellulare); della natura multifattoriale sia delle cause che agiscono sulla salute e sulla malattia, sia degli effetti che la salute e la malattia possono avere, sia della non distinguibilità della mente e del corpo rispetto alla influenza sulle condizioni di salute di un individuo; e infine, la considerazione che la salute sia un obiettivo che deve essere conseguito positivamente, mediante una attenzione alle necessità di ordine biologico, psicologico e sociale, e non come uno stato che deve essere solamente salvaguardato. L'approccio bio-psico-sociale, quindi, colloca la salute in una dimensione sistemica e multilineare. La sua assunzione fondamentale è che ogni condizione di salute o di malattia sia la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (Engels, 1977, 1980; Schwartz, 1982). Tale modello ritiene che la diagnosi medica debba considerare l'interazione di tali fattori nel valutare lo stato di salute dell'individuo e nel prescrivere un trattamento adeguato.

Il metodo su cui si basa l'approccio bio-psico-sociale è un ampliamento del tradizionale "metodo di diagnosi e cura della malattia" nel

“metodo di assessment diagnostico dei bisogni multidimensionali” da cui far scaturire un “piano integrato di cura e assistenza alla persona”, curato anche nella sua organizzazione. Questo metodo può essere applicato solo se il medico lavora a stretto contatto con altri professionisti sanitari e sociali o, per lo meno, può accedere alle informazioni da loro raccolte ed è in grado di mettere in atto processi di “sintesi clinico-assistenziale-organizzativa” (Becchi e Carulli, 2009).

In questo modello una delle caratteristiche fondamentali risulta essere l'integrazione che a sua volta, assimilata e riletta nella specificità dei diversi contenuti, in ambito psicologico definisce l'approccio Comparato (Adami Rook, 1981). Anch'esso nasce dalla necessità di superare il riduzionismo tipico dell'adozione di un'unica prospettiva nell'osservazione, nella valutazione e nella presa in carico dell'individuo. Sembrerebbe dunque che entrambi i modelli riconducano ad una comune riflessione olistica dell'oggetto in questione; in quanto nel primo, l'intervento non è mirato solo all'analisi del sintomo bensì all'integrità delle variabili che concorrono alla caratterizzazione dell'individuo stesso. Nel secondo, come sostenuto da Adami Rook (2004), il sistema emotivo, comportamentale e cognitivo sono collegati fra di loro in modo del tutto circolare, quindi qualsiasi intervento su una di queste sfere ha inevitabilmente delle ripercussioni sulle altre, in quanto la persona umana si comporta per quello che pensa e pensa per quello che prova.

L'integrazione tra psicoterapie può essere quindi definita come il “tentativo di oltrepassare i confini di ogni singolo approccio per comprendere cosa può essere appreso da altre prospettive” (Stricher, 1994); infatti, ciò che più ha spinto gli studiosi a condurre ricerche sull'integrazione tra le psicoterapie è stata l'inadeguatezza percepita dal clinico rispetto all'impatto terapeutico delle proprie tecniche (Norcross e Halgin, 2005).

Norcross e Newman (1992) hanno individuato otto fatti storici alla base dello sforzo integrativo: l'aumento delle scuole di psicoterapia; la mancanza di una chiara base scientifica che dimostrasse la superiore efficacia di una particolare psicoterapia; il fallimento di ogni specifica teoria nel cercare di spiegare

l'intera gamma della psicopatologia, della personalità e dei fattori di cambiamento; l'affermarsi di terapie a “breve-termine”; una migliore comunicazione tra studiosi di orientamenti differenti, che ha prodotto una maggiore volontà di sperimentazione; la presa di coscienza della deprimente realtà nel supporto di terze parti alle psicoterapie a lungo termine; l'individuazione dei fattori comuni a tutte le psicoterapie e connessi all'outcome; lo sviluppo di associazioni e riviste specializzate nello studio dell'integrazione delle psicoterapie. Norcross (1992) evidenzia come tra gli anni '70 e '80 anche forti matrici socioeconomiche abbiano determinato la necessità di sviluppare un'ottica integrativa, posto l'assunto fondamentale che nessuna terapia risulti sufficiente a occuparsi dell'universo psicopatologico. In sostanza, l'obiettivo del movimento integrativo dovrebbe essere quello di mantenere il dialogo tra i sostenitori di differenti posizioni teoriche, permettendo sia la chiarificazione delle differenze sia l'integrazione di tecniche e prospettive alternative. Di conseguenza, negli anni si è osservato un cambiamento significativo che ha portato ad un atteggiamento volto al dialogo ed al riavvicinamento tra le varie scuole di psicoterapia rispetto al clima fazioso tipico del passato (Arkowitz, 1992; Bergin e Garfield, 1994; Norcross e Goldfried, 1992; Stricker e Gold, 1993). Sono stati creati, ad esempio, approcci integrati tra le terapie psicodinamiche, comportamentali, sistemico-familiari (Watchel e Mc Kinney, 1992) e tra quelle di tipo esperienziale, cognitivo e interpersonale (Safral e Segal, 1990). Gli aspetti comuni ai diversi tipi di terapia sono stati racchiusi in un singolo tipo di terapia (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 modo per valutare la recente tendenza verso l'integrazione in psicoterapia è quello di considerarla come una risposta al confronto con “l'altro”. Solitamente, nel confronto tra i diversi orientamenti psicoterapeutici, ciascun approccio si è caratterizzato per contrasto con gli altri. Ad esempio, la psicoanalisi è definita per contrasto alla terapia comportamentale per l'attenzione posta sui processi inconsci, mentre

la terapia comportamentale si caratterizza, rispetto a quella psicoanalitica, per l'attenzione data agli aspetti sociali.

Una delle più importanti funzioni che il movimento integrativo può svolgere è quella di aiutare 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).

Dalle tendenze ad un "contrasto" le diverse correnti si sono avviate ad una conoscenza e ad un confronto, con l'intento di imparare da altri metodi e tecniche, per approfondire la comprensione non solo di altri sistemi ma anche di quello cui si appartiene.

Safran e Messer (1995) hanno sviluppato una costruttiva riflessione su quello che può essere il fondamentale apporto del movimento integrativo rifacendosi ai concetti di contestualismo e di pluralismo. Secondo il contestualismo un evento non può essere studiato isolatamente, ma solo dentro al suo contesto, quindi i concetti e gli interventi psicoterapeutici possono essere compresi soltanto dentro la loro struttura linguistica, teorica ed ideologica; al contrario, il pluralismo sostiene che nessun singolo approccio teorico, epistemologico o metodologico sia sufficiente per la comprensione di ogni fenomeno, ma che esista più di una prospettiva corretta. Diretta conseguenza di ciò è che tutte le teorie risultano limitate; il miglior modo per avvicinarsi alla verità è pertanto quello di mantenere un dialogo che permetta un confronto continuo tra teorie multiple. I vari sistemi si basano quindi su prospettive differenti, ciascuna delle quali è in grado di illuminare aspetti distinti di uno stesso fenomeno o di diversi fenomeni, di far emergere dimensioni diverse di una stessa persona.

Integrazione, in sostanza, è da intendere come "orientamento al dialogo", che porta a riconoscere gli inevitabili preconcetti che scaturiscono dallo schema di riferimento teorico cui ognuno si riferisce, attraverso un processo di verifica e di confronto, che non è una semplice accettazione di posizioni alternative. Si tratta quindi di instaurare e

mantenere un dialogo continuo a tutti i livelli d'analisi, che conduce non ad un'accettazione acritica di altri orientamenti e tecniche terapeutiche o ad un paradigma unificato, ma ad un costante confronto sulle differenze, ad una continua discussione sul proprio sistema di appartenenza e sugli altri, diversi da esso. Questo tipo di dialogo, volto ad incentivare nuove comprensioni, fornisce quindi la base indispensabile per una reale, oltre che autentica, integrazione di tecniche e prospettive diverse.

Attualmente, il considerare molteplici approcci, ognuno da usare singolarmente o in un intervento integrato, è divenuto elemento fondamentale della professione; il programma terapeutico viene strutturato sulla base dei dati clinici relativi al paziente, ai suoi problemi e alle sue capacità, e non viene proposto ad ogni paziente lo stesso trattamento senza prendere in considerazione le differenze biologiche, psicologiche e sociali nell'eziopatogenesi; assunto di base anche nel modello bio-psico-sociale.

In questo senso il cambiamento di mentalità cui si è accennato, nella sua conseguenza più positiva di promuovere la ricerca di ciò che è meglio per quel particolare paziente, nei termini delle sue caratteristiche ed esigenze, favorisce la discussione di principi diventati stereotipi, privilegiando il rispetto per la persona, verso la quale il tecnico deve fornire prestazioni che tengano nel dovuto conto il suo diritto ad evitare sprechi di tempo, di energia e di denaro. Molti autori hanno affrontato questo problema, reso necessario da alcuni principali fattori, tra i quali vanno inclusi i cambiamenti in campo scientifico in generale e nella costruzione della teoria in particolare.

Pertanto, come più volte accennato nel corso della presente trattazione, risulta di particolare importanza l'utilizzo di diversi modelli che sono anzitutto validi di per sé, che approfondiscono in modo specifico le fondamentali dimensioni dell'essere umano, e che infine sono sinergici, in quanto offrono una molteplicità di prospettive complementari, utili ad affrontare la complessità dell'essere umano.

Nello specifico l'approccio comparato pone maggiormente l'accento sul confronto fra un modello e un altro più che sulla loro integrazione al fine di valorizzare i contributi specifici. La comparazione, quindi, nasce come

metodologia di ricerca tesa a superare i confini di un'unica scuola e di un'unica prospettiva, caratterizzandosi per un'apertura verso teorie e tecniche diverse, in particolare verso quelle psicodinamiche e quelle cognitivo-comportamentali. Grande rilevanza nell'approccio comparato ha il tailoring (Norcross, 2002), definito come 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. Risulta pertanto essenziale un'accurata diagnosi che può essere sia implicita sia esplicita, nonché una particolare attenzione posta all'analisi della domanda (Adami Rook, 1995). Nel processo terapeutico la relazione che si instaura tra paziente e terapeuta è di centrale importanza, nei termini di transfert e controtransfert. Inoltre esso non termina al raggiungimento dell'insight, ma prosegue anche con una fase di "accompagnamento" più attiva (Wachtel, 2000) dove sono utilizzate, oltre all'interpretazione, all'empatia e all'esperienza emotiva-correttiva (Alexander, 1946), modalità terapeutiche più operative come prescrizioni comportamentali, role-playing e compiti graduati.

La psicoterapia comparata riconosce in ogni caso quattro momenti fondamentali per lo sviluppo di un confronto fra i diversi modelli: Fattori Comuni, Eclettismo Tecnico, Integrazione Teorica e Assimilazione per Integrazione. Tali indirizzi sono intercorrelati e orientati alla costruzione di un modello aperto in base all'assunto che i sistemi cognitivi, affettivi e comportamentali, siano tra loro interagenti e che un cambiamento in uno di questi sistemi possa avere effetti e ripercussioni sugli altri (Adami Rook, 1996).

In particolare, le quattro modalità che permettono la comparazione e l'integrazione in psicoterapia sono in una breve sintesi le seguenti:

- Fattori comuni: determinare ciò che le psicoterapie hanno in comune (ad es. il terapeuta, il cliente, la relazione, il placebo e la tecnica) con l'intento di utilizzare le tecniche che si sono dimostrate maggiormente efficaci (Frank e Frank, 1991; Wampold, 2001; Miller, Duncan e Hubble, 2005). La ricerca dei fattori comuni permette di considerare la varie psicoterapie

in una prospettiva nuova, in modo da arrivare alla migliore soluzione del problema.

- Eclettismo tecnico: migliorare la capacità nel selezionare il miglior trattamento possibile per lo specifico paziente, sulla base dei dati disponibili in letteratura. Si tratta di incoraggiare l'uso di strategie differenti, superando i limiti imposti dai modelli in cui sono nate. La maggiore difficoltà consiste nella difficoltà di combinare queste strategie di intervento (Lazarus, 2005; Beutler, Consoli e Lane, 2005). L'Eclettismo Tecnico è in ogni caso un approccio presente nella pratica di molti psicoterapeuti dei diversi orientamenti.
- Integrazione teorica: due o più modelli vengono integrati dal punto di vista teorico con l'obiettivo di ottenere un modello qualitativamente superiore (Wachtel, Kruk e McKinney, 2005; Prochaska e DiClemente, 2005). L'interesse è indirizzato verso uno studio sistematico dei principi fondamentali dei diversi modelli, al fine di ottenere un modello che li riassume in totalità strutturate.
- Assimilazione per integrazione: un modello viene utilizzato come orientamento di base, e nel corso del lavoro con i pazienti vengono progressivamente introdotte strategie provenienti da altri modelli. I modelli maggiormente utilizzati come base fondamentale sono quelli psicodinamico e cognitivo-comportamentale (Stricker e Gold, 2005; Castonguay, Newman, Borkovec, Holtforth e Maramba, 2005).
- Sia l'integrazione psicoterapeutica che la scienza possono svilupparsi ricercando il confronto e la discussione, piuttosto che evitandoli.

Si ritiene che il modello bio-psico-sociale e l'approccio comparato siano entrambi modelli integrativi, basati sulla teoria generale dei sistemi (Bertini, 1988). Il globalismo della teoria dei sistemi afferma che il metodo della scomposizione analitica non permetta di riconoscere le qualità essenziali di una struttura e che si debbano ricercare le regole di funzionamento del sistema come insieme di parti in relazione: si oppone dunque alle ipotesi riduzionistiche che individuano un certo

numero di caratteristiche stabili per poi descrivere ogni possibile combinazione tra gli elementi e ricostruire una totalità. Il concetto di sistema presuppone invece che il tutto non possa essere identificato con la semplice somma delle parti di cui si compone.

L'applicazione dei principi della teoria dei sistemi alla pratica terapeutica ha portato alla ridefinizione del sintomo psichico dell'individuo ad oggi considerato come qualcosa che dipende dalla situazione relazionale che l'individuo vive e non più una proprietà del singolo che manifesta il sintomo stesso. Ciò che è patologico non è più l'individuo, bensì le relazioni che esso vive.

Trattandosi di modelli sistemici, viene sottolineata sia l'importanza della specificità dei livelli di analisi con cui si affronta la complessità dell'organismo, sia l'interdipendenza o integrazione tra i livelli stessi. È in atto quindi un cambiamento epistemologico e professionale, che coinvolge non solo lo psicologo, ma anche il medico e gli altri operatori della salute.

Alla luce di quanto emerso concludiamo che l'integrazione e la comparazione possano costituire una risorsa aggiuntiva non solo nell'ambito clinico ma anche nella considerazione globale della persona, che non rimane così relegata ad un'unica dimensione di analisi.

Inoltre è interessante notare come i vari modelli analizzati si collochino in una riflessione più ampia tipicamente olistica; è il singolo il vero protagonista dei sistemi a cui appartiene, pertanto i suoi bisogni e le sue esigenze saranno valutate in un'ottica multidimensionale affinché l'intervento sia ritagliato perfettamente su di esso.

Riferimenti Bibliografici

Arkowitz, H. (1992). Integrative theories of therapy. In D. Freedheim et al. (Eds.), *History of psychotherapy: A century of change*. (pp. 261-304). Washington, DC: APA Press.

Becchi, M. A., Carulli, N. (2009). Le basi scientifiche dell'approccio bio-psico-sociale. Indicazione per l'acquisizione delle competenze mediche appropriate. *Medicina Italia* (Vol. 3/09).

Bergin, A.E., & Garfield, S.L. (Eds.), (1994). *Psychotherapy and behavior change*. (4th ed). New York: John Wiley & Sons.

Beutler, L.E., & Hodgson, A.B. (1983). Prescriptive psychotherapy. In G. Stricker, & J.R. Gold (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (pp. 151-163). New York: Plenum.

Braibanti, P. (2003) Psicologia della salute e modello bio-psico-sociale in *Pensare la salute. Orizzonti e nodi critici della psicologia della salute*. Milano: Franco Angeli.

Cohen, M. (Ed.) (1961). *The philosophy of John Stuart Mill*. New York: Mod. Lib.

Feyerabend, P. (1987) *Farewell to reason*. London: Verso.

Gislon, M.C. (2000) *Trattato di Psicoterapia breve integrata*. Milano: Cortina.

Garfield, S.L. (1992). Eclectic psychotherapy: A common factors approach. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 169-210). New York: Basic Books.

Lazarus, A.A. (1992). Multimodal therapy: Technical eclecticism with minimal integration. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 231- 263). New York: Basic Books.

Norcross, J. C., & Newman, C. (1992), Psychotherapy integration: Setting the context, In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 3-46). New York, Basic Books

Norcross, J. C., Halgin, R. P. (2005), Training in psychotherapy integration, In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 439-458). New York, Basic Books

Prochaska, J.O. (1995) An eclectic and integrative approach: Transtheoretical therapy. In A.S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and practice*. (pp. 403-440). New York: Guilford Press.

Rook, P.A. & Ciofi, R. (2004) La scuola di psicoterapia comparata in *Pensare la professione 1993/2003 dieci anni di psicologia professionale in Italia*. Milano: Franco Angeli

Safran, J.D., & Segal, L.S. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.

Safran, J.D., & Messer S.B. (1997). L'integrazione in psicoterapia: una prospettiva post-moderna. In *Psychomedia Telematic Review*. (pp. 1-20).

Stricker, G., & Gold, J.R. (Eds.). (1993). *Comprehensive handbook of psychotherapy integration*. New York: Plenum.

Stricker, G. (1994), *An introduction to Psychotherapy Integration*, *Psychiatric Times*, 18, 7

Wachtel, P.L., & McKinney, M.K. (1992). Cyclical psychodynamics and integrative psychodynamic therapy. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 335-370). New York: Basic Books.

Zani B., Cicognani E. (2000) *Psicologia della salute*. Bologna: Il Mulino.

Per approfondimenti

<http://www.spc.it>

Corsi e Master



Corso "La valutazione del danno psichico"

edizione: VII

durata: 32 ore / 4 giornate formative

frequenza: 2 weekend (sabato e domenica - 9.30/13.30 - 14.30/18.30)

sede di svolgimento: Firenze

destinatari: laureandi e laureati in psicologia

modalità di iscrizione: compilazione della domanda

prossima edizione: primavera 2013 / autunno 2013

costo: euro 400

rilascia: Attestato di frequenza



Formazione in PsicoDiagnostica

La Scuola di Psicoterapia Comparata organizzerà durante l'anno formativo 2013 vari corsi formativi su singoli reattivi psicodiagnostici (MMPI, Rorschach, ecc...).

Tali corsi sono destinati a studenti e laureati in psicologia e rilasceranno attestato e certificato di frequenza.

Per informazioni:
segreteria@spc.it
Tel. 055 2479220

Sede di Firenze
Tel. 055 2479220
Fax 055 2477263
eMail segreteria@spc.it
www.spc.it



**Scuola di
Psicoterapia
Comparata**

Fondata da Patrizia Adami Rook



LA C.T.U. PSICOLOGICA DEL MINORE. RIFERIMENTI NORMATIVI, PROCEDURALI E DEONTOLOGICI

di Elisa Manco

psicologa, Responsabile del Centro di Psicologia Giuridica SPC

L'articolo è tratto dal volume *Lo psicologo in Tribunale. Come effettuare una consulenza tecnica in separazioni, divorzi e affidamento di figli minori* – Ed. Psiconline

La normativa che esamineremo mutua i propri convincimenti dall'esperienza derivata dalla casistica e da indicazioni pertinenti alla psicologia del bambino, in particolar modo del "bambino separato".

Essa è applicabile a contesti peritali anche di tipo penale.

Non intendendo proporre un trattato di giurisprudenza, rimandiamo il lettore ad uno studio approfondito del diritto di famiglia, alla legge n. 54 del 8 Febbraio del 2006, (secondo la dottrina prevalente l'ascolto del minore previsto dalla Legge n. 54, ovvero dall'art. 155 sexies, non è quanto specificatamente si fa in C.T.U., ma una possibilità data al minore di dire ciò che vuole, se vuole, mentre nel contesto peritale non solo il bambino è sottoposto ad una valutazione, ma i rappresentanti delle parti possono rivolgergli delle domande), del Codice di procedura Civile, e alle Convenzioni normative internazionali.

L'intento del presente lavoro è quello di fornire piuttosto indicazioni metodologiche e procedurali in ambito peritale che fanno riferimento alle specifiche normative.

L'incontro con il bambino pone in essere molti interrogativi, su cosa fare, ma soprattutto, su come fare in relazione ai suoi bisogni, alle caratteristiche specifiche, alle competenze, alle conoscenze e anche relativamente agli effetti che l'intervento peritale può avere sul suo equilibrio psichico, già provato dalla sofferenza derivata dall'esperienza precoce della

separazione dei genitori e dalla perdita dell'unità familiare.

Come già sottolineato, la giurisprudenza aiuta il consulente attraverso linee guida che lo tutelano da errori e da prassi che non solo possono ledere i diritti del bambino/a, ma anche compromettere i risultati dell'indagine mancando nel ruolo educativo, che si intende realizzare, comunque attraverso questo incontro.

L'incontro con il minore è quello con la parte più debole del sistema e, allo stesso tempo, con la fonte principe della verità, e con l'obiettivo superiore dell'interesse posto in essere dal quesito del giudice e sancito dalla norma.

La norma, se applicata, garantisce e tutela dunque il minore, le parti tutte, e il consulente stesso nell'espletazione dei suoi doveri a cui aderisce nel momento del giuramento all'autorità competente e realizza gli obiettivi e le prassi della udienza.

La Carta di Noto, che citiamo se pur attinente all'ascolto del minore in ambito penale, riferisce l'utilizzo di "metodologie affidabili" nel senso che esse devono essere non solo il frutto di ricerche avanzate nel campo, ma soprattutto scientificamente condivise dal mondo accademico e giuridico, quelle che la presente pubblicazione intende seguire, nonostante che i protocolli possano contenere scelte e orientamenti metodologici personali.

L'indicazione normativa che riteniamo indispensabile ai fini dell'ascolto del minore si riferisce a quanto contenuto nella Carta di Noto

e specificato nella Convenzione Europea dei Diritti dei Fanciulli.

La prima recita: “esplicitazione dei modelli teorici”; la seconda: “il minore ha diritto di essere informato”.

“I modelli teorici utilizzati in ambito peritale devono essere dichiarati ed esplicitati” sia per diritto procedurale, sia per il diritto all’informazione” intendendo in tal senso che la loro esaustiva esplicitazione deve essere contenuta nelle premesse della stesura della relazione peritale, e resa nota alle parti tutte, sia essi consulenti di parte, sia i soggetti del procedimento, adulti e minori.

Essi hanno il diritto di essere informati sulle metodologie, i contenuti e le finalità del lavoro peritale, come già espresso in premessa, nel rispetto del diritto costituzionale alla informazione, sia a garanzia del contraddittorio e della sua difesa, come anche ai fini di un processo educativo del sistema genitori-figli.

“Il minore deve essere informato in relazione alla sua età e al grado personale di comprensione attraverso un’informazione pertinente, adeguata e non pregiudizievole”.

Sovente i bambini vengono travolti dall’indagine peritale che li mette a confronto con il mondo degli adulti, dal conflitto genitoriale e dal procedimento giudiziario, senza il conforto di alcuna delucidazione in merito.

I genitori, gli avvocati, i consulenti e i giudici si avvicinano a loro ritenendo che l’informazione sia già posseduta, o inutile perché “troppo piccoli”, o “per non traumatizzarli”, o ancora più semplicemente perché il problema non si pone alla coscienza, neanche da un punto di vista normativo e di diritto!

I bambini transitano nelle aule di tribunale, nelle stanze degli avvocati, degli assistenti sociali, dei neuropsichiatri e, in sedute estenuanti dei consulenti, senza che alcuna parola plachi il loro mondo emotivo in subbuglio, o che la chiarezza renda loro giustizia di esistere come soggetti di diritto, ma spesso in tale contesto si chiede loro di esprimere opinioni, di raccontarsi, e, ciò che è più grave, anche di decidere! Gli si chiede soprattutto di “essere tranquilli”!

Il diritto del minore ad essere informato è la garanzia della sua tutela da un percorso che

altrimenti non può che rinforzare l’immagine che rimanda a lui il mondo degli adulti, per primi i genitori in conflitto, o quello della loro inesistenza, cioè di un mondo adulto sordo che aggiunge altra sofferenza.

La verbalizzazione dei contenuti dell’indagine e delle finalità, anche ad un minore piccolissimo, permette la relazione, la comunicazione ma, soprattutto, la comprensione degli eventi ed il chiarimento del suo mondo emotivo in caos.

Le competenze cognitive ed emotive del minore non gli permettono, per loro natura, di comprendere, gestire ed elaborare in maniera autonoma e funzionale una esperienza, quella della separazione dei genitori ed anche della indagine peritale, così complessa e altamente carica di emozioni anche distruttive.

L’adulto, nella fattispecie il consulente, attraverso l’informazione concorre ad aiutare il bambino fornendogli strumenti esplicativi ed interpretativi della realtà, necessari al suo benessere e ad un bisogno di comprensione che costituisce anche un diritto.

La funzione educativa sancita dalla norma permette al minore di accedere alla formulazione di un’opinione propria in merito, che deve essere tutelata anche attraverso il “diritto di formarsi una opinione e di esprimerla” con un ascolto protetto dalla assenza dei genitori, dalla presenza di un esperto sopra le parti, come anche attraverso la rassicurazione “degli effetti e delle conseguenze che tale opinione avrà” su tutti gli attori della vicenda (Convenzione Europea dei Diritti dei Fanciulli).

Il minore dovrà essere investito del diritto-libertà di porre domande, di formulare ed esprimere sue opinioni, di essere garantito rispetto alla segretezza e riservatezza delle sue informazioni, come anche rassicurato e protetto rispetto agli effetti e alle conseguenze.

I minori che incontreremo sono invischiati in un conflitto che li confonde gravemente per poi renderli schiavi di alleanze che generano l’impossibilità di potersi esprimere liberamente per la paura ed il senso di colpa associato ad un giudizio che si traduce in una scelta di un genitore ad esclusione dell’altro, o ancora di un tradimento del genitore prevalente rispetto all’esplicitazione del bisogno di equidistanza che i minori hanno dall’amore di entrambi.

L'indagine deve assicurare il minore sia dallo svelamento dei suoi segreti ai genitori, sia dalla preoccupazione della responsabilità di "una scelta tra babbo e mamma", o del "tradimento dell'uno per il bisogno di entrambi".

Poiché il ruolo del consulente è quello di chi assume in senso esclusivo le dichiarazioni del minore, come le decisioni in merito all'affidamento, l'informazione deve essere veicolata al bambino "senza pregiudizi (...) pertinente e non pregiudizievole", (Convenzione di New York), "garantendone la serenità, ed evitando domande suggestive o implicative" (Carta di Noto).

Appare per tanto necessario riferire al minore che le informazioni che renderà non saranno necessariamente condivise con i genitori, e che la decisione dell'affidamento e della regolamentazione delle visite al genitore non collocatario sarà prerogativa esclusiva del consulente e infine del Giudice, non sua.

"L'ascolto del minore prevede anche l'utilizzo della videoregistrazione, la garanzia di una serenità e l'evitamento di domande suggestive o implicative" (Carta di Noto, C.p.p.).

Il bambino deve affrontare una prova per lui ardua, sconosciuta e altamente carica emotivamente, per quanto già descritto, e l'uso della video-registrazione e/o meglio dello specchio unidirezionale, permette al consulente di esaminarlo senza la presenza ingombrante dei consulenti di parte, garantendo loro comunque il diritto al contraddittorio.

Dato che il colloquio registrato potrà essere visionato dai consulenti di parte in ogni momento del procedimento, agli stessi deve essere garantito il diritto a porre al minore domande, e ciò può essere fatto attraverso il consulente del Giudice.

Il minore ha il diritto di essere informato sulla procedura della videoregistrazione, e su tutte le altre metodologie.

Come vedremo in seguito, i bambini accettano quanto proposto dagli adulti se adeguatamente informati e preparati, sino alla attivazione di una motivazione che diventa personale attraverso il processo di autodeterminazione.

Al fine di garantire il diritto al contraddittorio, di formulare ipotesi e suggerimenti funzionali all'interesse del minore, il consulente deve di norma raccogliere le dichiarazioni del minore e ogni altro protocollo somministrato, in ogni sua

parte ed interezza. "Le dichiarazioni del minore devono essere raccolte e documentate tutte" (Carta di Noto), attraverso verbali, registrazioni accessibili alle parti, attraverso i loro rappresentanti.

Il diritto processuale e procedurale impone anche il diritto del minore "a chiedere la designazione di un rappresentante speciale che potrà essere un curatore nei conflitti di interesse patrimoniale ed uno psicologo, avvocato, medico o altri organismi, di propria scelta, a sostegno e aiuto nella espressione delle proprie opinioni" (Conv. Eu., C.p.c.).

Questi, possono presenziare alle operazioni peritali, se pur con accorgimenti specifici (per approfondimenti si veda Manco, 2012).

Nell'ambito dei diritti del minore ci sembra opportuno segnalare quanto sancisce la normativa italiana, confermata nei suoi principi generali dalla Convenzione dei Diritti del Fanciullo di New York, del 20/11/1989, ratificata con la Legge n. 176 del 1991, che sancisce "il diritto del minore alla tutela del legame con il genitore naturale perché più idoneo".

Gli studi psicologici e la prassi ormai ci confermano come il legame tra il bambino e i genitori naturali rappresenti la garanzia di una crescita psicofisica funzionale. Come, al contrario, la recisione di tale legame, se pur in tenera età, sia un pregiudizio di crescita, uno strappo psichico interno difficilmente risarcibile.

L'oggetto interno del genitore, anche se solo in un immaginario perché mai esperito, come nel caso di adozioni alla nascita, esiste e permane nello sviluppo psicologico del bambino, ponendo in essere un vuoto che lo stesso eccepirà in termini di frattura, perdita, abbandono, idealizzazione, senso di colpa, d'inadeguatezza e incompletezza.

L'approccio psicoanalitico riferisce la necessità di un passaggio di consegna tra la madre naturale e quella adottiva, che ne verbalizzi i contenuti e permetta emotivamente e psichicamente l'accesso nel bambino, anche neonato, della nuova madre, come possibilità di introiezione dell'oggetto.

La disponibilità all'ascolto del minore nella consulenza tecnica significa un'accoglienza ed una protezione del suo legame naturale, che

deve essere salvaguardato attivando percorsi di aiuto e sostegno.

La valutazione peritale della genitorialità e dell'interesse del minore non può, cioè, limitarsi ad una trascrizione di sintomi e mancanza di risorse, ma dovrebbe estendersi a quella della tutela, attraverso la garanzia di percorsi di aiuto, che possano favorire il superamento di una crisi momentanea o di limiti del sistema.

L'assunzione della responsabilità di suggerire alla autorità giudiziaria un affidamento del bambino eterofamiliare, una sua collocazione o un affidamento prevalente all'altro genitore, sino alle forme estreme della decadenza della potestà genitoriale, non può essere attuato con leggerezza e senza la certezza di aver sperimentato tutti i possibili percorsi di recupero e aiuto per il minore e i suoi genitori.

È prassi comune a molti operatori ed anche agli organi della magistratura usare, nei confronti degli ex coniugi lo spettro della perdita dell'affidamento e/o della potestà genitoriale, e quindi del figlio, al fine "educativo" di redimere e attenuare la conflittualità della coppia.

Se ciò può attivare sicuramente risposte di maggior adeguatezza genitoriale, nel breve tempo, inficia comunque non solo la sicurezza dell'adulto genitore, ma anche quella del minore che esperisce la paura della perdita del genitore.

L'esperienza insegna quanto, per altro, le risposte genitoriali che seguono a tali "minacce" siano di breve durata, limitate al periodo d'osservazione peritale e al giudizio.

La funzione di sostegno e quella educativa della consulenza deve modulare l'utilizzo di questo approccio allo specifico del sistema genitoriale, valutandone l'impatto e anche la possibile ricaduta sul vissuto del minore che, a seguito della separazione dei genitori, ha già esperito un lutto in termini di perdita.

Sarebbe quindi auspicabile un intervento peritale che espliciti ai genitori quanto prevede la normativa in termini di - causa ed effetto - di una conflittualità che può essere lesiva dell'interesse del minore, tanto da poter determinare interventi drastici rispetto però ad una criticità irreversibile.

Citiamo in proposito quanto sancito dalla "Convenzione dei Diritti del Fanciullo" che definisce il diritto del bambino: "a non essere

separato dai genitori contro la loro volontà a meno che le autorità competenti non decidano, sotto la riserva di revisione giudiziaria e conformemente con le leggi di procedura applicabili, che questa separazione è necessaria all'interesse preminente del bambino".

La giurisprudenza italiana riferisce in proposito che "il legame con i genitori naturali deve essere garantito con aiuti e sostegni (...) che la rottura di tale legame deve essere un rimedio estremo, reciso in caso di carenze materiali ed affettive, tali da integrare una situazione di pregiudizio (...) le carenze di cure familiari devono avere le caratteristiche di stabilità e irreversibilità".

La norma pone, dunque, l'accento sulla necessità di una valutazione del sistema che ne approfondisca tutti gli elementi costitutivi del diritto-dovere della genitorialità ("insieme di comportamenti volti all'accudimento fisico e psicologico del minore, di funzione ludica di contenimento e di garanzia dell'accesso dell'altro genitore e di assenza di strumentalizzazioni"), ma anche di una valutazione prognostica sull'evoluzione del sistema rispetto alla dicotomia irreversibilità-reversibilità a seguito di interventi di sostegno mirati, ed in ultima analisi, sugli effetti che ogni decisione possa avere sul minore nella sua specificità.

La Legge 149 del 2001, art. 8, comma 3, recita: "la valutazione peritale deve evidenziare non solo i limiti delle capacità genitoriali, ma anche verificarne i punti di forza e la trattabilità e recuperabilità delle funzioni genitoriali".

Ricordiamo come, allo stesso tempo, forti elementi di pregiudizio posti in essere dagli adulti ai danni del bambino, che configurino anche reato, debbano essere valutati ai fini di un suggerimento alla autorità competente affinché adotti provvedimenti che limitino la potestà genitoriale (tra questi, maltrattamento, incuria, iper-curia, mancato sostentamento, abuso, strumentalizzazione).

Riferimenti Bibliografici

Manco, E. (2012). *Lo psicologo in Tribunale. Come effettuare una consulenza tecnica in separazioni, divorzi e affidamento di figli minori*. Francavilla al Mare (CH): Edizioni Psiconline.

Riferimenti normativi

Carta di Noto. Linee guida deontologiche per lo psicologo forense (1996).

Convenzione dei diritti del fanciullo (1989). New York.

Legge 8 febbraio 2006, n° 54, Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli. Gazzetta Ufficiale, 50, marzo 2006.

Linee guida deontologiche per lo psicologo forense (1999).

SOSPETTO ABUSO SESSUALE SU MINORE: COSA PUÒ FARE LO PSICOLOGO

di Viola Antonini, Maria Cristina Martucci, Caterina Pafundi, Antonella Santo
dottore in psicologia, tirocinante post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

“Episodio increscioso”, “caso sconcertante”, così vengono tipicamente definiti i casi di abusi su minori, come eventi casuali, imprevedibili e insondabili. Come il caso della tredicenne violentata pochi mesi fa a Milano da un insospettabile imprenditore trentenne. “Che caso strano, chi l'avrebbe mai detto?”. E invece casi come questi capitano a decine, che si sommano alle centinaia di altri abusi, di ogni genere, perpetrati su bambini anche piccolissimi. Troppo piccoli per parlare, per far notizia. Piccoli che arrivano negli ospedali pieni di lividi, ematomi, bruciature, spesso quando è troppo tardi. Violenze che maturano lentamente e inesorabilmente nel silenzio più totale, nell'indifferenza più o meno colpevole di vicini, parenti e persino dei genitori stessi. Che non vedono, o fanno finta di non vedere, come la mamma della ragazza disabile stuprata dal fratello per sette lunghi anni in Calabria e venuta alla luce solo un paio di mesi fa (Tinagli, 2012).

Questo è solo uno dei tanti esempi che spesso ci rilasciano i media, che vede come protagonisti i bambini, vittime di questo fenomeno terribile.

È difficile rintracciare nella letteratura una definizione chiara ed univoca dell'abuso sessuale. Esso si inserisce nel fenomeno più generale del maltrattamento su minore.

Esiste una definizione generale, standardizzata ed efficace sul piano cross-culturale come quella del IV Colloquio Criminologico di Strasburgo (Council of Europe, 1981) secondo cui per abuso deve intendersi “quell'insieme di atti e carenze che turbano gravemente il bambino attentando alla sua integrità corporea e al suo

sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono: la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino”.

Ad una definizione più ampia è ispirata la convenzione dei diritti dei minori, frutto del contributo di 43 paesi e di enti come (UNICEF, OMS, UNESCO, Croce Rossa) e ratificata dall'Italia nel 1991, in essa si fa riferimento al “danno o abuso fisico o mentale, trascuratezza o trattamento negligente, al maltrattamento, alle diverse forme di sfruttamento nella prostituzione o in altre pratiche sessuali illegali, lo sfruttamento in spettacoli e materiali pornografici, torture o ad altre forme di trattamento o punizioni crudeli, inumane o degradanti, allo sfruttamento economico e al coinvolgimento in lavori rischiosi” (Di Blasio, 2000, p.14).

Tornando all'abuso sessuale, esso comporta lo sfruttamento sessuale di un bambino o adolescente dipendente e/o immaturo sul piano dello sviluppo (comprende anche la prostituzione e la pornografia). Inoltre rappresenta quel comportamento di un adulto che coinvolge bambini e adolescenti in attività sessuali che essi non sono ancora in grado di tollerare e sostenere, violando le leggi e i tabù sociali. Il minore abusato sessualmente è costretto ad avere esperienze scollegate con il suo momento, ad agire comportamenti di cui può fraintendere il senso, spesso con l'ulteriore fardello del segreto da celare se non vuole subire violenze anche peggiori; è obbligato a mentalizzare un'esperienza per cui non ha ancora le strutture cognitive che gli permettono di incasellarla in un tutto degno di significato, con un'inevitabile ferita nella sua fragile struttura di personalità.

La reale consistenza del fenomeno non appare evidente, perché difficilmente, ancor più degli altri tipi di violenza, le esperienze di abuso sessuale vengono comunicate. Infatti la paura e la vergogna spingono il minore a tacere, a mantenere il segreto, soprattutto quando chi abusa è un familiare. Lo studio dei casi di pedofilia, stupro, incesto ha evidenziato che i responsabili molto spesso appartengono all'ambiente familiare o sono persone che il bambino conosce e su cui spesso pone la sua fiducia. Le attività sessuali non comprendono solo l'atto sessuale completo, ma anche tutte quelle attività che coinvolgono le "parti intime" con carezze e tocamenti continuati e ripetuti nel tempo, in cui il bambino è oggetto di soddisfazione sessuale dell'adulto che attua l'attività sessuale. E tanto più l'abuso è perpetrato con violenza e per un tempo prolungato, da cari piuttosto che estranei, tanto spiccata e invalidante sarà la risposta sintomatologica; allo stesso tempo, inciderà in maniera più subdola, gravando sulla stessa struttura di personalità del piccolo tanto più sarà perpetrato da un familiare, con modalità seduttive ed amorevoli: in tale ultimo caso, per il piccolo sarà più difficile separare la violenza fisica dalla dimostrazione di amore del familiare, fondendo in un unico blocco esperienziale sia l'affetto sia la violenza, non potendo porre distanza tra sé e l'esperienza stessa a causa della sua particolare forma affiliativa. Infatti nello specifico a seconda del rapporto esistente tra bambino e abusante, l'abuso sessuale viene distinto in *intrafamiliare-intradomestico* quando l'abusante è un componente della famiglia del bambino che vive nella sua stessa casa; *intrafamiliare-extradomestico*, quando l'abusante è un componente della famiglia che non vive nell'abitazione del bambino stesso; *extrafamiliare*, quando l'abusante è una persona esterna al nucleo familiare. Viene definito *istituzionale* se attuato da persone ai quali i minori vengono affidati per ragioni di cura, custodia, educazione, gestione del tempo libero, all'interno di diverse istituzioni ed organizzazioni (insegnanti, medici, assistenti di comunità, allenatori); *di strada* quando viene attuato da parte di persone sconosciute. Infine si definisce *sfruttamento sessuale a fini di lucro* quando viene commesso da parte di singoli o

gruppi criminali organizzati, quali le organizzazioni per la produzione di materiale pornografico, per lo sfruttamento della prostituzione, agenzie per il turismo sessuale (Montecchi, 2005).

L'abuso sessuale si configura come un fenomeno sommerso, negato, raramente individuabile affrontabile tramite una spontanea richiesta di aiuto, richiede quindi l'attivazione di mirate strategie di rilevazione che coinvolgono tutti i soggetti che quotidianamente sono a contatto con il mondo dell'infanzia.

L'abuso sessuale può essere sospettato attraverso il comportamento del bambino ed in questo rilevamento la scuola assume un ruolo molto importante: il viraggio del rendimento scolastico o del comportamento del bambino può essere talora un segno di allarme. Un bambino che diventi improvvisamente remissivo, che mostri di possedere una conoscenza precoce dei comportamenti sessuali degli adulti, che alluda con parole e/o gesti alle attività sessuali, può aver subito abuso. Nel caso dei segni fisici risulta necessaria la valutazione del danno da parte di un medico, in particolare del medico legale o di un ginecologo che abbia una specifica competenza, al fine di effettuare una diagnosi differenziale tra segni fisici di origine organica oppure accidentale o intenzionale. Nonostante la presenza dei segni fisici non si ha la certezza che il bambino abbia subito un abuso. Ulteriori segni fisici di abuso possono comprendere la difficoltà a camminare e a sedersi, graffi vicino alla zona genitale fino a infezioni trasmissibili sessualmente. Per il bambino vittima di abuso sessuale, il corpo acquista significati particolari: può diventare un oggetto consolatorio, fonte di gratificazione e sensazioni piacevoli oppure oggetto di vergogna. Tra i segnali comportamentali riconosciamo la conoscenza precoce del comportamento sessuale; la masturbazione coatta; l'introduzione di oggetti in vagina; un comportamento marcatamente seduttivo; distorsione della percezione corporea; un costante rifiuto a spogliarsi durante le visite mediche e a cambiarsi per l'attività sportiva; disturbi psicosomatici della sfera alimentare e sfinterica; un atteggiamento remissivo; aggressività verso adulti e coetanei; la scarsa

socializzazione; tendenza all'adultomorfismo. Invece, tra i segnali emotivi rientrano il vissuto traumatico della sessualità; il senso di impotenza; la sensazione di essere tradito; l'ostilità verso l'adulto non protettivo; incubi notturni; flashback; crisi di ansia; sintomi fobico-ossessivi; depressione.

Ciò che gli operatori possono sicuramente fare è individuare precocemente i casi di abuso, limitandone e trattandone i danni fisici e psicologici. Un intervento completo richiede tempi molto lunghi di attuazione e si possono individuare tre momenti specifici - il rilevamento, la diagnosi e la presa in cura - ognuno dei quali richiede le competenze di specifiche professionalità. Sono coinvolte in maniera trasversale le competenze dell'Autorità giudiziaria, in particolare del Tribunale per i Minorenni, e degli organi di Polizia. Ma il solo intervento giudiziario non è sufficiente a realizzare l'obiettivo della protezione e della cura del disagio emotivo del minore.

Nel caso di sospetto di abuso sessuale i professionisti si avvalgono di Linee Guida specifiche, quali ad esempio il Protocollo o Carta di Noto (1996/2002) e il Protocollo di Venezia (2007).

Ideato nel 1996 e aggiornato nel 2002, il **Protocollo di Noto** è il frutto dell'apporto interdisciplinare di vari esperti nel settore, ed è ormai un riferimento costante per giurisprudenza, letteratura e dottrina. Si tratta di suggerimenti diretti a garantire l'attendibilità dei risultati degli accertamenti tecnici e la genuinità delle dichiarazioni, assicurando nel contempo al minore la protezione psicologica, nel rispetto dei principi costituzionali del giusto processo e degli strumenti del diritto internazionale.

Il **Protocollo di Venezia** rispetto alla Carta di Noto fa specifico riferimento ai casi di abuso sessuale collettivo ed è fortemente caratterizzato dall'attenzione verso l'attendibilità delle testimonianze e dalla considerazione della suggestionabilità dei minori. Si compone di due parti principali: i primi 12 punti che riassumono le linee guida principali a cui gli esperti dovrebbero attenersi e una guida metodologica per l'assessment di minori coinvolti in presunti abusi collettivi.

La guida metodologica allegata al Protocollo deve essere periodicamente aggiornata sulla base delle nuove conoscenze in materia. Tali

indicazioni sono linee essenziali da seguire per una "buona prassi", poiché individuano gli strumenti e le metodologie di intervento a cui gli esperti devono fare riferimento nell'assunzione delle dichiarazioni e nella valutazione del dichiarato di minori coinvolti in presunti "abusi sessuali collettivi" (che coinvolgono cioè più minori).

Nei casi di sospetto abuso sessuale la memoria del bambino è un fattore importante da prendere in esame perché spesso è l'unica fonte di informazione su quanto presumibilmente accaduto. Anche se bisogna tener sempre presente la duplice posizione del bambino, di vittima e al tempo stesso testimone. Quindi la domanda è "esiste una testimonianza totalmente attendibile?".

La capacità di testimoniare di un bambino non è unicamente correlata alla sua capacità di memoria, ma anche allo sviluppo evolutivo in generale.

Per tale ragione, è importante tenere presente le seguenti premesse:

1. I bambini pensano che i grandi sappiano tutto e quindi credono alle informazioni che gli adulti forniscono loro, anche se queste sono sbagliate: è importante essere chiari con il bambino nell'affermare di non essere a conoscenza di quanto ha da raccontare, invitandolo ad esporre ciò che ha vissuto.
2. Non sempre al bambino è chiara la differenza tra verità e menzogna, tra verità e fantasia, che andranno pertanto appurate nel corso dell'ascolto, facendo un patto con lui, in cui si chiederà che dica soltanto quanto effettivamente accaduto. Altro aspetto correlato ha a che fare con l'invito a dichiarare di non avere compreso una domanda, di non ricordare o non conoscere la risposta, stimolando il piccolo interlocutore a riflettere, piuttosto che tirare ad indovinare.
3. I bambini tendono a rispondere in modo affermativo alle domande poste da persone autorevoli (e l'adulto è sempre percepito come autorevole anche se assume un atteggiamento alla pari, giocando con lui e adattandosi al

suo modo di comunicare ed interagire): da ciò consegue l'importanza di non assumere mai atteggiamenti e porre domande suggestive, concordando con il piccolo una serie di regole che lo rendano resistente alla suggestione, così da evitare il cosiddetto *misinformation effect* (Mazzoni, 2000).

4. Il pensiero del bambino spesso segue regole che non sono quelle del pensiero adulto. È quindi indispensabile, prima di interrogare un bambino, accertare il suo livello di sviluppo (che riguarda la sua età, il livello apparente di sviluppo fisico, sviluppo cognitivo, mnestico, linguistico, emotivo, sociale, sessuale), la capacità di attenzione e concentrazione in quanto limitata (è importante coordinare i tempi dell'intervista con quelli del bambino, piuttosto che il contrario); il livello di competenza del bambino e la sua capacità di sostenere un confronto con i vari soggetti giuridici; la sua capacità di collocare gli avvenimenti in una progressione temporale corretta.
5. Dal momento che i bambini tendono ad assumersi la responsabilità di quanto accade loro, seppure siano vittima, è assolutamente necessario non porre mai domande che inizino con "perché", dal momento che, piuttosto che incoraggiare la ricerca delle cause, tendono a stimolare il senso di colpa.
6. I bambini tendono ad attendere una convalida di quanto dicono dall'adulto: sarà pertanto indispensabile evitare di suggerire risposte esplicitamente o con ringraziamenti, allo stesso modo che utilizzando un rinforzo indiretto, ad esempio annuendo, sorridendo o sospirando soddisfatti di quanto si ascolta o ancora rimproverandolo perché non risponde a determinate domande. Ciò, inoltre, implica un'ulteriore raccomandazione per l'investigatore relativa al non seguire una sola ipotesi, ma rimanere sempre aperto a seguire più linee di pensiero, allo scopo di ragionare in termini di disconferma delle ipotesi piuttosto che di conferma delle stesse. È anche

necessario evitare di ripetere le domande senza avere premesso al piccolo che la ripetizione non è segnale che abbia sbagliato la risposta, ma semplicemente segno della mancata comprensione dell'adulto.

7. I bambini sono molto sensibili alle pressioni sociali, a cui tendono ad uniformarsi, anche se la loro esperienza è diversa: l'investigatore, pertanto, dovrà prestare particolare attenzione a non affermare che già altri lo hanno informato di quanto il bambino dovrà dichiarare, per non creare pressioni su di lui. Se da una parte, sull'intervistatore ricade la responsabilità del rispetto di una serie di procedure e informazioni, dall'altra dovrà tenere in debita considerazione la possibilità che il terreno su cui si muove potrebbe essere già stato inficiato da tutti coloro che, ponendo domande al piccolo come risposta della loro preoccupazione che qualcosa sia accaduto, avranno violato la regola della non suggestione.

Il 1 luglio 2010 è entrata in vigore la **Convenzione del Consiglio d'Europa** per la protezione dei bambini contro lo sfruttamento e gli abusi sessuali, chiamata anche **Convenzione di Lanzarote**. La Convenzione è stata fino ad oggi firmata da 42 dei 47 stati membri del Consiglio d'Europa, 10 dei quali hanno anche ratificato. Si tratta di uno strumento normativo di eccezionale rilievo, poiché la sua piena attuazione consentirebbe di mettere in atto il principio di totale cooperazione tra gli stati membri in materia di abusi sessuali sui minori, l'unica via per combattere un fenomeno che ormai ha dimensioni transnazionali.

La Convenzione, infatti, è il primo strumento internazionale ad includere nei reati penali tutte le diverse forme di abuso sessuale nei confronti dei bambini, commesse facendo uso della forza, della costrizione o delle minacce. Il testo non si limita a riconoscere come violazioni gli abusi sessuali, la prostituzione infantile, la pedopornografia, la partecipazione forzata dei bambini e degli adolescenti a spettacoli pornografici, ma riconosce come violazioni anche il *grooming on-line* (adescamento on-line).

Accade spesso che, al trauma dell'abuso, si aggiunga il trauma dell'intervento del dopo abuso ad opera di chi interroga il bambino, ripetutamente, per motivi diversi (dalla polizia al magistrato, dai genitori, all'insegnante e all'assistente sociale). La vita del bambino, già sull'orlo di un precario equilibrio psicofisico (conseguente alla violenza sessuale e/o fisica, il più delle volte perpetuata da un membro della famiglia), viene nuovamente sconvolta durante gli interrogatori.

Tutti comprendiamo la gravità di una procedura d'indagine giudiziaria mal condotta, che lasci in libertà individui che hanno compiuto atti criminosi a danno di minore, ma altrettanto pericoloso e grave sarebbe "suggerire" al bambino, sulla base di alcuni sospetti, la realtà dell'abuso (in alcuni casi mai subito) per ottenere una sua testimonianza e procedere nei confronti dell'adulto indebitamente accusato.

Per questo la consulenza tecnica psicologica in materia di maltrattamento dovrebbe essere affidata a professionisti specificatamente competenti, scelti nell'ambito pubblico o privato (Gullotta e Cutica, 2009).

I quesiti a cui l'esperto è tenuto a rispondere non riguardano l'accertamento della verità sotto il profilo giudiziario e processuale allo scopo di ricostruire il fatto-reato, ma comprendono giudizi di ordine clinico e di valutazione della competenza, ovvero delle funzioni psichiche legate alla capacità di rendere la testimonianza; competenze di percezione, memoria, riconoscimento di persone; coerenza-continuità del pensiero; condizioni dell'affettività e delle capacità di relazione; presenza di eventuali sintomi psicopatologici.

Secondo la Cassazione, "proficuo è l'uso dell'indagine psicologica che concerne due aspetti fondamentali: l'attitudine del bambino a testimoniare, sotto il profilo intellettuale e affettivo e la sua credibilità. Il primo consiste nell'accertamento della sua capacità a recepire le informazioni, di raccorderle con altre, di ricordarle ed esprimerle in una visione complessa, da considerare in relazione all'età, alle condizioni emozionali che regolano le sue relazioni con il mondo esterno, alla qualità e natura dei rapporti familiari. Il secondo, da tenere distinto dall'attendibilità della prova che rientra nei compiti esclusivi del giudice, è

diretto ad esaminare il modo in cui la giovane vittima ha vissuto e rielaborato la vicenda in maniera da selezionare sincerità, travisamento dei fatti e menzogna" (Cass.pen.sez. III 3 ottobre 1997, n.8962 Ruggeri).

Qualora si renda necessaria una psicoterapia occorre egualmente che i ruoli del consulente e dello psicoterapeuta rimangano incompatibili, onde evitare la possibilità di rivelazioni indotte da un contesto non sufficientemente neutrale (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, SINPIA, 2007). Nell'espletare la consulenza, l'esperto è tenuto a utilizzare metodologie riconosciute come affidabili dalla comunità scientifica internazionale e rendere espliciti i modelli di riferimento. Gli incontri con il minore devono essere effettuati in luoghi e secondo modalità tali da garantire un'adeguata serenità e spontaneità nella comunicazione, cercando di costruire un rapporto di fiducia e di sostegno prima di procedere a un'audizione più mirata.

Lo psicologo deve sempre tener presenti ed esplicitare tutte le eventuali ipotesi alternative che potrebbero spiegare gli esiti clinici comportamentali e le dichiarazioni testimoniali. Occuparsi di sospetto abuso su minore è compito certamente delicato e la competenza del professionista acquista valenze non solo tradizionalmente diagnostiche in una relazione sostanzialmente individuale con il minore, ma viene a incrociare problematiche che non possono essere correttamente affrontate se non anche in collaborazione con istituzioni preposte alla salvaguardia dei diritti dello stesso.

La valutazione psicologico-sociale dell'abuso per fini giudiziari si basa fondamentalmente su alcuni obiettivi che risultano cruciali per ridurre al minimo la possibilità di errore; in primis, si tratta di creare le più adeguate condizioni di ascolto del bambino che ha rilevato l'abuso, in termini di setting, di competenze di chi ascolta e di strumenti con cui si interagisce con il bambino; di valutare successivamente le condizioni in cui il bambino riferisce per la prima volta l'abuso e le caratteristiche specifiche della denuncia, come la capacità linguistica, il livello di spontaneità, la completezza del racconto e l'eventuale presenza di dettagli elaborati. Inoltre, diventa importante raccogliere elementi sul quadro di personalità

generale della vittima, comprendendo il livello di sviluppo cognitivo e di considerare le possibili influenze suggestive del sistema relazionale del minore stesso.

Le competenze professionali tradizionali nelle valutazioni psicologiche di bambini, adulti e famiglie sono necessarie ma non sufficienti per la valutazione psicologica in tale campo. È necessario infatti incrementare le proprie competenze professionali attraverso corsi, training, esperienze e/o supervisioni in diversi ambiti: pratica forense, sviluppo del bambino, psicopatologia del bambino e della famiglia, natura delle diverse forme di abuso e ruolo delle differenze individuali. Gli psicologi devono anche avere familiarità con le normative e le procedure legali, incluse le leggi specifiche relative alla tutela del minore e quelle che si riferiscono all'abuso dei minori, alla trascuratezza e alla decadenza della potestà genitoriale. Inoltre gli psicologi devono essere consapevoli dell'influenza che alcune variabili esercitano sull'obiettività della valutazione; tra queste ricordiamo l'età, il sesso, la razza, l'etnia, la nazionalità, la religione, l'orientamento sessuale, la presenza di disabilità, il linguaggio, la cultura e la condizione socio-economica (American Psychological Association, 2002).

Altrettanto importante risulta l'indagine sociale condotta dai Servizi (Servizi Sociali del Comune, Servizi di Salute Mentale, ecc.) e le strutture giudiziarie, in particolare il Tribunale per i Minorenni. L'obiettivo è quello di raccogliere informazioni sulle condizioni di vita del bambino e della sua famiglia, valutando se sussistono condizioni di grave pregiudizio che rendano necessario chiedere dei provvedimenti protettivi (Montecchi, 2005).

Lo psicologo si avvale di diversi strumenti durante il suo percorso diagnostico; ma prima di tutto in qualsiasi contesto tale diagnosi venga richiesta, in questo percorso con un soggetto in età evolutiva, lo psicologo deve porre particolare attenzione ad alcuni elementi fondamentali (Montecchi, 2005; Roccia e Foti, 1994):

- a. l'empatia, l'unico strumento in grado di affrontare il grave attacco al legame venuto a determinarsi con l'abuso, fenomeno che determina sempre la fine di qualsiasi possibilità di rapporto di

aspettativa fiduciosa e non perversa tra il minore e il mondo degli adulti;

- b. l'attenzione al transfert, le emozioni cioè che il paziente (o in questo caso il minore da esaminare) prova nei confronti dell'adulto incaricato dell'esame o della diagnosi, fenomeno che consideriamo comunque sempre attivo anche al di fuori del contesto psicoanalitico e che definisce, anche nostro malgrado, il ruolo che veniamo ad assumere nella mente del bambino;
- c. il carattere di parziale irrepresentabilità dell'esperienza traumatica in assenza di processo di elaborazione, che deve necessariamente avvenire in un contesto relazionale, quindi all'interno di una relazione con un adulto in grado di ascoltare il minore e di aiutarlo a dare significato a ciò che gli è avvenuto;
- d. il controtransfert del perito (le emozioni cioè che l'adulto prova nei confronti del minore da esaminare) e la sua possibile patologia, sotto la cui fattispecie potrebbero teoricamente rientrare le temute distorsioni percettive che molti esperti paventano in consulenti troppo sbilanciati a trovare l'abuso laddove non c'è.

Strumenti

L'**audizione protetta** di minore è un'udienza in cui viene assunta la prova, in cui il minore viene ascoltato in forma *protetta*, e cioè con l'adozione di tutte le cautele necessarie ad evitare che la vista dell'imputato possa creare turbamento (Mazzoni, 2000); è condotta in ambiente con specchio unidirezionale, interfono e microfono in modo tale da consentire al giudice, posto dietro lo specchio, di porre domande al piccolo, per mezzo dell'intermediazione di un esperto in psicologia dell'età evolutiva. La presenza dell'esperto permette di interagire con il piccolo nel rispetto di tutte le cautele necessarie per evitare nuovi traumi, questa volta causati da interrogatori mal condotti, in quanto non in linea con il suo sviluppo evolutivo.

Un aspetto molto importante riguarda la videoregistrazione del momento dell'ascolto in quanto ciò consente l'**osservazione** di tutti

quegli aspetti che sfuggono a una verbalizzazione tradizionale, come le espressioni del volto, i rossori, i silenzi, l'abbassamento dello sguardo, il pianto, i tremiti, i segni di nervosismo, i diversi aspetti della gestualità. Inoltre, tale strumentazione consente di evitare al minimo che il minore venga sentito più volte durante le diverse fasi processuali, sottraendolo al rischio di ri-traumatizzazione.

I metodi che lo psicologo può utilizzare sono diversi a seconda delle varie fasi dell'età evolutiva (da 0 a 3 anni e da 3 a 5): ci si deve avvalere dell'osservazione dei fatti esterni, per esempio attraverso il gioco, la mimica, il linguaggio primario e del corpo, il comportamento spontaneo o provocato con l'esperienza testologica in cui il grafismo diventa prioritario.

L'osservazione riveste, quindi, un posto preponderante nel processo di valutazione dell'attività psichica del bambino. Detto ciò, quindi, la naturale realizzazione della metodologia utilizzata e utilizzabile per l'esame del minore in età prescolare, in caso di abuso sessuale, è caratterizzata dall'integrazione dell'osservazione diretta, dell'anamnesi, del colloquio, dei reattivi mentali, in un assessment non psicoterapeutico ma sicuramente clinico, con elevate competenze di psicologia e psicopatologia dell'età evolutiva, oltre che dell'età adulta. La rappresentazione delle immagini sensoriali può essere espressa attraverso diverse modalità che impegnano l'esperto a comprendere il livello di sviluppo dell'Io infantile nella capacità e opportunità di integrare immagini sensoriali inconsce con immagini sensoriali coscienti.

Nel percepire, nell'apprendere, nel ricordare narrando, nel simbolizzare, il bambino utilizza i canali che gli sono più consoni relativamente al proprio modo di essere psicologico.

L'adulto, nel caso specifico l'esperto nell'ascolto del minore in ambito penale, dovrebbe entrare in relazione comunicativa con modalità che suscitano curiosità nel bambino, domande che possano far comprendere al bambino che, nella relazione, l'interesse primario è quello di conoscere il suo modo di essere, il suo modo di esprimersi, il suo pensiero, il suo modo di creare schemi di riferimento per costruire il suo mondo.

È necessario, quindi, saper osservare gli atteggiamenti, il comportamento, i gesti, il gioco, il linguaggio, per dare senso alle modalità sensoperceptive, attentive, mnemoniche e di pensiero.

Per quanto riguarda la comunità scientifica di riferimento, per gli esperti in psicologia giuridica, quella clinica risulta essere la più accreditata soprattutto considerando la stretta correlazione tra capacità a rendere testimonianza e presenza di psicopatologia che, se diagnosticata a livelli significativi di gravità, potrebbe rendere, per esempio, non idoneo il minore a rendere testimonianza.

Tra gli strumenti che lo psicologo utilizza ci troviamo l'**intervista cognitiva** (IC), ideata da Ed Geiselman e Ron Fisher nel 1984; è una procedura finalizzata a recuperare le informazioni in memoria e si basa su due ipotesi: ipotesi della specificità della codifica di Tulving e Thomson (1973); ipotesi della molteplicità della traccia.

In base alla prima ipotesi, si può affermare che il recupero di un determinato evento migliora laddove si ricrea il contesto in cui l'evento è accaduto al momento dell'immagazzinamento e della codifica. Per tale ragione, infatti, nell'IC si stimola il soggetto a ricreare il contesto dell'accaduto.

La seconda ipotesi, invece, prevede che, dal momento che un evento ricordato si presenta come una collezione di attributi collegati tra loro in una rete, attivare un attributo può portare al recupero di altri ad esso connessi. Nella IC si chiede al testimone di focalizzare l'attenzione sui diversi aspetti che hanno colto i diversi canali sensoriali (piuttosto che fermarsi ad una ricostruzione esclusivamente visiva), quali ad esempio i nomi pronunciati, le conversazioni udite, l'aspetto fisico dei presenti, gli odori percepiti, in modo da arricchire sempre di più i dettagli del ricordo.

Le ipotesi descritte, inoltre, supportano l'uso di diverse strategie utilizzate per il recupero di informazioni, e sono (Pagliarosi, 2005):

- Ricreare il contesto, chiedendo al testimone di ricreare nella propria mente l'ambiente fisico, ed associare le proprie sensazioni, emozioni, pensieri;
- Riferire ogni cosa, in quanto l'intervistato può essere portato a

omettere informazioni che ritiene erroneamente superficiali;

- Ricordare gli eventi in ordine differente, ovvero cominciare dall'inizio alla fine, proseguire con una nuova ricostruzione dalla fine all'inizio, per poi stimolare il ricordo da metà in avanti e indietro;
- Mutare prospettiva (con bambini di almeno 10 anni), ovvero raccontare l'episodio come se fosse vissuto da altri: in questo modo si recuperano informazioni che per il soggetto potrebbero non essere importanti, ma che risultano di valore per altri nella scena.

È necessario sottolineare che lo psicologo può incorrere in alcuni **errori** nell'esaminare e valutare il bambino. Può capitare, per esempio, di pensare il minore a somiglianza dell'adulto, con gli stessi pensieri, sentimenti, intenzioni, oppure giudicare l'attività psichica imperfetta, considerandola troppo semplice e meno complessa di quella dell'adulto.

È necessario, invece, pensare lo psichismo infantile come fine a se stesso e in fieri in relazione con l'altro. Nel caso dell'ascolto del bambino nel processo penale, l'altro è l'esperto psicologo che non dovrebbe mai chiedere direttamente, ma sempre e solo attraverso la mediazione di parole, atteggiamenti e comportamenti che permettano al bambino di esprimersi liberamente.

Domande direttive, termini precettivi o comunque una modalità che possa far intendere al bambino che l'adulto conosce già tutte le risposte e indica, quindi, una via da seguire già tracciata, posizionano il minore in percorsi che lui non riconosce come propri e potrebbe quindi inibirsi e deprimersi oppure ribellarsi e manifestare iperattività.

Non sbagliare comunque è impossibile, e nessuno dormirebbe tranquillo al pensiero di aver contribuito ad una condanna ingiusta, ma troppo spesso si ritiene che il negare l'abuso sia una soluzione economica, poiché in ogni caso e comunque vadano le cose, si considera l'oblio una soluzione vantaggiosa anche per la vittima.

Non è così, e la clinica sta lì a dimostrarlo: l'ascolto della testimonianza della piccola vittima di abuso anche all'interno di un contesto peritale può essere il primo momento

di una risposta di aiuto e può avere anche effetti benefici sul minore. Non vorremmo dare adito a fraintendimenti: il perito non deve fare terapia, ma l'ascolto empatico di un'esperienza di abuso può avere effetti benefici in qualunque contesto si metta in essere (Malacrea e Lorenzini, 2002).

Se l'adulto può utilizzare il proprio mondo emotivo come mappa per comprendere il mondo emotivo ed intrapsichico dell'altro, il bambino esaminato utilizzerà, suo malgrado, ciò che percepisce della relazione con l'adulto che gli sta accanto per costruirsi una mappa mentale del suo interlocutore, che potrà quindi essere classificato dal minore come affidabile oppure no, amico o nemico, persona da temere o da considerare alleata.

Data la grande mole di materiale riguardante l'abuso sessuale sui minori presente in letteratura e della dispersività delle informazioni ad esso correlate, è stata qui presentata una rassegna delle norme vigenti e degli iter di "buone prassi" da seguire in caso di sospetto abuso sessuale su minore. Ciò che emerge principalmente è la necessità di una collaborazione costante e rispettosa di tutte le figure professionali coinvolte, riconoscendone limiti e risorse per una buona riuscita nella rilevazione del fenomeno e per evitare di sottoporre il minore ad una vittimizzazione secondaria.

Riferimenti Bibliografici

- American Psychological Association (2002). Linee guida per la valutazione psicologica nell'ambito della tutela all'infanzia. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 3, 123-130.
- Di Blasio, P. (2000). *Psicologia del bambino maltrattato*. Bologna: Il Mulino.
- Gulotta, G. & Cutica, I. (2009). *Guida alla perizia in tema di abuso sessuale e alla sua critica*. Milano: Giuffrè Editore.
- Gulotta, G. & Ercolin, D. (2004). La suggestionabilità dei bambini: uno studio empirico, *Psicologia e Giustizia*, 5 (1).
- Malacrea, M. & Lorenzini, S. (2002). *Bambini abusati. Linee guida nel dibattito internazionale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Mazzoni, G. (2000). *La testimonianza nei casi di abuso sessuale sui minori. La memoria, l'intervista e la validità della deposizione*. Milano: Giuffrè editore.
- Montecchi, F. (2005). *Dal bambino minacciato al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*. Milano: Franco Angeli.
- Pagliarosi, C. (2005). Le tecniche dell'interrogatorio e l'audizione protetta di minore abusato sessualmente,

Associazione Italiana di Psicologia Giuridica AIPG.
Roccia, C. & Foti, C. (1994). *L'abuso sessuale sui minori*.
Milano: Unicopli.
Società Italiana di Neuropsichiatria dell'infanzia e
dell'adolescenza (SINPIA) (2007). *Linee guida in tema di
abuso sui minori*. Trento: Erickson.

Corsi e Master



Master in Psicologia Giuridica

edizione: V

durata: 240 ore / 30 giornate formative

frequenza: 15 weekend (sabato e domenica - 9.30/13.30 - 14.30/18.30)

sede di svolgimento: Firenze

destinatari: laureandi e laureati in psicologia

modalità di iscrizione: compilazione della domanda

prossima edizione: gennaio - dicembre 2013

costo: euro 2450

accreditamenti e riconoscimenti: patrocinato dal Ministero della Giustizia

rilascia: Attestato e certificato di frequenza



Corso per CTU e CTP in materia di separazione e divorzio

edizione: XVI

durata: 48 ore / 6 giornate formative

frequenza: 3 weekend (sabato e domenica - 9.30/13.30 - 14.30/18.30)

sede di svolgimento: Firenze

destinatari: laureandi e laureati in psicologia

modalità di iscrizione: compilazione della domanda

prossime edizioni: primavera 2013 / autunno 2013

costo: euro 600

rilascia: Attestato di frequenza

Sede di Firenze
Tel. 055 2479220
Fax 055 2477263
eMail segreteria@spc.it
www.spc.it



**Scuola di
Psicoterapia
Comparata**

Fondata da Patrizia Adami Rook



QUASI PRETE, QUASI MEDICO

di Patrizia Adami Rook

Fondatrice Scuola di Psicoterapia Comparata

L'articolo è tratto da *Simposio, Rivista di Psicologi 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. "Tì 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, ovverosia 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 Super-io 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 ovverosia 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.

“GIOVANI ARRABBIATI”, L'ARTE COME SPECCHIO DELL'ANIMA

di Valeria Criscenzo, Maria Caterina Pascolo, Chiara Spurio
dottori in psicologia, tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

A Palazzo Strozzi di Firenze, dal 12 marzo al 17 luglio 2011, sono state in mostra le opere giovanili di tre artisti che segneranno il percorso della storia dell'arte dal neoclassicismo alla modernità: Dalì, Mirò e Picasso.

La mostra era strutturata ripercorrendo metaforicamente un viaggio indietro nel tempo, come un film a flashback: l'esposizione delle opere non segue un ordine cronologico bensì un percorso inverso, dal 1926 al 1900.

Perché questa scelta? Non è possibile stabilire un punto di partenza comune per i tre artisti ma si può fissare un punto d'arrivo da cui prende avvio la mostra, ovvero l'incontro fra Picasso e Dalì nel 1926, quest'ultimo giovanissimo (nato nel 1904, è poco più che ventenne), l'altro già da lungo tempo dominatore della scena artistica parigina. La mostra prende in esame il periodo pre-cubista di Picasso con suoi lavori anteriori al 1907, mentre le opere di Mirò realizzate fra il 1915 e il 1920 sono presentate in relazione con quelle di Dalì del quinquennio 1920-1925 per porre in evidenza le differenze e relazioni stilistiche che caratterizzano il periodo precedente all'adesione dei due artisti alla poetica del Surrealismo. Aspetti fondamentali del movimento sono la rivalutazione della componente prerazionale e irrazionale della creatività umana e la liberazione delle pulsioni dell'inconscio: un rifiuto della logica e delle strettoie della civiltà a favore di una totale libertà di espressione.

Obiettivo della mostra è quello di comprendere come Dalì e Mirò siano stati influenzati dalla rivoluzionaria invenzione del cubismo da parte di Picasso nel 1907. Questa storia può essere raccontata solo iniziando quando sono essi

stessi giovani artisti. Dalì ha ventiquattro anni quando dice di aver incontrato Picasso nel 1926, Mirò venticinque quando lo conosce nel 1920.

Il percorso espositivo era suddiviso in quattro periodi o “pensieri”. Nella prima sala erano esposte le opere relative al Primo Pensiero, “Quando Dalì dice di aver incontrato Picasso – Parigi, 1926”, in particolare si trovavano quadri di Dalì, fra cui il monumentale e raramente esposto *Accademia neocubista* (1926), e di Mirò, come il *Pittura poema* (1927), dove emerge chiaramente la tecnica cosiddetta del “Dream Painting”. La sala successiva, quella del Secondo pensiero “Genius Loci. Mirò Dalì - Madrid, Catalogna, Parigi, 1925-1915”, era idealmente suddivisa in tre parti che esaminavano le relazioni dei due pittori con i generi artistici tradizionali – ritratto, paesaggio, natura morta – e il loro legame con il paese natale e le sue tradizioni. Nella terza sala del pensiero “Quando Mirò incrociò Picasso - Barcellona, 1917 e dintorni”, erano esposte importanti opere di Mirò del 1917, come l'*Autoritratto*, nature morte e paesaggi catalani, insieme alla ricostruzione degli imponenti figurini realizzati da Picasso per *Parade*. Il quarto pensiero “La nascita della modernità. Picasso: origine e trasformazione – Barcellona, Madrid, Parigi, 1907-1895” aveva come protagoniste le opere del giovanissimo pittore, fra cui il Cahier 7, che raccoglie i primissimi schizzi per il suo rivoluzionario capolavoro *Les demoiselles d'Avignon*, e *I due saltimbanchi*, proposta come immagine della rassegna.

Il visitatore era invitato a ripercorrere questo viaggio artistico attraverso “episodi e pensieri” che ne inducevano una riflessione che andava

oltre la semplice osservazione delle singole opere, favorendone una sua partecipazione attiva; nello specifico, il percorso espositivo conteneva alcune didascalie speciali che stimolavano una riflessione introspettiva. Nel suo insieme era possibile immaginare la mostra come una seduta di psicoterapia, in cui l'osservatore, ormai partecipe, esperiva, quasi senza accorgersene, l'opera d'arte attraverso la propria interiorità.

Ma perché “giovani e arrabbiati”?

La mostra esplorava i percorsi dei tre grandi pittori alla ricerca della propria strada in un cammino a ritroso nel tempo. Cresciuti in Catalogna, Picasso, Mirò e Dalì raggiunsero la fama in Francia, dove i primi due scelsero di vivere e costruire la propria carriera, mentre Dalì decise di tornare in Spagna.

L'obiettivo era quello di far risaltare la ribellione dei tre artisti rispetto alle convenzioni dell'epoca: ciascuno di essi è stato un giovane talento emergente, ciascuno cercava di sviluppare un proprio linguaggio e ciascuno guardava a un passato consolidato per inventare un futuro sconosciuto.

I quadri del periodo precubista di Picasso (1900-1905) ed un centinaio di suoi schizzi giovanili ben rappresentano l'approdo a Parigi ad inizio secolo, la nascita della rivista *Arte Joven* a Madrid, tutti avvenimenti che rientrano in un periodo ricco di suggestioni rivoluzionarie e battaglie politiche, ben documentato anche nella sua produzione artistica. Le opere di Mirò in mostra evidenziavano invece il viaggio del giovane catalano nel mondo dell'arte a partire da un radicale rifiuto per la pittura figurativa e il suo rapporto con le classi dominanti. Il pennello di Mirò si scaglia anche contro il cubismo, che in quegli anni è diventato quasi pittura “di maniera”.

Per Dalì la giovinezza coincide invece col quinquennio 1920-25, che precede l'espulsione dall'Accademia del 1926. Poco prima di laurearsi, Dalì si scaglia contro i professori dichiarando che “nessuno nella facoltà era sufficientemente competente per esaminarlo”.

Il titolo di tale mostra nasce quindi da uno stato d'animo che accomuna i tre giovani artisti e che si evince dalle loro opere fortemente influenzate dal periodo storico in cui sono state realizzate e dal loro stato psicologico.

Le emozioni prevalenti sono la rabbia e la ribellione, tipici di una fase di passaggio nella vita in cui non ancora propriamente adulti, tanto meno bambini, ci si scontra con la ricerca della propria identità e con gli ostacoli e le incongruenze della vita reale. A livello evolutivo questo passaggio sancisce la rottura con i canoni di riferimento passati, con il ruolo assunto durante l'infanzia, alla scoperta di nuove dimensioni del sé che consentano una più complessa e utile esplorazione della propria identità.

Conoscere attraverso il contrasto, violare per scoprire se invece l'adesione non sia più congeniale, sperimentare i propri limiti per assicurarsi se coincidano con quelli collettivamente riconosciuti, ma anche, su un piano più vasto, dire “no” per comprendere quali siano le affermazioni che si confanno al soggetto: tutto questo fa parte del percorso adolescenziale.

La condizione di adolescente viene a coprire oggi un arco temporale che corrisponde di fatto all'intera seconda decade dell'individuo ma che può protrarsi anche molto oltre nell'età adulta sia dal punto di vista della continuità e del mantenimento di certi stati mentali, sia nelle modalità di funzionamento sociale e psicologico. Lo spirito di contrapposizione e di protesta, la ribellione e la trasgressione sono stati caratteri peculiari, dal profondo significato simbolico, delle passate generazioni di adolescenti e di giovani, alle prese con il conflitto con le istanze repressive e autoritarie della società dei decenni passati, mentre gli adolescenti di oggi si caratterizzano per una natura più pacifica e conformista.

Così, per i nostri artisti l'espressione artistica diventa una forma di lotta contro una società ed una cultura chiusa e repressiva che si svela attraverso i colori ed i temi che più intimamente tormentano le loro anime. Da Dalì ed il suo conflittuale rapporto con la figura paterna, sino al cupo luttuoso blu di Picasso, passando attraverso la struggente nostalgia di Mirò per i luoghi della beata infanzia, prende vita un percorso espositivo che suggerisce una profonda riflessione sulle relazioni umane, in particolare sui legami affettivi più importanti, come quelli familiari.

È nell'amore e nell'affetto più profondo che gli artisti trovano la loro musa creatrice, che pur si nutre in realtà di rabbia, sofferenza, malinconia. "Non c'è amore senza aggressione" (Lorenz, 1967). Amore e aggressione sono due espressioni di un medesimo istinto, quello di attaccamento che va dalla ricerca di protezione alla paura di una perdita, di un allontanamento della figura di accudimento. Ogni essere umano, ogni soggetto è portato ad arrabbiarsi anche con le persone alle quali tiene di più al mondo. La maggior parte di queste dinamiche relazionali sono state ampiamente analizzate da diversi studiosi.

Ad esempio, Freud (1966) ci parla del tema dell'ambivalenza partendo dai sogni: spesso l'individuo sogna la morte di un parente caro perché inconsciamente la desidera; questo accade perché nei primi anni di vita è possibile provare sentimenti ambivalenti di amore ed odio sia per le figure genitoriali sia per i fratelli. Per Bowlby (1979) il conflitto non è qualcosa di patologico, ma è ciò che fa parte di ognuno di noi. Anche gli stessi animali, come afferma Lorenz (1967), sono soggetti ad impulsi conflittuali.

Rabbia, malinconia e tristezza sembrano essere le emozioni prevalenti che gli artisti esprimono attraverso paesaggi, simboli, nature morte e soprattutto attraverso l'uso del colore.

Tristezza e sofferenza emergono nei quadri di Picasso, come ad esempio *I due saltimbanchi*, che rappresenta la miseria e la disperazione di coloro che vivono ai margini della società. Nella tela, Arlecchino appare assente, pensieroso, il volto inespressivo, nascosto dal cerone di scena; l'assenza di una capigliatura caratterizzante e lo sfondo, suddiviso in larghe zone cromatiche, tanto colorato quanto anonimo, sono tutti elementi che concorrono alla realizzazione di un'atmosfera di grande solitudine. Arlecchino e la sua compagna non comunicano né potrebbero farlo, data la composizione scenica scelta da Picasso. Ognuno dei due personaggi è assorto nei propri pensieri. Gli stessi bicchieri, realizzati quasi come una natura morta indipendente dal resto della composizione, non entrano in relazione con i due saltimbanchi. Il senso di solitudine, che Picasso vuole esprimere attraverso questa sua opera giovanile, è ulteriormente accentuato dalla scelta del colore blu, che oltre a definire lo

sfondo, tinge l'abito di Arlecchino e le ombre sui visi.

L'utilizzo del blu nel quadro *Testa di donna* esprime il tormento dell'artista per la morte dell'amico Casagemas ("ho iniziato a dipingere in blu pensando a Casagemas", cit. Picasso).

Rabbia e ribellione emergono invece nel *Ritratto del padre* di Dalí: il volto severo e austero del padre, privo di colori, si discosta dal Dalí che noi tutti conosciamo.

Ma ancora possiamo osservare il culto della casa paterna dai colori nostalgici di Mirò in *Fornace a Montroig*, luogo dove decise di diventare artista. Gli stessi colori, in particolare il giallo e il verde si ritrovano nel suo *Autoritratto*.

Tutti questi quadri sono espressione delle emozioni inconscie dei tre autori, i quali hanno aderito per un breve periodo al movimento del Surrealismo che si rifà esplicitamente alla psicoanalisi freudiana. L'intento dei surrealisti era quello di arrivare alla creazione di immagini "automatiche" allo stesso modo della scrittura e, quindi, dare sfogo anche ai contenuti di coscienza, come l'inconscio, che sono sopra la realtà (surrealtà). Già in questa antinomia sopra/sotto (cioè il profondo che scandagliava Freud) sta il nocciolo dell'impossibile dialogo. Fra i tre, Dalí era quello che più manifestava un precoce entusiasmo per il mondo dell'inconscio. Quest'ultimo dichiarava di partire da condizioni mentali e percettive alterate; il suo surrealismo si attua mediante un particolare metodo che chiamava paranoico-critico: prima c'è una fase in cui l'artista lascia emergere dal suo inconscio deliri e allucinazioni poi, a caldo, restituisce sulla tela questi fenomeni psichici, o meglio, psicopatologici, senza censure o limiti. Si parla così di automatismo psichico e sappiamo che, per raggiungerlo, lo stesso Dalí si metteva ad osservare una tela bianca anche per ore finché non sopraggiungeva l'ispirazione; dopodiché dipingeva immediatamente ciò che l'inconscio gli suggeriva.

L'esposizione si concludeva con le tre opere che ci mostrano gli artisti come oggi li conosciamo: il capolavoro cubista di Picasso *Donna che piange* del 1937, la *Composizione geometrica* di Mirò del 1933 e lo sconvolgente *Le rose sanguinanti* di Dalí, risalente al 1930. Si trattava di una chiusura originale e dal forte

impatto emotivo, che accompagnava l'osservatore alla fine di un viaggio percorso insieme ai tre artisti, dove si intravedeva la meta raggiunta, la marcata ed incisiva affermazione di quella identità tanto ricercata che, come una dura conquista trionfante, si esibiva nell'ultima sala espositiva. La fine come un inizio, in cui si ritrovava lo stile peculiare ed inconfondibile degli artisti e dove probabilmente andava ricercata la motivazione a visitarne la mostra. Non dovevate aspettarvi di trovare i lavori più famosi di tre dei più grandi protagonisti del novecento; qui potevate scoprire aspetti poco noti e marginali della loro produzione, l'eclettismo ed il coraggio dei pittori-ragazzi, la tenacia con cui hanno saputo costruire il loro linguaggio pittorico. La mostra offriva la possibilità di riscoprire il talento di Picasso, Mirò e Dalì attraverso un percorso unico e profondo che, senza lasciare indifferenti e distaccati, permetteva di vivere l'opera d'arte come specchio dell'anima.

Riferimenti Bibliografici

- Bowlby, J. (1982). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Freud, S. (1966). L'interpretazione dei sogni. In: *Opere*, vol. 3, Torino: Boringhieri.
- Lorenz, K. (1967). *L'anello di re Salomone*. Milano: Adelphi.
- .

DEL GIUDIZIO E DEL POTERE. UN'ANALISI SUL FILM "DOGVILLE"

di Francesco Benigni-Lapo Conti

dottori in psicologia, tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

A Per i conoscitori del cinema di Lars Von Trier è semplice individuare in *Dogville* gli elementi che più caratterizzano questo regista definito da sempre dai critici cinematografici internazionali con l'appellativo "visionario". Il regista danese sin dal suo primo lungometraggio (*Forbrydelsens element*, 1982) ha voluto esprimersi rendendo traballante e incerto il terreno sotto i piedi dello spettatore, costringendolo a riesaminare le proprie certezze e i propri ideali su tematiche vicine e apparentemente marginali quali la quotidianità, ma anche sull'essenza propria della struttura sociale di appartenenza, sulle sue dinamiche, sulla sua vita e soprattutto sulla sua legittimità.

La struttura del film *Dogville* ricorda quella di un romanzo. Il lungometraggio è suddiviso in nove capitoli ed un prologo, raccontato dalla voce fuori campo di un narratore onnisciente.

Il nome del film è dato dal nome del luogo in cui è ambientata la storia, una piccolissima cittadina americana degli anni '30 ai piedi delle Rocky Mountains. Un paese nato accanto a una miniera ormai esaurita, composto da meno di dieci case, una chiesa senza il cappellano, una bottega ed una singola strada che da Georgetown arriva fino a Dogville e lì termina.

Una particolarità di spicco del film, che è probabilmente uno degli elementi che maggiormente rimanda all'attribuzione dell'aggettivo "visionario" al regista, è la scelta scenografica: Dogville si presenta agli occhi dello spettatore come un palcoscenico teatrale, un microcosmo racchiuso nel buio nero della notte, o nella luce totalmente bianca del giorno, dove non si vedono le pareti delle case e neanche la natura o il terreno, ma soltanto un

pavimento nero, utilizzato come una grande lavagna sulla quale sono tracciate delle linee con il gesso che delimitano i ristretti spazi della cittadina e delle abitazioni dei personaggi che, dentro a questo spazio così minimale, si muovono impegnati ed imprigionati nella propria routine. Aprono porte inesistenti, si siedono su panchine che danno sul nulla e arano degli orti che lo spettatore non vede. La telecamera di Von Trier si sposta in questa scarna scenografia, riprendendo Dogville da tutti i punti di vista di una semisfera, come a delimitare i confini di una bolla all'interno della quale vive rinchiusa la cittadina, e nella quale è difficile entrare ed allo stesso modo uscire.

Soltanto in un contesto senza muri che proteggano e nascondano si può veramente mettere a nudo una società e svelarne quindi la reale materia di cui può essere composta. Inoltre, senza muri, tutti i personaggi sono continuamente in scena, come gli attori di una società che, anche se impegnati nella loro quotidianità o semplicemente indifferenti, non possono che essere considerati quali contribuenti al destino della propria comunità.

Il film si apre con l'arrivo di Grace (Nicole Kidman) a Dogville. Quando a seguito di lontani rumori di spari giunge fra le baracche del paese non sappiamo chi sia. È vestita da donna di alta estrazione sociale, i capelli ossigenati, la volpe argentata al collo. È tarda sera, è affannata e impaurita, sta fuggendo e non sappiamo il motivo. Nascondendosi all'interno della miniera dismessa, Grace viene trovata da Tom (Paul Bettany) giovane scrittore e filosofo del paese che capendo di avere a che fare con una fuggitiva le tende una mano in segno di aiuto, proponendole di restare

nascosta a Dogville. Tom definisce la sua attività nella comunità di Dogville come funzionale ad un "riarmo morale" per i cittadini che "sono brave ed oneste persone e bisogna che tornino ad aprirsi, a mettersi nelle condizioni di ricevere un dono. Di mettersi nell'idea che qualcosa possa succedere". Utilizzando la chiesa come sala comunale, Tom indice una riunione con la quale introduce Grace ai cittadini. La comunità di Dogville deve scegliere se accettare un nuovo membro. Affinché i cittadini possano decidere se fidarsi della nuova venuta, la ragazza viene messa di fronte ad un periodo di prova di due settimane al quale sarebbe seguita una votazione da parte degli abitanti del paese per decidere della sua sorte.

Dogville si presenta come una cittadina misera, ma dove le persone si danno da fare e lavorano duramente, dove esistono mezzi di produzione e speculazione: un camion, un negozio, gli attrezzi per lavorare la terra ed un piccolo laboratorio dove bicchieri di vetro a basso costo vengono fresati e rivenduti come se si trattasse di bicchieri di qualità migliore. Dogville non è dunque una sacca di povertà derivante da un fenomeno di emarginazione economica, collegata alla disoccupazione, o a una guerra, ma un esempio di capitalismo degenerato e spento.

Il microcosmo di Dogville è così isolato da non avere rapporti diretti con la ricchezza, per cui non scattano quei meccanismi che muovono l'individuo verso la voglia di possedere ciò che possiede l'uomo più ricco. Non scatta la molla mentale del credere che la propria vita possa migliorare. Gli abitanti di Dogville non hanno in mente nulla da desiderare, ognuno ha il suo compito e il suo posto e non hanno manie di sviluppo del loro possesso materiale. A dimostrazione di ciò, il fatto che quando Grace si propone di contribuire in qualche modo per aiutare le persone nelle varie mansioni, le viene risposto che in realtà non c'è nulla di cui Dogville abbia bisogno.

La miniera dismessa all'entrata del paese lascia dedurre che Dogville fosse stata concepita come città di minatori, quindi nata da un sogno, il sogno americano, nata da un qualcosa che come una miniera ha il bagliore di portare tante ricchezze ma che si esaurisce.

Grace, in fuga dal vero capitalismo, da un mondo governato dal desiderio di ostentare nuovi beni, dove nascono sempre nuovi futili bisogni, trova in Dogville qualcosa che crede essere completamente diverso: gente semplice, spontanea, onesta, che conosce ancora la necessità di un legame umano e sociale, di piccolo scambio e di condivisione. Crede non solo di aver trovato un buon rifugio dai suoi inseguitori, ma anche di aver trovato un posto dove vivere e dove redimersi dalle sue colpe dell'aver fatto parte di una società tanto corrotta. Questi sono i motivi che portano la ragazza a desiderare così ardentemente la sua accettazione da parte di Dogville e per accattivarsi le simpatie degli abitanti si impone di trovare un modo per dare qualcosa in cambio dell'ospitalità, occupandosi per la prima volta "delle cose che non servono a Dogville": una serie di piccole mansioni per allietare il lavoro dei cittadini.

La votazione per far rimanere Grace avviene a porte chiuse all'interno della chiesa. I motivi di discussione sulla decisione sono influenzati soprattutto dalla paura che i cittadini hanno dei gangster che le davano la caccia. Sarebbe stata suonata la campana una volta per ogni voto espresso in favore di Grace, qualora fosse stata presa la decisione unanime, Grace sarebbe potuta restare. Il regista enfatizza questa votazione con le campane per mettere in risalto la presa di coscienza della società di Dogville, che per la prima volta si imbatte in un episodio di democrazia.

La democrazia di Dogville decide di accettare la straniera, e Grace vive un periodo estremamente sereno, con quelle persone così gentili ed oneste, e così diverse dalle persone alle quali era abituata. Adesso la comunità deve trovare un posto a Grace.

Dopo qualche tempo però, nuove ispezioni alla ricerca della fuggitiva arrivano a Dogville e la democrazia della cittadina porta ad una nuova decisione: i rischi sono sempre maggiori nel nascondere la ricercata, quindi deve lavorare di più per ripagare il rischio affrontato, è costretta a fare lavori sempre più frustranti e le vengono imposti ritmi sempre più estenuanti.

Inizia a delinarsi come la democrazia nella società di Dogville ha avuto la funzione di deresponsabilizzare gli individui, contribuendo a creare inerzia sociale.

Si identifica qui il vero principio alla base della mentalità di Dogville: la sopravvivenza di quella società stessa, così com'è, in cui ognuno deve mantenere il proprio ruolo e niente deve cambiare.

Resa in condizione di schiavitù, incatenata per paura di una fuga, ed abusata sessualmente da tutti gli abitanti di sesso maschile di Dogville, Grace continua a giustificare le azioni dei cittadini di Dogville e a perdonarli. Continua a riporre fiducia in Tom che però si dimostra sempre meno capace di risolvere la situazione e troppo legato alla sua realtà sociale per poter prendere una decisione giusta.

La risoluzione arriva quando la cittadina di Dogville, sempre più intimorita dalle continue indagini della polizia decide di denunciare Grace, ma decide di denunciarla ai gangster dai quali stava fuggendo.

All'arrivo dell'auto dei gangster si capisce che il capo dei malviventi è il padre della ragazza. Soltanto a questo punto della vicenda si scopre il motivo della fuga di Grace: il pensiero del padre è fondato su un'etica del potere e della responsabilità tirannica e vede in Grace un logico successore e quindi, un erede capace di usare il suo potere per educare la gente.

L'arrogante padre ritiene arrogante Grace perché perdona la gente. Il concetto di arroganza è qui messo al centro di una concezione parallela della vita. Da una parte l'arroganza del potere, dall'altra l'arroganza del perdono.

Per il gangster, quella di Grace è solo un'illusione di clemenza. Vede nella figlia soltanto un narcisistico perdono che "non serve ad educare i cani che seguono i loro istinti e allappano il loro vomito" ma soltanto a gratificare lei stessa.

In quel momento Grace riesce a mettere a fuoco fino in fondo la vera faccia di Dogville e decide di accettare il potere offertole del padre decidendo di "rendere questo mondo un tantino migliore [...] se c'è una città senza la quale il mondo starebbe meglio è questa qui". Soltanto il cane verrà risparmiato dal massacro.

Durante i titoli di coda del film, sulla colonna sonora di David Bowie "Young American" scorre un montaggio di fotografie di stile giornalistico, rappresentando immagini di civiltà analoghe a quelle di Dogville esistite in quegli anni, nelle quali è centrale il tema della povertà

e dell'emarginazione, alternate a foto dei nostri giorni aventi per soggetto pari condizioni sociali, probabilmente per ricordare allo spettatore che le "Dogville" esistono anche oggi.

Von Trier ha voluto svolgere in questa sua opera una riflessione sull'origine stessa del potere e della struttura sociale, che ha toccato il continente americano. Cause dello sprofondare di Dogville: la democrazia e il profitto. Una civiltà che si arroga il diritto di porre in schiavitù una persona, ed una persona che si arroga il diritto di distruggere una società. Due modus operandi decisamente sbagliati, ma che a quanto pare non possono che richiamare alle nostre menti realtà molto vicine a noi.

Il potere è per sua natura un ordine di responsabilità.

Dogville nasce come primo episodio di una trilogia, attualmente incompleta ma che ha visto dare alla luce il secondo episodio: Manderlay. In questo secondo film, la nostra eroina si ritroverà ad utilizzare il potere a lei conferito per rendere libera una comunità di schiavi di colore. Un lavoro degno di nota che ci sentiamo di consigliare.

Riferimenti

Titolo originale: Dogville

Regia: Lars Von Trier

2. Soggetto: Lars Von Trier

Sceneggiatura: Lars Von Trier

Genere: Drammatico - Sociale

Durata: 135 min.

Anno: 2003

Provenienza: Danimarca

BIOETICA E PSICOTERAPIA

di Carmen Cini

Bioeticista, esperta sociolinguista

Non ci sono fenomeni morali ma solo un'interpretazione morale dei fenomeni
Nietzsche

Se l'etica della psichiatria è stata per molto tempo considerata la Cenerentola della bioetica, in virtù dello stesso pregiudizio che ha fatto considerare per lungo tempo la psichiatria come la Cenerentola della medicina, come possiamo considerare l'etica della psicoterapia? (Cattorini, 2003). La bioetica, come disciplina filosofica che nasce dall'incontro e dal confronto tra biologia, medicina, psicologia e diritto, si presenta in modo pluriforme, con impostazioni segnate da diversità a volte anche assai profonde e irriducibili. Basti pensare alle complesse discordanze fra vari aspetti: statuto epistemologico, antropologie, teorie, principi, metodologia interdisciplinare, etiche. Anche a concedere motivato credito a una particolare impostazione bioetica rimane un problema: come coniugarla con il tema della psicoterapia? Quello della psicoterapia, più ancora di quello della psichiatria, è un ambito che soffre di una certa negligenza d'attenzione rispetto a altre tematiche bioetiche. Questo anche perché, "i problemi che nascono nell'ambito del trattamento delle malattie mentali, e della psicoterapia in particolare, non sono così vistosi come quelli che hanno favorito lo sviluppo della bioetica presso l'opinione pubblica" (Spinsanti, 2001).

A differenza delle scienze mediche, il campo della psicoterapia non possiede una definizione di normalità definitiva e universalmente accettata. In effetti, i "medici sono nella fortunata posizione di possedere un'idea abbastanza chiara e oggettivamente verificabile di quello che può essere definito il normale funzionamento di un corpo umano. Questo permette loro di identificare eventuali deviazioni dalla norma e li autorizza a

considerarle patologie. Inutile dire che questa conoscenza non li rende anche capaci di curare qualsiasi deviazione; possono però presumibilmente distinguere la maggior parte delle manifestazioni di salute da quelle di malattia" (Watzlawick, 1993). E questo addirittura perché il problema della salute emotiva o mentale di un individuo è una questione totalmente differente in quanto riguarda una convinzione non tanto scientifica, quanto piuttosto filosofica, metafisica o perfino, talora, esplicitamente suggerita da credenze popolari e superstizioni.

Anche in psicoterapia è necessario teorizzare e applicare modelli vari che possano sistematizzare e orientare la comprensione dei fenomeni psichici oggetto di studio e l'approccio diagnostico e terapeutico in relazione a un individuo concreto. Tuttavia, mentre in medicina l'adozione e l'applicazione di un modello ha un carattere di solito fondamentalmente metodologico, i diversi modelli adottati e applicati dalla psicoterapia si rifanno sostanzialmente a qualche comprensione o pre-comprensione di carattere filosofico-antropologico.

Ma esiste un comportamento bioeticamente condiviso da tutti i modelli di funzionamento e di cura del mentale? "Toccando" le corde più intime della persona, l'intervento dello psicoterapeuta può "modificare" la stessa personalità dell'individuo, l'espressione della sua "personeità", cioè di quella qualità di essere persona nella quale "regna" la sua dignità e vige l'obbligo etico universale di rispettarla. Per far questo è necessario anche, nell'ambito della psicoterapia, chiedersi onestamente quali possono essere le conseguenze derivanti dalla scelta e dall'applicazione di un modello teorico

anziché di un altro. Si può ritenere che ciascuna teoria psicologica e modello psicoterapeutico, così come ogni scienza, ritagli un “oggetto” attraverso l’uso dei suoi predicati; questi ultimi individuano i dati, dando loro una specifica interpretazione, elaborandoli secondo metodi ben definiti.

È la cosiddetta questione del “paradigma” come sistema di idee guida che orientano e organizzano una certa idea d’investigazione scientifica. Questo definisce implicitamente quali sono i problemi e i metodi legittimi in un determinato campo di ricerca. Comprende una concezione metafisica del mondo, una teoria generale e le tecniche strumentali. Per cui gli scienziati lavorano all’interno di paradigmi che filtrano e condizionano il loro accesso alla realtà. Così non esistono le osservazioni pure e oggettive, o, come li chiamava Kuhn, gli esperimenti cruciali. Con l’inevitabile conseguenza che rende i paradigmi “incommensurabili”. Perciò le varie tradizioni di ricerca (paradigmi) sono tra di loro incommensurabili, nel senso che qualsiasi dato osservato possiede un determinato significato solamente all’interno di un quadro sistematico di riferimento: la stessa osservazione può apparire prova irrefutabile di una nuova teoria per uno scienziato che opera secondo un certo programma di ricerca, e non significare alcunché per un altro.

Parimenti, bisogna riconoscere che i diversi orientamenti psicoterapeutici, proprio per il loro essere dei paradigmi, non sono facilmente componibili tra loro dal momento che differenti orientamenti teorici possono comportare differenti modelli diagnostici e differenti strategie di trattamento. Non solo, oltre a differenze di tipo complementare (componibili), si danno anche differenze di tipo dialettico (irriducibili). Inoltre, vanno considerate altre variabili in gioco come il contesto socio-culturale e la personalità e storia umana del terapeuta stesso. Anche per questo è necessario esplicitarne i presupposti teorici e, in particolare, l’antropologia sottesa. Il problema non riguarda tanto che alla radice di un determinato modello psicoterapeutico ci sia una determinata antropologia, ma il fatto che non è detto che quella stessa antropologia possa corrispondere alla realtà dell’uomo. Lo psicoterapeuta può esercitare un’influenza

notevole sull’individuo, sulla sua auto-comprensione, sulla sua vita interiore e comportamento esteriore, dunque anche sul suo rapporto con gli altri e inserimento nella società. E tutto questo influsso dello psicoterapeuta sull’individuo è profondamente influenzato a sua volta dalla sua stessa visione antropologica.

I problemi etici della psicoterapia lasciano emergere poi numerose riflessioni ma soprattutto domande. La terapia è indispensabile? La non terapia può comportare rischi? La non terapia avrebbe potuto portare ai medesimi risultati? La scelta del tipo di terapia può generare rischi? L’adesione alla terapia genera danni diretti (iatrogeni)? Il comportamento del terapeuta è sempre corretto? La terapia è onerosa? Ma soprattutto, come è possibile stabilire se vi sia stata veramente un’inadeguata condotta in psicoterapia?

Fermo restando l’annoso problema epistemologico, che sovrasta tutte le terapie basate esclusivamente sulla relazione, la nociva condotta in psicoterapia si evidenzia solo allorché viene esplicitata o manifestata da uno dei due contraenti da cui possono derivare eventuali contenziosi legali. In sostanza, si può essere d’accordo con Klerman (1990) quando afferma che un trattamento psicoterapeutico dovrebbe rispettare cardini di sicurezza, efficacia, appropriatezza. E, escludendo i casi che rientrano in una condizione di truffa o dolo, che non possono essere considerati come l’espressione di “minoranze degne di rispetto” e per i quali il ricorso ai tribunali è legittimo, ci sono casi in cui può sorgere il problema di una “malpractice” che provoca nel paziente un conseguente “danno iatrogeno”. Tale espressione, inizialmente usata in medicina e poi estesa anche alla psicoterapia, si riferisce ai problemi causati dal processo terapeutico e quindi dalle scelte e azioni del terapeuta stesso. Il termine “patologia iatrogena” indica il danno che deriva al paziente dalla pratica della cura e quindi tutte quelle situazioni in cui il peggioramento non è dovuto alla struttura della personalità in terapia ma è conseguenza delle operazioni del curante o comunque emerge nel rapporto paziente-terapeuta. Gli elementi che possono produrlo includono procedure di valutazione, metodi, spiegazioni e interventi che

offendono, scoraggiano, svalutano, ledono l'autodeterminazione del paziente o limitano le di esso capacità e possibilità di cambiamento.

T.B. Karasu (1990) sostiene che le responsabilità specifiche, che in una relazione psicoterapeutica possono configurare una situazione di malpractice e di conseguente “danno iatrogeno”, sono: la scorretta gestione del transfert, la violazione del segreto professionale, la non prevenzione di atti auto e/o etero lesivi, la prassi inadeguata o scorretta. Non solo, altresì capita spesso che terapeuti non si rendano conto del loro “potere” a tal punto che possano in buona fede e inavvertitamente causare danni al paziente. Basti pensare a situazioni in cui un terapeuta definisce “problema” una situazione che il paziente non aveva mai percepito come tale. Oppure allorquando un terapeuta si trova di fronte a pazienti che considerano statici, immutabili e che non hanno alcuna possibilità di cambiare. Accade talvolta che il terapeuta cerchi di far cambiare idea al paziente in tal modo che, violando il principio di autonomia, lo squalificano mancandolo di rispetto. C'è anche chi avanza persino pretese di “avere le chiavi” delle vite dei propri pazienti o chi rafforza il doppio legame col paziente promuovendo la sua dipendenza alla terapia, anziché quella di renderlo eticamente “libero di scegliere”, danneggiandone sia la capacità di estrinsecazione del suo essere assertivo che non ultimo la sua possibilità concreta di mantenere l'onere della cura sul piano economico. Non ultimi, tutti quei casi in cui il paziente, in quanto comunque parte di un processo relazionale di cura di tipo asimmetrico, si trova “costretto” a mantenere il contratto terapeutico spinto implicitamente (talvolta anche esplicitamente) da “pressioni” del terapeuta stesso.

Se poi prendiamo in considerazione la questione relativa alle metodologie e agli strumenti terapeutici utilizzati, pur nel rispetto delle istanze del Codice Deontologico e del rigore morale del terapeuta, si sollevano riflessioni sulla liceità o sulla loro necessità. Questo anche perché, nella determinazione della condizione ottimale cui portare il paziente e delle strategie terapeutiche da adottare, si insinuano opzioni di matrice etica (e, più a monte, antropologica) come ad esempio la possibilità che un'azione trasgressiva venga

permessa o addirittura prescritta come “terapia”. A questo proposito pensiamo al problema etico della liceità di “trattare” un soggetto senza avviarlo alla presa di coscienza attraverso determinate tecniche comportamentali o strumenti di derivazione ipnotica.

Certo è che il concetto di “danno generato nella cura” dovrebbe entrare a far parte del bagaglio teorico di ogni psicoterapeuta, perché solo questa consapevolezza e questa distanza critica e autocritica possono aiutare a non insistere in un'ipotesi clinica, in una linea di intervento anche se questa risulta aderente sia alla propria impostazione teorica che all'andamento della cura.

Così, dopo aver affermato che l'etica, quale insieme determinato di comportamenti, è intrinseca alla scienza in generale e in modo particolare a ciascun paradigma scientifico di spiegazione, e dopo aver riflettuto su come un simile assunto epistemologico possa trovare una concreta applicazione nell'ambito della psicoterapia, è importante rilevare come tutto questo non conduca ad un'autoreferenzialità della scienza. Ma altresì, ne deriva come ciascun modello di spiegazione e relativa metodologia impiegata in psicoterapia di un determinato “oggetto” non possa non tenere conto sia degli altri modelli sia, e ancor più, dell'etica molteplice della società.

La bioetica, in quanto interessata all'orientamento etico dei comportamenti umani che incidono sulla vita sia fisica che psichica, deve continuare la sua seppur complessa opera di discernimento. E forse uno dei maggiori contributi, che può offrire alla coscienza etica di chi opera nel campo della psicoterapia, è appunto quello di aiutare a usare coscienza critica, del modello teorico e applicativo adottato o da adottare, delle sue radici filosofico-antropologiche e, non ultimo, delle sue possibili e non sempre prevedibili conseguenze.

“Forse non c'è nessuna morale”, s'azzardò a osservare Alice.

“Che, bambina,” disse la Duchessa, “in tutto c'è una morale, basta trovarla”

Lewis Carroll

Riferimenti

- Bersoff, D.N. (a cura di)(2003). *Ethical conflicts in psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Bianciardi, M., & Telfener, U. (1998). *Ammalarsi di psicoterapia. Il rischio iatrogeno nella cura*. Milano: Franco Angeli.
- Bloch, S., Chodoff, P., & Green, S.A. (a cura di)(1999). *Etica in psichiatria*, 2 voll. Roma: Percorsi editoriali.
- Cattorini, P., & Foresti, G. (a cura di)(2003). *Gli impulsi del signor S. Psichiatria, psicoterapia ed analisi etica*. Milano: Franco Angeli.
- Conte, H.R., & Karasu, T.B. (1990). Malpractice in Psychotherapy: An Overview, *American Journal of Psychotherapy*, XLIV, 1, January.
- Gius, E., & Coin, R. (1999). *I dilemmi dello psicoterapeuta. Il soggetto tra norme e valori*. Milano: Raffaello Cortina.
- Hutterer-Krisch, R. (a cura di)(2001). *Fragen der Ethik in der Psychotherapie*. Wien-New York: Springer.
- Imbasciati, A. (1994). *Fondamenti psicoanalitici della psicologia clinica*. Torino: UTET Libreria.
- Klerman, G.L. (1990). The Psychiatry Patient's Right to Effective Treatment: Implication of Osherooff v. Chestnut Lodge, *American Journal of Psychiatry*, 147, 4, April.
- O'Donohue, W.T., & Ferguson, K.E. (a cura di)(2003). *Handbook of professional ethics for psychologists. Issues, questions, and controversies*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Piccione, M. et al. (1999). *L'etica nella pratica psichiatrica*. Milano: Masson.
- Schiamone, M. (1990). *Bioetica e psichiatria*. Bologna: Patron.
- Schiamone, M. (1993). *I confini della psichiatria. Aspetti epistemologici e deontologici*. Bologna: Patron.
- Sgreccia, E. (2003). *Manuale di bioetica. Aspetti medico-sociali*. vol. II, pp. 31-110. Milano: Vita e Pensiero.
- Spinsanti, S. (2001). *Bioetica e nursing. Pensare, riflettere, agire*. Milano: McGraw-Hill.
- Zuanazzi, G. (1998). Vita, etica ed esercizio della psichiatria. In A. Scola (a cura di), *Quale vita? La bioetica in questione*, pp. 225-246. Milano: Mondatori.
- Watzlawick, P., & Nardone, G. (1997). *Terapia breve e strategica*. Milano: Raffaello Cortina.

LO PSICOLOGO DI BASE. RIFLESSIONI SULLA PROPOSTA DI LEGGE ALLA LUCE DELL'ESPERIENZA OLANDESE E DELLA SPERIMENTAZIONE ITALIANA

di Massimo Alagna, Massimiliano Casini, Angela Della Malva, Lorenzo Lucidi
dottori in psicologia, tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

Verrà discussa in Parlamento una proposta di legge (n. 3215) per l'introduzione in Italia della figura dello psicologo di base che, nonostante i buoni propositi, sembra non aver raccolto molti consensi da parte degli stessi professionisti coinvolti.

Per questo motivo abbiamo deciso di approfondire alcune esperienze, che in qualche modo avevano già definito questa figura professionale e, nel farlo, è parso lecito domandarsi se siano state considerate nella stesura della proposta di legge il modello olandese e l'esperienza pilota di Solano.

Già Bertini nell'intervista *Verso la fondazione dello psicologo di base* (Felaco, 2011) cita il modello olandese come esempio che da oltre trenta anni va avanti con successo grazie a Derksen, riuscito, con non poche lotte politiche, a far riconoscere lo psicologo di base a livello istituzionale, dando vita ad un servizio estremamente positivo per la popolazione e per il sistema sanitario.

Sulla stessa linea si è strutturata l'esperienza italiana, che nasce da una collaborazione tra la scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università di Roma "La Sapienza", sede di Orvieto, e il Distretto Socio-Sanitario di Orvieto; anche questa si muove all'interno dell'ottica del modello biopsicosociale ed è finalizzata anch'essa ad interventi di prevenzione primaria e secondaria (Caplan, 1969, in Lavanco e Novara, 2002).

Per questo motivo, basandoci sulle due esperienze citate, abbiamo deciso di proporre

degli spunti di riflessione sull'attività di questa figura professionale, sul suo percorso formativo e le basi teoriche del suo lavoro, fino ad individuare delle linee guida che potrebbero servire da spunto per plasmare questa professione in Italia.

Lo psicologo di base (o Primary Care Psychologist, PCP) nasce come figura professionale nei Paesi Bassi alla fine degli anni '70 per offrire un tipo di supporto psicologico a bassa soglia e di prossimità ai potenziali clienti. Ad oggi la copertura assicurativa di base sulla salute di ogni cittadino olandese prevede un totale di 8 sedute annuali (fino ad un massimo di 12 per quelle integrative). I trenta anni di esperienza per questa figura professionale si sono dimostrati molto positivi per vari aspetti, non ultimo quello del risparmio economico per il sistema sanitario nazionale, quantificabile in un 10% di riduzione dei costi per trattamenti somatici registrato nel primo decennio di pratica.

Questo risparmio è in linea con quello del 17% riportato da Solano sulla spesa farmacologica relativa allo studio di un medico, pari cioè a 75000 € in un anno. Secondo lo stesso autore, è ipotizzabile un risparmio analogo su base annua rispetto alla spesa per indagini strumentali e ricoveri ospedalieri (Solano, 2011).

Altra nota positiva è che la richiesta spontanea del servizio sembra aumentare negli anni: nel 2002 in Olanda il 77% dei pazienti era inviato al PCP dal medico di base; nel 2006, invece, è il 60% dei pazienti ad essere inviato dal medico di base, il restante 40% si è presentato

autonomamente (Derksen, 2009). Questo dato potrebbe essere interpretato come un segnale di cambiamento culturale nella percezione dello psicologo, che negli anni diventa una figura più familiare, a cui ci si può rivolgere senza timore di essere stigmatizzati. Nell'ottica del cambiamento culturale, punto di forza della sperimentazione italiana sembra essere la co-presenza di psicologo e medico nello stesso ambulatorio che permette di accogliere la domanda del paziente su più livelli: fisico, psicologico e sociale, e di intervenire tempestivamente sulla richiesta d'aiuto riducendo il rischio della cronicizzazione del disturbo. Vorremmo sottolineare in particolar modo che i pazienti hanno apprezzato che fosse data loro la possibilità di raccontare aspetti della propria vita, spesso erroneamente considerati secondari alla patologia lamentata, determinando un atteggiamento positivo nei confronti di questa nuova situazione. Il maggior tempo dedicato ai pazienti ha contribuito a soddisfare la necessità di un maggior accoglimento, consentendo il superamento di quel pregiudizio nei confronti dello psicologo che anche la proposta di legge auspica ottenere. Dalla collaborazione tra le due figure professionali è emerso come esse potessero "rappresentare una risorsa e un sostegno reciproci in quanto portatori di differenti formazioni e punti di vista che finalmente potevano entrare in dialogo" (Tomassoni e Solano, 2003, p. 87).

Allo stato odierno lo psicologo di base olandese è uno psicologo della salute certificato che, come nella sperimentazione italiana, lavora da generalista ed affronta tutta la gamma di problematiche psicologiche e comportamentali che si presentano negli individui e nelle famiglie attraverso tutto l'arco di vita.

Le caratteristiche di base dell'approccio dello PCP in Olanda ed in Italia sono: la centralità del cliente; l'approccio personale, professionale e di cura; la modalità di lavoro trasparente, a bassa soglia e con percorsi a tappe; l'attenzione esplicita all'attivazione della prevenzione; la cooperazione ravvicinata con il medico di famiglia e con le altre figure professionali di cura (approccio multidisciplinare sul paziente in collaborazione con figure quali: medico di base, *local nurses*, fisioterapisti ed assistenti sociali).

Alla luce di queste considerazioni sulle due

esperienze citate, il ruolo dello psicologo nel SSN è quello di un generalista, che fa ricorso ad interventi a bassa soglia, con obiettivi di prevenzione, promozione della salute ed implementazione delle *life skills* dei clienti/pazienti, all'interno della cornice teorico-operativa del modello integrato biopsicosociale. Il leit-motiv di queste esperienze sembra proprio essere il concetto di promozione della salute affermato nella conferenza internazionale di Ottawa del 1986, ovvero un processo che metta in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e migliorarla dando loro gli strumenti per poter agire attivamente sul loro ambiente.

Nel modello olandese, durante la diagnosi e l'elaborazione del trattamento, grande rilevanza viene data al contesto sociale del paziente ed alle sue relazioni vitali. In quest'ambito lo psicologo verrà in contatto e conoscerà le persone significative del contesto familiare. Risulta altresì importante la facile accessibilità e la disponibilità di questo servizio d'aiuto. Lo psicologo di base offre un aiuto direttivo, veloce e breve; uno screening diagnostico accoppiato con interventi minimi ed a breve termine per testare le ipotesi che sono state fatte; il professionista fa riferimento agli aspetti sani del paziente, ai suoi punti di forza, con l'obiettivo di rivitalizzare e rafforzare le sue capacità di coping.

In genere il PCP conosce ed utilizza diverse ottiche e tecniche di intervento: sistemiche, cognitive, comportamentali, interpersonali e psicodinamiche (approccio integrato). In ogni caso, rimane importante l'orientamento contestuale in cui vengono pesate le circostanze psico-sociali del paziente: famiglia, relazioni, lavoro ed educazione.

Per riassumere, in contrasto con lo specialista, lo psicologo di base è spesso un generalista che non lavora con un preciso metodo psicoterapeutico, un tipo di disturbo o uno specifico gruppo di età. Sulla base di un approccio per fasi, il PCP raggiunge velocemente una diagnosi ed utilizza diverse tecniche provenienti da diversi ambiti terapeutici per lavorare sul disagio. Essendo il focus dell'intervento la persona nel suo contesto, l'approccio che ne deriva è un approccio sistemico. Nel caso in cui si presentino casi di maggior complessità, sia in

Italia che in Olanda, il paziente viene inviato agli specialisti appropriati.

Essenziale ci è parso il percorso formativo per lo psicologo di base olandese, che concorre a plasmare una figura con competenze ed ambito d'intervento specifici. Il training per lo psicologo di base infatti è diverso da quello dello psicologo clinico che ha invece una formazione da specialista.

Lo psicologo della salute olandese ha terminato una specializzazione di due anni dopo la laurea e diventa psicologo di base dopo un ulteriore training di un anno che prevede ogni settimana 4 giorni di lavoro in supervisione ed 1 giorno di lezioni all'università.

Il training consiste in 5 moduli:

1. *Atteggiamento e contesto*: in cui viene sviluppato l'atteggiamento del primary care e le modalità di utilizzo del contesto in cui è inserito il paziente. All'interno di questo modulo largo spazio viene dato all'approccio di promozione della salute. Vengono inoltre trattati ampiamente il modello biopsicosociale che considera le basi biologiche, cognitive, affettive, sociali ed interpersonali della salute e della malattia, il modo di lavorare integrato e contestualizzato, la prospettiva sistemica, il testing delle ipotesi e l'approccio per fasi.
2. *Somatica*: in questo modulo si insegnano i più comuni disturbi somatici, la loro diagnosi, trattamento e progressione. Inoltre ci sono due giorni di corso sulla psicofarmacologia.
3. *Valutazione psicologica*: si apprendono diverse tecniche di valutazione della persona (la classificazione secondo il DSM è centrale), tecniche di screening e testing psicologico, valutazione delle competenze sociali, consultazioni sullo stile di vita, valutazione nell'ottica sistemica.
4. *Trattamento psicologico integrato*: si studia l'approccio del generalista che integra approcci psicoterapeutici diversi. Si approfondisce l'orientamento al rafforzamento degli aspetti sani e dei punti di forza del sistema del paziente. Inoltre si insegnano particolari tecniche volte al miglioramento dello stile di vita, alla promozione della salute, terapie per

le ridotte capacità ad affrontare lo stress e training specifici per le capacità sociali.

5. *Prospettiva di sviluppo*: si approfondiscono teorie sullo sviluppo umano con enfasi sull'approccio sistemico per il trattamento di bambini ed adolescenti.

Sul versante italiano, nella proposta di legge in analisi non è previsto un iter formativo specialistico, anche se, nella sperimentazione di Solano, sono stati inseriti nel ruolo di psicologi di base gli studenti della Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute.

Alla luce di queste due esperienze commentiamo di seguito la proposta di legge e offriamo degli spunti su cui riflettere.

- In merito alla "salvaguardia della salute psicofisica" (citato all'articolo 1 della proposta) si ritiene che la sua tutela sia stata per troppo tempo interpretata in modo riduttivo come diritto alla cura, come assenza di malattia e non come un diritto che preveda prima di tutto interventi di prevenzione e promozione della salute stessa.

Nel testo si riconosce l'importanza della figura dello psicologo nella prevenzione e nella tutela della salute, ma nella realtà dei fatti giungerebbero allo psicologo di base "i pazienti che denotano disturbi o problemi psichici".

- Quando si parla, invece, di "indirizzare il paziente a uno psicologo di base" (introduzione alla proposta) da parte del medico, l'invio sarebbe prescritto e non proposto per cui la motivazione si dimostrerebbe scarsa e la domanda viziata. Se invece, come nell'esperienza di Solano, le due figure lavorassero, almeno negli stadi iniziali, in co-presenza diventerebbe possibile intervenire in fase precoce o iniziale evitando lo strutturarsi ed il cronicizzarsi di disturbi psicosomatici: "un'importante funzione che lo psicologo di base svolge, è proprio quella di intercettare e/o captare precocemente, attraverso un'accurata analisi della domanda di salute posta dal paziente, eventuali disagi psicologici non esplicitati o non ancora emergenti" (Mundanu, 2007, p.10).

Inoltre non appare chiaro dalla legge se il potenziale paziente possa o meno rivolgersi

di sua spontanea volontà allo psicologo di base. Questo lascerebbe maggiore libertà e responsabilità all'individuo favorendo davvero il superamento del pregiudizio nei confronti degli psicologi.

L'invio inoltre stigmatizzerebbe e reificherebbe il sintomo, rendendo quindi più difficile l'approccio di prevenzione e promozione della salute.

- Il riferimento al pagamento di un ticket fa sì che la figura dello psicologo non sia più di base ma diventi quella di uno specialista, vanificando così gli obiettivi stessi del ruolo. La possibilità di accesso alle due figure dovrebbe invece essere equivalente e dovrebbero essere entrambe incluse nelle prestazioni gratuite "di base" del SSN.
- Nella proposta di legge si riscontra confusione tra la figura di psicologo di base, psicologo clinico e psicoterapeuta. L'obiettivo principale dello psicologo di base dovrebbe essere quello di attuare un intervento di primo livello rivolto soprattutto a quelle persone che non hanno ancora sviluppato una patologia, che hanno sviluppato una somatizzazione del disturbo oppure che nascondono altre necessità dietro alla continua richiesta di farmaci o di visite specialistiche con lo scopo di implementare le loro life skills e capacità di coping.

In questa direzione sembra andare solo il passaggio nell'introduzione alla proposta di legge in cui si parla di prevenzione e della "necessità di un salto culturale con riferimento al ruolo degli psicologi nella tutela della salute, riconoscendolo come fondamentale". Tale passaggio è stato sottolineato anche da Seligman (2000), laddove, ripercorrendo la storia della psicologia (USA, ndr), spiega come delle tre missioni della nostra disciplina (curare la malattia, rendere migliori le vite delle persone, far riconoscere, sviluppare e potenziare i talenti degli individui) solo la cura della malattia abbia trovato finora il giusto spazio e sia stata studiata e sviluppata a dovere. È anche per questo che lo psicologo viene visto come quello da cui vanno i malati e coloro che soffrono di disturbi psichiatrici.

- Nel testo non vi è nessun riferimento

esplicito ad uno specifico percorso formativo per questa figura.

Innanzitutto non è chiaro se vi sia un periodo obbligatorio d'iscrizione all'albo anche per i medici, come per gli psicologi, di almeno 10 anni, che comunque sembra un arco temporale eccessivamente lungo e limitante.

Pur presumendo uno stesso "trattamento formativo", un periodo minimo di iscrizione all'albo degli psicologi o dei medici non appare condizione accettabile/sufficiente per garantire un buon servizio o assicurare buoni livelli di professionalità. Ci sembrerebbe invece necessario stabilire un iter formativo ad hoc che dia ai professionisti gli strumenti specifici e le conoscenze necessarie per poter svolgere al meglio il proprio ruolo e garantire agli utenti un servizio adeguato.

A maggior ragione per i medici che potrebbero partire leggermente svantaggiati riguardo alle conoscenze psicologiche necessarie.

Inoltre, relativamente alle figure professionali iscritte all'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, Mc Daniel et al. (1990) hanno individuato nelle differenze di linguaggio, nell'uso della storia individuale e familiare, nel paradigma di riferimento, nella durata degli incontri, nel ricorso all'intervento farmacologico, nell'accoglimento della domanda i criteri per rilevare le differenze nello stile di lavoro degli operatori di medicina di base e della salute mentale. Questo risulta in un modo di lavorare ed in un approccio al paziente totalmente differente e ci porta a riflettere sull'utilità di affiancare al medico di base un'altra figura che ha lo stesso stile professionale.

Non dare un'adeguata formazione didattica e personale ai medici che vogliano intraprendere questa carriera può rappresentare un pericolo per la salute dei pazienti che si troverebbero a che fare con un doppione del medico di base e non con uno psicologo che possa veramente occuparsi della loro salute mentale. Una diagnosi o una terapia fatta da un soggetto non adeguatamente preparato potrebbe portare ad un inasprimento delle difficoltà

del paziente se non alla conclamazione di un eventuale disturbo, andando pertanto anche contro ai principi costituzionali dell'art. 32 e ai trattati dell'OMS.

Di contro nell'esperienza olandese abbiamo visto come esista un percorso formativo ben preciso, ad ampio raggio, mirato all'acquisizione di quella cultura e di tutte quelle competenze tecniche, professionali e personali necessarie agli obiettivi di lavoro della figura.

Sulla scia della sperimentazione pluriennale del Prof. Solano, negli ultimi mesi idee e iniziative si stanno concretizzando per sostenere la figura professionale dello psicologo di base in alcune regioni del nord Italia, Piemonte e Veneto. Gli ordini professionali degli psicologi di queste regioni stanno sostenendo e monitorando iniziative e sperimentazioni. L'Ordine degli Psicologi della regione Piemonte ha avanzato una richiesta di finanziamento alla Regione e all'Università, tramite fondi europei, per sostenere un progetto sul benessere psicologico del cittadino, che prevede l'affiancamento dello psicologo al medico di base, per prevenire situazioni di disagio psicologico in crescente aumento (Accossato, 2012). È già partita invece la sperimentazione in provincia di Padova nel comune di Carmignano: dall'inizio del mese di settembre sono attivi due "sportelli dello psicologo di base", a Carmignano stesso e a Gazzo.

Marco Nicolussi, presidente dell'Ordine degli Psicologi del Veneto, impegnato nel monitoraggio e nella raccolta dati relativa alla sperimentazione, in un'intervista su *Il Mattino* del 23 settembre scorso (Comello, 2012), ritiene che grazie al decreto Balduzzi che affianca al medico di base figure professionali in un unico contesto collaborativo, la figura dello psicologo di base che chiama "psicologo per la salute del cittadino" avrà un rapido sviluppo.

Ciò che, secondo Nicolussi, ci si può aspettare dall'affiancamento delle due figure professionali è una maggiore attenzione oltre che per la condizione biologica anche della situazione relazionale e sociale della persona, la possibilità di intervenire nelle prime fasi del disagio psichico collaterale ai sintomi somatizzati, prospettare un accesso diretto allo psicologo per tutti i cittadini e infine limitare la spesa

sanitaria per farmaci e analisi cliniche.

La sperimentazione veneta prevede la collaborazione tra i medici di base dell'Usl 15 di Cittadella e quattro psicologi che tre volte alla settimana ricevono i pazienti inviati dai medici di base, presenti qualora il paziente lo richieda. Le visite durano almeno mezz'ora e l'ambulatorio è aperto per 4/5 ore.

L'iniziativa è sostenuta dal Comune di Carmignano con un finanziamento di 15 mila euro fino a dicembre 2012 quando l'Ordine degli Psicologi riferirà i risultati alla Regione in modo da poter favorire la diffusione del modello ed essere nuovamente finanziata.

La proposta di legge e le sperimentazioni che stanno iniziando mostrano come sia aumentato il bisogno di supporto psicologico e di come la collaborazione delle due figure professionali sia sempre più necessaria.

Riconoscendo quindi i benefici che tale proposta potrebbe portare alla collettività, allo Stato in termini di risparmio ed anche alla figura dello psicologo conferendogli un mandato sociale, ci è però sembrato opportuno e necessario individuare delle lacune e dei punti di riflessione che, sviluppati, renderebbero la legge migliore e la figura dello psicologo di base veramente efficace.

Riferimenti

- AA.VV. (1948). Costituzione dell'OMS. Organizzazione Mondiale della Sanità.
- AA.VV. (1986). Conferenza internazionale sulla promozione della salute, Ottawa, Ontario, Canada, 17-21 Novembre.
- AA. VV. (2010). Proposta di legge N. 3215. Camera dei Deputati, 16 Febbraio.
- Accossato, M. (2012). Lo psicologo nello studio dei medici di famiglia. *La Stampa, Cronaca di Torino*, 7 Novembre 2012: 49.
- Comello, A. (2012). Psicologi di famiglia per combattere il disagio mentale. *Il Mattino, Padova*, 23 Settembre 2012: 23.
- Costituzione della Repubblica Italiana, art. 32.
- Derksen, J. (2009). Primary Care Psychologist in the Netherlands: 30 Years of Experience. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 5: 493-501.
- Felaco, R. (2011). Verso la Fondazione dello Psicologo di Base. Intervista al professor Mario Bertini. *La Professione di Psicologo. Giornale dell'Ordine Nazionale degli Psicologi*, 1: 7-10.
- Lavanco, G. e Novara, C. (2002). *Elementi di psicologia di comunità*. Milano: McGraw Hill.
- Mc Daniel, S.H., Campbell, T.L. e Seaburn, D. (1990)

- Family-oriented primary care: a manual for medical providers.*
New York: Springer Verlag.
- Mundanu, S.D. (2007). *La disciplina della psicologia di base: etica, competenze, attività e formazione.* Testo disponibile al sito: <http://www.studiopsicologia.net>, Aprile 2011.
- Nicolussi Moro, M. (2012). Contro la crisi arriva lo psicologo di base. *Corriere del Veneto*, 23 Settembre 2012: 3.
- Seligman, M. e Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 1: 5-14.
- Solano, L. (2011). Offrire risposte dove emerge la domanda: uno Psicologo di Base nello studio del Medico di Medicina Generale. *Professione di Psicologo. Giornale dell'Ordine Nazionale degli Psicologi*, 1: 11-14.
- Tomassoni, M. e Solano, L. (2003). *Una base più sicura. Esperienze di collaborazione diretta tra medici e psicologi.* Milano: Franco Angeli.

MEDICO DI MEDICINA GENERALE E PSICOLOGO UNA COLLABORAZIONE POSSIBILE?

di Paola Degl'Innocenti, Valentina Nuzzo, Pietro Pellegrini, Giulia Rossi
dottori in psicologia, tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

La medicina ha fatto, negli ultimi decenni, dei grandi passi in avanti: la sempre maggiore disponibilità della diagnostica strumentale, i progressi della ricerca genetica e le nuove frontiere della farmacologia hanno veicolato la scienza medica verso una maggiore focalizzazione sugli aspetti inerenti la sintomatologia organica, ponendo in secondo luogo la globalità della persona e concentrandosi elettivamente sugli aspetti biologici e genetici della malattia e della salute.

La conseguenza di ciò è che sempre più frequentemente le persone che si recano dal medico di medicina generale necessitano di una visione del loro problema maggiormente olistica, che prenda quindi in considerazione gli aspetti biopsicosociali dell'uomo, sia riguardo al suo benessere che alla sua patologia. Per tale motivo ci siamo chiesti se fosse possibile realizzare una forma di collaborazione tra medico di medicina generale e psicologo.

Relativamente esigui sono i lavori in letteratura che si sono concentrati sull'inserimento della figura professionale dello psicologo nel contesto della medicina di base. Tra questi il contributo di Katon (1985) che ha sottolineato come più della metà delle visite negli ambulatori dei medici di base evidenzino problemi di natura psicosociale. Shapiro e altri (1984) sostengono che circa il 25% degli interventi di medicina di base avvengono per disagi mentali, mentre Magill e Garrett (1988) sottolineano che il 60% delle richieste totali di visita per problemi di salute connessi ad un disagio mentale sono rivolte al medico di base e solo il

21% sono rivolte agli esperti della salute mentale. Questi dati sono confermati anche dalla Divisione di Salute Mentale dell'OMS che sulla base dei resoconti di molte nazioni sottolinea come i medici di medicina generale ed i pediatri siano più spesso consultati per problemi inerenti al disagio mentale e al disturbo comportamentale rispetto agli psicologi o agli altri operatori della salute mentale.

La non sufficiente preparazione dei medici riguardo alla prevenzione, alla valutazione e al trattamento del disagio psicologico comporta che la maggior parte delle persone che li consultano per un problema di questo tipo, non riceve un trattamento adeguato o non vengono nemmeno presi in considerazione. A tal riguardo è interessante notare i dati evidenziati dalla letteratura sull'argomento: oltre il 40% di coloro che tentano il suicidio, nelle settimane che precedono l'atto, si rivolgono al medico di medicina generale, esprimendo segnali di disagio psicologico che non vengono colti.

Con l'affermarsi del modello biopsicosociale e quindi della complessità dell'individuo, si mettono in evidenza i limiti dei trattamenti rivolti alla persona che tengono in considerazione uno solo di tali aspetti, pertanto è difficile che un individuo riceva una assistenza adeguata a livello primario se coloro a cui si rivolge lo valutano solo per l'aspetto biologico. Nella salute come nella malattia emerge l'unitarietà dell'individuo intesa come unità psicofisica.

La letteratura evidenzia inoltre che patologie di grande impatto individuale ma anche sociale, come il diabete, le patologie cardiovascolari e l'obesità, sono intimamente legate a stili di vita e fattori psicosociali che non sono trattati con efficacia dalla classe medica, per cui “una conoscenza e una competenza psicologica dovrebbe essere sempre disponibile nei settings di cura primaria della salute” (Diekstra, 1988).

In Europa vi sono iniziative importanti al riguardo: in Olanda l'ipotesi di uno psicologo inserito a livello delle cure primarie prese campo negli anni ottanta del secolo scorso e va avanti con successo ancora oggi; in Italia è da mettere in evidenza l'esperienza di Solano che dura da 10 anni e vede uno psicologo inserito nello studio del medico di base, in orario di ambulatorio, in copresenza con il medico.

A livello legislativo è da sottolineare una proposta dell'Ordine Nazionale degli Psicologi (2007) alla quale segue la proposta di legge “Istituzione della figura professionale dello psicologo di base” presentata il 16 febbraio del 2010.

L'indagine preliminare qui presentata si propone l'obiettivo di sondare l'atteggiamento di alcuni medici di base nei confronti degli psicologi e della psicologia, al fine di valutare una possibile collaborazione nell'ambito delle cure primarie.

Metodo

Per la raccolta dei dati ci si è avvalsi di colleghi adeguatamente preparati sul tema in questione. Il questionario costruito appositamente è stato distribuito nel territorio della Provincia di Firenze e di Catanzaro ad un gruppo costituito da partecipanti che si sono resi disponibili a collaborare. I questionari sono stati consegnati individualmente e ritirati dopo la compilazione, la quale avveniva in modo autonomo. Nessuna delle persone contattate si è rifiutata di compilare il questionario.

Strumento

Per la rilevazione dei dati è stata utilizzata una batteria predisposta sotto forma di questionario auto-compilato all'interno della quale erano inclusi:

- a) una scheda di rilevazione dei dati socio-anagrafici (età, genere, luogo di lavoro, ecc.);
- b) una serie di item al fine di raccogliere le loro opinioni sui comportamenti messi in atto dai medici stessi e sui loro pazienti, come ad esempio:

- “gli psicologi fanno solo chiacchiere”. La scala di risposta in questo caso era una scala Likert a 5 punti, da 1=completamente in disaccordo a 5=completamente d'accordo;
- “percentuale di pazienti che usa psicofarmaci”. È stato utilizzato un item che chiedeva di indicare la percentuale dei pazienti che fanno uso di psicofarmaci;
- “la presenza di uno psicologo di base quanto potrebbe aiutarla a prendere decisioni terapeutiche con alcuni pazienti”. La scala di risposta in questo caso era una scala Likert a 5 punti, da 1=per niente a 5=molto.

c) il questionario, costruito sulla base della Teoria del Comportamento Pianificato (Ajzen, 1988; 1991), è costituito da 28 quesiti finalizzati a rilevare i predittori dell'intenzione del medico di base di indirizzare allo psicologo quei pazienti che lamentano disturbi di tipo somatico non riconducibili unicamente ad alterazioni organiche. Le informazioni che si ottengono sono sintetizzabili in 4 indici: intenzione, atteggiamento, norme soggettive e il controllo comportamentale percepito.

- INTENZIONE. Sebbene non vi sia un rapporto perfetto tra intenzione comportamentale e comportamento effettivo, l'intenzione può essere utilizzata come una misura prossimale del comportamento. A questo scopo abbiamo utilizzato un item singolo

(“Ho intenzione di indirizzare allo psicologo quei pazienti che lamentano disturbi di tipo somatico non riconducibili unicamente ad alterazioni organiche”). I partecipanti dovevano riportare il grado di accordo all’affermazione su scala Likert da 1 a 5.

- **ATTEGGIAMENTI** (verso il comportamento) (diretti/indiretti). L’atteggiamento misura la valutazione complessiva del comportamento (invio dei pazienti allo psicologo). Si presume che siano due le componenti che ne determinano la misura: le credenze sulle conseguenze del comportamento (per esempio, “se indirizzassi allo psicologo i miei pazienti sentirei di fare qualcosa di positivo per loro”) e il corrispondente giudizio positivo o negativo su queste caratteristiche del comportamento (“fare qualcosa di positivo per i pazienti è estremamente desiderabile/indesiderabile”). Gli atteggiamenti diretti sono stati misurati tramite 4 item, mentre quelli indiretti tramite 8 item.

- **NORME SOGGETTIVE** (circa il comportamento) (dirette/indirette). Le norme soggettive sono la stima della pressione sociale ad eseguire o non eseguire il comportamento in questione. Anche in questo caso si presume che siano due le componenti che ne determinano la misura: convinzioni su come le altre persone, che possono essere in qualche modo importanti per la persona, vorrebbero che ci comportassimo (per esempio, “i pazienti in oggetto pensano che dovrei indirizzarli allo psicologo”) e il giudizio positivo o negativo su ogni credenza (ad esempio, “la compliance del paziente ai miei suggerimenti è importante/poco importante”). Le norme soggettive dirette e indirette sono state misurate

tramite 6 item ciascuna.

- **CONTROLLO**

COMPORTAMENTALE

PERCEPITO (diretto/indiretto). Tale indice è la misura in cui una persona si sente in grado di mettere in atto il comportamento. È composto di due aspetti: quanto una persona ha il controllo del comportamento e quanto una persona si sente sicura di essere in grado di eseguire o non eseguire il comportamento. Il controllo comportamentale percepito diretto è stato rilevato attraverso 2 item, mentre quello indiretto è stato misurato tramite 6 item.

- Misure dirette e indirette: ogni variabile predittiva può essere misurata direttamente, per esempio chiedendo agli intervistati il loro atteggiamento generale, o indirettamente, per esempio chiedendo loro l’opinione su specifiche credenze comportamentali e successivamente le rispettive valutazioni.

Partecipanti

L’indagine ha coinvolto 46 medici di base. Dei 46 questionari raccolti ne sono stati eliminati 6 perché incompleti o non rispondenti ai criteri di selezione (i soggetti erano medici specializzandi senza alcuna esperienza effettiva come medici di base). Il gruppo finale ha, pertanto, incluso 40 soggetti di cui 32 (80%) di sesso maschile ed i restanti 8 (20%) di sesso femminile. L’età media è risultata di circa 55 anni, con il più giovane che ne ha 28 ed il più anziano, appena andato in pensione, di 67 anni. Di questi, 8 svolgono la professione in provincia di Catanzaro, la maggior parte ha invece come sede lavorativa Firenze e provincia (tab. 1).

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti

<i>Partecipanti (n = 40)</i>		
	<i>Media</i>	<i>D.S.</i>
<i>ETA'</i>	54.94	8.85
<i>NUMERO ASSISTITI</i>	1319	294.41
	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>
<i>COMUNE</i>		
<i>Agliana</i>	2	5%
<i>Calenzano</i>	6	15%
<i>Davoli</i>	2	5%
<i>Firenze</i>	1	2.5%
<i>Pelago</i>	2	5%
<i>Pisa</i>	1	2.5%
<i>Pontassieve</i>	8	20%
<i>Rufina</i>	4	10%
<i>San Giovanni Valdarno</i>	1	2.5%
<i>Scandicci</i>	1	2.5%
<i>Sesto fiorentino</i>	1	2.5%
<i>Signa</i>	2	5%
<i>Soverato</i>	6	15%
<i>Terranova Bracciolini</i>	2	5%
<i>Informazione mancante</i>	1	2.5%

Correlazione

Dall'analisi dei risultati (tab. 2) emerge innanzitutto una correlazione positiva ($r=.582$; $p=.01$) tra l'anno di nascita e la percentuale di pazienti che fanno uso di psicofarmaci; in altre parole, più i medici di base sono giovani e più il

numero di pazienti che fanno uso di psicofarmaci è alto.

Tuttavia i dati hanno evidenziato una correlazione negativa ($r=-.314$; $p=.05$) tra l'anno di nascita e l'aiuto che la figura dello psicologo potrebbe dare ai medici di base. Si può affermare che più i medici di base sono giovani e meno ritengono d'aiuto la figura dello psicologo.

Altra correlazione negativa ($r=-.468$; $p=.01$) emerge tra l'item "La psicologia fa solo chiacchiere" e la frequenza con cui accadono eventi che portano il medico a sentirsi insicuro sulle decisioni da prendere con i pazienti, ad indicare che quanto più si pensa che la psicologia sia fondata sulle "chiacchiere" tanto meno i medici si sentono insicuri riguardo le decisioni relative ai trattamenti.

Una correlazione positiva ($r=.315$; $p=.05$) è stata trovata tra la frequenza con la quale capita di visitare pazienti che lamentano disturbi organici riconducibili a problematiche psicologiche e la sensazione di essere preparato. Alla luce di quanto detto, è possibile affermare che tanto più i medici visitano pazienti con tali disturbi tanto più si sentono preparati in merito. Si può osservare una correlazione positiva ($r=.437$; $p=.01$) anche tra la frequenza con cui accadono eventi che portano il medico a sentirsi insicuro e l'aiuto che la figura dello psicologo potrebbe dare ai medici di base. L'aspetto può essere interessante, in quanto tanto più i medici si sentono insicuri riguardo le decisioni relative ai trattamenti, quanto più ritengono d'aiuto la figura dello psicologo.

Tabella 2. Correlazioni

	Anno di nascita	Gli psicologi fanno solo chiacchiere	Percentuale di pazienti che usa psicofarmaci
Percentuale di pazienti che usa psicofarmaci	.582(**)		
Quanti dei suoi pazienti avrebbero bisogno di un sostegno psicologico?			.481(**)
Quanti pazienti si rivolgono a lei per problematiche psicologiche?		.337(*)	.349(*)
Quanto spesso le capita di visitare pazienti che lamentano disturbi organici sebbene, secondo la sua opinione, l'origine del malessere è di tipo psicologico?	.377(*)	.491(**)	.370(*)
Quanto spesso si trova ad essere indeciso riguardo a decisioni da prendere nel caso in cui il paziente presenti una problematica psicologica?		-.468(**)	
Quanto riterrebbe utile lo psicologo di base come figura continuativa al pari del medico di base?		-.432(**)	
La presenza di uno psicologo di base quanto potrebbe aiutarla a prendere decisioni terapeutiche con alcuni pazienti?	-.314(*)	-.407(**)	

	Quanti dei suoi pazienti avrebbero bisogno di un sostegno psicologico?	Quanti pazienti si rivolgono a lei per problematiche psicologiche?	Quanto spesso le capita di visitare pazienti che lamentano disturbi organici sebbene, secondo la sua opinione, l'origine del malessere è di tipo psicologico?	Quanto spesso si trova ad essere indeciso riguardo a decisioni da prendere nel caso in cui il paziente presenti una problematica psicologica?
Quanti pazienti si rivolgono a lei per problematiche psicologiche?	.467(**)			
Quanto spesso le capita di visitare pazienti che lamentano disturbi organici sebbene, secondo la sua opinione, l'origine del malessere è di tipo psicologico?	.383(*)	.608(**)		
Mi sento preparato ad affrontare tematiche psicologiche con i miei pazienti.			.315(*)	-.335(*)
La presenza di uno psicologo di base quanto potrebbe aiutarla a prendere decisioni terapeutiche con alcuni pazienti?				.437(**)

** Correlation is significant at the 0.01 level

* Correlation is significant at the 0.05 level

Tabella 3. Regressioni

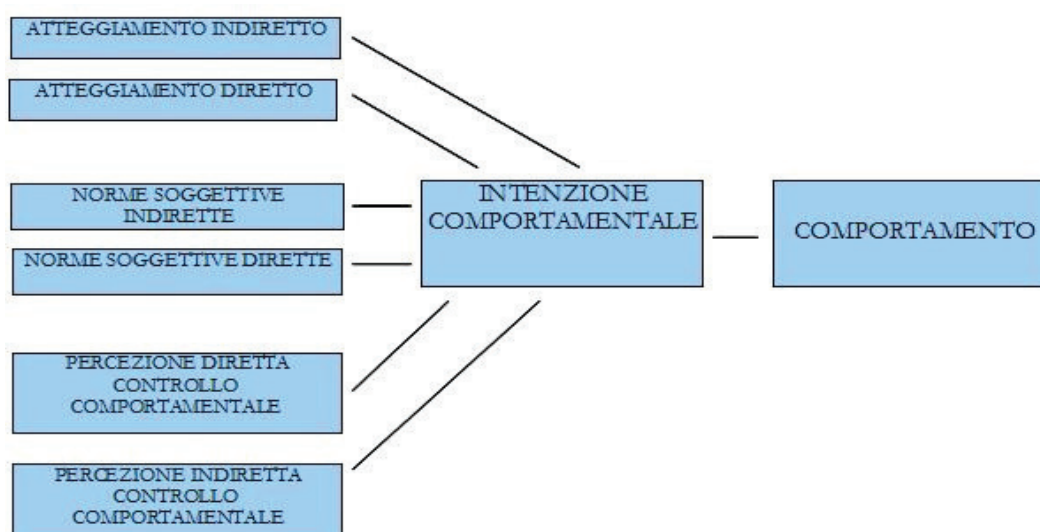
	R ²	R adj	F (df)	Beta	t	Sig
Norme soggettive dirette	.264	.245	13.622 (1, 38)	.514	3.691	.001
Atteggiamento indiretto	.178	.156	8.225 (1, 38)	.422	2.878	.007
Percezione indiretta del controllo comportamentale	.108	.085	4.613 (1, 38)	.329	2.148	.038

Regressione

Al fine di verificare l'intenzione di inviare allo psicologo dei pazienti che lamentano disturbi non riconducibili unicamente a cause organiche a partire dall'atteggiamento, le norme soggettive e la percezione del controllo comportamentale, abbiamo effettuato un'analisi della regressione

lineare (tab. 3, fig. 1). Sulla base dei risultati si nota come i predittori significativi dell'intenzione di inviare allo psicologo i pazienti risultano la variabile delle norme soggettive dirette ($F(1,38)=13,6221$, $p<0,001$), l'atteggiamento indiretto ($F(1,38)=8,225$, $p<0,05$) e la percezione indiretta del controllo comportamentale ($F(1,38)=4,613$, $p<0,05$).

Figura 1. Modello di regressione



Conclusioni

Dai risultati della presente indagine è possibile sostenere, innanzitutto, che l'atteggiamento dei medici intervistati verso la psicologia e gli psicologi è sostanzialmente ambiguo e contraddittorio: nonostante venga dichiarato un atteggiamento positivo nei confronti della psicologia, degli psicologi e verso la figura dello psicologo di base, di fatto i medici non invierebbero allo psicologo i pazienti che si rivolgessero a loro per problematiche psicologiche.

Le ragioni potrebbero essere diverse e possono rappresentare alcuni degli ostacoli più grossi all'introduzione e all'accettazione da parte dei medici della figura dello psicologo di base. La prima ragione potrebbe riguardare il fatto che i medici nel loro percorso formativo non hanno corsi di psicologia clinica e non vengono formati alla relazione col paziente e alla competenza emotiva; ne consegue che i medici spesso fanno solo a grandi linee come lavora uno psicologo. A questo si aggiunge che i corsi ECM seguiti dai medici vengono frequentemente finanziati dalle case farmaceutiche, che incentrano i loro corsi quasi unicamente sugli aspetti tecnici e scientifici riguardanti i farmaci, piuttosto che sulla formazione alla relazione interpersonale.

Una seconda ragione verosimilmente può riguardare il legame molto forte che l'Ordine dei Medici promuove tra i medici stessi; si veda ad esempio l'articolo 57 del codice di deontologia medica che impone al medico di prestare gratuitamente le cure ai propri colleghi. La solidarietà e il legame che lega i medici potrebbe favorire l'invio dei pazienti a colleghi medici piuttosto che ad una figura come lo psicologo, vissuta anche come figura appartenente ad un altro ordine e quindi come figura "non medica". Magari scientifica, valida e attendibile, ma non medica.

Altro punto interessante emerso dallo studio è quello che tanto più i medici di base sono giovani tanto più prescrivono psicofarmaci e

tanto meno ritengono d'aiuto la figura dello psicologo. Questo oltre ad essere probabilmente una diretta conseguenza del percorso formativo dal quale sono appena usciti, potrebbe essere ricondotto ad una percezione illusoria del potere del farmaco che i neolaureati spesso hanno rispetto a medici più anziani e con prolungata esperienza, che meglio conoscono l'effettiva utilità degli psicofarmaci nelle diverse circostanze.

Riferimenti

- AA.VV. (2010). Proposta di legge N. 3215. Camera dei Deputati, 16 Febbraio
- Dijkstra, R.F., e van Egmond, M. (1988). *Suicide and attempted suicide in general practice, 1979-1986*. Acta Psychiatrica Scandinavica, Volume 79, Issue 3, Pages 268-275, March 1989.
- Felaco, R. (2011). Verso la Fondazione dello Psicologo di Base. Intervista al professor Mario Bertini. *La Professione di Psicologo. Giornale dell'Ordine Nazionale degli Psicologi*, 1: 7-10.
- Katon, V. (1985): *Somatization in primary care*. Journal of family practice, 21: 257-258.
- Magill, M.K., e Garrett, R.W. (1988). *Behavioral and psychiatric problems*. In: Taylor, R.B. (Ed), Family Medicine. New York: Springer-Verlag, pp. 534-562.
- Osservatorio Psicologia nei Media (2010). *Lo psicologo che affianca il Medico di base: l'Osservatorio Psicologia nei Media (OPM) su una sperimentazione d'integrazione*. Notizia n. 22296 del 03/12/2010. Testo disponibile al sito: <http://www.osservatoriopsicologia.it>
- Redazione AlmaLaurea (2007). Psicologi al lavoro come i medici base. *Ordine Nazionale Psicologi*, 12/02/2007. Testo disponibile al sito: www.psy.it
- Shapiro, S., Skinner, E.A., Kessler, L.G., Von Korff, M., German, P.S., Tischler, G.L., Leaf, P.J., Benham, L., Cottler, L., e Regier, D.A. (1984). *Utilization of health and mental health services*. Arch Gen Psychiatry, 41: 971-978.
- Solano, L., Pirrotta, E., Boschi, A., Cappelloni, A., D'Angelo, D., e Pandolfi, M.L. (2010). Medico di famiglia e psicologo insieme nello studio: un nuovo modello gestionale dove il sintomo diventa attivatore di risorse? *Italian Journal of Primary Care*, 2, 2.
- Tomassoni, M., e Solano, L. (2003). *Una base più sicura. Esperienze di collaborazione diretta tra medici e psicologi*. Milano: Franco Angeli.

Parole chiave – keywords

Psicologo; Psicologo di base; Medico Generico; Cure Primarie; Atteggiamento; Collaborazione.

Corsi e Master



Come affrontare l'Esame di Stato per Psicologo

durata: 20 ore

frequenza: 1 weekend (venerdì 14.30/18.30 - sabato e domenica 9.30/13.30 - 14.30/18.30)

sede di svolgimento: Firenze

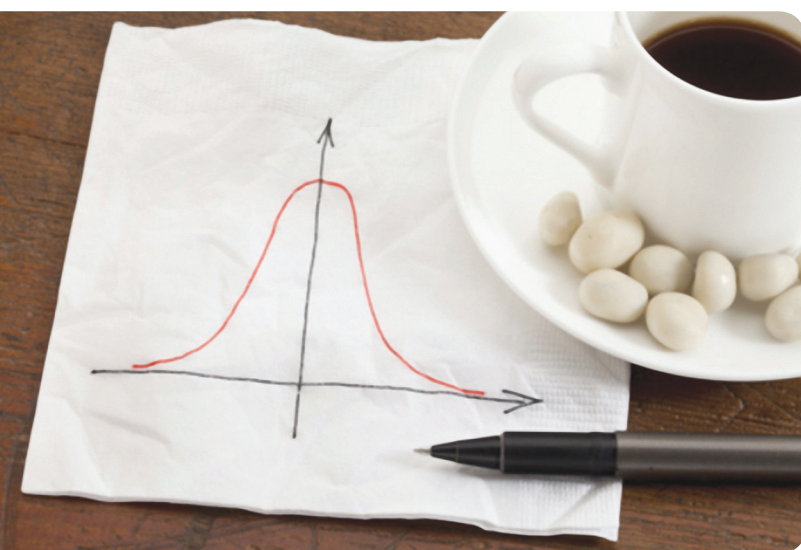
destinatari: laureandi e laureati in psicologia

modalità di iscrizione: compilazione della domanda

prossima edizione: marzo 2013

costo: euro 60

rilascia: Attestato di frequenza



Corso introduttivo all'utilizzo di SPSS

durata: 16 ore

frequenza: 1 weekend (sabato e domenica 9.30/13.30 - 14.30/18.30)

sede di svolgimento: Firenze

destinatari: rivolto a studenti, ricercatori, soggetti impegnati nella gestione di dati e analisi statistica

modalità di iscrizione: compilazione della domanda

prossima edizione: primavera 2013

costo: 80 euro

rilascia: Attestato di frequenza



Corso di Tecniche di Rilassamento Comparate

edizione: I

durata: 20 ore / 10 giornate formative

frequenza: 10 incontri (mercoledì - 17.30/19.30)

sede di svolgimento: Firenze

destinatari: laureandi e laureati in psicologia

modalità di iscrizione: compilazione della domanda

prossime edizioni: gennaio - marzo 2013

costo: euro 300

rilascia: Attestato di frequenza

Sede di Firenze
Tel. 055 2479220
Fax 055 2477263
eMail segreteria@spc.it
www.spc.it



**Scuola di
Psicoterapia
Comparata**

Fondata da Patrizia Adami Rook

