

Ordine degli Psicologi del Piemonte

---

# Orientamenti e innovazioni della Psicoterapia in Piemonte

---



espress

## VISIONI DELLA SCIENZA



Ordine degli Psicologi del Piemonte

# **Orientamenti e innovazioni della Psicoterapia in Piemonte**

A cura di Riccardo Bernardini e Giancarlo Marengo



© 2023 Espress edizioni

Espress edizioni è un marchio di  
Centro Scientifico Arte s.r.l.

Via Borgone, 57  
10139 Torino  
Tel. 011 385.36.56  
info@edizionidelcapricorno.com  
www.facebook.com/espressedizioni  
www.espress.it

Con il contributo dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

ISBN 979-12-80134-52-3

Coordinamento editoriale: Valentina Castellan  
Grafica di copertina: Sara Amateis  
Impaginazione: Sara Amateis  
Stampa: Grafica Veneta S.p.A., Trebaseleghe (PD)

# Sommario

Introduzione	8
Nota curatoriale	16
APF – ACCADEMIA DI PSICOTERAPIA DELLA FAMIGLIA	18
Lacan, Bateson e la clinica dell'incontro: soggetto e famiglia nel modello multigenerazionale dell'APF	
CMTF – CENTRO MILANESE DI TERAPIA DELLA FAMIGLIA	35
Dove mi metto? Lo spazio dell'incontro e il corpo del terapeuta nella pratica clinica	
COIRAG – CONFEDERAZIONE DI ORGANIZZAZIONI ITALIANE PER LA RICERCA ANALITICA SUI GRUPPI	43
Psiche e mondo sociale: epistemologia, tecnica ed etica per una clinica psicoanalitica contemporanea	
EMMECI – CENTRO STUDI DI TERAPIA FAMILIARE E RELAZIONALE	58
Giardini e foreste. Paesaggi relazionali e tecniche analogiche nella pratica clinica e nella formazione	

Dalla psicoterapia dell'individuo alla psicoterapia della persona. Nuovi scenari nella psicoterapia sistemico-relazionale

IBTG – SCUOLA GESTALT DI TORINO

78

La sessuologia della Gestalt

IPAP – ISTITUTO DI PSICOLOGIA ANALITICA E PSICOTERAPIA

93

L'esperienza dell'essere agenti: uno sguardo attraverso la psicoterapia di orientamento junghiano

IPOL – ISTITUTO PSICOANALITICO DI ORIENTAMENTO LACANIANO

108

Far esistere l'inconscio, oggi

IPP – ISTITUTO DI PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

121

Nel sogno, attraverso il sogno: tra Eros e Thanatos

IPSIG – ISTITUTO INTERNAZIONALE DI PSICOPATOLOGIA  
E PSICOTERAPIA DELLA GESTALT

132

La prospettiva di campo nella psicopatologia e nella psicoterapia della Gestalt contemporanea

ITAT – ISTITUTO TORINESE DI ANALISI TRANSAZIONALE E GESTALT

144

L'analisi transazionale tra radici storiche e attualità

SCUOLA MARA SELVINI PALAZZOLI	154
Strategie collaborative (e creative) nella costruzione di «ipotesi sistemiche»	
ISTITUTO MITCHELL	160
Soggettività, soggettualità e senso di sé	
SAIGA – SCUOLA DI INDIVIDUAL-PSICOLOGIA PER PSICOTERAPEUTI	173
Linee attuali di trattamento in adolescenza. Un contributo adleriano	
SAP – SCUOLA ADLERIANA DI PSICOTERAPIA	185
Cooperazione, relazione, gruppo: la visione individual-psicologica dell'uomo e della psicoterapia declinata nell'era moderna	
SGAI – SOCIETÀ GRUPPO-ANTROPOANALITICA ITALIANA	192
Principali elementi di innovazione nella prospettiva gruppo-anthropoanalitica. La cura tra autenticità e inautenticità	
SPP – SCUOLA DI PSICOTERAPIA PSICOANALITICA	206
L'evoluzione della psicoterapia infantile e degli adulti attraverso la formazione e le supervisioni con gli allievi	
STPC – STUDIO TORINESE PSICOLOGIA COGNITIVA E CTC – CENTRO DI TERAPIA COGNITIVA, SEDE DI TORINO	216
La prospettiva cognitivo-costruttivista e relazionale in psicoterapia	



## Introduzione

Nell'aprile 2020 l'attuale consigliatura dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte, insediatasi nel dicembre 2019, ha rivolto un invito alle 24 Scuole di Specializzazione in Psicoterapia piemontesi (divenute in questo momento 27), pubbliche e private, finalizzato alla collaborazione nell'ambito del progetto seminariale sul tema «La psicoterapia nell'era digitale: implicazioni, trasformazioni, prospettive» (all'interno del programma formativo annuale «Psicologia e COVID-19: pensiero, prassi e resilienza»), a beneficio della comunità professionale regionale, costituita da quasi 9000 iscritte e iscritti al nostro albo. In particolare, nella fase più critica della pandemia di COVID-19, si è proposto a ogni Scuola di strutturare e realizzare un webinar incentrato sulle implicazioni, trasformazioni e prospettive della professione psicoterapeutica nel passaggio dal setting in presenza al setting a distanza (telefonico o telematico) e, più in generale, nell'era digitale.

Il tema di quella prima iniziativa nasceva dalla consapevolezza di come l'emergenza sanitaria connessa al COVID-19 ci abbia all'improvviso messi a confronto, globalmente, con la nostra condizione di fragilità. Una situazione che sembrava drammaticamente confermare l'intuizione freudiana dell'origine della sofferenza nel corpo, vulnerabile e soggetto a deperimento: nella natura e nel mondo esterno, capaci di inferire su di noi «con forze distruttive inesorabili e di potenza immane», e negli stessi rapporti interpersonali (*Il disagio della civiltà*, 1929). Al di là della minaccia alla nostra sopravvivenza biologica, la sofferenza maggiore sembra essere stata, negli anni appena trascorsi, proprio a livello delle relazioni: l'isolamento forzato,

il distanziamento sociale, la separazione innaturale dai propri cari nella malattia o nel commiato sono le esperienze più crudeli – pur fondamentali quali strategie di contrasto alla diffusione del virus – a cui siamo stati confrontati. Ci siamo trovati, quindi, non solo con una ferita narcisistica con cui fare i conti, legata alla caduta del senso di onnipotenza a cui la globalizzazione ci aveva forse illuso; ma anche, più nell'immediato, con relazioni familiari da ricomporre, conflittualità di coppia da metabolizzare, nuovi significati – personali e collettivi – da costruire con i propri pazienti e, forse, con una idea di comunità da ridisegnare.

Le ricadute operative dell'emergenza sanitaria sulla disciplina psicologica sono molteplici, delle quali almeno una è stata da subito sotto gli occhi di tutti: dalla didattica online allo smart-working alla telepsicologia, il nostro rapporto con le nuove tecnologie ha subito un'accelerazione impressionante e obbligata. Nel lavoro psicologico, in particolare, il repentino spostamento online di gran parte dell'attività clinica ha imposto un rapido aggiornamento di un'intera comunità professionale. Ci siamo quindi interrogati se, come psicologhe e psicologi, psicoterapeute e psicoterapeuti, possedessimo risorse personali, riferimenti culturali e competenze professionali per accogliere e integrare le vulnerabilità e le sfide di questo periodo, così da rispondere a esse in modo costruttivo, oppure se ci percepissimo solo più abbattuti, feriti e indeboliti. Le visuali da cui le Scuole sono state invitate a intervenire su queste tematiche sono molteplici: dai mutamenti identitari alle ricadute cliniche, dalle considerazioni epistemologiche all'adeguamento degli strumenti, dai cambiamenti nella patologia alle nuove espressioni della sofferenza, dalle evoluzioni del setting al ripensamento della corporeità, alle riformulazioni della nosografia e alle aperture sui nuovi scenari professionali.

Questo primo ciclo di eventi, sviluppato tra ottobre e dicembre 2020, ha coinvolto 22 istituti lungo 19 webinar, raccogliendo oltre 3000 partecipazioni e rispondendo così a un importante bisogno di formazione a distanza, in un periodo particolarmente critico per la nostra comunità regionale e il nostro Paese.

Nel 2021, le Scuole di Specializzazione in Psicoterapia piemontesi, per il secondo anno consecutivo, sono state invitate a collaborare nell'ambito d'un programma formativo a distanza sul tema «Psiche e soma: presenza e assenza del corpo nel lavoro psicoterapeutico».

Il corpo è tra le questioni prioritarie su cui, oggi, la psicoterapia continua a interrogarsi e confrontarsi. La concezione cartesiana, che ha influenzato per secoli il pensiero filosofico, medico e psicologico, ha inteso il corpo come pura estensione (*res extensa*), la cui struttura e il cui funzionamento sono stati ritenuti del tutto indipendenti da quelli della mente (*res cogitans*). Lo psicologo e neuroscienziato António Rosa Damásio, in un celebre libro di quasi vent'anni fa, ha individuato *L'errore di Cartesio* (1994) nell'aver inteso la mente – accessibile soltanto attraverso l'introspezione e l'autoriflessione – come totalmente autonoma rispetto al corpo. Ben prima di Damásio, del resto, la preoccupazione per il rapporto tra psiche e soma ha attraversato il pensiero e la prassi psicoterapeutica sin dai suoi inizi e nelle sue molteplici correnti.

La psicoanalisi classica, per esempio, ha introdotto le nozioni di sintomo di conversione, tratto distintivo dell'isteria, e di pulsione, concetto-limite tra lo psichico e il somatico (Freud); di fantasia infantile sul corpo materno e di gioco come «via regia» per l'inconscio (Klein); e di soma come deposito del ricordo e contenitore di sintomi transitori non pensati (Ferenczi). La psicologia dello sviluppo ha evidenziato l'importanza degli *script* che si costituiscono a partire dalle prime esperienze di attaccamento, nell'ambito delle quali il contatto corporeo è uno degli elementi imprescindibili (Bowlby), individuando nel rapporto contenitore-contenuto (*holding*) il modello alla base di tutte le relazioni umane (Winnicott). La scuola lacaniana ha considerato il corpo nei suoi differenti registri – reale, immaginario e simbolico –, rilevando la significatività dello sguardo dell'Altro come specchio unificante della propria immagine corporea. L'orientamento reichiano ha ipotizzato una identità funzionale tra tensione corporea e problematica psicologica. La Gestalt ha introdotto i «linguaggi segreti» del corpo nella teoria e nella

prassi clinica. L'approccio sistemico ha riconosciuto la profonda valenza di tutto ciò che viene espresso attraverso il corpo, le cui informazioni sono utilizzate come «parola e cura»; la terapia familiare, in particolare, ha guardato al corpo come «organo relazionale», portatore di stili di comunicazione e interazione che si costruiscono col tempo nel contesto familiare. L'analisi transazionale ha osservato gli stimoli reali che il corpo percepisce nel qui e ora dell'ambiente circostante tramite i sensi. La gruppo-analisi ha fatto risaltare come, anche nella dimensione di gruppo, il corpo rappresenti la nostra apertura al mondo e «parli» di noi, della nostra storia tramite gesti, posture, tono di voce, sguardi e silenzi che sempre accompagnano il linguaggio verbale. Caratteristica del modello adleriano, ancora, è ritenere corpo e mente dimensioni di un unico sistema non frazionabile: un'idea di soggetto «indivisibile», che ritroviamo anche nella concezione junghiana di *individuum*, secondo la quale – al di là dell'attenzione attribuita da Jung al controtransfert somatico – «il corpo è altrettanto metafisico dello spirito».

Negli anni più recenti, l'estensione del lavoro psicoterapeutico alle gravi psicopatologie e alle prime fasi dello sviluppo ha ulteriormente incentivato il confronto con situazioni traumatiche iscritte nel corpo e, per questo, difficilmente simbolizzabili e «mentalizzabili» (Fonagy), se non facendo appello a registri di linguaggio non verbali, anche con l'ausilio di tecniche psico-corporee ed espressive (ipnoterapia, psicodramma, danzamovimentoterapia, arteterapia, sandplay therapy, EMDR). L'esperienza clinica porta quindi oggi la psicoterapia a confrontarsi con concetti quali «conoscenze implicite e procedurali», «memorie emotive», «inconscio non rimosso», «setting incarnato», *enactment*. Tra le concezioni più nuove e sfidanti vi è, in particolare, quella di «cognizione incarnata» (Shapiro), che prevede che anche le cognizioni superiori, che comportano un maggior grado di astrazione, siano incarnate (*embodied*) in quanto elaborazioni di esperienze corporee. Le ricadute di questi studi sul pensiero e sulla prassi psicoterapeutica sono molteplici. La prima è l'idea che il «mentale» non sia necessariamente consapevole: anzi, molta parte di esso appare in-

consapevole. La seconda, che rimanda al concetto di «mente estesa» (Bateson), è l'idea che la conoscenza non consista soltanto di processi interni al corpo, ma anche di processi esterni a esso, basati sulle sue capacità sensoriali e motorie: processi che hanno luogo nell'ambiente e che cooperano con quelli interni al corpo, formando con essi un sistema integrato. La terza è l'idea che il «mentale» risulti strettamente interconnesso con l'affettività: le neuroscienze, in particolare, hanno sottolineato il ruolo della componente somatica nell'origine delle emozioni, della coscienza e dell'empatia (Rizzolatti, Gallese), proponendo un superamento delle classiche dicotomie cognizione/emozione e mente/corpo e, diversamente da queste, una visione del funzionamento psichico nei termini di una «mente incarnata» (Varela, Thompson, Rosch).

Com'è stato messo in luce nell'ambito del precedente ciclo seminariale, il repentino spostamento online di molta dell'attività clinica ha imposto al lavoro psicoterapeutico di ripensare tempi e spazi, regole e setting, strumenti e tecniche. In questo transito rapido e, per molti di noi, inedito, che destino ha avuto il corpo? Come si è tradotta la virtualizzazione del corpo nella transizione dal setting in presenza al setting a distanza? Quali implicazioni ha avuto l'assenza d'uno spazio fisico condiviso per contenere l'espressività del corpo nel passaggio al registro telefonico e telematico? Che cosa ha comportato o che cosa comporterà, in termini transferali, il ritorno a un rapporto clinico in presenza? Come si è tradotto, somaticamente, il trauma della pandemia nell'esperienza dei pazienti e, anche, degli stessi psicoterapeuti? Il nostro corpo documenta le trasformazioni della sofferenza nell'epoca attuale e, se sì, come? E, infine, come possono le nuove acquisizioni neuropsicologiche e cliniche sul rapporto mente-corpo informare la prassi psicoterapeutica attuale e del futuro? Per rispondere a questi e ad altri interrogativi, orientati dal tema di fondo della presenza e dell'assenza del corpo – l'«Altro metapsicologico» (Assoun) – nel lavoro clinico, le Scuole di Specializzazione in Psicoterapia, ciascuna con il proprio bagaglio di conoscenze ed esperienze, hanno proposto un nuovo percorso di condivisione e appro-

fondimento, articolato in una ricca serie di webinar affidati a ogni istituto.

Questo secondo ciclo, articolato tra giugno 2021 e gennaio 2022 in 19 webinar, ha coinvolto 22 istituti e raccolto complessivamente più di 1600 adesioni: si tratta di un numero che, seppur inferiore rispetto a quello della prima edizione, è purtuttavia significativo, considerato anche il ridotto arco temporale nel quale, per ragioni organizzative, si sono tenuti gli incontri.

Nel 2022, la quasi totalità delle Scuole di Specializzazione in Psicoterapia regionali ha contribuito a realizzare, sempre su proposta dell'ordine regionale, un terzo ciclo di webinar, intitolato «Psicoterapia e creatività: ricerca, teoria, clinica».

Questo progetto si è affiancato al programma di eventi organizzati dall'Ordine degli Psicologi del Piemonte in collaborazione con la Fondazione Circolo dei lettori, dal titolo *Zone cieche e punti di luce. Le dimensioni psicologiche della creatività*. Tali appuntamenti in presenza, articolati anch'essi nel 2022, hanno inteso sensibilizzare la popolazione più ampia ai linguaggi e alle potenzialità della psicologia, proponendo opportunità di riflessione psicologica su tematiche non strettamente cliniche, ma di respiro biografico e culturale. I webinar proposti nell'ambito del progetto dedicato alle scuole, di taglio più professionalizzante, si sono invece indirizzati come di consueto esclusivamente a psicologhe e psicologi, specializzande e specializzandi in Psicoterapia, psicoterapeute e psicoterapeuti iscritti al nostro Albo.

Obiettivo degli appuntamenti realizzati con le scuole di specializzazione è stato esplorare il rapporto tra psicoterapia e creatività, la presenza e il significato della creatività nel lavoro psicoterapeutico: il suo ruolo e le sue finalità, le sue implicazioni e le sue potenzialità, i suoi presupposti teorici e le sue implicazioni metodologiche, le indicazioni tecniche utilizzate e gli strumenti attraverso cui viene esercitata. Si è considerata l'illustrazione di uno o più casi clinici che mostrino quale ruolo abbia la creatività nell'evoluzione del trattamento psicoterapeutico di un paziente. Sono stati approfonditi aspetti specifici come il gioco in psicoterapia, i rapporti fra arte e cli-

nica, letteratura e cura; il rapporto tra oralità e scrittura in psicoterapia, e la tecnica della scrittura di un caso clinico; l'uso di immagini, metafore e simboli nella clinica; le implicazioni estetiche della cura e altri aspetti ancora.

Questo terzo ciclo di iniziative, realizzato tra giugno e dicembre 2022, si è concretizzato in 20 webinar, con la partecipazione di altrettanti istituti.

Nel 2023, a chiusura del quadriennio formativo promosso dall'attuale Consigliatura, l'Ordine regionale ha formulato alle Scuole di Specializzazione in Psicoterapia un invito finalizzato alla collaborazione nell'ambito di una iniziativa congressuale residenziale, il 7 e 8 ottobre, presso il Centro Congressi Unione Industriali di Torino, sul tema «Orientamenti e innovazioni della psicoterapia in Piemonte». Proponendo un tema più ampio rispetto alle tre pregresse annualità, gli istituti sono stati chiamati a presentare una relazione teorico-clinica, non solo incentrata sulle peculiarità del proprio approccio psicoterapeutico, ma con un particolare interesse, appunto, per i principali e più attuali elementi d'innovazione clinica, teorica o metodologica specifici del proprio orientamento, anche con riferimento ad alcuni temi emersi nel corso delle tre edizioni precedenti di webinar.

Il presente volume documenta le relazioni presentate in tale occasione, mentre le videoregistrazioni di tutte le iniziative realizzate nell'ambito dei quattro cicli formativi sono tuttora fruibili, in differita, nell'area riservata del sito web dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte, accreditabili come autoformazione. Riteniamo che l'articolazione e l'eterogeneità di questo libro siano rappresentative dei tanti e diversi modi di intendere la clinica psicoterapeutica nella comunità delle colleghe e dei colleghi piemontesi: una ricchezza storica, teorica, clinica, metodologica e formativa che fa del Piemonte una regione di eccellenza anche dal punto di vista della pratica e dell'insegnamento della psicoterapia.

ORDINE DEGLI PSICOLOGI – CONSIGLIO REGIONALE  
DEL PIEMONTE

Paolo Fausto BARCUCCI (Consigliere)  
Riccardo BERNARDINI (Segretario)  
Simone CARPIGNANO (Consigliere)  
Giulio CONSOLI (Consigliere)  
Francesca DI SUMMA (Consigliere)  
Manuela LAI (Consigliere)  
Barbara LA RUSSA (Consigliere)  
Andrea LAZZARA (Tesoriere)  
Alessandro LIVELLI (Consigliere)  
Jgor Francesco LUCERI (Consigliere)  
Giancarlo MARENCO (Presidente)  
Daniela Morero (Consigliere)  
Alessandra Emilia RONZONI (Consigliere)  
Francesca SICURO (Consigliere)  
Georgia ZARA (Vicepresidente)



## Nota curatoriale

*Riccardo Bernardini, Giancarlo Marengo*

Il presente libro raccoglie gli atti delle due giornate di studi dedicate agli «Orientamenti e innovazioni della Psicoterapia in Piemonte», promosse dall'Ordine degli Psicologi del Piemonte in collaborazione con le 18 Scuole di Specializzazione in Psicoterapia piemontesi che hanno aderito al progetto. Nell'ambito di tale convegno, che ha avuto luogo il 7 e 8 ottobre 2023 presso il Centro Congressi Unione Industriali di Torino, a ciascun istituto è stato riservato uno spazio di trenta minuti per una presentazione dedicata a uno o più elementi di innovazione clinica, teorica o metodologica nell'ambito del proprio orientamento psicoterapeutico, anche con riferimento ai contenuti condivisi nei cicli seminariali a distanza dei precedenti tre anni, realizzati sempre dall'ordine regionale in collaborazione con le Scuole di Specializzazione in Psicoterapia: «La psicoterapia nell'era digitale: implicazioni, trasformazioni, prospettive» (2020), «Psiche e soma: presenza e assenza del corpo nel lavoro psicoterapeutico» (2021) e «Psicoterapia e creatività: ricerca, teoria, clinica» (2022).

Per il 2023, l'Ordine degli Psicologi del Piemonte ha inteso presentare, in occasione delle sessioni congressuali, il volume miscelaneo *Orientamenti e innovazioni della Psicoterapia in Piemonte*, omaggiandone gli istituti coinvolti, le relatrici e i relatori e tutte le e i discenti intervenuti; per tale ragione, piuttosto che raccogliere gli atti a posteriori, è stato richiesto a ogni scuola di documentare in un breve testo scritto i contenuti che sarebbero stati successivamente trattati e sviluppati in occasione del convegno. Solo in pochi casi i testi qui riprodotti non testimoniano esattamente i contenuti esposti in occasione del

simposio; nella maggior parte dei casi, invece, essi costituiscono una memoria accurata di quanto lì condiviso con il pubblico. I saggi qui raccolti sono ordinati in ordine alfabetico, in base alla denominazione degli istituti, e non secondo un criterio tematico né rappresentativo dell'ordine delle relazioni tenute durante l'incontro.

Ci auguriamo che questa iniziativa editoriale, la cui realizzazione riverbera un fruttuoso e costante dialogo sia con le Scuole di Specializzazione in Psicoterapia piemontesi sia con la Con.S.A.P. (Confederazione delle Scuole Piemontesi di Psicoterapia), renda l'idea, pur parziale, del valore degli interventi attraverso i quali i singoli istituti hanno contribuito all'offerta formativa realizzata dall'Ordine degli Psicologi del Piemonte nel corso del quadriennio coperto dall'attuale consiliatura (2019-2023).

## **Lacan, Bateson e la clinica dell'incontro: soggetto e famiglia nel modello multigenerazionale dell'APF**

*Roberto Garderghi, Emanuele Montorfano*

In questi ultimi anni il nome di Lacan è tornato a circolare in Italia presso un pubblico abbastanza ampio, di non soli addetti ai lavori, grazie ai successi editoriali di Massimo Recalcati.

In Francia e in tutto il mondo francofono il pensiero di Lacan ha esercitato una considerevole influenza dalla metà degli anni Cinquanta agli anni Ottanta, non solo nel campo della clinica psicoanalitica ma anche in quello della psichiatria, della linguistica e più in generale della filosofia europea del XX secolo. Tuttavia le ragioni che ci inducono a riprendere il testo *I complessi familiari nella formazione dell'individuo* non sono di carattere filologico, ma hanno piuttosto a che fare col tentativo, a partire dal testo in cui Lacan affronta direttamente il tema della famiglia, di cogliere aspetti di accostabilità al pensiero di Gregory Bateson e le sollecitazioni e i contributi che possono giungere alla clinica familiare dai suoi lavori.

Lacan è da sempre considerato un autore di non facile lettura, scriveva con una modalità costantemente ricorsiva, destinata a produrre un effetto retroattivo sul suo insegnamento precedente. Il suo stile era così tortuoso ed enigmatico perché voleva essere fedele all'oggetto della sua ricerca: l'inconscio inteso come un sapere, un sapere che non coincide con la coscienza che se ne ha.

*I complessi familiari nella formazione dell'individuo* è tuttavia un testo che consente di avvicinarsi al pensiero del primo Lacan e può aiutare a renderne più comprensibili gli sviluppi successivi.

In particolare, a partire da questo scritto è già possibile mettere in evidenza qualcosa attorno alle implicazioni della consi-

derazione lacaniana della funzione della parola e del campo del linguaggio sul lavoro di cura. La parola è intesa come atto soggettivo, il cui ascolto è ciò che istituisce la terapia. Il linguaggio è inteso come campo nel quale siamo iscritti, in cui si svolge la nostra storia effettiva, luogo del culturale, ma anche dei miti familiari. È dal campo comune del linguaggio che il soggetto trae l'elemento linguistico per farne propria parola, per farne un atto soggettivo.

È nel campo del linguaggio, come riprenderemo più avanti, che avviene l'articolazione tra singolare e collettivo, ed è alla questione di questa articolazione che la clinica familiare attenta alla dimensione del soggetto e ispirata dal pensiero di Gregory Bateson non ha mai cessato di confrontarsi.

Di Bateson sappiamo che fece un tratto di esperienza di analisi con uno psicoanalista junghiano, di Lacan sappiamo dell'interesse con cui accolse gli echi del lavoro di Bateson sul doppio legame: «Avete ascoltato Gisela Pankow parlare di qualcuno che non è l'ultimo arrivato, e cioè Bateson, antropologo ed etnografo, il quale ha dato un apporto a proposito dell'azione terapeutica e che ci ha portato a guardare un po' oltre il nostro naso»<sup>1</sup>. Segue una spiegazione intorno all'importanza della teoria del doppio legame per la genesi delle psicosi.

Chi è Gisela Pankow, citata da Lacan? È una psicoanalista tedesca, naturalizzata francese, che va negli Stati Uniti per cercare di capire la possibile utilità dell'«idea di doppio legame» per la psicoanalisi.

Per Lacan è immediatamente chiaro che «l'idea di doppio legame» abbia a che fare con una «significazione», una significazione che permette alla psicoanalisi di uscire dalle teorie prevalenti nel freudismo nordamericano, ovvero l'idea della nevrosi come «funzione dell'Io debole» e della psicosi come «funzione dell'Io distrutta». Gisela Pankow, in quell'occasione, conosce anche Frieda Fromm-Reichmann. Come noto, il doppio legame (o doppio vincolo) comporta la presenza d'una comunicazione avvertita, dai suoi partecipanti, come paradossale, senza via

---

1. Lacan, J., *Il seminario. Libro V*, Einaudi, Torino 2004, pp. 145-6.

d'uscita, e impossibile da commentare: il giovane abbraccia la madre, lei s'irrigidisce, lui si allontana, lei commenta: «Non devi avere paura dei tuoi sentimenti». Che cosa manca? Il commento del soggetto: «Non ho affatto paura dei miei sentimenti e non attribuirmi i tuoi, per favore». Bateson sostiene che l'uscita dal doppio legame comporta un salto *transcontestuale*, una creazione: la creazione d'una linea di fuga per la schizofrenia.

Ma l'accostabilità tra clinica familiare che attinge all'eredità di Bateson e Lacan non si giustifica soltanto con la metafora di Bateson quando afferma che la visione binoculare, o due diverse prospettive che guardano lo stesso oggetto, consente di cogliere la profondità, una nuova dimensione rispetto alle sole visioni monoculari, che ci parlano ciascuna, rispettivamente, d'un mondo piatto e quindi certo meno complesso.

L'accostabilità tra Bateson e Lacan concerne piuttosto il modo in cui entrambi s'interrogano e lavorano sulla funzione del linguaggio nell'articolazione tra individuale e collettivo, laddove la presa dell'ordine simbolico è responsabile della innegabile innaturalità dell'esistenza umana.

Nei *Complessi familiari nello sviluppo dell'individuo* la famiglia viene dunque descritta da Lacan non solo come luogo della trasmissione della legge, delle istanze sociali, delle strettoie necessarie per accedere al collettivo, ma anche come luogo della costruzione delle condizioni per l'affermarsi delle esigenze del soggetto, assegnando alla complessità dei processi di identificazione che si sviluppano sulla scena del familiare una funzione essenziale per lo sviluppo individuale.

## **La famiglia è un'istituzione culturale e il soggetto non è l'io**

*I complessi familiari nella formazione dell'individuo* viene pubblicato nel 1938 con il titolo *La famille*, nell'ottavo volume dell'*Encyclopédie française*. Jacques Lacan fu invitato da Henri Wallon a redigere l'articolo sulla famiglia. La pubblicazione italiana riprende il titolo originale dato allo scritto dall'autore.

All'epoca Lacan è un giovane psichiatra e psicoanalista, che tuttavia ha già prodotto testi di rilievo: una tesi di dottorato in medicina, del 1932, dal titolo *Della psicosi paranoica nei suoi rapporti con la personalità*, e la relazione dal titolo *Lo stadio dello specchio*, esposta nel 1936 al Congresso Internazionale di Psicoanalisi di Marienbad.

È un testo che precede di quindici anni quello che viene ritenuto l'inizio del suo insegnamento, nel 1953 con *Funzione e campo della parola e del linguaggio in psicoanalisi*, ed è la prima pubblicazione successiva alla presentazione della sua «teoria dello stadio dello specchio», con la rilettura che porta con sé del fantasma di castrazione come proposto da Freud. La «castrazione simbolica» riguarderebbe entrambi i sessi e consisterebbe nella rinuncia all'oggetto primordiale, per avere accesso al simbolico attraverso la parola.

Sarà infatti a partire dallo stadio dello specchio che Lacan andrà in una direzione diversa da quella di Lowenstein, Kris, Hartmann e in generale della «psicoanalisi dell'Io». Mentre essi interpretano l'io come istanza centrale e sintesi della personalità, per Lacan è dall'immagine del proprio corpo che nasce l'effetto psichico della permanenza mentale dell'io, prefigurandone così anche la funzione alienante per il soggetto, in quanto è proprio attraverso una exteriorità che maturerebbe la prima identificazione.

Quest'orientamento a distinguere l'io dal soggetto caratterizzerà la direzione di tutta la sua opera, così come l'opposizione a tutte le forme di ripiegamento identitario che negano l'alterità che ci costituisce e a una psicologia che riporti l'essere umano a una presunta naturalità, riducendolo al suo essere biologico.

Il testo è composto di due parti: nella prima Lacan esamina la questione della famiglia nel suo sviluppo e funzionamento ordinari, mentre nella seconda affronta i risvolti patogeni del familiare nelle psicosi e nelle nevrosi, offrendo di fatto una vera e propria epitome di clinica freudiana.

Nel momento storico in cui i totalitarismi fanno del biologismo la loro ragione identitaria, Lacan sostiene che non esisterebbe alcun fondamento naturale a sostegno di qualsivoglia

configurazione familiare: la famiglia umana è concepita come un'istituzione culturale, come fenomeno sociale. Pur essendo legata alla procreazione, la famiglia è dunque da considerarsi come espressione della presa del culturale sulla naturalità dell'istinto. Non avendo ancora sviluppato la sua teoria sul linguaggio<sup>2</sup>, in questo testo è nel sociale che Lacan colloca la portata umanizzante del registro simbolico, in quanto espressione della predominanza dei fattori culturali, e lo psichismo dell'individuo non può essere pensato avulso dal legame sociale.

### **Il «complesso familiare» come forma paradigmatica del legame sociale**

Nel considerare la famiglia nucleare moderna, composta da padre, madre e figli, come una «contrazione delle istituzioni familiari»<sup>3</sup>, Lacan osserva che dal confronto con le figure parentali scaturiscono reazioni costanti, regolari, che prendono nome di «complessi».

Il complesso è pensato dall'autore come una forma paradigmatica che può assumere il legame sociale: pur permettendo una varietà infinita di comportamenti adattivi, «la loro conservazione e il loro progresso, visto che dipendono dalla co-

---

2. Per Lacan ciò che «umanizza» l'essere umano e in un certo senso lo «denaturalizza», rendendolo soggetto, è l'incontro con il linguaggio. Ogni essere umano è infatti preceduto e determinato dall'esistenza del linguaggio. Si tratta di ciò che è tipicamente umano, il culturale. Ogni essere umano è preceduto dal linguaggio che, in più, prende la forma d'una definizione di lui prima che nasca, prende la forma di aspettative, d'una cultura con cui il nuovo arrivato dovrà giocoforza fare i conti. Di fatto, il parlare s'inserisce tra il soggetto e l'oggettualità circostante, rendendola inaccessibile. Per un essere umano si passa quindi dal continuo del sensibile al discontinuo della parola e del dire. Nel momento in cui il piccolo dell'essere umano inizia a parlare, il linguaggio si pone come mediatore imprescindibile d'ogni esperienza. Se il mondo è insieme uno e molteplice è perché si parla e, se le cose sono ognuna riflessa in se stessa e nello stesso tempo riferite le une alle altre, è per il fatto che non appaiono se non già prese nella rete del linguaggio. Il campo del linguaggio è d'un altro ordine, è altro rispetto al reale dell'oggetto che tenta di afferrare.

3. Lacan, J., *I complessi familiari nella formazione dell'individuo*, Einaudi, Torino 2005, p. 7.

municazione, sono anzitutto opera collettiva e costituiscono la cultura. Questa introduce una nuova dimensione nella realtà sociale e nella vita psichica»<sup>4</sup>. Il complesso costituisce dunque un fattore concreto attraverso cui l'istituzione familiare realizza la trasmissione tra le generazioni: «la famiglia trasmette strutture di comportamento e di rappresentazione il cui funzionamento si estende oltre i limiti della coscienza. In questa maniera la famiglia costituisce una continuità psichica tra le generazioni, la cui causalità è di ordine mentale»<sup>5</sup>. Le proprietà del complesso sono la fissazione e il condizionamento: fissa in momenti diversi dello sviluppo l'esperienza della relazione con le figure parentali, cioè l'esperienza di come queste figure presentano il loro desiderio al bambino, e ripete nel vissuto la realtà così fissata ogni volta che si producono esperienze di carenza.

Per Lacan parlare di complessi significa dunque anche parlare di trasmissione tra le generazioni, e questa trasmissione riguarda essenzialmente ciò che determina i legami, ciò che li può rilanciare, e come essi possano includere un punto di «impossibile», vale a dire come essi non possano comunque eludere condizioni di limite, di mancanza.

I tre complessi che Lacan specifica sono «di svezzamento», «di intrusione» e «edipico».

Il primo fissa nello psichismo la relazione di nutrimento imposta dai bisogni della prima infanzia: costituisce la forma arcaica di *imago* materna e fonda i sentimenti più antichi che legano l'individuo alla famiglia. Spesso lo svezzamento avrà da ripetersi e potrà essere progressivamente liquidato solo in occasione dello scioglimento della dipendenza dal legame familiare.

Tuttavia, è a proposito del complesso di intrusione che Lacan, proprio in questo testo, «risitua il suo *Stadio dello specchio*»<sup>6</sup>, scrivendone per la prima volta dopo averne parlato al

---

4. Ivi, p. 3.

5. Ivi, p. 5.

6. Miller, J. A., *Linee di Lettura*, in Lacan, J., *I complessi familiari ... cit.*, p. 94.



congresso di Marienbad<sup>7</sup>, sviluppando quella che qui diventa un'analisi del «complesso fraterno».

Nel complesso «di intrusione», che si manifesta nel rapporto con il fratello, cioè «il simile», Lacan acutamente rileva come la rivalità sia secondaria rispetto all'identificazione, evidenziando effetti e conseguenze della predominanza delle funzioni visive in questa fase dello sviluppo. Ciò su cui richiama l'attenzione è la vera e propria attrazione esercitata dall'immagine dell'altro. Vi è all'opera quello che in seguito chiamerà il registro dell'immaginario. La captazione dell'immagine dell'altro lascia in una oscillazione senza fine tra la necessità di trovare nello specchio la propria immagine e il prezzo di sentirsi incessantemente pervaso da una rivalità immaginaria, nella confusione tra sé e l'altro, nell'ambivalenza e nell'aggressività dell'essere umano che deve conquistare una prevalenza sull'altro per non esserne annientato, completamente assorbito: «L'io si costituisce contemporaneamente all'altrui nel dramma della gelosia»<sup>8</sup>.

Lacan situa tra i sei e i diciotto mesi l'avvio della costituzione dell'io, che consente al bambino di superare i vissuti di frammentazione attraverso un'identificazione all'immagine riflessa dallo specchio, la quale gli fornisce la forma intuitiva unitaria del suo corpo.

L'investimento del bambino si attua dunque prima ancora che sul proprio corpo, percepito come frammentato, sull'imma-

7. Lacan parla per la prima volta di «stadio dello specchio» nel congresso di Marienbad, come del fenomeno consistente nel riconoscimento da parte del bambino di sei mesi della propria immagine nello specchio. Questo stadio situa la costituzione dell'io unificato nella dipendenza da una identificazione alienante all'immagine speculare e ne fa la sede del misconoscimento. Lo stadio dello specchio è un tentativo di elaborazione d'una teoria che renda conto dell'installazione del primo abbozzo di io attraverso un'identificazione immaginaria, cioè la trasformazione prodotta in un soggetto quando questi assume un'immagine. Ciò che è essenziale per l'assunzione dell'immagine del corpo allo specchio è che il bambino, in braccio alla madre, si volti verso di lei per chiederle di autenticare la sua scoperta. È il riconoscimento di sua madre che con un «sei tu» darà luogo a un «sono io». Lo stadio dello specchio è un crocevia strutturale che presiede: 1. al formalismo dell'io, vale a dire all'identificazione del bambino a un'immagine che lo forma, ma sin dai primordi lo aliena; 2. all'aggressività dell'essere umano, che deve conquistare il proprio posto sull'altro e imporgli a meno di non essere egli stesso annientato; 3. all'installazione degli oggetti del desiderio, la cui scelta si riferisce sempre all'oggetto del desiderio dell'altro.

8. Lacan, J., *I complessi familiari ... cit.*, p. 29.

gine completa dello specchio, sull'altro riflesso nello specchio. Il costituirsi dell'io si originerebbe dunque attraverso l'intrusione dell'altro.

Questa sarebbe la prima identificazione immaginaria, ed è doppiamente alienante anche perché dipende dallo sguardo e dal desiderio che si esprime attraverso la parola della madre: se questo sguardo non lo vedesse e non fosse accompagnato dalle parole di compiacimento della madre, egli non si riconoscerebbe, in quanto per il prodursi di una identificazione non sarebbe sufficiente un registro puramente speculare, occorrerà anche un annodamento di questo al registro simbolico.

L'immagine del corpo giunge a sostituire la realtà del corpo. Ciò che è investito è l'altro nello specchio e nello stesso tempo il desiderio dell'altro (l'altro parlante e perciò abitato dal desiderio); e, attraverso lo sguardo della madre, il bambino potrà assumere il desiderio della madre.

Il complesso di intrusione può dunque rappresentare per la clinica familiare un riferimento utile per riconoscere quanto rimanga di attivo e produttivo di questa condizione di rispecchiamento immaginario, presente tra i componenti d'una famiglia, in quanto la cattura immaginaria non sarebbe mai del tutto evitabile.

La clinica familiare si confronta infatti con la grammatica e la sintassi della specularità presenti all'interno di una storia e di una dinamica familiare, che riguarda anche le convinzioni e le supposizioni sulle rappresentazioni che gli altri componenti della famiglia hanno sviluppato del soggetto ancor prima che egli fosse in grado di conoscersi e che si alimenta costantemente attraverso l'esperienza che il parlare non costituisce mai soltanto «un dire qualcosa», ma rappresenta comunque sempre un «dirlo a qualcuno».

La «gelosia umana», scrive Lacan, costituirebbe infatti «l'archetipo dei sentimenti sociali»<sup>9</sup> poiché attraverso «la simpatia gelosa»<sup>10</sup> il soggetto «riconosce l'altro con il quale lotta o contratta [...] egli ritrova nello stesso tempo sia l'altrui sia l'oggetto

---

9. *Ibid.*

10. *Ivi*, p. 30.

socializzato»<sup>11</sup>, in ciò «si distingue dalla rivalità vitale immediata, poiché essa forma il suo oggetto più che essere determinata da esso»<sup>12</sup>.

Gli sviluppi del complesso di intrusione costituiscono quindi le premesse per il superamento di uno stato narcisistico, cioè la questione della relazione senza soluzione dell'io con la sua immagine. Ed è a proposito dell'Edipo che in questo testo Lacan compie una revisione della teoria freudiana: non sarebbe la minaccia della castrazione fisica a reprimere la tensione verso il godimento della madre, ma la liberazione da quello sguardo che ha donato prematuramente un'immagine che contiene e aliena nel contempo, attraverso la funzione della «*imago* del padre»<sup>13</sup> che si propone come promessa di emancipazione.

L'Edipo offre infatti la possibilità di una identificazione simbolica che consente di contenere e di stabilizzare la sequenza potenzialmente infinita delle identificazioni speculari (io ideale), cioè immaginarie, e consentirebbe il costituirsi di un ideale cui egli può via via approssimarsi nel distacco dal corpo della madre. Ciò che successivamente Lacan teorizzerà come «metafora paterna» si pone quindi come la condizione per cui il bambino è indotto a sostituire l'oggetto del corpo della madre con un simbolo, è indotto a sostituire la propria dipendenza dal desiderio che suppone alla madre e che lo riguarderebbe, quindi a prenderne distanza, quella distanza dall'oggetto che rende soggetti, distanza che se da un lato è interdetto, dall'altro è condizione umana, apertura alla socialità e alla progettualità a partire dall'assunzione della particolarità del proprio desiderio. La funzione dell'Edipo si conclude staccando il bambino dalla fissità dell'adesione al corpo materno o all'immagine speculare del simile, ingaggiandolo in una possibilità di divenire, attraverso l'apertura del soggetto a una rappresentazione ideale di sé (ideale dell'io) a cui non si può che tendere, su cui non si può che scommettere.

---

11. Ivi, p. 29.

12. *Ibid.*

13. Ivi, p. 40.

## Come intendere la complessità del «familiare»?

In questo scritto Lacan ci presenta un modo d'intendere la complessità della questione familiare: il soggetto deve passare attraverso l'altro del tessuto familiare per sapere chi è, tuttavia non si tratta né di un'omologazione, né di un'opposizione, ma piuttosto di una dialettica, un'andata e ritorno.

La questione della «individuazione» viene qui articolata rispetto al passaggio dalla dimensione speculare, dell'immaginario, alla dimensione della simbolizzazione attraverso la parola. Tutto ciò ricorda molto il lavoro di Bowen sull'individuazione. Il soggetto è strutturato della stessa stoffa culturale della famiglia, ma tale stoffa non è di per sé garanzia della verità su di lui.

È quest'operazione di simbolizzazione attraverso la parola che è infatti chiamata a essere rimessa al lavoro quando la clinica familiare si confronta con un sintomo che manifesta il blocco in atto nel processo di sviluppo d'una famiglia, per l'imbrigliamento dei suoi membri nelle oscillazioni e nelle competizioni che originano dalle rappresentazioni immaginarie di ciascuno, e per il posto che si sono ritagliate nel mito identitario familiare.

In ciò la clinica familiare ha la prerogativa di avvalersi di quanto si attualizza nel corso delle sedute e anche delle immagini, ma proprio per riconoscervi ciò che, al di là del visibile, possono rappresentare per ciascun soggetto. È il passaggio per la parola che può consentire l'emancipazione dallo stallo dell'identificazione speculare, della proiezione, e costituire la condizione per aprire a una nuova narrazione, per affacciarsi alla possibilità di un'altra versione.

Il riferimento alla concezione del simbolico e della parola nel pensiero di Lacan non deve tuttavia indurre in inganno, non si tratta di una qualche forma di narrativismo.

Lacan non è un idealista: «All'origine la soggettività non è da un rapporto col reale, ma da una sintassi che il marchio significante genera in essa»<sup>14</sup>. Intendendo con ciò che il soggetto è

---

14. Lacan, J., *Il seminario su La lettera rubata*, in *Scritti*, Einaudi, Torino 2002, p. 47.

tale in quanto in rapporto con un sistema di significanti in relazione tra loro attraverso una propria logica necessaria. Questa logica nulla ha a che vedere con ciò che si vuole significare, ma è invece condizione della «matericità» del significante stesso: lo strumento linguistico di cui ci serviamo per rappresentare il mondo comporta leggi di funzionamento che sono aldilà della nostra intenzione comunicativa e la eccedono. Si può cogliere quindi qualcosa di questa logica non tanto dal «cosa» si dice, ma piuttosto dal «come» lo si dice e «a chi».

Nella seconda parte di questo testo, dedicata alla funzione dei complessi familiari nella patologia, Lacan sottolinea il carattere rivoluzionario della scoperta dei complessi da parte di Freud «perché, in quanto terapeuta, più preoccupato del malato che della malattia, cercava di comprenderlo per guarirlo e s'interessava a quanto era trascurato come 'contenuto' dei sintomi [...] è in questa maniera che Freud è riuscito a decifrare nel contenuto stesso le cause dei sintomi»<sup>15</sup>.

Qui troviamo un articolato lavoro di correlazioni tra sintomatologia e funzionamenti familiari che esprimono «stagnazione dei legami domestici, quando i membri del gruppo familiare rimangono agglutinati dalle loro 'malattie immaginarie'»<sup>16</sup>.

Ai complessi familiari viene riconosciuta una «funzione causale»<sup>17</sup> nel campo delle nevrosi: «incidenze e costellazioni familiari determinano i sintomi e le strutture con cui le nevrosi dividono, introvertono o invertono la personalità»<sup>18</sup>.

Mentre per le psicosi, pur con maggiore cautela, vi riconosce una «funzione formale»<sup>19</sup>: «i temi familiari prevalgono nel delirio per la loro conformità con l'arresto che le psicosi costituiscono nell'io e nella realtà»<sup>20</sup>, considerando «questione [...] ancora oscura»<sup>21</sup> il fatto che possano avere anche un ruolo di causa nel suo determinismo (siamo nel 1938!).

---

15. Lacan, J., *I complessi familiari ... cit.*, p. 62.

16. *Ivi*, p. 78.

17. *Ivi*, p. 53.

18. *Ibid.*

19. *Ibid.*

20. *Ibid.*

21. *Ivi*, p. 59.

Da questo testo emerge una concezione della clinica familiare che non ammette riduzionismi, nel senso che non si può eludere l'articolazione tra singolare e collettivo né con la tentazione di pensare che esista una famiglia ideale in rapporto causale lineare con la salute dei propri membri (o al contrario una famiglia cattiva in rapporto causale lineare con la patologia dei propri membri), né che esista una interiorità «profonda» dell'individuo che nulla abbia a che vedere con il discorso collettivo in cui è situato. La questione è che si tratta di considerare un singolare che non può che trarre il proprio statuto di singolarità come effetto di una relazione con un collettivo.

Questo testo anticipa dunque molti aspetti della teoria che Lacan svilupperà successivamente. Non vi troviamo ancora, per esempio, la teorizzazione attorno alla funzione del Simbolico, nella sua articolazione con gli altri due registri dello psichismo, il Reale e l'Immaginario, ma vi troviamo, quale precursore, il primato del sociale, della cultura, da cui il soggetto trae la propria condizione nello stesso tempo di singolarità e di umanizzazione.

Non si parla ancora di inconscio strutturato come un linguaggio, ma vi si parla di «complessi», termine che raggruppa il livello cosciente e quello inconscio. Soprattutto si parla in questo testo della funzione paterna come di una funzione che non è deducibile dalla biologia, ma che è tipicamente umana: è tramite la funzione paterna che si sviluppano gli ideali e la sublimazione.

Sarà con i lavori successivi, a partire da *Funzione e campo*, che Lacan sosterrà che solo attraverso l'ascolto del modo assolutamente singolare con cui ciascun soggetto non solo parla per «dire qualcosa», ma per «dirlo a qualcuno», dei termini con cui ciascuno tenta di rappresentarsi per il proprio interlocutore, che potrà emergere una parola che abbia la prerogativa di orientare il soggetto oltre la soglia del mondo che gli si è reso visibile, fino a quel momento, attraverso la dimensione immaginaria.

E sarà proprio attraverso l'attenzione per gli elementi apparentemente in-significanti presenti nel discorso di un soggetto che sarà possibile rintracciare la trama che lo lega all'immagi-

nario che ha sviluppato, a partire dal familiare, e con cui potrà manifestarsi in quanto «soggetto dell'inconscio» piuttosto che come espressione del suo io.

La famiglia viene in questo testo colta nello stesso tempo come qualcosa di intimo ma anche come qualcosa di esteriore. Il soggetto intrattiene con la famiglia una relazione, potremmo dire, di *extimité*, per utilizzare un'espressione che lo stesso Lacan utilizzerà anni dopo, cioè l'intimità del soggetto è abitata dall'esteriorità opaca del discorso familiare, che eccede ogni tentativo di padronanza e di trasparenza. In questo modo la famiglia è fuori e dentro: è fuori perché produce un discorso sul nuovo nato che gli preesiste, lo precede e gli s'impone nella forma di aspettative, di miti che lo definiscono, con cui occorrerà per forza fare i conti; è dentro nella misura in cui è dal linguaggio con cui sono tessuti questi discorsi che il soggetto acquisisce quella stoffa simbolica che gli consente di ritagliare il proprio modo singolare di rappresentarsi e di rappresentare il mondo. In questo modo ogni biografia non è mai solo una cronaca di accadimenti, ciò che determina la biografia di ciascun soggetto è il modo singolare in cui vengono rappresentati, detti, gli eventi. E, nello specifico della famiglia, ciò riguarda la rappresentazione di come in primo luogo la madre e il padre hanno presentato il proprio desiderio al bambino.

Il posto del soggetto nella filiazione e l'identità sessuale non sarebbero l'oggetto di un'eredità biologica ma di una trasmissione familiare e sociale in gran parte inconscia. Se il soggetto è immerso «a bagno» nel discorso familiare e non può che costituirsi a partire da esso e dagli altri che sono prima di lui, non ne è tuttavia completamente determinato, nella misura in cui, trattandosi di una trasmissione di ordine culturale, simbolica, sta al soggetto affrancarsi dall'identità assegnata e trovare il proprio posto nella generazione grazie alla possibilità di equivocare e quindi riscrivere questo discorso: un modo di intendere ciò che Lacan chiama proprio in questo testo «un'oggettivazione superiore della realtà»<sup>22</sup>.

---

22. Ivi, p.10.

## L'attualità dell'impegno per una «clinica dell'incontro»

Per dire qualcosa di più attorno al rischio di riduzionismo per cui il testo ci mette in guardia, sembra possibile fare un accostamento tra Bateson a Lacan.

Scrivono Bateson: « il territorio non entra mai in scena. Il territorio è la *Ding an sich*, e con esso non c'è nulla da fare, poiché il procedimento di rappresentazione lo eliminerà sempre, cosicché il mondo mentale è costituito solo di mappe di mappe, *ad infinitum...*»<sup>23</sup>; e ancora: «L'uomo commette l'errore di pensare in modo finalizzato e trascura la natura sistemica del mondo con cui deve vedersela. Questo fenomeno è detto, in psicologia, proiezione»<sup>24</sup>; infine: «la coscienza finalizzata estrae dalla mente totale sequenze che non hanno la struttura ad anello caratteristica della struttura sistemica globale»<sup>25</sup>.

Per quanto con linguaggi e riferimenti epistemologici diversi, i due autori sembrano concordare nel sostenere che:

1. non esiste un «metalinguaggio», direbbe Lacan, non esiste una mappa delle mappe, o un sistema dei sistemi, che ci consenta di dire, cogliere, senza alcun resto, l'oggetto;
2. non saperci fare con questo aspetto significa proiettare, o trattenersi esclusivamente nel registro dell'immaginario, direbbe Lacan;
3. quando l'uomo commette l'errore di pensare in modo finalizzato e trascura la natura sistemica del mondo, la coscienza finalizzata è riduzionistica, proietta semplicemente se stessa.

Nella congiuntura attuale queste considerazioni fanno pensare anche all'enfasi che oggi si pone sulle «procedure» e sui protocolli anche in psicoterapia, alle forme di prevalenza che possono assumere alcuni discorsi, di cui non è in discussione

---

23. Bateson, G., *Verso un'ecologia della mente*, Edizione Mondolibri, Milano 1984, p. 498.

24. Ivi, p. 476.

25. Ivi, p. 474.



il fondamento scientifico, ma piuttosto un modo di porsi da discorsi «forti», fuori da ogni dialettica, come per esempio ciò che accade con lo sviluppo delle neuroscienze. Il rischio è quello di un riduzionismo che riconduce il soggetto a una interiorità meccanica senza misteri, monadica e senza storia.

La psicoanalisi, come l'ha proposta Lacan, e la terapia familiare hanno sicuramente in comune il costituirsi come «clinica dell'incontro» e non della procedura, laddove l'incontro tra terapeuta e paziente, famiglia, rivela sempre il limite del sapere dal quale lo si accosta, si tratta di esperienze al limite del dicibile, oltre il confine del già pensato, e ciò non può che comportare una certa «angoscia», da qui l'importanza del lavoro su di sé nel *training* o di un'analisi personale per un terapeuta.

Nella considerazione dei mutamenti che incontra ciò che chiamiamo «famiglia» è indubbio che attualmente, al diverso riconoscimento della «funzione paterna»<sup>26</sup>, consegua il passaggio da una struttura verticale a una orizzontale. Questione complessa, poiché accanto all'indubbio valore dell'allargamento del riconoscimento dei diritti dei membri della famiglia si annida

---

26. Nel pensiero di Lacan la funzione paterna si articola su tre registri: simbolico, immaginario e reale. Il padre reale (o chi per esso), concreto, con le sue vicissitudini ha il compito di tentare di rappresentare come può il valore simbolico della sua funzione. Sul piano simbolico, il padre è il simbolico stesso, è la presa del linguaggio sul soggetto che rinvia alla legge, all'interdetto, alla separazione dall'oggetto. Al padre reale spetta quindi non tanto di proferire l'interdetto, in quanto strutturalmente già presente, quanto, interponendosi nella relazione tra madre e bambino, di permettere al bambino di avere accesso al proprio desiderio, staccandosi dalla madre. Il padre immaginario è colui al quale fa riferimento tutta la dialettica dell'aggressività, dell'identificazione. È immaginario anche perché è integrato alla relazione immaginaria che forma il supporto psicologico delle relazioni con il simile. L'intervento del padre avviene sotto forma di metafora. Lacan farà appello al concetto di «metafora paterna» per rendere conto della prima sostituzione significativa, quella della madre con il padre. Sarà il suo modo di leggere in maniera strutturale il complesso di Edipo di Freud. In effetti, non si tratta più tanto di insistere sull'interesse iniziale del bambino per la madre e sulla rivalità con il padre che «possiede» la madre; si tratta, per Lacan, di cogliere che l'importanza dello scenario edipico attiene al fatto che, per la prima volta, un altro (il padre o chi per esso) si sostituisce al primo altro (la madre) con il quale il bambino ha avuto a che fare. E questa prima sostituzione costituisce il modello della possibilità di sostituzione generalizzata, in cui la nostra attitudine al linguaggio consiste. Lacan qualificherà invece il desiderio come metonimico, per rendere conto dell'eterna sostituzione d'oggetto che lo organizza. La perdita implicata dal linguaggio farà sì che nessun oggetto potrà colmare questa mancanza e il desiderio da essa causato non potrà sostenersi che nella ricerca di oggetti che si riveleranno così sempre «inadeguati».

il rischio di uno scivolamento dall'uguaglianza all'equiparazione: c'è ancora spazio per una differenza che non sia di valore ma di funzione tra la parola del genitore e quella del figlio? Si può ancora parlare di questa differenza con una funzione logica senza che un genitore possa dire di no, senza temere di abusare e senza che un figlio possa sentirsi tiranneggiato e umiliato? Si tratta di aspetti di estrema attualità, a partire dai quali prendono spesso forma la maggior parte delle *impasse* educative attuali e che introducono a loro volta a qualche considerazione sul mutato rapporto del legame famiglia-società.

Da un lato l'inattualità dell'organizzazione verticale della famiglia rende difficile la trasmissione della rappresentazione della legittimità di un limite possibile, riscontrabile nella differenza dei posti e delle funzioni che si possono trovare nella struttura del legame sociale. Si pensi alle difficoltà che i figli possono incontrare fuori dalla famiglia, come effetto della non scontata legittimità dell'esercizio di funzioni educative, che non possono non contare su un riconoscimento di autorevolezza. Basti pensare alla difficoltà di fare l'insegnante oggi.

D'altra parte, la famiglia incorre spesso in un contenzioso con la società a tutela di un valore dello statuto di esclusività del figlio. La famiglia è diventata un focolaio di contestazione delle regole del funzionamento della vita sociale, di cui il punto di applicazione più tipico è la scuola. Questa orizzontalizzazione della struttura familiare e questo contenzioso aperto con il sociale sembrano due aspetti che manifestano una sorta di privatizzazione della famiglia, quindi la famiglia non più come luogo di iniziazione al legame sociale, ma come rifugio dal legame sociale e dalle rinunce che lo stesso chiede al singolo per poter funzionare come collettivo.

La famiglia diventa area regolata dalla soddisfazione degli affetti, un codice che tende appunto all'esclusività, alla selettività, alla contingenza, rinegoziabile di volta in volta e che trova la sua legittimazione solo nella volontà individuale. La crescente importanza dell'individuo e della sua sfera di vita personale rende meno permeabile la famiglia alla comunità di appartenenza. Pare essere venuto progressivamente meno un linguaggio che

permetta di rappresentare la famiglia come sistema di interdipendenze, in cui la soggettività del singolo sia articolabile in relazione con quella degli altri. Considerando, anche attraverso Lacan, che è la possibilità di raccontare i legami a costituire la condizione per non subire in maniera traumatica le vicissitudini dei legami stessi, potremmo dire che il lavoro con le famiglie ha, oggi più che mai, la necessità d'essere ricondotto a un lavoro di parola, che per avere qualche possibilità di pregnanza è indispensabile possa essere ascoltata e pronunciata per il suo «sorgere», in quanto funzione «terza», nella e attraverso la relazione, proprio per potersi sottrarre agli invischiamenti della dualità immaginaria io-altro, che pone i due termini in alternativa: o io o l'altro.

Un'ultima considerazione va rivolta alla riflessione che Lacan fa sul declino della funzione paterna. Egli legge addirittura la stessa nascita della psicoanalisi come conseguenza della crisi psicologica dovuta all'avvio del declino della *imago* paterna che, non a caso, nasce per il genio di Freud proprio a Vienna, allora centro di uno stato che «era un *melting pot* di forme familiari diversissime [...] e dove sono state le forme di nevrosi alla fine del secolo scorso a rivelare di essere intimamente dipendenti dalle condizioni della famiglia»<sup>27</sup>. Si tratta di uno scritto del 1938: all'orizzonte si affacciavano già i grandi totalitarismi con la loro apologia del biologismo, in cui l'appello della massa alla figura forte del capo, del dittatore, sembrava proprio sopperire alla progressiva «evaporazione» dell'*imago* paterna. Il legame sociale che si profilava era quello della massa, della fusione e della piattatura delle differenze.

---

27. Lacan, J., *I complessi familiari* ... cit., p. 51.

## **Dove mi metto? Lo spazio dell'incontro e il corpo del terapeuta nella pratica clinica**

*Elena Patris*

*Oggi si ficca in testa ai bambini un po' di storia naturale, insieme con un po' di «arte», in modo che essi dimentichino la loro natura animale ed ecologica e l'estetica dell'esser vivi, e crescendo diventino bravi uomini d'affari.*

GREGORY BATESON

Quando s'inizia a fare psicoterapia, come succede per qualsiasi cosa agli inizi, la domanda impellente è: come si fa a fare questo lavoro? Poi, con le prime esperienze, la domanda comincia a riguardare cosa si fa nelle diverse situazioni in cui possiamo trovarci. Col tempo, però, ci si rende conto che, quando ci troviamo di fronte all'altro, con le nostre teorie e le nostre conoscenze, l'ampiezza delle cose nuove che egli ci porta è tale che c'è sempre qualcosa di sorprendente rintracciabile nella singolarità di ogni incontro. Per me, la trasformazione principale nel modo di fare questo lavoro è arrivata quando ho cominciato a chiedermi cosa posso fare io ora qui, all'interno di questa relazione con chi ho di fronte. Quando ho cominciato, cioè, a riconoscere che quello che avviene nella terapia è anche, soprattutto, un incontro tra umanità.

Noi siamo nell'incontro insieme in carne e ossa. E poltrone, arredi, vestiti, strade, case, ricordi, amici, famiglie, social e tutto ciò che riguarda la nostra esperienza nel mondo in cui viviamo. Dire che anche il terapeuta non è immune da questi aspetti può apparire scontato; quello che vale la pena evidenziare è che essi, lungi dal rappresentare un ostacolo

lo, sono il terreno nel quale prende forma lo stile del terapeuta, quel modo di incarnare teorie, modelli e pratiche che fa la differenza tra un terapeuta e l'altro.

Lo stile del terapeuta evoca inevitabilmente il corpo del terapeuta. Nel recente articolo uscito sulla rivista internazionale *Family Process*, Barbetta e Telfener (2021), nel tratteggiare la storia e l'evoluzione del Milan Approach dagli esordi ai giorni nostri, parlano di *corporeal turn*, svolta del corpo, ponendo l'accento sulla necessità per il terapeuta di utilizzare il proprio corpo e la propria intuizione per coniugare l'esplorazione delle premesse, caratteristica del modello, con i fatti che si realizzano all'interno della relazione. Esplicitare la svolta del corpo porta al netto superamento del pregiudizio che considera la terapia sistemica di Milano poco interessata alle emozioni, illuminando l'aspetto immersivo dell'incontro terapeutico come danza dei corpi interagenti. Boscolo e Cecchin venivano chiamati «gli intellettuali della terapia», ma in realtà il Milan Approach si è sempre occupato di corpo, già solo per il fatto di non avere tecniche standard o protocolli da applicare a qualsiasi contesto terapeutico. Ma è soprattutto nell'incontro con il pensiero del biologo Humberto Maturana che il Milan Approach si è arricchito di un'importante premessa, quella che noi, soggetti della conoscenza, siamo prima di tutto esseri viventi che conoscono il mondo attraversandolo con il proprio corpo. Esseri viventi prima ancora che pensanti, diversamente da come ci ha abituato a credere il dualismo cartesiano che considera le emozioni come qualcosa da tenere a bada. In terapia, avere presente questo ci consente di immergerci negli inevitabili processi emozionali senza sentircene in balia, ma considerandoli, semmai, informazioni preziose per comprendere qualcosa di quello che sta succedendo e per costruire il pensiero.

Giovanni Madonna (2003), nel suo prezioso contributo verso un'estetica della cura, nota che l'idea che il terapeuta possa utilizzare la propria sensibilità e le proprie emozioni non è affatto nuova, ma è stata spesso considerata una dote personale, una sorta di talento. Parlare di terapia come esperienza estetica, invece, significa introdurre un diverso modo di intendere e prati-

care la terapia, estetico nel senso batesoniano di «sensibile alla struttura che collega» (Bateson 1984, p. 22). Significa esercitarsi a stare nella relazione, a sentire nel corpo l'effetto di quello che succede nella relazione, a pensare a partire dal proprio sentire, a esitare e insieme osare. Questo non vuol dire che, in nome della spontaneità, si possa fare tutto o che la teoria non sia importante. Vuol dire semmai che in ogni momento il terapeuta deve tenere alta l'attenzione sul modo in cui partecipa a creare la realtà che si sta costruendo con il paziente. La teoria, lungi dall'essere applicata tout court, deve diventare lo spazio di movimento all'interno del quale il terapeuta si sperimenta come professionista riflessivo che, come lo intende Schön (1993), entra nella relazione e riflette nel corso dell'azione.

Bianciardi (2012, p. 122) suggerisce l'opportunità per la psicoterapia di «riconoscersi e proporsi come 'pratica etica' piuttosto che scientifica o medica», proprio perché l'incontro terapeutico è un incontro tra persone, unico e irripetibile, in cui la responsabilità del terapeuta non riguarda l'altro, di cui non può sapere e decidere, ma semmai la cura del processo, del contesto, di se stesso nel proprio ruolo.

Parlare della terapia come di un'esperienza etica ed estetica implica parlare dello spazio della relazione terapeutica. La terapia è un luogo, siamo lì col corpo.

Per me, lo spazio della terapia è un paesaggio, qualcosa che si costruisce con il nostro corpo che lo attraversa. Mi sembra che il concetto di paesaggio renda bene l'idea dell'organismo nel suo ambiente (Bateson 1988), l'appartenenza dell'essere umano a un tutto in movimento, perché si riferisce al territorio esteticamente compreso dal soggetto in esso immerso. Il paesaggio ha a che fare con le relazioni tra le cose, con la posizione che assumono nello spazio per farsi storia. Non è tanto rilevante cosa c'è, ma come quello che succede si posiziona nello spazio per farsi racconto. Lo spazio dell'incontro diventa così lo spazio in cui disegnare traiettorie fatte di sentimenti, connettere persone, eventi, saperi, tenere insieme le cose, anche quelle che si vorrebbero eliminare dalla propria prospettiva, e permettere che emergano nuove storie che aiutino le persone che si rivol-

gono a noi a stare meglio, con l'idea che il mondo non sia fatto di cose o posizioni oggettive e immutabili, bensì di interazioni, di sguardi, di accadimenti e di processi.

Intendere lo spazio dell'incontro come un paesaggio pone l'accento su come il nostro pensare sia strettamente connesso all'agire.

«Pensare su due piedi» è una delle espressioni del linguaggio comune che secondo Schön (1993, p. 81) indica bene questa possibilità di «pensare su quello che facciamo mentre lo stiamo facendo». Egli porta l'esempio dei jazzisti che partecipano a una jam session e improvvisano ascoltando se stessi e gli altri, sentendo dove sta andando la musica, attingendo al proprio repertorio, combinandolo e adattandolo a quello che sta succedendo. «Essi riflettono attraverso una 'sensibilità per la musica'» (ivi, p. 82). Mony Elkaïm (1992) usa «pensare coi piedi» come titolo per un capitolo del testo in cui, attraverso il concetto di risonanza, si pone come importante riferimento per il discorso sul legame tra terapeuta, teoria e pratica clinica.

Come recita l'imperativo estetico di Heinz von Foerster, dunque, «se vuoi vedere, impara ad agire» (Foerster 1988, p. 55), non nel senso del fare pieno di tecnicismi che secondo Bateson (1989, p. 31) sarebbe sotteso da «un profondo panico epistemologico», ma in direzione della riflessività che emerge dal fare insieme, dall'attraversare lo spazio con il corpo, su due piedi.

Allora, quando mi sento impantanata o spaesata, quello che mi chiedo è: dove mi metto? Questa domanda è sottesa da un'altra interrogazione di base, perché per sapere dove mettermi devo capire come sto, in quale punto sono tra i molteplici livelli di complessità dell'interazione. E per capirlo devo spostarmi, in un rapporto circolare tra fare, sentire e pensare. Entro nella relazione, prendo il ritmo.

Quello che sente il terapeuta ha a che fare sia con la sua storia personale, che con il sistema di cui egli fa parte e con quello che sta succedendo nell'interazione. Il terapeuta non può non parlare di se stesso, perché non può separarsi dalla descrizione che fa, ma può permettere che le emozioni e i ricordi che affiorano lo aiutino a capire cosa sta succedendo, perché è nella

relazione che essi emergono. La pratica richiede quindi rigore e flessibilità: il rigore di monitorare costantemente il processo e il proprio modo di prendervi parte, e la flessibilità di stare nel processo, con tutto l'imprevedibile di cui è fatto. E richiede esercizio per riuscire a trovare un'armonia tra questi «due grandi poli opposti del processo mentale, letali entrambi se presi da soli. Il rigore da solo è la morte per paralisi, ma l'immaginazione da sola è la pazzia» (Bateson 1984, p. 287).

Molly è una donna di circa 35 anni bella, forte e capace di affrontare qualunque cosa, arrivata da me per una situazione lavorativa in cui si sentiva perseguitata da una dirigente dell'azienda in cui lei, che è un'ingegnera, lavorava come consulente esterna.

Ha perso la mamma quando aveva 12 anni e da allora si è sempre rimboccata le maniche, perché non voleva essere la povera bambina da aiutare. Quando ci siamo incontrate, io l'avevo persa qualche mese prima. Lei non parlava mai di sua mamma e rispondeva alle mie domande dirette in modo vago, dicendo che ricordava poco. Quando si presentava all'interno del suo racconto qualche occasione per chiederle qualcosa, si fermava un momento per rispondermi e poi riprendeva. Io mi sono sempre tenuta sulla soglia, indecisa tra insistere o rispettare il suo atteggiamento, che non sapevo definire. Riserbo, reticenza, disinteresse o cos'altro? Mi interrogavo sulla mia partecipazione a mantenere indicibile questo dolore. Ero forse io a non volerlo trattare perché il dolore per la mia perdita era ancora troppo vivo? Oppure, proprio questa vicinanza con il mio dolore rendeva eccessiva la preoccupazione di doverci entrare? Era forse questo timore a trattenermi?

Attraverso una supervisione, ho capito che stavo guardando la morte della mamma come un trauma da dover necessariamente elaborare per poter andare avanti, rischiando di restare impantanata nell'idea di dover sistemare tutto. Ma il tema, in quel momento, non era il lutto, avvenuto tanti anni prima, ma l'eredità, come portare avanti in modo confortevole quello che arriva dalla famiglia intera, non solo dalla mamma. Così



abbiamo cominciato ad aprire gli armadi, a entrare nelle case e nelle contrade del suo paese di origine al sud, a parlare del suo femminismo militante e di quello mancato delle altre donne di famiglia, a seguire traiettorie di passeggiate e viaggi, a mappare Torino, a raccogliere ricette, fotografie, proverbi... Intanto Molly frugava negli armadi della mamma, mai toccati, misurava e modificava a sua misura le gonne, faceva prendere aria alle case, frequentava corsi di *home staging*, sospendeva le visite affannose di case in vendita, girava in bici, andava ai concerti, frequentava ragazzi, faceva la zia per le sue due nipotine, si procurava un'auto per i suoi soggiorni nel paese d'origine e smetteva di stare seduta sul sedile posteriore di quella del papà. Ogni tanto compariva anche la mamma, prendeva corpo, entrava in un gesto o una postura di Molly, si faceva con sorpresa sorriso. E poi, un giorno, abbiamo parlato della morte della mamma, di quella bambina che troppo presto aveva dovuto imparare a badare a se stessa, della bambina tradita che avrebbe sviluppato un forte senso di giustizia, della bambina «disturbatrice» che oggi non voleva più disturbare nessuno. Dopo aver visto tutto quello che c'era, dopo aver capito cosa farne, era arrivato il tempo per tornare accanto a quella bambina e al suo dolore.

Mentre le chiedo di portarmi nella sua contrada, nelle riunioni di famiglia, nelle case, mi sembrava di stare in un film di Ettore Scola. Cercarla dentro quel genogramma mi dava le vertigini. Sembrava schiacciata sotto il peso d'una tradizione ricca di doni, ma che lasciava poco scampo per altro. C'erano personaggi letterari, soprattutto donne, attraverso diverse generazioni, verso cui nutrivo un'autentica simpatia, di cui volevo sentire la storia. E in quei racconti uscivano cibi, profumi, risate, drammi, perdite, viaggi. Mi sembrava un compito arduo quello di trovare la propria strada senza sentire di tradire un cammino preparato da generazioni con così tanta cura. E poi c'era la lealtà più forte, quella verso la mamma che non c'era più, la riconoscenza per chi l'aveva cresciuta, la preoccupazione per il padre. Nel suo dilemma tra Torino e il paese, mi interrogavo sulla mia posizione, cercando di non sbilanciarmi a favore di Torino, e intanto sollecitavo il racconto.

Poi un giorno ho indossato un orecchino, senza pensarci, e mentre Molly parlava ho avuto voglia di mostrarglielo: una voliera a forma di Mole Antonelliana, senza sbarre e con un uccellino sul trespolo. Le ho raccontato che la sua famiglia mi sembrava come quella voliera: un luogo accogliente da cui poter partire per prendere il volo sapendo di potervi fare ritorno. Nella sua famiglia molti erano andati altrove, anche molto lontano, e chi se n'era andato era portatore di un nuovo respiro con cui alimentare il fuoco intorno a cui tutti, ovunque fossero, si scaldavano il cuore e di cui chi restava era custode.

Quell'orecchino mi ha permesso di trovare una posizione in cui sentirmi a mio agio e un'immagine per trasmetterle questa possibilità, senza necessariamente dover scegliere tra due posizioni viste come opposte. A distanza di tempo, in un momento in cui stavamo riflettendo sul percorso fatto insieme, Molly ha indicato quello come un punto molto significativo, perché, vedendo riconosciuto il valore che dava alla propria famiglia, aveva trovato un nuovo significato alla sua scelta di trasferirsi a Torino.

Fare psicoterapia, dunque, come pratica etica, sistemica ed estetica, significa per me abitare insieme il paesaggio, guardarsi intorno, allargare lo sguardo, con gentilezza e con coraggio, fare spazio affinché la vita possa emergere e prendere respiro.

## BIBLIOGRAFIA

- Barbetta, P., Telfener, U., «The Milan Approach, History and Evolution», in *Family Process*, n. 60, 2021, pp. 4-16.
- Bateson, G., *Mente e natura*, traduzione di Longo, G., Adelphi, Milano 1984.
- Bateson, G., *Verso un'ecologia della mente*, traduzione di Longo, G., 8ª ed., Adelphi, Milano 1988.
- Bateson, G., Bateson, M. C., *Dove gli angeli esitano. Verso un'epistemologia del sacro*, traduzione di Longo, G., Adelphi, Milano 1989.
- Bianciardi, M., *Complessità dell'incontro e ethos soggettivo*, in Bianciardi, M., Galván Sanchez, F. (a cura di), *Psicoterapia come etica. Condizione postmoderna e responsabilità clinica*, Antigone Edizioni, Torino 2012, pp. 121-129.

- Elkaïm, M., *Se mi ami non amarmi. Orientamento sistemico e psicoterapia*, traduzione di Codignola, M., Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- Foerster, H. von, *Costruire una realtà*, in Watzlawick, P. (a cura di), *La realtà inventata. Contributi al costruttivismo*, edizione italiana a cura di Ancora, A., Flischetti, A., Feltrinelli, Milano 1988, pp. 37-56.
- Madonna, G., *La psicoterapia attraverso Bateson. Verso un'estetica della cura*, Bollati Boringhieri, Torino 2003.
- Schön, D. A., *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, traduzione di Barbanente, A., Edizioni Dedalo, Bari 1993.

**Psiche e mondo sociale:  
epistemologia, tecnica ed etica per una  
clinica psicoanalitica contemporanea**

*Silvana Koen, Antonino Aprea, Eleonora Gasparini,  
Maria Teresa Lerda, Fabrizio Boccardo, Maria Cristina  
Carminati, Annamaria Frammartino, Alice Mulasso,  
Luca Pinciaroli, Enrico Tuninetti*

COIRAG ETS, acronimo di Confederazione di Organizzazioni Italiane per la Ricerca Analitica sui Gruppi (Ente del Terzo Settore), è un'associazione fondata nel 1982 da un gruppo di psicoterapeuti interessati al confronto scientifico sulle teorie che guidano il lavoro clinico con i pazienti. Undici anni dopo, nel 1993, COIRAG ha dato vita alla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica in ambito individuale, gruppale e istituzionale. Dalla fondazione sono trascorsi più di quarant'anni e, così come la società è radicalmente mutata in questo tempo, così anche l'associazione è evoluta nel costante impegno di stare al passo con i cambiamenti che si sono resi necessari a partire dalle trasformazioni sociali e dai nuovi bisogni di cura emergenti nelle persone e nelle istituzioni.

A oggi COIRAG include nove associazioni federate sul territorio nazionale e cinque sedi della sua scuola di psicoterapia. Ogni associazione federata porta il proprio contributo teorico-clinico e tre sono le anime che compongono lo sfondo teorico di riferimento: la gruppo-analisi, lo psicodramma analitico e la psicosocioanalisi.

COIRAG si configura quindi come una comunità professionale con più di seicento soci impegnata nello studio, la ricerca, lo sviluppo e la diffusione della psicoterapia a orientamento psicoanalitico in ambito individuale, gruppale e istituzionale.

Un approccio multidisciplinare alla comprensione e alla cura delle vulnerabilità personali, relazionali, familiari e sociali, che si avvale dei contributi epistemologici della psicoanalisi, ma anche della sociologia e dell'antropologia, considerate discipline con cui mantenersi in costante e fertile dialogo.

Ciò che guida COIRAG è la concezione di una clinica psicoanalitica capace di articolarsi, con rigore teorico, flessibilità e innovazione metodologica, nella pluralità dei contesti di cura della società contemporanea: questa è stata quindi la visione sulla psicoterapia che ha ispirato la fondazione della scuola, una delle prime realtà a ricevere, nel 1993, il riconoscimento del MUR e una delle poche che vanta oggi una diffusione nazionale attraverso le sedi di Padova, Milano, Torino, Roma e Palermo.

Nei suoi trent'anni di storia, la scuola COIRAG ha specializzato oltre duemila psicoterapeuti, oggi impegnati nella clinica, nella formazione e nella ricerca.

Occuparsi della sofferenza mentale e relazionale di individui, famiglie, gruppi, istituzioni è un compito estremamente complesso e impegnativo, che non può essere assunto attraverso pericolose approssimazioni o facili scorciatoie. Per questo, la scuola COIRAG ETS sceglie di accompagnare i suoi studenti sulla via, forse ardua ma promettente, dello sviluppo di rigorose competenze professionali associate a una visione critica e consapevole delle implicazioni e responsabilità (deontologiche, giuridiche, etiche e sociopolitiche) del lavoro clinico.

La prospettiva epistemologica e teorico-metodologica dell'analisi di gruppo ben si è prestata, fin dalle sue origini, a cogliere le dimensioni relazionali, culturali e socioantropologiche dei fenomeni della vita psichica, così come esse si manifestano nell'individuo, nei legami familiari e comunitari e nelle istituzioni sociali.

Questo paradigma analitico considera la gruppaltà, la relazionalità e il legame (familiare, sociale, culturale, comunitario e istituzionale) quali dimensioni costitutive, conscie e inconscie, della psiche umana. I legami e le appartenenze influenzano in maniera pervasiva la vita del soggetto e la costituiscono come inscritta in una rete di relazioni. Il soggetto, in questa prospet-

tiva, non coincide con l'individuo, non consiste, per così dire, solo di se stesso: esso è concepito costitutivamente come trans-individuale perché permeato dai significati, dalle immagini, dagli ideali, dalle aspettative e dai desideri che abitano il mondo degli altri.

Ciò determina un'incessante dialettica intrapsichica tra istanze di appartenenza e identificazione da una parte e istanze di differenziazione e sviluppo singolare del sé dall'altra. Individuo e gruppo, in quest'ottica, non connotano più dimensioni distinte o in opposizione, ma divengono prospettive complementari di sguardo sulla soggettività, in cui l'una è alternativamente in posizione di figura o sfondo rispetto all'altra: «La realtà psichica al livello del gruppo si appoggia e si modella sulle strutture della realtà psichica individuale, specialmente sulle formazioni della realtà intrapsichica; queste sono trasformate, collegate e riorganizzate secondo la logica dell'insieme» (Kaës).

Deriva da questa impostazione una specifica e peculiare lettura della sofferenza psichica anche in termini multipersonali, non riducibile cioè alle strutture e/o al funzionamento del mondo interno del singolo individuo.

I fenomeni psichici individuali trovano piena comprensione quando collocati entro la storia e la dinamica psichica della matrice relazionale, affettiva e simbolica, di cui il soggetto è parte: «Considero il paziente che mi sta di fronte come l'anello di una lunga catena, un punto nodale in una rete di interazione, la quale è la vera sede dei processi che portano tanto alla malattia che alla guarigione» (Foulkes).

Ne consegue quindi una pratica clinica attenta, di volta in volta, ai correlati gruppali e istituzionali delle varie situazioni, al rapporto tra dimensione conscia e inconscia dei campi mentali di cui il soggetto è parte e anche a quello che attraversa lo stesso dispositivo di cura a cui il terapeuta partecipa.

Come accennato, la prospettiva psicoanalitica di gruppo è storicamente in fertile dialogo con l'antropologia, la sociologia, la psicosociologia, la terapia familiare e l'etnopsichiatria. La scuola COIRAG, infatti, in opposizione al riduzionismo dei saperi che ispirano molte attuali pratiche di cura, considera un

valore da preservare e affermare quello di intendere la visione dell'individuo come soggetto complesso e dinamico, visione che attraversa il pensiero psicoanalitico e le discipline delle scienze umane e sociali a essa contigue.

Citando un passaggio di *A scuola di libertà* della professoressa Luigina Mortari, relatrice al prossimo seminario autunnale della scuola, condividiamo che

Un pensare fragile è fondamentalmente aporetico, perché sa di non poter agganciare conclusioni definitive; è quello che si incrina nell'incontro con altri differenti vocabolari, che accetta di disfarsi e di ridefinirsi sulla base delle sollecitazioni provenienti dallo stare in ascolto di nuove, imprevedute esperienze. Stare al reale della condizione umana significa quindi saper accettare la costitutiva fragilità della ragione, del pensare e del conoscere, praticando quella che si può definire epistemologia della fragilità, la quale consiste nel tenere sospeso, o più radicalmente nel disattivare, il valore di verità di ogni enunciato, così da mantenere le idee tenere all'urto dell'esperienza. Da coltivare è la diffidenza, pressoché sistematica, nei confronti di qualsiasi cristallizzazione discorsiva, perché alla ragione umana è concessa solo una verità contestuale, limitata, provvisoria, mentre il suo bene più prezioso è la capacità di continuare a pensare.

Il tessuto connettivo generato dall'incontro tra discipline è la base da cui si sviluppa la vocazione della scuola a coltivare una dimensione applicativa della psicoanalisi attraverso interventi adeguati al bisogno, nel privato e nei contesti istituzionali del pubblico e del privato sociale.

Annualmente la scuola s'impegna nell'organizzazione d'una serie di seminari, anche in ambiti disciplinari limitrofi a quelli della psicoterapia, su temi di grande rilievo per il nostro modo d'intendere la clinica contemporanea. Tra questi citiamo per esempio: *Filosofia della mente e della cura*, *Antropologia culturale dei gruppi e dei sistemi di parentela*, *Psicologia sociale e diritto di famiglia*, *Legislazione e organizzazione dei servizi socio-sanitari e per la salute mentale*, *Elementi di progettazione di interventi psicoterapeutici*, *Metodologia della ricerca sul processo e l'effica-*

*cia della psicoterapia psicoanalitica, Psicoterapia psicoanalitica dei disturbi della personalità e dei nuovi quadri psicopatologici.*

Da tale percorso scientifico deriva anche la tensione della scuola a connettere la psicoanalisi e i contesti sociali, intendendo connessi sia il piano affettivo e simbolico degli scenari relazionali in cui prende forma e si evolve l'identità personale, sia gli spazi socioculturali e politici del vivere collettivo e tra questi, in particolare, le istituzioni sociosanitarie di cura.

Non di rado, infatti, affrontare con efficacia il disagio psichico significa saper collocare adeguatamente la specificità della propria funzione in contesti istituzionali multiprofessionali, coglierne e analizzarne le impasse e saper stimolare dall'interno la loro evoluzione.

La scuola persegue lo scopo di specializzare medici e psicologi attraverso una formazione che sviluppi competenze specifiche, teoriche e relazionali, così da rendere gli psicoterapeuti del futuro idonei a interventi clinici e psicosociali, individuali e di gruppo nei contesti privati e istituzionali, permettendo di sviluppare la capacità di gestire le situazioni cliniche non solo nello studio privato ma anche in servizi e organizzazioni del pubblico e del privato sociale.

Oggi lo psicoterapeuta è infatti chiamato ad assumere la responsabilità di progetti terapeutici complessi e a collaborare con altri professionisti (psichiatri, medici di medicina generale, infermieri, assistenti sociali, educatori, tecnici della riabilitazione, mediatori culturali, infermieri) in un efficace lavoro di equipe.

Viene assunta infatti la prospettiva secondo la quale per psicoterapia di gruppo oggi s'intende anche un ampio spettro di interventi che includono, oltre alla coppia terapeuta-paziente o all'insieme dei membri del gruppo, tutte le risorse attivabili entro i contesti di vita del soggetto sofferente, a partire dalla famiglia e dalla comunità.

Tali interventi necessitano di competenze rigorose e flessibili che rendano il terapeuta in grado di analizzare le questioni sollevate da una pluralità di trasformazioni tra loro interagenti nella nostra epoca: quelle relative alla fenomenologia del disa-



gio psichico; quelle che investono l'organizzazione e la visione dei servizi sociosanitari del nuovo sistema di welfare; quelle riferite al mandato sociale affidato, nella società contemporanea, ai professionisti della salute mentale.

Il percorso di formazione si snoda in un primo biennio in cui, dopo un'approfondita introduzione alla teoria e alla clinica della psicoterapia psicoanalitica, si sviluppano i temi della psicopatologia, del processo diagnostico e della costruzione dei progetti terapeutici.

Nel secondo biennio i modelli della psicoterapia psicoanalitica e dell'analisi di gruppo vengono approfonditi attraverso l'analisi del metodo e del processo terapeutico individuale, di gruppo e istituzionale nella pluralità dei contesti di cura.

Le competenze psicoanalitiche, per la loro natura, possono essere efficacemente trasmesse solo attraverso lo sviluppo d'una particolare qualità del legame di apprendimento tra formatori e formando. È questa rete di relazioni affettivamente investite che rende possibile passare dal semplice sapere (ambito delle conoscenze) al saper fare e saper essere (ambito delle competenze e attitudini).

La scuola COIRAG persegue questa finalità attraverso una metodologia formativa improntata al rimando circolare tra clinica e teoria e sull'uso del gruppo come strumento cardine di elaborazione e apprendimento comune, favorendo la partecipazione attiva, l'elaborazione critica e autonoma dei concetti e del pensiero, lo sviluppo di prassi e competenze professionali flessibili.

L'attenzione che i formatori vogliono trasmettere è quella di incarnare un concetto di cura, così come espresso dai riferimenti epistemologici che costituiscono il modello formativo della scuola, costantemente connesso ai cambiamenti che in ambito clinico, sociale e culturale intervengono a modificare i disagi, i malesseri e le patologie mentali e relazionali che comportano sofferenze negli individui d'una comunità.

Quest'attenzione si esprime in un impegno costante nel dibattere e riflettere su questi temi, in momenti istituzionali dedicati al tema della trasmissione tra generazioni professionali,

partendo dall'assunto che si tratti di trasmettere una posizione, una postura nei confronti di un sapere e della sua organizzazione nelle nostre menti, che consenta sia di mantenere saldi i fondamenti, sia di attivare una visione critica al servizio d'una clinica del mentale che possa essere efficace in uno scenario complessivo in continuo mutamento. Gli scenari di sofferenza che si possono incontrare e i problemi della clinica che si presentano sono, infatti, spesso tali da richiedere vertici interpretativi che si avvalgano anche di saperi che, per quanto riguarda l'essere umano e la sua mente, confinano con il nostro ambito specifico e ne allargano gli orizzonti.

Nella nostra esperienza, gli psicologi che si accingono al percorso di formazione in psicoterapia hanno necessità di riferimenti epistemologici in grado di connettere teorie e prassi coerenti e solide nel loro impianto, ma si rivelano anche capaci di sostenere l'attenzione sulle complessità degli scenari di sofferenza mentale e psichica che si presentano in un continuo divenire.

Oggi, sappiamo per esempio che l'efficacia della clinica, nelle situazioni psicopatologiche gravi e quando ci si confronta con persone giovani, dipende dall'estensione del campo osservativo in fase diagnostica e di intervento terapeutico. Sappiamo anche che determinati ambiti di relazione e convivenza si sono e si stanno modificando in termini significativi rispetto al passato. Si pensi ai sistemi familiari, ormai molto eterogenei, o alla presenza di individui che portano sofferenze e psicopatologie connesse con traumi legati allo sradicamento dalle proprie origini culturali e di appartenenza, alla massiccia presenza di traumi correlati a migrazioni più o meno forzate, alle questioni che attengono alle definizioni di genere e tanto altro ancora.

Siamo consapevoli, di fronte a queste questioni, del fatto che chi si assume il compito di offrire una formazione alla psicoterapia oggi, si trova a dover porre anche le condizioni perché chi lavorerà nell'ambito della cura psichica sappia anche allargare, in termini rigorosi e rispettosi del proprio ruolo, il campo osservativo e di intervento.

Siamo anche consapevoli che per muoversi in questi contesti c'è bisogno di competenze, anche interdisciplinari, e di porre lo sguardo oltre i confini tradizionalmente conosciuti per saper guardare oltre, come peraltro hanno saputo fare i fondatori delle nostre teorie di riferimento.

La sfida, ci sembra, è quella di mantenere un rapporto tra tradizione e modernità, perseguendo la tensione fortemente esplorativa che ha animato la ricerca clinica. Le teorie dei grandi pensatori della nostra disciplina sono sistemi di pensiero figli di esplorazioni cliniche, sono il frutto del confronto con ambiti d'intervento complessi e con problemi anche etici e politici, posti dalla sofferenza mentale e dalle sue conseguenze sulla vita delle persone, delle famiglie e delle loro comunità.

La sfida è anche quella di non perdere di vista questa tensione, sapendo tener conto di quegli aspetti della realtà con cui si viene a contatto e che costringono a modulare il nostro sguardo e i nostri interventi, in un movimento di *assimilazione-accomodamento* che può attivarsi quando è fondato su basi sicure: solo attraverso basi sicure è possibile attivare uno sguardo ampio sulla trasformazione dei paradigmi, su ciò che la produce e sui mandati impliciti che il sociale affida, di epoca in epoca, ai professionisti della cura. Si tratta di orientare la ricerca e la riflessione sulla comprensione della società in cui la psicologia esercita la sua funzione e ampliare il patrimonio di conoscenza rivolgendosi anche a ciò che aiuta a capire come si formano le menti, i gruppi e le comunità, in un periodo di trasformazioni epocali e strutturali che Kaes chiama «i garanti meta-sociali della psiche».

In coerenza con la nostra prospettiva epistemologica e teorico-metodologica fondata su una concezione grupppale della mente e sulla considerazione delle dinamiche gruppalì che governano le relazioni tra gli individui, ci assumiamo quindi l'impegno di offrire agli specializzandi e a noi stessi, come formatori, un percorso in continuo divenire che persegue l'acquisizione di competenze, capace di guidarci anche nella costruzione di campi terapeutici multipersonali, cam-

pi di intervento dove si possa lavorare con la rete in cui è inserito il paziente in configurazioni variabili di incontro.

Competenze che sono indispensabili nelle situazioni complesse, in cui si devono impostare dispositivi con pluralità di interlocutori, competenze che permettono di concepire dispositivi di cura in forte coerenza con i presupposti epistemologici di fondo di psicoterapie ispirate alla prospettiva della complessità. La complessità dell'essere umano che è anche calato nella storia, attraversato da macrotrasformazioni sociali in continuo cambiamento, in una cultura e dentro codici giuridici che definiscono la forma delle sue aggregazioni e il suo stesso ruolo nella comunità.

Ci sembra importante citare come esempi sia della complessità dell'essere umano, sia della complessità dei sistemi di cura in cui agiamo alcuni interventi che i nostri docenti e formatori hanno sviluppato nel tempo nella loro consueta pratica professionale e che sono diventati *luoghi* in cui i nostri specializzandi hanno saputo inserirsi, sia come osservatori sia come co-progettatori.

Da anni i gruppi di psicoterapia che si svolgono all'interno del carcere di Torino accolgono specializzandi nel ruolo di osservatori del processo e delle dinamiche del gruppo stesso. Carcere e creatività sembrano termini apparentemente difficili da accostare nell'immaginario comune, eppure proprio quell'istituzione totale, normata da rigidi protocolli, è diventata uno spazio all'interno del quale le persone prive della libertà e portatrici d'un disagio psichico, pregresso al loro ingresso in carcere o reattivo alla carcerazione stessa, possono recuperare fiducia e autostima arricchendo la propria interiorità e le relazioni con gli altri grazie alla partecipazione ai gruppi, condotti con tecniche gruppo-analitiche e psicodrammatiche, che s'inseriscono in modo altrettanto creativo in quel complesso crocevia di norme, valori, codici impliciti ed espliciti che è il carcere.

Da anni, grazie a costanti riforme, si è cercato di promuovere una nuova visione del carcere stabilendo che la finalità del reinserimento sociale dei condannati e degli internati dovrebbe essere perseguita sollecitando la partecipazione di privati

e di istituzioni pubbliche o private all'azione rieducativa. È in quest'ottica e in questa direzione, avvalorata e amplificata dalla prevenzione e dal trattamento del disagio psichico e dei soggetti portatori di patologia psichiatrica in ambito penitenziario, che si può articolare l'intervento di psicoterapeuti di gruppo attraverso la conduzione di gruppi di psicoterapia, classici o espressivi, in cui si alternano, sempre con l'obiettivo mirato alla simbolizzazione, vari strumenti come la parola, il gioco simbolico, l'espressione artistica attraverso il teatro o l'arteterapia.

Se il valore del gruppo come strumento di cura è già stato ampiamente dimostrato quale risorsa terapeutica per il paziente psichiatrico autore di reato ristretto in ambito penitenziario, tale dispositivo diviene un luogo fondamentale di scambio e incontro con gli altri, luogo non solo fisico ma anche mentale in cui poter sperimentare un vero e proprio senso di comunità e di libera espressione. L'impiego delle terapie espressive facilita altresì l'emersione e la condivisione del mondo interno di soggetti che hanno storie di vita dolorose e travagliate, segnate da difficoltà economiche, linguistiche e culturali: il linguaggio universale del gesto e del simbolo permette questa circolazione e solo ed esclusivamente una corretta, pertinente e adeguata, analisi dell'istituzione in cui tali interventi si collocano consente agli psicoterapeuti coinvolti di avere chiara consapevolezza degli obiettivi perseguibili e delle modalità di svolgimento del lavoro.

L'attenzione e la mente del clinico dev'essere sempre viva e attenta a comprendere in quale luogo, per quali utenti, per quali committenti e per quali obiettivi sta svolgendo il suo compito di trattamento e cura. Fondamentale è la lettura del contemporaneo, che aiuta lo psicoterapeuta a cogliere e comprendere la struttura psico-socio-culturale del mondo che abita, mantenendo il *focus* sui cambiamenti sociali e i loro riverberi sulla metodologia del lavoro clinico.

Significativo di ciò è l'ulteriore esempio clinico e di trattamento che riportiamo come pretesto e come ulteriore affermazione delle sottolineature finora presentate.

Attraverso l'approccio grupppale, ci si propone di rendere analizzabili le variabili di natura socioantropologica, istituzionale

e professionale, che incidono sui fenomeni clinici e sui processi di cura. Si pone ascolto ai fenomeni socioculturali che maggiormente incidono sull'evoluzione e sul funzionamento psicologico del soggetto, sulla struttura dei legami affettivi, familiari e sociali, e sullo stesso mandato professionale affidato allo psicoterapeuta, in aperto e continuo dialogo con l'antropologia, la sociologia e la psicoterapia transculturale. È pertanto fondamentale sottolineare come spesso il discorso sulle migrazioni si sia appropriato del linguaggio antropologico (cultura, etnia, identità, appartenenza...) con attenzione alla revisione che ha investito questi concetti nella storia dell'antropologia. Infatti, se inizialmente queste parole rimarcavano differenze, legittimavano esclusioni ledendo il diritto alla mobilità e la richiesta di protezione, intersecando il genere hanno portato a leggere la migrazione come una salita culturale dalla tradizione (dei luoghi di origine) alla modernità (offerta dai contesi riceventi). Difatti, per le donne migranti e richiedenti asilo è ancora persistente lo sguardo che le ritrae come soggetti posti al di fuori della storia, le cui traiettorie migratorie conferiscono loro emancipazione, libertà e progresso culturale, svalutandone competenze e risorse di partenza. Finanche la letteratura scientifica, quando riferita soprattutto alle richiedenti asilo e rifugiate, vede talvolta persistere un immaginario forte che si fa pratica salvifica e civilizzante.

Assunte tali premesse, il lavoro psicologico con le donne migranti è un compito attivo relativo a una pratica specifica con un'utenza particolare, che si colloca all'interno d'una modalità di lavoro che, in generale e con ogni utenza, attraverso un approccio terapeutico gruppale attenziona il corpo in collegamento con la psiche. Tali livelli di discorso, presi in considerazione insieme alla storia nelle sue dimensioni personale e collettiva, portano inevitabilmente a riflettere intorno al tema del viaggio migratorio, ai paradossi e alle ambiguità che il corpo racconta, attraverso la propria presenza nel mondo, in qualità di significante a un tempo di speranze future e denuncia sociale incarnata.

L'attenzione alla complessità sia dei processi migratori sia del sistema dell'accoglienza, il *focus* sulle risorse, sul contesto

storico, sul tema dei diritti e sull'efficacia dell'intervento sono alcuni dei fattori distintivi di questo approccio integrato e interdisciplinare.

È necessario, per svolgere un intervento utile e coerente, che il terapeuta approfondisca lo sfondo storico e geopolitico di provenienza delle pazienti e, per comprendere l'influenza d'un percorso migratorio nella vita psicologica del paziente, è necessario che il terapeuta abbia analizzato anche i caratteri culturali della propria biografia e del proprio modo di stare in contatto con le parti di sé attivate dall'incontro con l'altro. La cultura di appartenenza del terapeuta, come sappiamo, interviene sempre implicitamente o esplicitamente, a seconda della dimestichezza che ogni curante ha con il proprio controtransfert, nel processo di conoscenza del proprio paziente: l'analisi critica del proprio sguardo culturale presuppone un decentramento da sé, per poter giungere a una comprensione dell'altro, avendo cura del controtransfert culturale connesso a reazioni conscie e inconscie presenti in relazioni di cura basate sull'incontro di diversità culturali.

Il gruppo dei formatori impegnati nella didattica, in coerenza con il proprio assetto formativo che si fonda sulla gruppaltà, mantiene anche un impegno di cura del/dei gruppi che compongono l'insieme della comunità-scuola, attivando momenti di lettura, riflessione ed elaborazione dei vissuti e degli sviluppi che attraversano e costituiscono il processo di costruzione in divenire del «senso formativo», che viene percepito e concepito *in itinere* dall'insieme delle persone che vi partecipano.

Con l'inizio dell'emergenza legata alla pandemia, per esempio, ci siamo tutti trovati a impegnarci nell'esigenza di mantenere relazioni terapeutiche e formative, gruppali e individuali in modalità a distanza attraverso dispositivi che hanno richiesto lo sviluppo di competenze necessarie per comprendere come gestire lo strumento tecnologico e il setting online. Scenari di distanziamento e insieme di iperavvicinamento, in cui reale e simbolico vivevano all'interno dello stesso «rettangolino», sogni e immagini che si manifestavano come tracce di un inconscio individuale e insieme come manifestazioni di un inconscio

collettivo e di gruppo. Il distanziamento ci ha messo tutti in contatto con il valore simbolico del limite: insieme vincolo e possibilità. Ci siamo così ritrovati a definire nuovi setting di lavoro individuali, di gruppo e di formazione, setting prevalentemente a distanza attraverso piattaforme che ci hanno permesso di mantenere vive relazioni altrimenti non raggiungibili e che allo stesso tempo ci hanno impegnati nella sperimentazione di ambienti poco conosciuti, non sempre vissuti con agio e quindi a dover sviluppare conoscenze e competenze nuove e diverse.

Lo spazio invisibile condiviso è stato uno spazio multiforme e multidimensionale, in cui abbiamo percepito insieme la lontananza e la vicinanza, la rarefazione del vuoto e la pienezza totale: abbiamo contemporaneamente esperito un senso di impotenza di fronte a una percezione indefinita della spazialità e un senso di onnipotenza, come se tutto fosse tangibile e/o possibile.

Platone, con il mito della caverna, ci suggerisce che, in fondo, nelle rappresentazioni interne della nostra mente, noi siamo costantemente imprigionati in una realtà virtuale, nella quale percepiamo solo le ombre oscure della realtà vera e tuttavia ci illudiamo nel pensare che ciò che percepiamo sia effettivamente la realtà vera. Cartesio ci descrive come il sentire e il pensare umano siano costantemente ingannati da un demone malefico che ci nasconde la verità e ci consola con una falsa realtà. Bion, infine, ci fa riflettere sul fatto che il nostro affannarci a raggiungere la verità con un apparato per pensare fallace è condizionato dal *protomentale*, oltre che dalla ripetitività della memoria e del desiderio, e troppo spesso ci conduce solo a una non conoscenza e alla menzogna.

Tuttavia, da un punto di vista analitico grupppale, un gruppo orientato a un obiettivo comune e supportato da un sufficiente livello di collaborazione può permettere di costruire insieme un'idea o una rappresentazione della realtà sostanzialmente più vicina alla verità di qualunque visione individuale. Queste situazioni derivano dall'attivazione psicofisica ed emozionale del livello protomentale della mente individuale e della mentalità di gruppo e dal bisogno di immergersi nel gruppo per non



essere più soli insieme al desiderio di collaborare e pensare creativamente insieme. Stare immersi in un campo gruppale condiviso non può essere il solo fine del gruppo, ma consente soprattutto l'esperienza della possibilità di fare e costruire insieme.

Come preservare la dimensione analitica e simbolica del gruppo, quello terapeutico, ma anche quello di formazione dentro questi nuovi confini fluidi? Marc Augé definisce il confine come la distanza minima che dovrebbe sussistere tra gli individui affinché siano liberi di comunicare fra loro come desiderano: il confine si configura quindi come «il luogo di accesso all'Altro». Recarsi presso il luogo della terapia, la stanza che ospita il gruppo, lo studio, l'ambulatorio, la scuola, il percorso fatto per raggiungere quel luogo, quello spazio che consente il pre e il post gruppo e che spesso sia i nostri pazienti, a nostra insaputa, sia gli allievi della scuola di psicoterapia spontaneamente organizzano, rappresenta questa dimensione rituale, parte integrante sia del processo del gruppo di psicoterapia sia del gruppo-classe di allievi. Spazi interstiziali del prima e del dopo che funzionano da «stomaci digerenti» dell'esperienza, o che permettono di prepararsi all'esperienza stessa, sono sembrati scomparire sulle piattaforme online. Da dove ti *connetti*? È stato questo che ha reso possibile la partenza, la ripartenza, di tutte le nostre attività sia come terapeuti sia come docenti e formatori... Restituire voce a quello spazio interno necessario per riuscire a connettersi con l'altro, per attraversare e condividere il caos ed evocare un unico, possibile incontro.

Questa panoramica che ha voluto spaziare da aspetti organizzativi-istituzionali, teorico-metodologici ed epistemologici per arrivare a esemplificazioni di alcuni peculiari interventi e riflessioni che hanno visto impegnata COIRAG, sia come associazione di professionisti della cura sia come gruppo di formatori alla pratica della psicoterapia, ha come unico obiettivo quello di trasmettere il senso e il significato di una trasmissione della pratica professionale volta a una prassi di cura attenta e radicata e a una tensione alla formazione il più possibile aperta e in dialogo con la contemporaneità.

Infine, l'attuale priorità che la scuola COIRAG vuole darsi, e che affianca quella tradizionale di approfondimento degli aspetti clinici, scientifici e di ricerca, è quella di favorire l'inserimento in COIRAG e nel mondo del lavoro dei diplomati della scuola, nella convinzione che alle nuove generazioni sia affidata la continuazione e lo sviluppo del patrimonio culturale e clinico che abbiamo costruito in questi anni di lavoro.

## BIBLIOGRAFIA

- Augé, M., *Tra i confini. Città, luoghi, integrazioni*, Mondadori, Milano 2007.
- Devereux, D., *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma 1984.
- Fasolo, F., *Gruppi che curano e gruppi che guariscono*, Ed. La Garangola, Padova 2002.
- Foulkes, S. H., *Analisi terapeutica di gruppo*, Bollati Boringhieri, Torino 1967.
- Gruppi. Nella clinica, nelle istituzioni, nella società*, Edizioni Franco Angeli Journals.
- Kaes, R., *L'apparato psichico dei gruppi*, Armando Editore, Roma 1983.
- Kaes, R., *L'istituzione e le istituzioni. Studi psicoanalitici*, Borla, Roma 1988.
- Kaes, R., «Il concetto di legame», in *Ricerca Psicoanalitica*, 2011, Anno XII.
- Lemoine, P. e G., *Lo psicodramma*, Edizioni Poiesis, Bari 2002.
- Mortari, L., *A scuola di libertà*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
- Napolitani, D., *Individualità e gruppalità*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- Pagliarani, L., «Pinocchio esce dal pescecane: utilità sociale e prospettive della socioanalisi», in *Psicoterapia e Scienze Umane*, n. 3-4, Franco Angeli, Milano 1972.
- Pinelli, B., *Migranti e rifugiate. Antropologia, genere e politica*, Raffaello Cortina, Milano 2019.
- Pontalti, C., *Campo mentale-campo gruppale: dalla psicopatologia all'etica dell'incontro*, in Lo Verso, F., *Attraverso il cerchio. Lavorare con gruppi nel servizio pubblico*, Borla, Roma 1993.

## **Giardini e foreste. Paesaggi relazionali e tecniche analogiche nella pratica clinica e nella formazione**

*Beatrice Borghesio*

Nella pratica clinica e nella formazione, l'uso del linguaggio analogico è un tratto caratterizzante dei percorsi terapeutici nell'ambito dell'Istituto Emmeci, oltre a essere una modalità con la quale mi sento particolarmente in sintonia.

L'uso di strumenti metaforici e in particolare degli «oggetti fluttuanti», come introdotti da Philippe Caillé, permette di accedere a molte e talvolta inaspettate risorse in ambito psicoterapeutico e formativo.

Mi ha da sempre affascinato l'idea di Milton Erickson secondo cui la psicoterapia renda possibile «l'evocazione e l'utilizzazione di un sapere inconscio», presente in maniera inconsapevole nei pazienti e nelle famiglie, e che l'accesso a questo patrimonio, attraverso l'uso del linguaggio metaforico, conduca a mutamenti che si auto-rinforzano e che sono tali da produrre, a loro volta, ulteriori cambiamenti.

Anche Gregory Bateson fa riferimento alla «capacità auto-ri-sanatrice della famiglia».

Le famiglie hanno le soluzioni ai problemi che complicano le loro esistenze, e l'aiuto del terapeuta è volto allora a permettere l'attivazione.

La metafora è evocativa, allude, elude le difese, apre spazi di creatività nella relazione terapeutica e didattica e consente metodi liberi, che poco si prestano a essere imbrigliati in schemi rigidi, incasellamenti e protocolli.

In generale, facilita l'accesso al mondo emozionale, spesso inesplorato attraverso il linguaggio verbale, più riduttivo.

In sintonia con i nuovi sviluppi epistemologici della terapia sistemica, attraverso la condivisione di un codice metaforico, terapeuta e pazienti sono più liberi di fare nuove attribuzioni di significati e co-costruire il percorso terapeutico.

Il linguaggio metaforico inoltre si dimostra in sintonia con il linguaggio dei sintomi, analogico, non verbale, e il sintomo stesso acquista il significato di una *metafora familiare*.

Attiva nuove «strade», per trovare soluzioni inesplorate, proprio nella misura in cui si presenta a volte come ambiguo e difficile da decifrare, ma allo stesso tempo forte ed efficace.

L'apertura di alternative rimanda all'etica della psicoterapia postulata da Heinz von Foerster, in accordo con il suo imperativo: «bisognerebbe sempre agire in modo da ampliare le occasioni del futuro».

In merito alla psicoterapia, il fisico e filosofo austriaco scrive: «Le persone devono diventare poeti e lo diventano attraverso le domande che il terapeuta fa loro; è importante allora fare domande alle quali i pazienti non abbiano mai pensato, così che per rispondere debbano diventare poeti [...] È importante fare domande il più ambigue possibile, il più aperte possibile. Usare il vincolo della situazione per forzare gli altri a diventare creativi.»

Durante il training di formazione in psicoterapia, l'uso del linguaggio metaforico aiuta gli allievi e le famiglie a riscoprire la propria creatività e ad avvicinarsi al livello mitico, meno osservabile, essenziale, significativo e spesso non direttamente accessibile attraverso l'uso della parola, e a relazionarsi con il livello emozionale, preconsciouso, affettivo.

D'altra parte, la metafora non interpreta, non dà spiegazioni, non scivola nella pedagogia.

Questo permette ai terapeuti in formazione di instaurare un rapporto con i propri pazienti che non rischi di diventare restrittivo o pedagogico, ma si articoli su aspetti di scambio, ricerca e trasformazione di entrambi i poli della relazione.

L'introduzione degli oggetti fluttuanti in supervisione ha contribuito a creare nel gruppo un clima di collaborazione e sostegno, agevolando la disponibilità a mettersi in gioco.

Le sedute in supervisione diretta producono spesso una forte mobilitazione emozionale che richiede, davanti e dietro lo specchio, una buona relazione di fiducia, una sorta di «cornice rassicurante», all'interno della quale le emozioni intime della famiglia possano venire rappresentate in un'atmosfera improntata sul rispetto e sulla confidenzialità.

Questo fa sì che, quando il terapeuta, più esposto e coinvolto, ha vissuto l'onda di ritorno dei movimenti emozionali suscitati, il gruppo è stato pronto e disponibile ad accoglierla.

Si avverte solitamente come la possibilità dell'uso di un linguaggio metaforico si ampli man mano che la famiglia si trova in sintonia con il terapeuta.

Come evidenzia Philip Barker, per avere pregnanza la metafora deve essere «viva», isomorfa con la natura del problema presentato, la storia e la situazione psicologica dei pazienti, in modo che possano riconoscersi in essa fino a poter scoprire nuovi modi per affrontare le difficoltà.

La consonanza fra le metafore interne del terapeuta e quelle del paziente rende ricostruibili a quest'ultimo i messaggi metaforici del terapeuta.

I gruppi in formazione trovano interessante sperimentarsi attraverso diverse modalità, con le quali utilizzare la metafora, interrogandosi su quali siano quelle più affini al loro stile personale.

Gli allievi si esercitano nella creazione di racconti, aneddoti, analogie, similitudini, metafore di relazione, prescrizioni con significati metaforici, oggetti o disegni.

Gli oggetti terapeutici che utilizzo sono in particolare:

- il gioco dei destini incrociati;
- la sedia vuota del più uno;
- le sculture;
- il gioco dell'oca;
- il racconto sistemico;
- le maschere;
- il blasone familiare;
- il reflecting team.

Nelle terapie che seguo personalmente o come supervisore, mi sono spesso ispirata al lavoro di Jacques Pluymaekers. L'importanza data non solo al linguaggio analogico ma anche al gioco, al corpo, allo spazio, alla spontaneità, mi ha molte volte agevolata nell'incontro con i bambini e gli adolescenti. A partire dal suo *génogramme paysager*, tenendo conto dello spazio, si disegna una vera e propria topografia relazionale.

Quando alla famiglia o agli allievi viene chiesto di descrivere se stessi e la propria famiglia su un grande foglio di carta, li si invita a dare libero corso alla propria creatività, con la massima libertà d'espressione. Le rappresentazioni prodotte, in un contesto che favorisce la spontaneità, sono generalmente ricchissime di spunti legati all'uso dei colori, dei disegni, di frasi, simboli grafici, omissioni, spazi lasciati bianchi, vicinanze e lontananze.

Vengono messe in evidenza molte informazioni, indicative delle regole famigliari e delle relazioni presenti, ed emergono spunti che evocano miti famigliari, non detti e a volte la presenza di segreti o argomenti critici.

Si crea così uno spazio di azione e di gioco nel quale il corpo si può muovere con facilità e nel quale l'azione trova la sua elaborazione attraverso un linguaggio che si colora di valenze evocative.

## **Caillé e la giusta distanza**

*L'incontro tra il vissuto della famiglia e quello del terapeuta impone un segnale. Questi vissuti devono incontrarsi, ma non confondersi affinché l'incontro sia arricchente. Gli oggetti fluttuanti occupano il posto dell'incontro. Essi ne sono il simbolo e ne restano la traccia.*

PHILIPPE CAILLÉ

L'uso del linguaggio metaforico agevola la costruzione di uno spazio intermedio, dove le famiglie e il terapeuta possono cooperare, distinguendo e valorizzando le proprie identità.

Caillé rileva come la famiglia porti conoscenze ed esperienze, ma «lasci spesso la propria identità in sala d'aspetto» o per dirla con Salvador Minuchin: «La famiglia patologica è un diamante che si è abituato a mostrare di sé un'unica faccia».

Il terapeuta deve allora agevolare un lavoro di «ricoperta». Attraverso il linguaggio metaforico, l'incontro dei pazienti con il terapeuta trova una maggiore autenticità.

Nei gruppi in training ci s'interroga spesso sulla distanza adeguata e flessibile, opportuna con i pazienti. L'uso di oggetti fluttuanti agevola quell'attenzione fluttuante, fondamentale in psicoterapia, che Cancrini descrive come

uno scivolare continuo dall'atteggiamento di chi segue i particolari del discorso o riflette sulle atmosfere a quello di chi si scorda di osservare per immergersi nella situazione; riemergendone con domande interne, sul significato di quello che sta accadendo, lasciate senza risposta fino al momento in cui questa non si comporrà da sola, emergendo dall'interno, in tutta la sua complessità.

Per l'allievo terapeuta, il racconto delle storie familiari può acquistare concretezza e significato proprio attraverso la sua espressione metaforica, che attingendo a un linguaggio comune permette di coglierne i miti, i significati profondi, fino a cogliere e accogliere quello che Philippe Caillé definisce «il più uno», «l'assoluto della famiglia», ovvero le specificità dei legami al suo interno e della loro storia.

## **Yveline Rey, il tema dell'identità e il racconto sistemico**

*Gli oggetti fluttuanti parlano dell'identità di chi li costruisce, la valorizzano, ne agevolano la differenziazione.*

YVELINE REY

Il racconto sistemico si rivela particolarmente adatto alle ultime fasi della terapia, quando l'identità del terapeuta e quella

della famiglia sono arricchite e trasformate dal lavoro fatto e si preparano alla separazione.

È un prezioso strumento per aiutare i pazienti e i terapeuti a elaborare la conclusione delle terapie.

Si tratta di una modalità intensa e allo stesso tempo delicata per proporre alla famiglia di continuare a «scrivere la propria storia», condividendo con il terapeuta le emozioni legate alla nuova narrazione che la terapia ha prodotto.

I terapeuti in formazione si sperimentano sulla meta-comunicazione di quanto hanno osservato, sulla loro capacità di selezionare informazioni e relazionarsi con l'universo mitico dei pazienti, cogliendo i significati dei ruoli, delle funzioni e degli obiettivi di ogni componente della famiglia.

La lettura del racconto elaborato dal terapeuta e l'ascolto dei racconti delle famiglie preparano il terreno per congedarsi.

Il racconto del terapeuta non ha conclusione, così come la terapia è solo un momento nella storia e nel percorso della famiglia e dei suoi componenti.

Si ribadisce che il cambiamento *appartiene a loro* e proseguirà in direzioni che i terapeuti ignorano.

Bruno Bettelheim evidenzia come l'ascoltare un racconto permetta all'ascoltatore «di scoprire nuove cose, nuovi aspetti delle realtà, proteggendosi dai possibili esiti negativi di queste scoperte».

Lo psicoanalista austriaco ci racconta come nella medicina indù tradizionale venisse assegnata a un individuo psichicamente disorientato una fiaba, che rappresentava il suo particolare problema. Egli doveva farne l'oggetto della sua meditazione, e ci si aspettava che in questo modo fosse indotto a visualizzare sia la natura delle sue difficoltà sia la possibilità di superarle.

Il potere della metafora risiede nella sua capacità di raggiungere una componente affettiva della personalità, che comunemente è troppo ben difesa per essere raggiungibile. È quella componente che Bettelheim ha descritto in modo così suggestivo nel suo libro sulle fiabe, e cioè quella parte della persona che desidera scoprire nuove cose, ma allo stesso tempo è con-



sapevole dell'esigenza di proteggersi dai possibili esiti negativi di tali scoperte.

## BIBLIOGRAFIA

- Bettelheim, B., *Il mondo incantato. Uso, importanza e significati psicoanalitici delle fiabe*, Feltrinelli, Milano 2013.
- Bruni, F., *In viaggio con l'Oca. Matrice relazionale, metodi analogici e terapia narrativa*, Alpes Italia, Roma 2022.
- Bruni, F., Defilippi, P. G., *La tela di penelope. Origini e sviluppi della terapia familiare*, Bollati Boringhieri, Torino 2007.
- Caillé, P., 2007, *Viaggio nella sistemica*, Alpes Italia, Roma 2015.
- Caillé, P., Rey, Y., 2004, *Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistematiche*, Armando Editore, Roma 2005.
- Cancrini, L., 1987, *La psicoterapia: grammatica e sintassi*, Edizioni Carocci, Roma 2002.
- Foerster, H. von, *Sistemi che osservano*, Astrolabio, Roma 1987.

## **Dalla psicoterapia dell'individuo alla psicoterapia della persona. Nuovi scenari nella psicoterapia sistemico-relazionale**

*Pasquale Busso*

La psicoterapia della persona in un'ottica sistemico-relazionale si presenta come un'evoluzione della psicoterapia sistemica dell'individuo. Nella *Pragmatica della comunicazione umana* (Watzlawick, Beavin, Jackson 1971), che viene considerato come il testo storico di base per apprendere a lavorare come psicoterapeuti sistemici relazionali, il concetto di persona non compare perché l'individuo viene preso in considerazione nella sua qualità di membro, di una parte di una famiglia o di un gruppo. L'ottica della processualità, scegliendo il *come* quale *focus* per analizzare la comunicazione, ha messo in secondo piano l'interesse al mondo interno. C'è da aggiungere che attraverso le nominalizzazioni la struttura del linguaggio ci orienta a considerare l'individuo nella sua unicità e non come un sistema di parti con relativa autonomia. Inoltre, la possibilità di correlare il sintomo con il gioco relazionale d'una famiglia o di un gruppo con una storia rende meno stringente interessarsi del mondo interno come sistema di parti.

Tuttavia, lavorare con un singolo mostra alcune criticità, perché la famiglia di cui si parla in seduta è pur sempre impoverita dalla mancanza di narrazioni alternative, affatto influenti nella comparsa d'un sintomo. In queste circostanze si sente la necessità di introdurre nel mondo interno l'ottica sistemica. Da un punto di vista teorico non è difficile pensare il mondo interno come un sistema relazionale. Rispetto al sistema famiglia, tuttavia, il sistema relazionale interno presenta una sua specificità: le parti comunicano tra di esse soltanto con modalità analogiche. Mancando la comunicazione digitale diventa difficile

fare ipotesi, intendersi su proposte operative, gestire un progetto per la soluzione di un problema. Diventa difficile dialogare con le stesse modalità utilizzate tra soggetti in possesso di un linguaggio digitalizzato.

Difficile, ma non impossibile.

Dialogare con interlocutori che comunicano con modalità analogiche è possibile se la parte consapevole, che possiede la capacità della comunicazione digitale, prepara le condizioni.

Il primo passo consiste nel creare le condizioni di rilassamento che facilitino la manifestazione della comunicazione analogica. Per esempio si invita il soggetto a rivivere un momento in cui il problema si è manifestato. A seguire, il cliente viene guidato a prendere consapevolezza della parte del corpo in cui appare il disagio. L'implicito che guida il terapeuta è considerare il disagio come una comunicazione analogica della parte che manifesta un problema o un sintomo. In concreto, si considera la parte che si manifesta con il disagio come una parte che manifesta una richiesta: alla stessa stregua di un soggetto in un momento di difficoltà. Di fronte a questa presa di consapevolezza si chiede al cliente di ringraziare la parte che si è manifestata attraverso il disagio. E di seguito gli si chiede di rivolgersi a questa parte, ringraziandola per essersi manifestata. La strategia da seguire è analoga a quella che si dimostra efficace quando si vuole iniziare una relazione di collaborazione. Quando si avverte che si sono create le condizioni, si chiede al cliente di rivolgersi alla parte per manifestare a essa il desiderio di iniziare un dialogo, che abbia come obiettivo la soluzione del problema o la scomparsa del sintomo.

Per procedere, a questo punto la parte consapevole deve individuare, in collaborazione con la parte interna che manifesta il disagio o il sintomo, un messaggio analogico che venga considerato un codice di «sì» e un messaggio analogico che diventi un codice di «no». Con questi due codici è possibile dialogare, se la parte consapevole che utilizza il linguaggio digitale fa proposte e sia attenta a chiedere per ognuna un messaggio di «sì» o di «no». Ovviamente questa procedura prevede che il messaggio analogico in questio-

ne venga reiterato fino a che ogni dubbio di casualità venga fugato.

Queste modalità di colloquio sono il bagaglio che l'ipnosi eriksoniana ci ha consegnato (Bandler, Grinder 1979, 1982). Esse tuttavia non ci forniscono motivazioni particolari per optare per un procedimento che consideri la persona il centro del lavoro terapeutico. La richiesta di lavorare sulla persona può essere portata in prima seduta sotto la spinta d'una crisi esistenziale. Oppure può emergere in seconda battuta, intanto che si lavora intorno a un problema o intorno a un sintomo. Un momento favorevole comunque si presenta quando si aiuta una persona a utilizzare risorse positive per cambiare la difficoltà in opportunità. La persona, nel momento in cui sperimenta che può utilizzare risorse personali positive, ha la possibilità di prendere in considerazione un cambiamento del proprio modo di pensare a se stessa.

Per esempio, una persona che soffra di claustrofobia, nel momento in cui sperimenta in seduta e dal vivo la possibilità di vivere serenamente l'utilizzo dell'ascensore, non necessariamente cambia l'idea che ha di se stessa, nel caso di una paziente di «non essere all'altezza». Un'esperienza, talora anche più esperienze, non scalfiscono il modo con cui una persona considera se stessa. È necessario, come primo passo, che la persona prenda atto che l'esperienza traumatica, con il lavoro fatto sul piano emotivo, è terminata. Come affermava Freud, il paziente deve passare dal rivivere al ricordare. L'evento traumatico ha bisogno d'essere collocato alle spalle, nel passato.

In secondo luogo occorre lavorare sulle scelte che sono state fatte in un momento di difficoltà o di scarsa esperienza. La scoperta di risorse utilizzabili al momento opportuno può consentire al soggetto di modificare scelte non più consone all'attuale grado di maturità raggiunto.

In terzo luogo, è importante lavorare sulle convinzioni maturate in relazione alle esperienze negative. Occorre mettere sotto una lente d'ingrandimento i processi di attribuzione e i processi di riconoscimento reciproco, non soltanto nel presente, ma anche nel passato. Può essere un lavoro che implica un

mutamento nel racconto della propria storia, con la possibilità di recuperare parti di sé non valorizzate a sufficienza. Fino al punto di proiettarsi nel futuro con la consapevolezza delle risorse a disposizione e della capacità di metterle in atto al momento opportuno.

In *Sé come un altro* e in *Percorsi del riconoscimento*, Paul Ricoeur ci propone una serie di tematiche progressive che ci consentono di analizzare il modo in cui avviene il riconoscimento di un individuo come persona attraverso i processi di attribuzione personali e i processi di riconoscimento relazionali. Attraverso tali processi l'individuo, identificabile nella sua corporeità e nella sua posizione all'interno della famiglia e della società, arricchisce di qualità (o impoverisce di inadeguatezza) i dati della sua identità corporea e relazionale. «Tale arricchimento (o impoverimento) avviene correlando a sé e agli altri il merito o il demerito di azioni o relazioni fino a trasformare queste correlazioni in capacità, ruoli, diritti» (Busso 2016, p. 193). Uscire dalla struttura soggetto - predicato - complemento oggetto consente di introdurre il contributo dei processi di riconoscimento reciproco nel mondo interno del soggetto, nei suoi processi di apprendimento. Frustrazioni e traumi sono inseriti nei processi di riconoscimento reciproco. Ciò che conta non è il singolo evento, ma le modalità con cui adulto e bambino utilizzano le frustrazioni derivanti dalla difficoltà di gestire differenze emotivamente incompatibili (Tronick, Gold 2021). Gli incidenti di percorso diventano occasioni per sperimentare modalità di dialogo che hanno nella creatività la loro fonte d'ispirazione. Prendere consapevolezza dei processi attributivi e dei processi di riconoscimento in psicoterapia consente di aprire nuovi orizzonti, laddove la centralità dell'io faccia da impedimento a esperienze «altre» e positive.

Seguendo Paul Ricoeur possiamo ipotizzare che una prima classe di processi attributivi comprende tutte quelle operazioni di correlazione che possono sussistere tra un soggetto e i suoi comportamenti. Con i processi di aggettivazione si compie un salto di classe, poiché la persona non soltanto agisce, ma viene

considerata capace. Una persona capace o incapace è pronta ad un ulteriore salto: può raccontarsi attraverso storie, che implicano ruoli. Per ogni ruolo è possibile individuare diritti e doveri e, compiendo un ulteriore salto, acquisire la capacità di fare e di mantenere promesse. La capacità del dono senza ricambio consente di considerare la persona all'apice del suo percorso, in quanto libera nei legami e nei condizionamenti della propria storia. Riprendiamo ad una ad una queste classi di processi attributivi, per vedere come si può lavorare in un contesto psicoterapeutico. (Busso 2016, p. 194)

## L'attribuzione dell'azione

La persona è un individuo che agisce e che patisce l'azione degli altri. Una persona è tale in quanto si considera e viene considerata soggetto di azioni e membro di sistemi relazionali. Nell'agire e nel relazionarsi, la persona si sperimenta in due ruoli contemporaneamente: come soggetto attivo e come soggetto sottoposto a restrizioni. Tuttavia, nella struttura linguistica composta da soggetto, predicato e complemento oggetto, il dato esperienziale viene semplificato in quanto l'azione viene messa in primo piano e viene attribuita al soggetto, mentre la passività viene lasciata al complemento oggetto, all'altro. Attribuendo completamente all'io un'azione, si modifica e si semplifica la complessità della realtà, in quanto viene messo in ombra o addirittura cancellato il contributo del *feed-back* da parte del complemento oggetto, dell'altro. In termini sistemici il concetto di *feed-back* consente di recuperare la complessità delle relazioni. Infatti, collocando più persone in una relazione circolare, si può affermare che A condiziona B, che condiziona C, che condiziona A. Agire ed essere condizionati sono e sono considerate le naturali condizioni di ogni persona umana.

L'attribuzione dell'azione all'io può apparire di scarsa importanza, se non si mette in luce il ruolo della volontà nell'emergere della persona. L'uomo è tale nella misura in cui si propone obiettivi e dimostra di raggiungerli. E questo si dimostra

fattibile nell'ambito dei progetti razionalmente fondati. Vi sono ambiti come l'arte, l'amore, i cambiamenti identitari di terzo livello (Bateson 1976) nei quali la volontà non può dirigere i processi, ma soltanto assecondarli, preparando le condizioni di fattibilità. Come ha sottolineato Ricoeur (1965), oltre allo spossamento dell'io in relazione ai processi elaborativi interni, vi è anche uno spossamento dell'io rispetto agli obiettivi. Nel nostro campo, certi cambiamenti identitari non possono essere ottenuti soltanto con l'impegno della volontà. Accettare questo limite si dimostra molto difficile, quando a livello esperienziale si constata l'impossibilità di gestire un sintomo. Il primo passo consiste nello sperimentare la possibilità di accedere a risorse che sono in grado di gestire l'ingestibile. Il paziente ha bisogno di essere guidato a fare direttamente esperienza di queste risorse. Ha bisogno di sperimentare, come ogni creativo, che l'ispirazione ci viene donata, quando si verificano certe condizioni. Nell'ambito della razionalità, tutto può essere programmato e ottenuto con una volontà ben determinata. Nell'ambito dell'estetica, dell'amore, dell'identità, i risultati e i cambiamenti si verificano con le modalità della sorpresa e del dono. Come nel caso di Antonio, il cui «io» si percepisce quasi sempre depredato di ciò che fa. I predatori sono polarità interne che litigano per contendersi il potere e il riconoscimento del proprio valore da parte delle altre. Esattamente come succede in famiglia, dove la guerra tra mamma e papà non ha perso occasione per crescere coinvolgendo anche i figli. Il cambiamento identitario necessario perché Antonio riprenda il suo potere decisionale passa attraverso una serie di esperienze vissute in positivo, dove energie indipendenti dalla volontà lo sosterranno per potersi tutelare e sopravvivere nella guerra familiare.

## L'aggettivazione

La persona è un individuo che parla e di cui si parla. Parlare, essere immerso nel mondo del linguaggio arricchisce l'identità corporea della persona introducendo il processo di aggettivazione. La comparsa dell'aggettivazione, che accompagna il soggetto agente, fa compiere un ulteriore salto di qualità alla persona: essa viene trasformata da semplice agente a persona capace o incapace. Il valore irrompe nel mondo della persona e partecipa della qualità di oggettivazione, di veridicità, di corrispondenza alla realtà implicito nel racconto di un testimone. (Busso 2016, p. 199)

In corrispondenza dei processi di aggettivazione interna si muovono i percorsi di riconoscimento, dove aver compiuto un gesto non implica necessariamente un riconoscimento di capacità. Il brutto anatroccolo diviene tale in quanto intrappolato in un processo di riconoscimento dove la sua diversità è difetto, è stigma.

Nella struttura del linguaggio è scontato che una persona che agisce sia una persona capace, ovvero che possieda abilità. Questa equivalenza, tuttavia, non è sempre riscontrabile nei nostri pazienti. L'agire può non essere riconosciuto da sé e dal contesto relazionale significativo come capacità, ma esattamente come il suo opposto. Una storia di crescita personale caratterizzata da costante misconoscimento sia tra le parti interne sia tra i membri del sistema familiare può essere alla base di un apprendimento, dove il proprio modo di agire, di fare, di relazionarsi viene sempre valutato in negativo, e conseguentemente diviene la prova della propria incapacità (Stern 2005). Da un lato, se l'agire dimostra che una persona è capace, dall'altro un agire considerato inadeguato è la prova dell'inadeguatezza di una persona. (Busso 2016, p. 200)

La ricerca degli aggettivi incarnati nell'esperienza affettiva ed emotiva costituisce il primo passo per trasformare un aggettivo in metafora. Il paziente che si sente in balia di, incapace di produrre un cambiamento, può essere guidato a creare quel-



le condizioni che consentono a risorse profonde di mettersi in moto. Un nuovo aggettivo per una nuova identità.

## **Il copione narrativa**

A partire dall'aggettivazione si aprono infinite possibilità di racconti, dove la struttura del racconto incide profondamente sull'autostima e sul riconoscimento della propria identità personale. «La persona è tale in quanto narra storie ed entra in storie narrate da altri. Inoltre, l'introduzione dell'aggettivazione apre la strada al copione narrativa, che incorpora valori, stereotipi, relazioni, episodi, correlandoli in maniera più o meno valorizzante per il soggetto, a cui il copione è destinato» (Busso 2016, p. 205). C'è da considerare inoltre che narrarsi ed essere narrati difficilmente coincidono. E questo, nel processo di riconoscimento, comporta che la persona possa sentirsi crescere di valore o subire profonde ferite per effetto di questo confronto. Gli stessi eventi possono essere materiale per una tragedia o per una commedia. Possono essere presentati in una cornice pessimistica o piena di speranza o come il risultato d'una fortunata coincidenza. I protagonisti e i comprimari hanno la possibilità di essere tutti adeguatamente valorizzati come persone oppure inseriti in un gioco relazionale, dove nessuno è veramente riconosciuto nella sua unicità e per i suoi valori. (Byng-Hall 1998)

## **Diritti e doveri**

Una sentenza o un giudizio hanno valore oggettivo a livello sociale. L'entrata in conflitto dell'identità sociale con l'identità personale possono mandare in crisi la persona, se il soggetto non si conquista un orizzonte di senso, che renda possibile la coesistenza di limiti e di fragilità con la dignità. Il processo di riconoscimento di diritti e di doveri è legato alla cultura in cui il soggetto si trova a vivere, al processo evolutivo e alla storia per-

sonale. Per la persona entrano in gioco processi attributivi che le consentono di sentirsi giusta, corretta, adeguata e ... anche tutti i suoi opposti. Non è soltanto il comportamento che viene valutato, ma la persona nella sua totalità. «Per quanto concerne i doveri, in psicoterapia si incontrano spesso persone intrappolate in obblighi razionalmente considerati inesistenti, ma emotivamente non violabili.» (Busso 2016, p. 209) Tutto quanto viene vissuto come valore può variare soltanto se si riesce a trovare una strada che conduca a un valore più alto o a una migliore formulazione del valore stesso.

## **La promessa**

La persona è tale in quanto soggetto che promette e al contempo soggetto a cui possono essere fatte promesse. Considerarsi ed essere considerato in grado di mantenere una promessa è una capacità che, se considerata come un assoluto, rende difficile coniugare questa capacità con i naturali limiti e le fragilità delle persone umane. La promessa di amore eterno, che i coniugi si scambiano nel rito del matrimonio, non può essere ragionevolmente garantita da nessuno dei due. Troppe sono le variabili in gioco. Senza entrare nei dettagli, basta ricordare i due spossamenti di responsabilità riguardanti sia il passato sia la realizzazione di un progetto futuro (Ricoeur 1967). Quando i coniugi vanno da un terapeuta dopo un tradimento, sia per capire sia per tentare di risanare la loro relazione, difficilmente possono evitare un lavoro sulla personale identità, poiché il quadro valoriale di autovalutazione potrebbe essersi frantumato e risultare difficilmente recuperabile. A livello dell'io, un tradimento può diventare un'arma letale per l'autostima di chi è stato tradito. La parola perdono può assumere un significato nefasto, se pensata in un orizzonte gestibile totalmente dall'io senza la ristrutturazione del passato e senza il contributo della posizione «meta». A livello simbolico essa rappresenta una cornice di senso che incide profondamente nell'identità della persona, con conseguenze in tutta la sua rete relazionale. Il processo attributivo che arricchisce la persona come soggetto affidabile, come soggetto che è in grado di mantenere le sue

promesse, può coniugare in modo diverso dignità, limiti e fragilità. Culturalmente, la fragilità è facilmente esclusa dai criteri positivi utilizzati per dare un giudizio di valore su di una persona. Il processo di idealizzazione del partner, per fare un esempio, si realizza attraverso la messa in ombra di tutte le fragilità percepite nell'altro. Non è quindi strano che i segnali di difficoltà coniugali vengano sottovalutati o addirittura ignorati. (Busso 2016, p. 214)

## **Le cose che non hanno prezzo**

La persona è tale in quanto appartiene alle cose che non hanno prezzo. È un soggetto che ama, che è amato, che è capace di donare senza attendersi un ricambio e che sa ricevere un dono senza sentirsi in obbligo di ricambiare. Al livello delle cose che non hanno prezzo non c'è oggetto che possa ricambiare un dono. Soltanto nell'ambito dell'incontro tra soggetti può compiersi con successo il processo di riconoscimento senza interferenze di doveri o mandati transgenerazionali. Ricoeur (2004) recupera il concetto greco di *agape*, come capacità di amare, di donare senza aspettativa di contraccambio. A questo livello, la persona, pur parzialmente spossessata della sua storia e del futuro, sintonizzandosi con l'alterità nella sua dimensione estetica, può sostare, prendersi del tempo di fronte al rischio di affrontare il giudizio dell'altro a livello relazionale. Nell'attesa e nell'incertezza della risposta, tra riconoscimento e misriconoscimento, egli assapora la libertà di essere in sintonia con la vita e, attraverso il benessere percepito, di sentirsi da essa riconosciuto, di far parte delle cose che non hanno prezzo. La propria dignità non può essere messa in discussione dagli spossessamenti, dalla consapevolezza della limitazione di responsabilità, dalla constatazione dei propri limiti e delle proprie fragilità. (Busso 2016, p. 220)

Al livello delle cose che non hanno prezzo la capacità acquisita di creare le condizioni per raggiungere la posizione «meta» non garantisce necessariamente un risultato correlato all'in-

tenzionalità dell'io. È su questo scarto tra intenzionalità e alterità che abbiamo bisogno di riflettere e di prendere posizione nel vivo della pratica terapeutica. Da un lato, come abbiamo visto, esistono metodologie, percorsi, vie che si presentano come strumenti sicuri per raggiungere la posizione «meta». Dall'altro, chi pratica sperimenta uno stacco, un momento di attesa prima di trovare una situazione di benessere. In questo stacco, la difficoltà maggiore è l'utilizzo della posizione di accettazione dell'impotenza, di «lasciare andare», di «lasciare venire» (Senge, Sharmar, Jaworski, Flowers 2013). Nella sequenza che questi autori propongono, l'emergere del nuovo si colloca soltanto a partire dall'esperienza di lasciare venire. Su di essa si fonda la nuova persona che nasce. Da un lato attraverso la partecipazione ad un processo in cui si è co-protagonisti e non nell'appropriazione derivante dai processi attributivi. Dall'altro attraverso la presenza attiva, che va dalla piena coscienza della difficoltà alla consapevolezza di essere testimone partecipe di un mutamento di relazione tra il sé e l'altro da sé. È un modo pragmatico di presentare lo spossamento del futuro, che ha come conseguenza, per l'io, di riconoscere la propria posizione di essere una parte di... E come tale di riconoscere la struttura che connette, quale guida nel percorso verso il futuro. Umiltà, quindi, non come autosvalutazione, ma come adesione al principio di realtà, come riconoscimento dei propri limiti, che costituiscono il fondamento della propria unicità e che ci accomunano al genere umano. (Busso 2016, p. 225)

Pinkola Estés (1993) nel suo libro *Donne che corrono coi lupi* narra e analizza molte favole che illustrano la ricchezza che la persona umana può sviluppare quando è in armonia con la dimensione estetica o del «sacro». Quando permette alla parte «selvaggia» di sé di manifestarsi, mettendosi in armonia con la propria spinta vitale. Mettersi in armonia con la propria spinta vitale viene ovviamente illustrato con racconti metaforici, quali la scalata della montagna per procurarsi il «pelo dell'orso della luna crescente» o affrontare la strega *Baba Jaga* per ottenere il fuoco e l'energia che consenta alla *Vassilissa* di tornare alla sua famiglia libera, non più intrappolata nei giochi relazionali della matrigna e delle sorellastre.

Nella psicoterapia della persona, su ciascuno di questi punti, se richiesto, si guida il paziente a sperimentare la scoperta dell'energia che non è comandata dalla volontà, ma che si manifesta quando si creano le condizioni adatte a lasciarla venire, a lasciarla operare. Fatto questo primo passo, il lavoro può seguire i punti proposti da Ricoeur, perché il paziente possa riconoscere se stesso come soggetto che con la volontà apre prospettive altrimenti non raggiungibili. C'è la possibilità di mettere in discussione gli aggettivi negativi consoni con le esperienze traumatiche e inabilitanti. Ci si può cimentare a scrivere un nuovo racconto della propria vita passata, che metta in luce le opportunità sfruttate dal paziente proprio nei momenti cruciali della sua vita. Anche i valori e le promesse possono cambiare cornice: si può passare dalla condizione in cui il soggetto li subisce alla libertà di chi li sceglie. E, da ultimo, consolidare la capacità di donare senza ricambio apre alla possibilità di trasformare i legami affettivi in libertà.

Per la prima volta ho incontrato qualcuno che cerca le persone e vede oltre... Non vediamo mai al di là delle nostre certezze e, cosa ancora più grave, abbiamo rinunciato all'incontro, non facciamo che incontrare noi stessi in questi specchi perenni senza nemmeno riconoscerci... Quando le persone passano davanti alla portinaia, non vedono nulla perché lì non si vedono riflesse. Io invece supplico il destino di darmi la possibilità di vedere al di là di me stessa e di incontrare qualcuno. (Barbery 2007, p. 138-9)

Le parole dell'adolescente protagonista de *L'eleganza del riccio* sono come uno dei leitmotiv delle difficoltà, che si incontrano nel percorso della psicoterapia della persona. La presenza di specchi, che si frappongono tra noi e gli altri, ha bisogno di strumenti che ci consentano di bypassarli. (Busso 2016, p. 235)

## BIBLIOGRAFIA

- Bandler, R., Grinder, J., 1979, *La metamorfosi terapeutica. Principi di programmazione neurolinguistica*, Astrolabio, Roma 1980.
- Bandler, R., Grinder, J., 1982, *La ristrutturazione. La programmazione neurolinguistica e la trasformazione del significato*, Astrolabio, Roma 1983.
- Barbery, M., 2006, *L'eleganza del riccio*, Edizioni e/o, Roma 2007.
- Bateson, G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano 1976.
- Bateson, G., Bateson, M. C., 1987, *Dove gli angeli esitano*, Adelphi, Milano 1989.
- Boscolo, L., Bertrando, P., *Terapia individuale sistemica*, Raffaello Cortina, Milano 1996.
- Busso, P., *Il dialogo con l'altro. Nel cuore della psicoterapia sistemica della persona*, Libreria Universitaria, Padova 2016.
- Byng-Hall, J., *Le trame della famiglia*, Raffaello Cortina, Milano 1998.
- Freud, S., *Ricordare, ripetere e rielaborare*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1975, vol. VII, p. 358.
- Pinkola Estés, C., 1992, *Donne che corrono coi lupi*, Frassinelli, Como 1993.
- Ricoeur, P., 1965, *Dell'interpretazione. Saggio su Freud*, Il Saggiatore, Milano 1967.
- Ricoeur, P., 1990, *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano 1993.
- Ricoeur, P., 2004, *Percorsi del riconoscimento*, Raffaello Cortina, Milano 2005.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G., «Ipotizzazione - Circolarità - Neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta», in *Terapia Familiare*, 1980, n. 7.
- Senge, P., Scharmer, C. O., Jaworski, J., Flowers, B. S., *Presence*, Franco Angeli, Milano 2013.
- Tronick, E., Gold, C. M., *Il potere della discordia. Perché il conflitto rafforza le relazioni*, Raffaello Cortina, Milano 2021.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jakson, D., *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma 1971.

## **La sessuologia della Gestalt**

*Mariano Pizzimenti, Barbara Bellini*

In questo estratto, parleremo dei disturbi sessuali a partire dai presupposti che abbiamo approfondito in *Sessuologia della Gestalt* (Pizzimenti, Bellini 2022) e che rimandano alla cornice teorica della terapia della Gestalt (Perls, Hefferline, Goodman 1951).

In termini generali e sintetici, concepiamo la sessualità come una spinta che porta gli esseri umani a unirsi sostenuti dall'eccitazione e dal piacere, non riconducibile solo all'aspetto genitale. Ciò può avvenire su vari piani, da quello sessuale-genitale a quello mentale, emotivo, sensoriale, progettuale, amicale, amoroso, professionale ecc. Questa spinta parte dal corpo, ma coinvolge ogni dimensione dell'esperienza. Essa ci guida non solo verso il piacere, ma anche verso quelle direzioni di vita di cui abbiamo bisogno per creare insieme ad altr\* il mondo che ci circonda. Il radicamento nelle sensazioni sessuali (genitali e non) dà alla sessualità la caratteristica di essere una spinta molto potente: sostiene gli esseri umani a fare esperienze nuove, a realizzare intuizioni, a creare progetti umani, artistici, professionali, relazionali e talvolta a portare avanti vere e proprie rivoluzioni.

La sessualità tende a mettere in crisi le relazioni basate sulla dominanza perché sostiene la paritarietà (Pizzimenti 2019). Questo è uno dei motivi per cui tutte le istituzioni gerarchiche come chiese, governi e tutte quelle istituzioni basate sul modello patriarcale pretendono di normare la sessualità anche a scapito del benessere psicofisico non solo degli individui ma dell'intera società.

Siamo dunque molto lontan\* da una visione della sessualità come «scarica genitale», dove rendiamo l'altr\* un oggetto funzionale a un nostro bisogno o al bisogno riproduttivo della specie. Noi crediamo che la sessualità voglia dire scambio (di fluidi corporei, sensazioni, emozioni, pensieri ecc.), interconnessione, reciproco riconoscimento, piacere e responsabilità.

Coerentemente con questa visione useremo il termine «disturbo» sessuale e non «disfunzione» perché riteniamo che queste siano forme di sofferenza funzionali a disturbare equilibri di coppia e di gruppo cristallizzati, che poco hanno a che fare con il benessere dell'essere umano e del suo ambiente.

Crediamo quindi che l'esperienza della sessualità vada sempre collegata alla cultura dalla quale essa emerge, allo scopo di comprendere i rischi, le paure e le spinte rivoluzionarie che la sessualità ha sostenuto e continua a sostenere.

Il primo o comunque il più famoso a portare la sessualità fuori dall'ambito religioso e a riconoscerne l'importanza per la salute dell'essere umano fu Freud all'inizio del secolo scorso. Egli la considerò in antitesi con *thanatos*: l'istinto di morte.

A differenza di Freud, Perls – cofondatore della terapia della Gestalt – inaugurò una nuova epistemologia, dove amore e odio non sono più due pulsioni in lotta. Le polarità non sono viste come pulsioni antitetiche, ma anzi fanno parte della personalità umana e sono necessarie alla reciproca esistenza. La «distruzione» degli ostacoli è infatti un requisito necessario per incontrare l'altro, così come masticare il cibo è necessario per assimilarlo. Mentre il poppante manda giù latte caldo senza aver bisogno di masticare, il bambino impara a «mordere» per nutrire la sua vita e fare quelle esperienze che gli servono per crescere (Prato 2017).

I disturbi sessuali derivano dalla difficoltà di combinare il bisogno di scambio, intimità, fusione e piacere con la necessità di affermazione dell'individuo, che richiede di rifiutare i comportamenti dell'altro che lo danneggiano e confrontarsi con l'altrui diversità.

Amore e sessualità hanno bisogno di sostenersi su uno sfondo di aggressività consapevole per potersi esprimere in sicurez-



za e l'aggressività, da parte sua, necessita d'uno sfondo di amore e sessualità per non eccedere in distruttività (Pizzimenti 2015). L'incapacità di integrare queste due polarità in un rapporto dinamico tra figura e sfondo spesso ha come conseguenza l'insorgere di comportamenti difensivi o distruttivi, che si manifestano nei momenti di incontro e/o di abbandono, cioè quando la persona si sperimenta più vulnerabile ed esposta.

Perls e Goodman (1951) parlavano di sintomi nei termini di «adattamenti creativi» e non come comportamenti «disfunzionali» da eliminare. Essi servono a qualcosa, dobbiamo scoprire a che cosa e se esistono soluzioni che implicino un prezzo da pagare meno alto di quello che il sintomo comporta.

Quando l'individuo non ha il sostegno per portare fino in fondo l'intenzionalità originaria che tende all'orgasmo come esperienza di fusione, benessere e crescita reciproca, allora un'intenzionalità succedanea, espressa dal sintomo, rappresenterà il miglior adattamento possibile, una soluzione creativa a una situazione difficile, con il poco sostegno disponibile. Questa strategia creativa è limitata, ma è comunque la migliore possibile in quel campo.

Il disturbo sessuale ci dice quindi che un conflitto tra intenzionalità è attivo e, in questo momento, sta emergendo alla superficie. È quindi uno stimolo a riconoscere qual è l'intenzionalità originaria che la persona – o, meglio, tutte le parti in gioco – sta negando. Passiamo ora a sintetizzare alcuni fra i più diffusi disturbi sessuali.

## **1. «Non sento nulla». La mancanza di desiderio**

È probabilmente il disturbo sessuale più diffuso. *Probabilmente* perché alle statistiche manca tutta quella fetta di popolazione che non lo accusa come un disturbo, ma che lo considera normale.

Non consideriamo la mancanza di desiderio come un disturbo quando la persona non è interessata a vivere le sue relazioni attraverso le sensazioni genitali e l'orgasmo, come accade per

chi sceglie l'asessualità. L'intenzionalità che emerge nelle esperienze di asessualità può essere quella di incontrare il mondo su altri piani (affettivo-amicale, intellettuale ecc.) e l'asessualità può essere vissuta in un'esistenza carica di energia erotica. La mancanza del desiderio può essere espressa da entrambe le persone in una coppia di lunga durata. Nella nostra cultura eurocentrica, eterosessuale e monogamica, è considerato normale che una coppia che sta insieme da vent'anni o più accusi un drastico calo del desiderio sessuale. Crediamo che anche questa confluenza culturale dipenda dal considerare la sessualità attraverso il filtro della morale religiosa e che sia sostenuta dalle caratteristiche della cultura patriarcale. Se il fine della sessualità è la riproduzione, è «normale» che chi sta insieme da vent'anni o più, con un'età dei partner intorno ai cinquant'anni, non faccia più sesso, perché una coppia di questa età difficilmente vorrà o potrà ancora avere figli.

Se consideriamo la mancanza di desiderio come un adattamento creativo, allora dobbiamo interrogarci sulle funzioni che può avere la desensibilizzazione di una parte del corpo così importante per il nostro benessere psicofisico.

La nostra esperienza clinica ci porta a dire che l'intenzionalità succedanea, che esprime la mancanza di desiderio, può essere quella di vivere una vita serena e tranquilla, priva di dolore e di pericolo, escludendo le sensazioni genitali. Si privilegia la sicurezza a scapito della crescita. Talvolta questa soluzione funziona, pur con i suoi costi (per esempio in termini di scarsa vitalità), altre volte no e la coppia rischia la morte stessa della relazione.

Le nostre coppie stanno facendo uno sforzo e pagando un prezzo per resistere alla separazione ormai dilagante. La nostra ipotesi è che il calo di energia sessuale non sia intrinseco alla coppia di lunga durata, ma dipenda dal rimanere aggrappati/e a un modello patriarcale di coppia, che forse non è più sostenibile per le caratteristiche del nostro secolo. È paradossale che sulla coppia monogamica si basi tutta la progettualità familiare, e non ci sia sostegno a livello culturale per esplorare percorsi alternativi, modi differenziati di essere coppia, no-

nostante si stia dimostrando la realtà più fragile e difficile da sostenere. Alla coppia è richiesto non solo di fornire protezione, compagnia e sicurezza economica, com'è sempre stato da dodici millenni a questa parte. Dalla rivoluzione agricola al dopoguerra, la famiglia è stata indispensabile per la sopravvivenza economica. Dalla seconda metà del secolo scorso in poi, sempre più è possibile affittare una seconda casa e separarsi. Pur impoverendosi, le persone sopravvivono e questa è una novità. I partner oggi hanno alzato le aspettative legate all'essere coppia: non basta protezione economica, vogliono ricevere amore, attenzioni romantiche e sentirsi desiderati. Prima della rivoluzione agricola, la coppia monogamica non aveva senso di esistere e la sessualità era vissuta all'interno del gruppo dei cacciatori. Rafforzava i legami comunitari. L'avvento dell'agricoltura ha modificato profondamente non solo la struttura economica e sociale, ma l'esperienza sessuale. Nasce la società patriarcale come oggi la conosciamo, basata sulla proprietà privata, l'accumulo di beni e tecnologie che si tramandano di generazione in generazione. In una parola: il «patrimonio».

La sessualità spesso è sostituita con l'eccitazione data dall'aumento dei beni, che non comporta rischi in quanto i beni sono oggetti e quindi, a differenza degli esseri umani, sono controllabili.

Il patriarcato si esprime nel possesso, dominio, controllo, nell'eliminazione dei nemici, dei predatori, delle erbe infestanti, di tutto ciò che può portare alla perdita del controllo. Così nella coppia.

Privilegiare la monogamia vuol dire preferire la sicurezza e ridurre il rischio di soffrire, rinunciando all'eccitazione portata dalla presenza di altri partner e/o dalle fantasie e dalla ricerca di esperienze nuove. Tranquillità e sicurezza *versus* eccitazione e crescita. Consapevoli che, se diminuisce molto la sicurezza, l'ansia aumenta e troppa ansia porta a desensibilizzazione e chiusura nella coppia. Così come troppa sicurezza e tranquillità porta alla noia e all'inedia, che nuovamente desensibilizza e allontana.

Avere relazioni extraconiugali risveglia la sessualità, ma rimaniamo sempre all'interno del modello patriarcale della coppia, anzi, avere amanti lo rafforza, più che denunciarne le crepe.

Quando la mancanza di desiderio è espressa solo da una delle due persone, allora questo fenomeno ha caratteristiche molto diverse da quello precedente.

Tipicamente, lo manifesta la donna nei confronti dell'uomo, ma ora che le relazioni stanno diventando più paritarie si manifesta anche nell'uomo e nelle coppie gay e lesbiche.

La frigidity è un disturbo nel momento in cui la donna vorrebbe vivere la sessualità, ma non ci riesce. In questo caso parliamo di una Gestalt fissa, ovvero un adattamento che si ripropone in quanto l'intenzionalità originaria, il modo in cui la persona vuole vivere pienamente la sessualità, non viene raggiunta e l'intenzionalità succedanea diventa la migliore forma che questa persona riesce a creare. La desensibilizzazione genitale può diventare la migliore soluzione possibile per la donna per portare avanti un rapporto che non riesce a modificare. Rinunciando a vivere le proprie sensazioni sessuali, esprime un rifiuto non solo di aspetti relazionali, ma, in un'ottica sociale più allargata, di un modo specificamente culturale di vivere la sessualità in cui le donne non si riconoscono.

Se guardiamo la mancanza di desiderio (espressa da un solo partner) dal punto di vista di campo, frequentemente ci troviamo di fronte a uno sbilanciamento all'interno della relazione: uno dei due sta diventando dominante nei confronti dell'altro che si vive oggettivizzato. Può essere una dinamica che crea sofferenza e che sta alla base di questo disturbo, oppure una conseguenza viziosa che si crea successivamente. In ogni caso, contribuisce a creare sofferenza nella coppia.

Un tipico esempio di dominanza e oggettivazione è quando un partner chiede all'altro di fare l'amore anche se si accorge che questi non manifesta desiderio e poi insiste con frasi tipo: «Vedrai che se poi cominci ti piace» o «È tanto tempo che non lo facciamo, io ne ho bisogno» o «Fallo per me» o «Non puoi lasciarmi così». Quest'ultima frase è frequente quando il partner perde il desiderio durante il rapporto sessuale.

Chiedere a un'altra persona di fare sesso anche se non lo desidera vuol dire chiederle di rendersi un oggetto e noi diventiamo dominanti.

Gli oggetti operano non partendo dal desiderio ma da un programma, gli esseri viventi agiscono spinti dal bisogno o dal desiderio.

Se io mi sforzo di fare l'amore senza sentirne il desiderio, ma per la richiesta dell'altro\*, mi rendo un oggetto, perché nego le mie sensazioni. È anche possibile che facendolo io poi sviluppi un'eccitazione genitale e magari sperimenti anche una forma di orgasmo, ma la mancanza di desiderio resterà impressa in noi e tenderà a far aumentare il rifiuto nei confronti dell'altro\*.

La mancanza di desiderio ha molti tratti in comune con l'impotenza erettile o lubrificatoria. La differenza principale è che, mentre nell'impotenza erettile o lubrificatoria la persona dice di voler fare sesso con l'altro/a «ed è il suo pene o la sua vagina che non funziona», nella mancanza di desiderio la persona non sente il desiderio, quindi, non c'è una spaccatura interna. C'è un sentire a cui potersi appoggiare.

La mancanza di desiderio non è un problema, ma è una soluzione che denuncia ciò che sta avvenendo nella coppia. Il fatto che venga espressa solo da una delle due parti non vuol dire che sia un problema di quella persona, ma solo che questa è l'elemento attraverso cui la sofferenza della coppia si sta esprimendo. Probabilmente è l'elemento più sensibile o più sotto pressione o con una storia che gli fa vivere con sofferenza l'essere oggettivizzato. Come possiamo vedere, la terapia della Gestalt ha una visione molto diversa dall'approccio cognitivo-comportamentale. Per quest'ultimo, il sintomo (mancanza di desiderio) non è la soluzione che la coppia è riuscita a trovare per restare insieme, ma è il problema da eliminare grazie a un approccio strategico.

Se nel lavoro con le coppie non emerge questa voglia di esserci l'un\* per l'altro\*, la mancanza di desiderio può denunciare una situazione di codipendenza. Cioè una situazione in cui io vorrei staccarmi dal/dalla mio/a compagno/a che riconosco essere dannoso/a per me, ma non ho la forza.

## 2. «Vorrei, ma non posso!» Impotenza erettile e lubrificatoria

Il termine impotenza è fuorviante o, meglio, è il classico esempio di una diagnosi che non spiega il problema ma contribuisce fortemente a crearlo.

Se comincio a pensare che il mio pene o la mia vagina ha qualcosa che non va, che non funziona, apparentemente mi assolve, cioè mi separo da una parte di me che definisco disfunzionale, mentre «io» vorrei e continuo a desiderare ardentemente di avere un rapporto sessuale con l'altr\*. In questo modo però io mi autodefinisco impotente, in quanto non ho potere su una parte di me che sfugge al mio controllo e agisce contro la volontà.

Se invece ci assumiamo la responsabilità di rendere impossibile la penetrazione e accettiamo che, aldilà di quella che può essere la nostra percezione emotiva o cognitiva, noi stiamo esprimendo un rifiuto al contatto genitale con l'altr\*, ecco che torniamo a essere «potenti».

La difficoltà sta nel fatto che non siamo consapevoli di questo rifiuto. Ci siamo alienati/e da esso e ne scarichiamo la difficoltà su una parte di noi, desensibilizzandoci.

Facciamo come Muzio Scevola che brucia la sua mano sul braciere per punirla di aver accoltellato la persona sbagliata.

La potenza comporta *responsabilità*. Cioè la capacità di confrontarsi con il partner e di sostenere il confronto. Ecco un primo dato relazionale: l'impotenza erettile o lubrificatoria è sempre una deresponsabilizzazione rispetto a una dinamica relazionale. È una strategia di sopravvivenza che si esplica attraverso il «vorrei, ma non posso».

Nella mia strategia di sopravvivenza è più accettabile risultare inadeguato/a, che non «cattivo/a», incapace o rifiutante. «Non voglio» non è esprimibile... Molto meglio: «Non posso».

Nel caso dell'impotenza erettile secondaria è interessante notare che il primo episodio riportato dai pazienti è generalmente collegato a situazioni di richiesta e *pretesa* della prestazione sessuale in cui l'uomo ha sperimentato il senso d'impo-

tenza non solo a livello genitale, ma anche nelle altre dinamiche relazionali. Nella relazione con il partner si è sentito inadeguato, non in grado di soddisfarlo, non «abbastanza» per lei/ lui. Nella sua esperienza, una situazione di pressante richiesta sessuale può rappresentare un attacco al suo valore. Domande quali: «Perché non vuoi fare l'amore?», «Non mi vuoi più?», «Non mi vedi più bella/o?» facilmente attivano un senso di colpa e privano il sesso della spontaneità e libertà che sono indispensabili per i riflessi sessuali. L'eccitamento sessuale, sia negli uomini sia nelle donne, è una reazione spontanea al desiderio e alla stimolazione efficace. L'attesa e la pretesa della prestazione sessuale riflettono una situazione relazionale di difficoltà che preme per emergere in superficie. Se i partner non rischiano di affrontarla, allora facilmente finiranno per evitarla. Da questo momento la paura dell'insuccesso sessuale diventerà la causa immediata dell'impotenza.

Anche nell'esperienza femminile l'ansia da prestazione ha un effetto potente sulla mancanza di lubrificazione. Nelle situazioni di sessualità «inesigente», in cui chi conduce la terapia invita la coppia a uno scambio di sensazioni piacevoli vietando il coito, la donna, liberata dalla pressione di dover necessariamente eccitarsi, avere un orgasmo e soddisfare il/la compagno\*, spesso arriva a provare intense sensazioni erotiche e sensuali. Il fatto che il partner «rinunci» al desiderio di appagamento orgasmico potrà essere, nell'esperienza della donna, una prova molto toccante di quanto gli sta a cuore il piacere sessuale della compagna/moglie. In questa situazione, essa potrà riappropriarsi della «responsabilità» del proprio piacere sessuale, scoprendo che non verrà respinta o umiliata se esprime i propri desideri e se mostrerà al partner di avere una personalità attiva.

Cominciare ad accettare che io non possiedo un pene o una vagina, ma «sono» anche pene e vagina e mi esprimo attraverso le azioni, è fondamentale per recuperare il senso del mio radicamento nella situazione relazionale: cioè la mia forza personale.

Spesso le persone non capiscono come sia possibile aver voglia di fare l'amore, ma non avere l'erezione o la lubrificazione

ne. Oppure essere eccitati a livello genitale in una situazione relazionale in cui non è in gioco il sesso. Accade specialmente agli uomini per motivi di natura estetica. È assolutamente non appropriato se un uomo ha un'erezione mentre sta consolando un'amica/o che piange o sta giocando con un bambino o sta ballando o è coinvolto in attività eccitanti che, però, non sono sessuali. Ovviamente questo vale anche per le donne, ma siccome il fenomeno dell'umidificazione è meno evidente, le donne sono meno spesso costrette ad alienarsi dai propri genitali. Chiediamo a noi stessi di funzionare a compartimenti stagni. Di avere sensazioni che percorrano tutto il nostro corpo, ma non i genitali.

Siamo allenati ad alienarci dai nostri genitali.

Il termine «penetrazione», usato per descrivere l'amplesso sessuale, rimanda all'azione del pene di entrare a fondo, rendendo la vagina un «dentro» passivo e il pene un intrusivo attivo. Questa è una visione assolutamente uomo-centrica, che non ha nulla di fenomenologico. Da un punto di vista fenomenologico ci sono volte in cui avviene la penetrazione, volte in cui avviene la «vaginazione» e, il più delle volte, entrambe contemporaneamente. È però interessante che il termine «vaginazione» non esiste, è un neologismo che dovrebbe entrare nel vocabolario corrente e che aiuterebbe molto nel superamento dell'impotenza. Nel linguaggio comune e volgare si dice che la donna «la dà». Eppure, è la vagina che «prende» dal punto di vista fisico.

Spesso la mancanza di lubrificazione nella donna esprime proprio il rifiuto a farsi penetrare. Il rifiuto a questa azione intrusiva dell'uomo, a subire passivamente. Questo è ancora più evidente nel vaginismo, in cui, anche con l'uso di lubrificanti, il dolore è intenso e impedisce totalmente la penetrazione.

Anche nell'uomo, d'altronde, l'atto della penetrazione può essere fonte di paura. Ci sono uomini che sentono che non sono loro a penetrare la donna, ma è questa che li «vagina». Questa percezione, invece di rilassarli, li fa sentire inadeguati, in pericolo. La famosa fantasia della «fica dentata», che potrebbe castrare l'uomo, riflette questo genere di percezione. Essa è



vissuta non come dato fenomenologico, ma come qualcosa di «sbagliato», «che non va bene»: l'uomo non dovrebbe sentire così o la donna non dovrebbe comportarsi così. Molti uomini riportano fenomeni di impotenza vissuti con donne inaspettatamente molto attive e intraprendenti.

### **3. «Aiuto! Sono troppo veloce!» Parliamo di eiaculazione precoce o orgasmo precoce**

In che cosa l'eiaculazione e l'orgasmo precoce differiscono dall'impotenza?

Sono entrambe forme d'ansia, che però sopraggiunge in momenti diversi. Qui non ci troviamo di fronte a un rifiuto della penetrazione o della vaginazione, ma a un'urgenza di conclusione. Nel caso dell'impotenza, l'esperienza è rifiutata in quanto pericolosa e il pericolo è vissuto come immediato, presente nell'*adesso* della situazione, che quindi viene evitata. Nell'eiaculazione precoce o nell'orgasmo precoce, invece, il rapporto sessuale viene ricercato e il pericolo sembra essere proiettato in un futuro più o meno prossimo; quindi, dobbiamo abbreviare il più possibile i tempi per evitare che questo futuro si concretizzi. L'esperienza di scoprire il piacere condiviso viene meno, in primo piano viene cercato l'aumento e la scarica delle sensazioni genitali.

La persona sperimenta l'ansia nell'istante in cui raggiunge un livello elevato di eccitazione, che spesso è il frutto di un'intensa immaginazione. Essa anticipa la realtà, la precede e, in qualche modo, la sostituisce. È proprio quest'ansia a creare una desensibilizzazione delle sensazioni genitali e quindi l'orgasmo involontario. Dunque, paradossalmente, la causa dell'eiaculazione precoce non è un'eccessiva sensibilità, come si ritiene comunemente, ma al contrario, una desensibilizzazione.

Oltre alla rapidità del riflesso eiaculatorio, la persona non è in grado di esercitare un controllo volontario sul riflesso stesso (Kaplan 1974).

L'eiaculazione precoce, con il suo accelerare velocemente l'eccitazione, potrebbe essere la soluzione relazionale per vivere

la sessualità come scarica puramente genitale, evitando l'esperienza della condivisione e dell'intimità con la persona reale.

Nel contesto di un rapporto sessuale con un partner con cui c'è coinvolgimento amoroso ed eccitazione generalizzata, per prolungare il rapporto sessuale è necessaria un'attenta concentrazione sui genitali, unita al contatto con la respirazione. Ogni orgasmo, anche se molto debole, è comunque accompagnato da un'accelerazione della respirazione, per cui se manteniamo la respirazione lenta e lunga, soprattutto con prolungate espirazioni, il controllo sulla nostra eccitazione aumenta e dunque anche sull'innesco del riflesso orgasmico. Il contatto con i nostri genitali consente di focalizzare a livello corporeo le sensazioni che precedono l'iaculazione, come tale deve aumentare, non diminuire, per aumentare la durata del rapporto sessuale.

Qui però entriamo nel punto nevralgico: abbiamo voglia di aumentare la durata del rapporto sessuale? Abbiamo voglia di sentire l'eccitazione crescere? Di contenere a lungo la tensione, mantenendo un contatto intenso e prolungato con la/il nostro/a compagno/a fino a sperimentare un'esplosione talmente intensa da perderci? Da sentire i nostri confini dissolversi? Da perdere il senso di noi?

L'orgasmo precoce, sia per l'uomo che per la donna, ci mette al riparo dal rischiare una risposta.

#### **4. Quando il sesso fa male. Vaginismo e penepatia**

Il corrispondente maschile del vaginismo viene normalmente definito col termine generico di penepatia, che include anche fenomeni come il priapismo e il pene ricurvo. Se parliamo del solo fenomeno dell'erezione dolorosa, ritroviamo una dinamica molto simile sia nell'uomo sia nella donna, cioè una contrazione del perineo e dei muscoli della vagina nella donna e dei corpi cavernosi del pene nell'uomo, che si oppongono alla dilatazione nella prima e all'erezione nel secondo. Mentre per il vaginismo la componente psicologica è ormai quasi universalmente accettata, il dolore erettile dell'uomo viene quasi sempre riportato a

cause organiche e più raramente gli uomini vengono in terapia per questo motivo.

Se in tutti i disturbi sessuali vediamo un vissuto di alienazione dai propri genitali, nel vaginismo e nel dolore erettile quest'alienazione diventa massima. La persona è totalmente inconsapevole di opporsi a qualcosa che sta dicendo di voler fare. Nei vari tipi di impotenze e di orgasmi ed eiaculazioni precoci assistiamo spesso a una sorta di manipolazione del vissuto genitale, mentre in questa sofferenza l'opposizione è netta e violenta: una violenza, tuttavia, totalmente alienata.

Di frequente le donne manifestano vissuti di rabbia verso se stesse, quando il vaginismo è tale da impedire completamente la penetrazione, verso il compagno quando la contrazione rende il rapporto doloroso. In questo caso, la rabbia è verso il partner che insiste per avere ugualmente il rapporto.

Nell'uomo la dinamica è simile. La rabbia è in genere rivolta verso di sé, ma spesso anche nei confronti del partner, accusato di non essere sufficientemente delicato.

L'identificazione con la propria rabbia è una tappa spesso fondamentale per il lavoro con il vaginismo e il dolore erettile.

La rabbia è frequentemente portata in modo reattivo nelle sedute e il/la terapeuta facilmente si trova a essere accusato/a di non capire il vissuto della persona. Risulta particolarmente difficile sostenere la persona ad assumersi la responsabilità del fenomeno, poiché l'alienazione è totale. Il/la professionista dev'essere pront\* ad avere momenti di confronto molto «caldi». È importante arrivare a costruire un clima di forte intimità e sicurezza prima che la persona accetti di guardare alla propria sofferenza come a un'alleata e non come a una nemica, e lo stesso vale per il rapporto con il/la professionista.

Per la persona in cura è difficile sentire che la sua forza consiste nel sapersi rilassare.

La maggior parte di noi eurocentrici condivide un introietto culturale secondo cui la forza risiederebbe nella contrazione, nella durezza, nella violenza. Poche donne affermerebbero di sperimentare la forza della loro vagina nel rilassarne i muscoli e nel «prendere» il pene o le dita o un oggetto. La maggior parte

riferiscono al massimo l'esperienza di aprirsi ad accogliere. Eppure noi rilassiamo i muscoli della mandibola per aprire la bocca e addentare, afferrare, succhiare il cibo. Solo i bambini piccoli e i gravi disabili vengono *in-boccati*.

Nel vaginismo la donna contrae i muscoli della vagina come se dovesse proteggersi da uno stupro, che però non riconosce come tale. E, se il rapporto avviene nonostante questo, le conseguenze sono simili. Con l'uomo non si pensa mai alla paura d'essere stuprato, se non nell'ano, perché lo stupro è verso una cavità, verso chi non vuole accogliere. Ma il significato della parola «stupro» non è legato alla penetrazione. Stupro indica offesa, costrizione, percosse, violenza. Perls sosteneva che spesso la masturbazione maschile si traduce in uno stupro del pene da parte della mano. Non è il pene, sono le mani che stuprano, che percuotono, bloccano, costringono.

Sia nel vaginismo sia nel dolore erettile, la persona vive il contatto genitale con l'altra con la paura del dolore, della costrizione, della mancanza di cura. Non sento di aver paura dell'altro\*, anzi, l'altro\* non c'entra, sono io che provo dolore, sono io responsabile.

È un processo simile alla vergogna, in cui chi la prova attribuisce a sé la responsabilità di ciò che prova: «Tu non centri, sono io che mi vergogno». Non riconosco più che è l'azione dell'altro\* che genera in me la vergogna, sento solo la vergogna (Robine 1995).

Insieme all'identificazione con la rabbia, il riconoscimento della vergogna come fenomeno di campo e non intrapsichico è un'altra tappa fondamentale nel lavoro con vaginismo e dolore erettile. E noi terapeuti\* siamo parte del problema. Noi siamo l'ambiente stupratore, noi facciamo vergognare la/il paziente, noi facciamo provare dolore, noi siamo l'altro\*. Se non accettiamo questa responsabilità, se vogliamo essere visti solo come aiuto, se siamo compulsivamente amorevoli, la persona non potrà dare valore alla paura, alla rabbia e alla vergogna, comprendere che ruolo giocano nella sua vita e da cosa lo stanno proteggendo.

## BIBLIOGRAFIA

- Bellini, B., «Aggressività sessuale», in *Figure Emergenti*, n. 0, 2016, <https://www.figureemergenti.it/articolo.php?idArticolo=8897>.
- Pizzimenti, M., *Aggressività e sessualità. Il rapporto figura/sfondo tra dolore e piacere*, Franco Angeli, Milano 2015.
- Pizzimenti, M., «La co-creazione e il superamento della cultura della dominanza», in *Figure Emergenti*, n. 4, 2019, <https://www.figureemergenti.it/articolo.php?idArticolo=12293>.
- Pizzimenti, M., Bellini, B., *Sessuologia della Gestalt. Manuale imperfetto per continuare la rivoluzione sessuale*, Franco Angeli, Milano 2022.
- Prato, M., «La capacità aggressiva del bambino», in *Figure Emergenti*, n. 2, 2017, <https://www.figureemergenti.it/articolo.php?idArticolo=11857>.

## **L'esperienza dell'essere agenti: uno sguardo attraverso la psicoterapia di orientamento junghiano**

*Alberto Favole*

### **1. Convergenze e divergenze**

Oltre alle difficoltà che s'incontrano nel parlare di sé, ben note a chi ha fatto esperienza di terapia, esistono le difficoltà nel parlare del Sé, ben note a tutti gli psicologi e psicoterapeuti, a partire dall'opzione di impiegarne la versione maiuscola o minuscola. Nel solo ambito junghiano non mancano le diversità e talvolta le difformità. Per Carl Gustav Jung il Sé, in maiuscolo, è «il volume complessivo di tutti i fenomeni psichici nell'uomo» (Jung 1921, p. 477). È totalità originaria (Jung 1942-1954) e al contempo totalità a cui tende il procedere individuativo, quel «processo di differenziazione che ha per meta lo sviluppo della personalità individuale» (Jung 1921, p. 462). Sempre nell'alveo della psicologia analitica, Michael Fordham riprende il tema in modo originale, ricollegandosi a quella parte del discorso di Jung rivolta alla forma basilare e arcaica del Sé. Postula l'esistenza di un *Sé primario* o *originario* presente già alla nascita, in cui sarebbero racchiuse tutte le potenzialità psicofisiologiche ancora non espresse. Ne parla come di una condizione monadica, elementare e psicosomatica. Un ordinamento semplice, dunque, da cui trarrebbero sviluppo ordini sempre più complessi, attraverso uno spontaneo processo di trasformazione e ibridazione con l'ambiente che l'autore chiama deintegrazione-reintegrazione. Scrive Rosemary Gordon: «Considero la relazione tra il *Sé originario* di Fordham e il *Sé* di Jung analoga a quella esistente tra la prima cellula fecondata e il futuro organismo vivente, composto da innumerevoli cellule e dotato di numerose

funzioni» (Gordon 1993, p. 113). Ancora in area junghiana, ma cambiando un'altra volta autore, James Hillman si esprime in tono critico circa l'eventualità che il Sé venga reificato, deificato e ipostatizzato (Hillman 1972). Sottolinea la «natura multipla, mobile e fluida della personalità di contro all'accento posto sull'integrazione, l'unità e l'ordine, tutte funzioni attribuite tipicamente al Sé» (Colman 2009, p. 254). Dunque, anche solo attraverso il filtro della psicologia analitica risulta chiaro come affrontare il tema del Sé esponga a notevoli complessità. Figurarsi cosa accadrebbe entrando in dialogo con altri grandi della psicologia che proprio di questo si sono occupati, quali Winnicott, Kohut, Kernberg o Masud Khan, per non fare che pochi nomi. D'altronde, è connaturato alle infinite rifrangenze della psiche che ci siano altrettante prospettive su di essa.

Nei modi più diversi e nelle epoche più distanti, l'intera vicenda umana è stata percorsa da una forma di attrazione nei confronti della complessità, a sua volta accompagnata da inevitabili vissuti di disorientamento e spaesamento. Forse per reazione, lungo i secoli la scienza si è raccolta nello sforzo di raggiungere approdi stabili, privilegiando avanzamenti direzionati e, per quanto possibile, fondati su regolarità. Ma, nel tempo, è divenuto evidente che le formule lineari e le spiegazioni scompositive spesso rappresentano dei limiti nel rapporto col mondo e con noi in esso. Così si è progressivamente definita la necessità, non più rinviabile, di sviluppare approcci dialettici, plurali, probabilistici e sistemici – potremmo dire complessi – in diversi ambiti di studio e settori di ricerca, non ultimo quello psicologico.

Con lo sguardo rivolto alla complessità, si tratta però, per non rimanere bloccati in una postura contemplativa, di individuare opzioni di discorso e di attenersi. Insomma, occorre fare delle scelte e mettere in rilievo solo qualcosa dell'insieme, con tutti i limiti del caso. Per questo vorrei dichiarare quali saranno i confini entro cui mi muoverò, consapevole di quanto rimarrà escluso. In primo luogo, non parlerò oltre del Sé per come inteso da Jung, lasciando sullo sfondo la sua prospettiva ricca di evocazioni mitiche, religiose e poetiche. Seguirò invece gli studi

di Jean Knox, autrice di formazione junghiana, dedicati a una componente particolare definita *sé agente* e indagata, perlopiù, dai ricercatori dell'attaccamento e da alcuni teorici della psicoanalisi. Credo vada riconosciuto a Knox il merito di interagire con acquisizioni empiriche e speculative nate fuori dal campo della psicologia analitica, nel tentativo di connetterle con le sensibilità teorico-cliniche junghiane (Knox 2011). In secondo luogo, mi accosterò alla questione del *sé agente* in un'ottica di processo, più che di struttura o di contenuto. Se è ipotizzabile che le principali incomprensioni e opposizioni interne alla psicologia dinamica, e non solo, si siano storicamente giocate sui piani delle strutture e dei contenuti, sembra congruo privilegiare la via del processo, come la letteratura contemporanea suggerisce di frequente. Dopotutto la regolazione affettiva, la mentalizzazione e l'operare della funzione riflessiva, della cui centralità tanto si dibatte, sono giustappunto processi. E processi, in seno alla psicologia analitica, sono l'individuazione e la funzione trascendente, per fare solo due esempi.

## 2. Traiettorie evolutive del *sé agente*

Knox s'interroga sul funzionamento del *sé agente* lungo la progressione che dalle esperienze precoci, caratterizzate in senso fisico, giunge fino alle evoluzioni in chiave autoriflessiva e autobiografica. Inoltre, guarda alle dinamiche che possono avverarsi nel lavoro clinico con pazienti il cui sviluppo del *sé agente* sia stato, in varia misura, inibito, distorto o bloccato. È ben noto, infatti, quanto sia difficile lavorare con pazienti inclini a funzionare a livello *action-based*, quindi inclini a sentirsi vivi e capaci di impatto solo quando in grado di raccogliere testimonianze concrete del controllo raggiunto sulle azioni-reazioni altrui.

Knox prende le mosse da un contributo di Fonagy e colleghi, in cui gli autori propongono che la mentalizzazione, legata all'operare della funzione riflessiva, sia profondamente connessa allo sviluppo del *sé* almeno su due piani: quello della «rappre-



sentazione di sé» (Fonagy *et al.* 2002, p. 3) – in sintesi le caratteristiche e le proprietà che, inferite dall'ambiente, impariamo a riconoscere come nostre: per esempio essere atletico o bravo con i numeri – e quello del sé come agente. Sul primo piano, vale a dire la rappresentazione di sé, gli studi e gli approfondimenti non sono mancati (Harter 1999). Una sorte diversa, segnata da maggiori trascuratezze, è invece toccata al sé come agente. Per questo risulta opportuno indagarne la traiettoria evolutiva, modellata sulle occasioni, date e cercate, di influenzare il mondo fisico e intersoggettivo: ciò che nei primi mesi, in termini di impatto e reazioni, riguarda il dominio del corpo e dell'azione motoria, poi tende ad assumere una crescente consistenza psichica, verso la ricchezza della dimensione simbolica. A partire dalle indicazioni di Fonagy e colleghi, ripercorriamo dunque le varianti del sé agente acquisibili nel volgere dello sviluppo (Fonagy *et al.* 2002).

Il sé come *agente fisico* (siamo nei primi mesi di vita) si radica nell'esperienza del corpo in azione e, tra eventi motori e sensoriali, tra contingenze stimolo-risposta perfette e imperfette, si dirige dal precoce apprezzamento del proprio potere causale diretto e immediato sull'ambiente (contatto) verso una maggiore sensibilità per l'influenza a distanza. Embricato a questo primo livello c'è il sé come *agente sociale*, legato alle interazioni specie-specifiche coinvolgenti i piccoli e i loro *caregiver*, con possibilità crescenti di verificare gli effetti della propria presenza, a vari gradi di prossimità, sugli altri. Nel passaggio successivo, siamo ora nel transito dai nove ai ventiquattro mesi, l'avvento del cosiddetto sé come *agente teleologico* comporta un tipo di comprensione qualitativamente nuovo delle condotte dirette a uno scopo, con discriminazione e coordinazione tra mezzi e fini. Tale rivoluzione, tuttavia, non ha ancora natura propriamente mentalistica, perché le sequenze di atti non sono concepite come derivanti da stati pre-esistenti quali intenzioni e desideri. Il passaggio che viene dopo coincide con la facoltà di riconoscere a sé e all'altro antecedenti intenzionali separati dalla messa in atto. Emerge, in altre parole, il sé come *agente intenzionale*, tanto che: «intorno ai due anni i bambini mostra-

no i primi segni di comprensione del fatto che gli altri possono comunque avere dei desideri o delle intenzioni senza effettivamente farne derivare degli atti» (Fonagy *et al.* 2002, p. 187). Nel transito dai tre ai cinque anni, poi, al netto di tutte le oscillazioni previste dall'unicità dei singoli casi, con l'emergere del sé come *agente rappresentazionale* la «comprensione dell'essere agenti in termini di causazione mentale arriva a includere la rappresentazione di stati mentali epistemici, quali le credenze» (Fonagy *et al.* 2002, p. 158). Il soggetto, che comincia a funzionare più stabilmente in modo auto-riflessivo, si dispone a collegare ricordi ed esperienze in favore dello stabilirsi, articolato ed esteso nel tempo, di un *sé autobiografico*.

Come si sarà inteso, la formulazione del discorso non è di taglio junghiano. Anzi, è possibile che chi ha più confidenza con i testi di Jung si senta estraneo rispetto a certe soluzioni concettuali o linguistiche. Tuttavia, per far interagire prospettive diverse – recuperando peraltro qualcosa del procedere antidogmatico ed esplorativo di Jung – credo occorra sopportare il costo di alcune contaminazioni. Detto ciò, va aggiunto che la traiettoria di sviluppo del sé agente non andrebbe interpretata in modo rigido. Di fatto, il raggiungimento di livelli più maturi non elimina e non cancella quelli precedenti. La dinamica che connette i vari livelli è soggetta a fluttuazioni. E in risposta a condizioni di vita critiche non è da escludersi che il funzionamento del sé agente possa rientrare su posizioni meno evolute, calibrate sulla concretezza fisica dell'azione e caratterizzate da una forte esigenza di controllo sull'ambiente.

### **3. Il ruolo del corpo e dell'azione**

A questo punto, gli approfondimenti di Knox prevedrebbero di dare spazio alla neurobiologia e a una rilettura archetipica delle vicende implicate nel processo di maturazione del sé agente (Favole 2013). L'importanza dell'azione spingerebbe a considerare il ruolo dell'imitazione e della reciprocità comunicativa attraverso gli studi sui pattern di attivazione dei neu-

roni specchio, ovvero sia sul cosiddetto fenomeno del *mirroring* (Iacoboni 2008). Si potrebbero, altresì, indagare i meccanismi di connessione-disconnessione neurale tra aree premotorie e motorie, nonché la partecipazione delle aree sensomotorie alla progressiva edificazione di alcune capacità sociocognitive. Sarebbe stimolante, per quanto non privo di insidie, anche tentare una ridefinizione della dimensione archetipica attraverso il costruito degli *schemi di immagine*: organizzazioni cognitive implicite, con radici nell'interazione corporea-spaziale precoce, su cui via via si assembla la ricchezza del mondo simbolico (Gallese, Lakoff 2005). Ma, per non tardare ancora l'incontro con la clinica, procederò oltre, lasciando ai curiosi eventuali approfondimenti.

Intanto va ribadito che l'azione, compiuta o simulata, rappresenta una via fondamentale di esplorazione dell'ambiente e dell'influsso che possiamo avere su di esso. Non solo: è muovendo da queste basi, contestualizzate nella matrice delle relazioni con i *caregiver*, che cominciamo, in progressione, a orientarci nella conoscenza del nostro mondo interno (Knox 2003, p. 169). In secondo luogo, lo si accennava prima, la traiettoria di sviluppo del sé come agente può essere soggetta ad avanzamenti incerti e talvolta interrotti. Ci sono le fluttuazioni, le andate e i ritorni, i rientri su livelli di funzionamento più *action-based*. A titolo di esempio, potremmo pensare a quegli individui il cui sviluppo sia stato inibito da fattori ambientali precoci: in questo caso saremmo a cospetto di quadri clinici esposti all'emergere e al dominio di equilibri primitivi riguardanti il sé agente, rimpiazzati solo a intermittenza da forme, comunque immature e instabili, di capacità riflessiva. All'altro polo, potremmo riferirci a persone con storie di attaccamento più favorevoli per una piena crescita psicologica del sé agente, ma messe in crisi, a un certo punto della vita, proprio nel loro senso di autonomia e identità dal sopraggiungere di eventi avversi e traumatici.

Al di là del ruolo giocato da circostanze specifiche, più spesso l'effetto di inibizione sullo sviluppo del sé agente pare riconducibile a una traumatizzazione relazionale dilatata e continuativa, presente in quegli ambienti di crescita avversi alle manifestazio-

ni della soggettività. All'inizio, il senso di sé che si sta sviluppando nel bambino, pregno di elementi sopravvivenziali, dipende dalla possibilità di avere un effetto diretto sull'accudente a livello fisico e comportamentale. Come sappiamo, ricevere una risposta immediata e adeguata è cruciale nelle prime fasi di vita. Poi, con gradualità, arriva il tempo di veder confermata la propria separatezza e può accadere che il genitore sia indisponibile a dialogare con l'alterità del figlio, perpetrando forme di coercizione e controllo, con la pretesa di perfetta aderenza e sintonia. Un modo, potremmo dire, per divorare la vitalità del figlio: «ogni segno di una sua identità separata, sia nella forma di un bisogno emozionale o di una crescente autonomia, sarà oggetto di un attacco invidioso» (Knox 2009, p. 22). E ciò creerà problemi di varia natura in corso di maturazione. Scrive Knox: «L'impatto di questo tipo di intrusività genitoriale può minare alla base – e talvolta addirittura annientare – la possibilità che il bambino faccia l'esperienza del proprio sé agente» (Knox 2009, p. 12).

In ogni caso, che lo si veda nella prospettiva del genitore o in quella del figlio, un funzionamento arcaico del sé agente prevede che il soggetto senta di essere vivo solo quando in grado di raccogliere evidenze concrete della propria influenza sulle reazioni comportamentali ed emotive altrui (Knox 2011). Gli stati mentali, in quanto tali, tendono a risultare insignificanti a fronte dell'importanza assunta dai dati osservabili. In altri termini, a queste condizioni il sé agente può fare esperienza di sé solo attraverso gli effetti visibili (dai gesti alle espressioni facciali) che genera negli interlocutori, con l'esito che le parole suonano vuote se non accompagnate dal materializzarsi di «valide» conferme.

Anche il linguaggio vive sotto il segno del controllo, tanto che Knox riprende da Terrence Deacon la dicitura *linguaggio indessicale* (Deacon 1997). Come chiarisce l'etologia – si pensi ai richiami d'allarme che caratterizzano il mondo animale – nella comunicazione indessicale i segnali emessi sono volti a evocare e garantire risposte specifiche. Prevale un'impostazione intrusiva e coercitiva. E, quando nell'uomo vi è il ricorso a questo registro, i livelli verbale e simbolico si indeboliscono. Sono piuttosto

l'atteggiamento posturale, l'espressione del volto e il tono della voce a caricare il messaggio di potere costrittivo sulla risposta, a renderlo simile a un'azione, a un'arma. Mentre il simbolo comporta la coesistenza di livelli multipli di significato, la comunicazione indessicale si compone di segni vincolanti significati unici e reazioni univoche.

#### 4. Complessità terapeutiche

In ragione di quanto detto, ci si può attendere che la relazione terapeutica subisca un forte condizionamento da parte dei livelli del sé agente predominanti nella dinamica del rapporto. Per esempio, immaginiamo un soggetto il cui sé agente operi in modalità poco evoluta. È ipotizzabile che, soprattutto in una relazione significativa come quella di cura, viva intensificati i bisogni di controllare le risposte emotive e comportamentali dell'interlocutore, di scoprirsi e riscoprirsi nelle reazioni constatabili e osservabili dell'altro. Con tale attenzione per le evidenze e per i dati concreti, è prevedibile che gli interventi interpretativi del terapeuta, volti a stimolare la funzione riflessiva, siano destinati a fallire. Può accadere, andando oltre, che il paziente senta messa in pericolo la propria esistenza psichica da quelle attese del professionista cui non può, quantomeno ancora, corrispondere. Per questo è rilevante appropriarsi di uno sguardo evolutivo all'interno del lavoro terapeutico e sintonizzare il proprio atteggiamento generale, nonché le tecniche cui si ricorre, con i movimenti del paziente lungo la traiettoria del sé agente. Commenta Jung: «Non possiamo pretendere di saperla più lunga della natura stessa del paziente [...] egli finisce col non credere a ciò che non ha conquistato personalmente, e quello che ha accettato in base al principio d'autorità serve solo a farlo restare infantile» (Jung 1914, p. 299).

Un rischio è che le sollecitazioni e le pressioni esercitate dal paziente, per evocare nel terapeuta una determinata reazione, siano colte da quest'ultimo, in prevalenza o in modo esclusivo, nella loro accezione patologica. Detto altrimenti, è possibile

che le dinamiche impostate dal paziente per ottenere evidenza della disponibilità e della controllabilità del terapeuta siano lette, in modo talvolta unilaterale, come ostacoli al lavoro analitico, inciampi da eliminare, impedimenti da cui smarcarsi. Ed è senza dubbio vero che le forzature e le manipolazioni per ottenere riscontri, le pretese fuori seduta, le richieste di concessioni o altre violazioni del setting sono spesso rivelative di aspetti psicopatologici insidiosi, di cui non sottovalutare la portata distorsiva e ostacolante. Ma, oltre a prendere le misure con l'inevitabilità di queste evenienze, in quanto espressioni dirette della fragilità del paziente, è importante intravedere in esse anche un valore sopravvivenziale e un potenziale in termini di sviluppo (Knox 2011). Proprio avverando quelle dinamiche, infatti, il paziente si riconnette con la propria storia e i relativi bisogni frustrati e non riconosciuti. Se i soli riscontri che possono convalidare il suo sé agente sono di tipo concreto, cercherà prove tangibili, attraverso vie pre-simboliche, della partecipazione del terapeuta. E questo sarà il modo per riprendere il filo con il suo percorso evolutivo, laddove si è indebolito o interrotto.

Quando il clinico non recepisce il significato vitale delle insistenze o costrizioni di cui è fatto oggetto, quando non ne intende anche il carattere generativo oltre agli aspetti in origine deprivati e attualmente disturbanti, «è possibile che applichi una lettura solo patologizzante di questi eventi, vietandosi ogni risposta alternativa all'interpretazione, perché subito ridotta al valore negativo di collusione controtransferale» (Favole 2013, p. 152). Per presidiare l'identità del lavoro terapeutico e per far aderire il paziente alle regole che si ritiene debbano scandire il processo, è possibile che il clinico rinsaldi i propri interventi sui registri della confrontazione e dell'interpretazione. Con l'eventualità, però, che ciò riecheggi in modo ingiuntivo e prescrittivo nel mondo interno di chi è in cura. In tal caso, il rischio sarà di veder applicata da entrambi i protagonisti della coppia terapeutica, pur con presupposti diversi, una forma di controllo sull'altro, con il vissuto reciproco di minaccia: il terapeuta minacciato dalle ingerenze del paziente e quest'ultimo da sollecitazioni inibenti o comunque poco accessibili. In altri termi-

ni, potrebbe verificarsi un blocco conseguente al contrapporsi delle forze in gioco, esercitate da ambo le parti per adeguare e dirigere il campo della relazione (Knox 2011). Da qui il passo diventa talvolta breve verso l'interruzione della terapia, in certi casi sancita dall'ennesimo attacco del paziente e in altri dalla rinuncia del terapeuta a proseguire.

In tali situazioni – che dal punto di vista diagnostico potrebbero riguardare importanti disturbi di personalità, con spesso associate problematiche di dipendenza, condotte di abuso o disordini alimentari (Knox 2009) – risulta davvero complesso abitare lo spazio della relazione di cura. Da una parte si tratta di non rinunciare a presidiare i confini, di non disimpegnarsi rispetto ai limiti che proteggono il campo della terapia. Dall'altra, è opportuno che il professionista eserciti costante attenzione per le implicazioni evolutive emergenti in seduta, che colga anche nelle manifestazioni arcaiche e perturbanti un'occasione d'incontro con i bisogni del paziente. Un impegno deontologico ed etico intensificato, dunque, che necessita approfondite letture transferali e controtransferali, nonché il vaglio degli interventi tecnici da adottare. Senza dimenticare ciò che più conta: «Ogni psicoterapeuta non ha soltanto il suo metodo: 'è egli stesso quel metodo'» (Jung 1945, p. 98).

## 5. Prospettive junghiane

In chiosa, cercando di stare nel solco dei temi sin qui accennati, vorrei dedicare qualche riflessione al lavoro di Jung, capace di fornire contributi imprescindibili grazie ai suoi studi nei campi della psicologia, della filosofia, dell'etnologia, della religione, dell'alchimia e così anche del mito, del folclore e della simbolistica (Aurigemma 1989).

È evidente che accostare l'opera di Jung significa aprirsi al confronto con la complessità, con una vitalizzante e al contempo faticosa molteplicità di tradizioni. Egli afferma spesso che nel campo della psicologia non esistono argomentazioni definitive e che tutte le acquisizioni sono da ritenersi ipotetiche, di

necessità aperte a progressive modifiche. Precisa di non considerare la sua psicologia analitica un *corpus* di conoscenze conclusivo, ma piuttosto una narrazione che si compone di tanti *come se*, al riparo da affermazioni statiche e assolute. Promuove, dunque, un significativo relativismo, secondo il quale: «Le teorie sono inevitabili, ma come meri sussidi. Se sono elevate a dogmi, dimostrano che è stato represso un dubbio interiore» (Jung 1945, p. 98). E nel discorrere sulla psiche attribuisce grande importanza alla dialettica degli opposti (natura-cultura, razionale-irrazionale, conscio-inconscio, per citarne alcuni), al loro gioco combinatorio e al procedere mai compiuto d'una loro ricomposizione. Per Jung l'inconscio, oltre che custode del passato, può essere inteso come generatore di progetti che la coscienza non ha ancora ospitato. E il sintomo, non solo risultato di precedenti esperienze, può divenire simbolo che tenta di indicare o caratterizzare nuove eventuali linee di sviluppo.

Alcuni aspetti più di altri sono presenti nel suo procedere conoscitivo: visione relativistica, recupero della centralità del soggetto con le antinomie che lo abitano, attenzione per i fenomeni, adozione d'uno sguardo prospettico e finalistico, responsabilizzazione etica verso le espressioni dell'inconscio, consapevolezza dell'essenziale trascendenza della psiche rispetto a ogni sua manifestazione (Jung 1934). E gli stessi lineamenti li scorgiamo nella prassi terapeutica, estremamente rispettosa dell'unicità del paziente, non tanto assorbita nella ricerca di cause e spiegazioni quanto attenta alle sfumature del qui e ora della relazione analitica. Jung ha scritto molto circa l'importanza di esercitare un ascolto non pre-giudicato, di lasciarsi ogni volta interrogare da quanto accade, di non irrigidirsi in programmi, schemi e convincimenti fondati su bisogni di autorassicurazione, di diffidare dalle tracce routinarie. Con le sue parole: «Ogni nuovo caso che esiga una cura radicale rappresenta un lavoro da pionieri» (Jung 1946, p. 189).

Tornando al tema principale, ovvero al ruolo del sé agente con i relativi impatti, si può ritenere che il patrimonio teorico-clinico trasmessoci da Jung e dai suoi continuatori sappia orientarci nell'incontro con i vari livelli di funzionamento di cui



si è parlato, da quelli più vincolati all'azione a quelli più autoriflessivi, con particolare attenzione per le dinamiche relazionali fra paziente e terapeuta. Questo perché, senza trascurare le articolazioni e le differenze rinvenibili all'interno dello stesso mondo junghiano, viene posta in evidenza la centralità delle vicende transferali e controtransferali o, come occorrerebbe dire nel linguaggio della psicologia analitica, di traslazione e controtraslazione. Jung commenta: «Il fenomeno della traslazione è la caratteristica inevitabile di ogni analisi del profondo, perché è assolutamente indispensabile che il terapeuta entri in rapporto strettissimo con lo sviluppo psicologico del paziente» (Jung 1921-1928, p. 145). Qui dunque, come in altri passi dei suoi scritti, troviamo l'invito irrinunciabile a entrare in connessione con la storia evolutiva di chi è in cura. E su questo punto afferma: «Se possedessi la verità assoluta, potrei semplicemente ficcare in mano al mio paziente un libro di devozioni o una guida alla confessione [...] Se invece nella sua menzogna trovo una verità, se nella sua confusione trovo un qualche ordine e nel suo smarrimento una possibilità di ritrovarsi, allora l'ho aiutato» (Jung 1944, p. 341). Il tutto, peraltro, tenendo in conto che, sul fronte della controtraslazione, la «particolare condizione emotiva del paziente ha indubbiamente un effetto contagioso. Si potrebbe quasi dire che evochi vibrazioni analoghe nel sistema nervoso dell'analista» (Jung 1936, p. 160). Si prova, precisa ancora, «una resistenza naturale ad ammettere di poter essere contagiati proprio nell'ambito più personale da un 'qualunque' paziente» (Jung 1946, p. 187), ma non giova che il terapeuta si difenda dall'influsso «avvolgendosi in una nube di autorità paternalistico-professionale» (Jung 1929a, p. 80), poiché così facendo rinuncerebbe a una base essenziale di sintonia e conoscenza. Se ciò vale in termini generali, si può sostenere valga a maggior ragione per quei pazienti che mettono alla prova la tenuta e la disponibilità del clinico, sottoponendolo a richieste, a prove e a giochi di forza per ottenere riscontri ed evidenze tangibili dell'effettiva partecipazione. Il terapeuta, sottolinea Jung, «entra in relazione con un altro sistema psichico come interrogante e come interrogato» (Jung 1935, p. 12). Sostiene

inoltre: «ogni trattamento destinato a penetrare nel profondo consiste almeno per metà nell'autoesame del terapeuta» (Jung 1951, p. 128).

Un altro aspetto che caratterizza la clinica junghiana è la particolare attenzione per la dimensione immaginale. Con le parole tratte dall'autobiografia di Jung: «Finché riuscivo a tradurre le emozioni in immagini, e cioè a trovare le immagini che in esse si nascondevano, mi sentivo interiormente calmo e rassicurato» (Jung 1961, p. 219). Le immagini, infatti, sono il tramite attraverso cui emozioni indistinte, sovrapposte, talvolta opprimenti, assumono il profilo di interlocutori e figure con cui entrare in relazione. In altri termini, consentono l'umanizzazione di ciò che altrimenti non potrebbe essere detto. E questa interlocuzione con le immagini è un raccontare e un essere raccontati, in cui conta l'esperienza più che l'interpretazione (Jung 1941). In sintesi, per Jung non vi è «salvezza» se non si parte dalle immagini, come risulta chiaro quando afferma: «Noi viviamo 'immediatamente' soltanto in un mondo di immagini» (Jung 1932, p. 412). Dove per immagine, inutile dirlo, non intende «la riproduzione psichica dell'oggetto esterno, quanto piuttosto [...] *l'immagine fantastica*» (Jung 1921, p. 452). Così, pensando ai pazienti più in difficoltà nel verbalizzare i propri vissuti e bisogni, quindi più inclini a prendere la via dell'azione-reaione che quella della riflessività, potrebbe essere prezioso e trasformativo valorizzare l'incontro con il piano delle immagini, come sorta di spazio intermedio, transizionale, tra l'agito e l'astrazione, tra l'incarnato e il concettuale. Accogliere le immagini emergenti in seduta, magari conservandole con l'ausilio del disegno libero, potrebbe consentire di vedere ed esprimere qualcosa che altrimenti rimarrebbe opaco. In un passaggio, Jung commenta: «Io addirittura mi sforzo di fantasticare con il paziente [...] Tutto il lavoro umano trae origine dalla fantasia creativa, dall'immaginazione: come potremmo averne una bassa opinione?» (Jung 1929b, p. 54). Anche Giovanni Moretti torna su questo aspetto quando scrive: «Solo lasciando spazio al movimento di immagini ed emozioni, e quindi rimandando a una fase ulteriore spiegazioni più o

meno riduttive, è possibile che vengano assimilati significati altrimenti solo appresi» (Moretti 2004, p. 12).

Per dettagliare il discorso, sempre intorno alle problematiche cliniche di cui prima, sarebbe interessante esplorare alcune specifiche applicazioni terapeutiche con un profondo radicamento nel lavoro di Jung, come lo psicodramma analitico e la *sandplay therapy*. E questo perché si tratta di ambiti, ognuno ricco di aspetti peculiari e tipici, in cui le dimensioni della materialità, della corporeità, dell'interattività e del gioco possono risuonare profondamente. Per ora è solo un cenno, onde evitare ulteriori sforamenti dai limiti di questo scritto. Ciò che credo conti dire, per chiudere, è che in ogni caso, qualunque sia la strada terapeutica intrapresa, il senso di sé come agente di chi è in cura potrà evolvere solo se sapremo rispettarne i tempi e i ritmi, con gradualità, mettendoci per primi in discussione.

## BIBLIOGRAFIA

- Aurigemma, L., 1989, *Prospettive junghiane*, Bollati Boringhieri, Torino 1998.
- Colman, W., *Il sé*, in Papadopoulos, R. K. (a cura di), *Manuale di psicologia junghiana*, Moretti & Vitali, Bergamo 2009, pp. 235-263.
- Deacon, T. W., *The Symbolic Species*, Norton & Company, New York-London 1997.
- Favole, A., 2013, «Se gli inconsci si guardano: considerazioni sul mirroring in terapia», in *L'Ombra*, a. II, n. 2, pp. 137-154.
- Fonagy, P. et al., 2002, *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*, Raffaello Cortina, Milano 2005.
- Gallese, V., Lakoff, G., «The Brain's Concepts. The Role of the Sensory-motor System in Conceptual Knowledge», in *Cognitive Neuropsychology*, a. XXII, n. 22, 2005, pp. 455-479.
- Harter, S., *The Construction of the Self: A Developmental Perspective*, Guilford Press, New York 1999.
- Hillman, J., 1972, *Il mito dell'analisi*, Adelphi, Milano 1979.
- Iacoboni, M., *I neuroni specchio*, Bollati Boringhieri, Torino 2008.
- Jung, C. G., 1914, *Questioni attuali di psicoterapia: carteggio tra C.G. Jung e R. Löy*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1973, vol. 4.
- Jung, C. G., 1921, *Tipi psicologici*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1969, vol. 6.
- Jung, C. G., 1921-1928, *Il valore terapeutico dell'abreazione*, in *Opere*, Bollati Bo-

- ringhieri, Torino 1981, vol. 16.
- Jung, C. G., 1929a, *I problemi della psicoterapia moderna*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1981, vol. 16.
- Jung, C. G., 1929b, *Scopi della psicoterapia*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1981, vol. 16.
- Jung, C. G., 1932, *Realtà e surrealtà*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1976, vol. 8.
- Jung, C. G., 1934, *Considerazioni generali sulla teoria dei complessi*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1976, vol. 8.
- Jung, C. G., 1935, *Principi di psicoterapia pratica*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1981, vol. 16.
- Jung, C. G., 1936, *Fondamenti della psicologia analitica*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1991, vol. 15.
- Jung, C. G., 1941, *Psicologia dell'archetipo del Fanciullo*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1980, vol. 9, t. 1.
- Jung, C. G., 1942-1954, *Il simbolo della trasformazione nella messa*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1979, vol. 11.
- Jung, C. G., 1944, *Perché non seguo la 'verità cattolica'?*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1993, vol. 18.
- Jung, C. G., 1945, *Medicina e psicoterapia*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1981, vol. 16.
- Jung, C. G., 1946, *La psicologia della traslazione*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1981, vol. 16.
- Jung, C. G., 1951, *Questioni fondamentali di psicoterapia*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1981, vol. 16.
- Jung, C. G., 1961, *Ricordi, sogni, riflessioni*, Jaffé, A. (a cura di), Biblioteca Universale Rizzoli, Milano 2004.
- Knox, J., 2003, *Archetipo, attaccamento, analisi*, Ma.Gi, Roma 2007.
- Knox, J., «La paura dell'amore: la negazione del Sé nella relazione», in *Studi junghiani*, a. XV, n. 1, 2009, pp. 5-28.
- Knox, J., *Self-Agency in Psychotherapy: Attachment, Autonomy and Intimacy*, Norton & Company, NY-London 2011.
- Moretti, G., «Introduzione», in Romano, A. (a cura di), *Jung e la clinica*, Moretti & Vitali, Bergamo 2004, pp. 9-17.

## Far esistere l'inconscio, oggi

*Sergio Caretto, Vanessa Leone, Silvia Morrone*

### 1.1 Il sintomo in Freud tra senso inconscio e soddisfacimento pulsionale

La portata rivoluzionaria della scoperta freudiana consiste *in primis* nell'aver individuato al cuore dello psichismo umano l'esistenza di processi psichici inconsci, che sfuggono alla presa della coscienza da parte dell'Io e che si manifestano in fenomeni differenti quali: sintomi, sogni, atti mancati, lapsus, motti di spirito. La psicoanalisi presta particolare attenzione a quei «fatti poco appariscenti che le altre scienze mettono da parte come troppo insignificanti, dei rimasugli, per così dire, del mondo dei fenomeni»<sup>1</sup>. Il sintomo isterico mostra e dimostra a Freud come l'inconscio privilegi proprio questi rimasugli insignificanti per farsi strada nella coscienza al di là della rimozione, e per arrivare a «dirsi». La regola dell'associazione libera, unica regola che presiede l'esperienza analitica, in fondo è lì per favorire l'emergenza di questi dettagli insignificanti che, come apprendiamo da *L'interpretazione dei sogni*<sup>2</sup>, svolgono una funzione «ponte» fondamentale per passare dal contenuto manifesto a quello latente, dove il soggetto può cogliere qualcosa del desiderio più intimo che lo abita e che presiede la costituzione del sogno stesso.

Dietro al dispiacere e al disturbo arrecato all'Io dal sintomo, ben presto Freud scorge un tornaconto secondario dello stesso, ovvero l'esistenza di una soddisfazione altra, pulsionale,

1. Freud, S., 1914, *Introduzione alla psicoanalisi*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1976, vol. VIII, p. 209.

2. Freud, S., 1899, *L'interpretazione dei sogni*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1966, vol. III.

che preme per trovare posto al di là della padronanza dell'Io e delle sue difese. Sintomo pertanto quale formazione sostitutiva e di compromesso, che permetterebbe, grazie al lavoro dell'inconscio, di ottenere una soddisfazione pulsionale passando attraverso l'Altro della parola e del linguaggio, piuttosto che di cortocircuitarsi autisticamente sul corpo stesso, come pare invece accadere nei fenomeni psicosomatici o in alcune malattie autoimmuni, che risultano piuttosto impermeabili al potere interpretativo della parola. In sintesi, il sintomo per Freud ha un valore di messaggio, in quanto portatore di un senso inconscio che, se da una parte risulta decifrabile sulla via dell'interpretazione, dall'altra ha una portata pulsionale, di soddisfazione che concerne il corpo e che sfugge alle pretese del linguaggio di imbrigliarlo nel registro del senso e della significazione. Un sintomo, pertanto, dalle due gambe: una più «simbolica» agganciata all'Altro del linguaggio, e dunque suscettibile all'incidenza della parola, e l'altra che viceversa affonda nella soddisfazione pulsionale del corpo, un corpo silente che gode indipendentemente dall'Altro. In un primo tempo della sua elaborazione, Freud tenta di fare luce sui meccanismi linguistici e le leggi grammaticali che determinano la struttura e il funzionamento dell'inconscio, al fine di mettere a punto una tecnica, la psicoanalisi appunto, in grado di far posto e di accedere a questo campo inaccessibile alla coscienza e alla padronanza dell'Io, ma non meno importante per la sua incidenza nella vita del singolo individuo e d'una collettività. *L'interpretazione dei sogni* (1899), *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio* (1905)<sup>3</sup>, e *La psicopatologia quotidiana* (1901)<sup>4</sup>, risultano esemplari in tal senso.

Successivamente, a partire dal 1905 in avanti, ovvero dai *Tre saggi sulla teoria sessuale*<sup>5</sup> assistiamo a un certo spostamento della ricerca che tenta ora di far luce sul fattore pulsionale, sessuale, in gioco nell'etiologia del sintomo nevrotico: «l'isteria

---

3. Freud, S., 1905, *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1972, vol. V.

4. Freud, S., 1901, *La psicopatologia della vita quotidiana*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1970, vol. IV.

5. Freud, S., 1905, *I tre saggi sulla teoria sessuale*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1970, vol. IV.

è l'espressione di un comportamento della funzione sessuale dell'individuo, e questo comportamento è già prevalentemente determinato dagli influssi e dalle esperienze operanti nell'infanzia»<sup>6</sup>. Il sintomo nevrotico viene a essere il ritorno delle rappresentazioni rimosse in quanto portatrici di un affetto legato alle prime esperienze di soddisfacimento sessuale situabili nell'infanzia. Sono questi anche gli anni in cui Freud, abbandonata la teoria del trauma sessuale reale alla base dell'etiologia della nevrosi, valorizza piuttosto la realtà come costruzione psichica in cui la fantasia viene a svolgere una funzione essenziale.

## 1.2 L'inconscio *mlsterico*

Nell'isteria il ritorno del rimosso avverrebbe sul corpo nella forma della conversione somatica, a differenza della nevrosi ossessiva dove sarà invece il pensiero a essere investito e perturbato da questo affetto dalle radici antiche, che nel sintomo preme per trovare soddisfazione:

I sintomi più complicati si rivelano raffigurazioni convertite di fantasie, le quali hanno come contenuto una situazione sessuale. Chi sa capire il linguaggio dell'isteria, impara che la nevrosi tratta soltanto la sessualità rimossa dell'ammalato. Basta che si voglia intendere la funzione sessuale nella sua esatta estensione, e cioè in quella configurata dalla disposizione naturale infantile. Là dove lo scoppio della malattia va attribuita ad un'emozione banale, l'analisi dimostra regolarmente che le componenti sessuali (che non mancano mai) dell'esperienza traumatica vissuta hanno esercitato l'azione patogena.<sup>7</sup>

Per «capire il linguaggio dell'isteria» occorre, come dirà Freud a più riprese, farne esperienza nella propria analisi personale, ovvero cogliere l'incidenza sulla propria pelle e nella propria vita di queste «antiche scritture» singolari a ciascuno che,

---

6. Freud, S., 1905, *Le mie opinioni sul ruolo della sessualità nell'etiologia delle nevrosi*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1972, vol. V, p. 219.

7. Ivi, p. 223-224.

viceversa, restano tracce insensate. Negli anni Settanta Lacan, per indicare l'importanza della linguistica nella formazione d'uno psicoanalista, conierà non a caso il neologismo *linguisteria*, mettendo insieme «linguistica» e «isteria». Nel Seminario XVII, *Il rovescio della psicoanalisi* (1969-1970)<sup>8</sup>, Lacan arriverà a fare dell'isteria propriamente un discorso del quale ci fornirà il matema e la logica che lo governa e che lo contraddistingue rispetto agli altri discorsi: il discorso dell'università, il discorso dell'analista e il discorso del padrone. Analogamente a Freud, anche Lacan cercherà, a suo modo e con gli strumenti del suo tempo (lo strutturalismo, la linguistica, la topologia...), di rendere ragione e di mettere in logica questo inconscio dai due volti che potremmo definire *mIsterico*, in quanto portatore di una verità di godimento di cui il soggetto, come insegna il mito di Edipo, non vuole sapere niente.

### 1.3 Ritrovarsi nell'inconscio

Come mostra bene anche il motto di spirito, l'inconscio non è qualcosa di chiuso e individuale, ma al contrario costituisce una forma di legame sociale che consente la manifestazione di un affetto all'interno di un discorso che circola tra l'uno e l'altro. Sappiamo, per esperienza, che più il nostro Io vuole comprendere il motto e più, di fatto, questo ci sfugge e non si realizza. Il motto di spirito, infatti, si produce nelle maglie del dire e negli equivoci significanti che la parola porta con sé, piuttosto che nel suo significato preteso come univoco. Il senso inconscio dei sintomi, che per Freud specifica la nascita del trattamento psicoanalitico, va propriamente ricercato in questo lavoro inconscio che si svolge all'insaputa dell'Io, e che poi determina i suoi frutti in queste formazioni apparentemente incomprensibili e bislacche quali i sogni, i sintomi, i lapsus... In questa logica, l'interpretazione analitica non corrisponde tanto all'aggiunta di

---

8. Lacan, J., 1969-1970, *Il seminario. Libro XVII. Il rovescio della psicoanalisi*, Einaudi, Torino 2001.



un sapere del clinico volto a fornire un senso a quel che appare come confuso e incomprensibile, bensì, al rovescio, consiste piuttosto nel consentire al soggetto di sorprendersi esso stesso nel dire, dell'esistenza di questo lavoro dell'inconscio al fine di cogliere il desiderio che lo animava. Ritrovarsi nell'inconscio produce, retroattivamente, un sapere inedito, sconosciuto al clinico non meno che al paziente ma effetto dell'incontro tra l'uno e l'altro. L'analisi consente pertanto l'estrazione e la produzione di un sapere inedito, che rende assolutamente singolare l'esperienza e che fa dire a Freud che ogni analisi è come la prima analisi, per quanto i principi che la guidano si ritrovino, di fatto, su un piano più universale e al di là del singolo caso.

Così come non si ride da soli, allo stesso modo Freud arriverà a dire che non esiste autoanalisi, proprio in quanto l'inconscio si manifesta in un legame di transfert con l'analista. L'analista, nel transfert, ha propriamente il compito di aprire a quell'altra scena che l'inconscio è rispetto all'Io. Altra scena in cui, analogamente a un lapsus e per l'istante di un lampo, il soggetto intravede una verità che lo concerne e di cui non voleva sapere niente. L'inconscio è qui l'inverarsi d'un sapere di cui ora, in analisi, il soggetto può farsi responsabile, non senza constatare gli effetti terapeutici di questo sollevamento della rimozione.

#### **1.4 Tra un significante e l'altro: il soggetto in Lacan**

Nel suo ritorno a Freud, Lacan rimetterà al centro della teorizzazione psicoanalitica, e quindi anche della pratica che ne discende, la differenza radicale tra l'inconscio, che chiamerà «soggetto inconscio», e l'Io:

L'inconscio sfugge a questo cerchio di certezze in cui l'uomo si riconosce come io. [...] Vi insegno che Freud ha scoperto nell'uomo il peso e l'asse di una soggettività che oltrepassa l'organizzazione individuale intesa come somma delle esperienze individuali, e anche come linea di sviluppo individuale. Vi do

una definizione possibile della soggettività come sistema organizzato di simboli, che tende a coprire la totalità di un'esperienza, ad animarla, a darle un senso.<sup>9</sup>

Il soggetto lacaniano, pertanto, si presenta decentrato rispetto all'istanza dell'Io, non va confuso con l'individuo, non corrisponde ad alcuna intelligenza ed è altra cosa da un organismo che si adatta. Il soggetto inconscio, dirà Lacan, è «rappresentato da un significante per un altro significante» e, di conseguenza, si manifesta piuttosto nell'esperienza stessa del taglio che si realizza tra un significante e l'altro, nella beanza in cui qualcosa del desiderio si può scorgere. Per questa ragione, Lacan scriverà ben presto questo Soggetto irrimediabilmente diviso, con il simbolo \$. Il lapsus mette bene in evidenza questo carattere pulsatile e discontinuo dell'inconscio che, nel momento stesso in cui si apre, un istante dopo si è già richiuso. A differenza dell'Io, del quale Lacan riprende la struttura fondamentalmente immaginaria e narcisistica isolata nello *Stadio dello specchio*<sup>10</sup>, il soggetto inconscio attiene piuttosto alla dimensione simbolica che Lacan scrive con l'Altro con la «A» maiuscola, identificato come il tesoro dei significanti, l'Altro della parola e del linguaggio. In altre parole, mentre l'io si rispecchia nel simile, alla cui immagine risulta essere fondamentalmente alienato, il soggetto invece è un effetto della catena significante inconscia in cui dimorano le tracce singolari depositatesi fin dal primo incontro dell'essere col bagno del linguaggio. Quella che Freud chiamava «l'altra scena», in cui andava ricercata la surdeterminazione del sintomo a opera dell'inconscio, viene tradotta da Lacan nell'Altro simbolico, costituito dalla catena significante inconscia in cui si situa e da cui occorre estrarre la verità del sintomo. Al di là dell'evidenza, infatti, il sintomo parla, ci parla a condizione di intenderne la lingua.

Nell'esperienza analitica, l'inatteso, quel che ci sorprende e ci cambia, lungi dal trovarsi nell'immagine narcisistica – che tende piuttosto ad abolire il soggetto appiattendolo in un'imm-

9. Lacan, J., 1954-1955, *Il seminario. Libro II. L'io nella teoria di Freud e nella tecnica della psicoanalisi*, Einaudi, Torino 1991, p. 11.

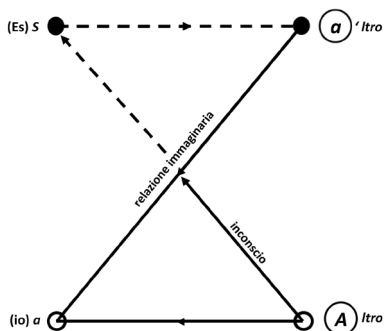
10. Lacan, J., 1949, *Lo stadio dello specchio come formatore della funzione dell'io*, in *Scritti*, Einaudi, Torino 1974, vol. I.

gine inerte devitalizzata di desiderio –, va ricercata negli effetti del dire, nel sorgere dell'inconscio in quanto *ça parle*. L'associazione libera a cui l'analizzante ha da sottomettersi e l'attenzione fluttuante che ne è il corrispettivo dal lato dell'analista hanno la finalità di alleggerire il discorso che avviene in analisi dal giogo del senso e della significazione, propriamente per aprire la porta all'esercizio del significante che, per struttura, non significa niente e che esiste solamente in relazione a un altro significante. Tale esercizio conduce il soggetto a cogliere non solamente quei significanti «padroni» che ne hanno marchiato la carne, al punto da arrivare a farne una sorta di destino ineluttabile, ma anche che questi significanti mordevano su di un oggetto a cui il soggetto abbarbicava la sua singolare soddisfazione. Anche qui troviamo – di nuovo – come l'inconscio, tramite il sintomo, produca un anodamento tra il piano del linguaggio e dell'articolazione significativa, lungo il quale si dispiega, e il pulsionale, tradotto da Lacan come godimento. In questo senso l'inconscio imbriglia, localizza e, in qualche modo, civilizza un godimento che viceversa rimarrebbe senza limiti, con tutta la portata distruttiva che ne deriva.

L'esperienza analitica, proprio in quanto esperienza di lettura e traduzione dell'inconscio, deve pertanto essere particolarmente attenta al rapporto che il soggetto intrattiene con il linguaggio ovvero alla dimensione simbolica. D'altronde già Freud aveva notato come l'inconscio, rimosso nella nevrosi, si presenti invece «a cielo aperto» nella psicosi; distinzione questa che risulta fondamentale per operare una corretta diagnosi, ma che non è così semplice da attuare, tanto più nel caso in cui una psicosi sia ben compensata. L'appunto che Lacan fa agli psicoanalisti dopo Freud è quello di aver perso la bussola dell'inconscio in quanto esperienza della parola e del linguaggio di cui l'io non è padrone, appoggiando e orientando di conseguenza la loro azione piuttosto sul piano immaginario, piano questo che di fatto occulta la struttura e quindi l'inconscio stesso. Lacan riassume in uno schema, denominato Schema L<sup>11</sup>, la differenza tra l'asse simbolico S-A e quello immaginario a-a'.

---

11. Lacan, J., 1956, *Il seminario su «La lettera rubata»*, in *Scritti*, Einaudi, Torino 1974, vol. I, p. 50.



Si coglie bene come l'io si collochi sull'asse immaginario  $a-a'$  ed è rappresentato attraverso una linea continua, diversamente dal soggetto che si situa invece sulla linea tratteggiata che va da  $A$  a  $S$ . L'analista, nel transfert, ha da collocarsi nel luogo più opportuno al fine di opporre la minor resistenza possibile affinché questa parola negata, misconosciuta, interdetta, rimossa possa farsi strada nel dire, giungendo a sorprendere il soggetto nel suo stesso discorso. L'inconscio, dirà Lacan, è il discorso dell'Altro e sorge nel luogo del dire, nell'enunciazione in atto piuttosto che negli enunciati e nelle buone o cattive intenzioni pronunciate dall'Io del paziente piuttosto che dall'io dell'analista.

## 1.5 Dall'inconscio transferale all'inconscio reale

Se nella prima parte del suo insegnamento Lacan si adoperava per mettere in luce la dimensione eminentemente simbolica in gioco nell'inconscio e quindi nel transfert, a partire dagli anni Sessanta, prima con il seminario VII, *L'etica della psicoanalisi* (1959-1960)<sup>12</sup> e poi con il seminario X sull'*Angoscia* (1962-1963)<sup>13</sup>, la sua elaborazione si sposta progressivamente su ciò che nell'esperienza analitica sfugge di fatto sia alla presa dell'immaginario che del simbolico: il reale. Col tempo sarà

12. Lacan, J., 1959-1960, *Il seminario. Libro VII. L'etica della psicoanalisi*, Einaudi, Torino 1994.

13. Lacan, J., 1962-1963, *Il seminario. Libro X. L'angoscia*, Einaudi, Torino 2007.

proprio questo reale insensato e impossibile a prendere nelle maglie del linguaggio, a costituire la principale bussola per orientarsi nell'esperienza analitica, al fine di trattare il nucleo più resistente attorno a cui si costituisce il sintomo e sul quale si installa la coazione a ripetere e la tendenza a una certa inerzia nella cura. Dal sintomo come portatore d'una verità da decifrare attraverso l'interpretazione, l'attenzione ora si sposta sul fattore economico in gioco nel sintomo, ovvero sulla sua ancora di godimento muto, insensato e chiuso a ogni possibile dialettica con l'Altro.

Nel suo ultimissimo insegnamento, Lacan – proprio per rilanciare l'esperienza psicoanalitica oltre il limite e il muro incontrato su questo «zoccolo duro» del reale che sta al cuore del sintomo e quindi dell'inconscio – abbandona la mano di Freud e «afferra quella di James Joyce [...] al posto di Freud porta un altro intercessore, che è artista invece che analista. Direi il *Sinthomo* al posto del sintomo».<sup>14</sup> In Joyce Lacan coglie infatti una modalità inedita di trattare il linguaggio e di costruirsi con questo un proprio modo singolare di farsi un nome che lo iscriva nel legame con l'Altro in una modalità assolutamente singolare, che non passa attraverso l'iscrizione simbolica trasmessa dal padre. Joyce, in un certo qual modo, dimostra di potere tenere annodati insieme i tre registri dell'immaginario, del simbolico e del reale al di là di quel che Freud aveva identificato come complesso di Edipo, ovvero potendo fare a meno di questo perno simbolico che svolge un ruolo fondamentale nello strutturarsi delle identificazioni di un soggetto e di un collettivo. Joyce si costruisce un suo sgabello a partire da come tratta il linguaggio, prendendolo non tanto dal lato del senso e nel suo valore di verità, bensì per il godimento che questo veicola. In questo senso, per Lacan Joyce diviene un esempio di come un soggetto possa arrivare a fare un uso di quel che di reale, di residuale, resta al termine di un percorso analitico, dove la dimensione del transfert legata alla supposizione di un sapere inconscio nel luogo dell'Altro viene necessariamente a cadere e a svuotar-

---

14. Miller, J-A., 2004-2005, *Pezzi staccati*, Astrolabio, Roma 2006, p. 22.

si quale forza propulsiva della cura. Il sintomo, che in entrata produceva sofferenza e aveva alimentato la domanda d'analisi, ora, in uscita, può trasformarsi nello sgabello singolare di cui un soggetto può arrivare a farne un uso, estraendone anche una certa soddisfazione. *Il seminario. Libro XXIII. Il Sinthomo*<sup>15</sup>, che Lacan dedica allo studio di Joyce, apre a uno statuto inedito dell'inconscio, un *inconscio reale*, che a differenza dell'*inconscio transferale*, che si rivolge e si nutre del campo dell'Altro e che pertanto fa legame sociale, si presenta piuttosto come afferente a un godimento Uno, inaccessibile al campo dell'Altro e quindi imprevedibile nella catena significante. Per alcuni aspetti l'inconscio reale in Lacan rinvia al rimosso originario freudiano. Dal registro del significante, si tratta ora per Lacan di passare alla dimensione del segno e della lettera. Nell'inconscio reale: «Siamo di fronte all'evidenza che tra storia e soddisfazione esiste una breccia irriducibile sulla quale la psicoanalisi ha teso ponti, ha costruito unioni, ha fatto funzionare artifici. Tra storia e soddisfazione esiste una breccia. Da un lato abbiamo il senso [...] dall'altro l'affetto del corpo».<sup>16</sup> Si tratta pertanto di un inconscio che si radica non tanto nell'Altro della parola e del linguaggio, bensì nel corpo.

L'inconscio reale sarebbe piuttosto costituito d'una materia sonora, che si srotola al di là del senso e della significazione in quella polverizzazione del linguaggio che possiamo ritrovare e di cui facciamo esperienza leggendo *Finnegans Wake* di Joyce. Per rendere conto di questo nuovo statuto dell'inconscio e del sintomo, Lacan sarà obbligato a introdurre all'interno del suo sistema teorico nuovi concetti, tra cui quello di *lalingua*, da intendere come quello stato del linguaggio preesistente a una sua organizzazione in una grammatica e una sintassi. Inoltre, al soggetto dell'inconscio, rappresentato da un significante per un altro significante, Lacan afferma ora di preferire il termine di *parlessere*.

---

15. Lacan, J., 1975-1976, *Il seminario. Libro XXIII. Il Sinthomo*, Astrolabio, Roma 2006.

16. Tarrab, M., *Inconscio reale*, in Scilicet - Associazione mondiale di psicoanalisi, *Un reale per il XXI secolo*, Alpes Italia, Roma 2014, p. 103.

## 1.6 Il sintomo: annodamento di reale, immaginario e simbolico

L'ultimissimo insegnamento di Lacan apre a una clinica inedita, definita all'interno del Campo freudiano *clinica borromea*, per l'appoggio che ora Lacan trova nella teoria topologica dei nodi, in particolare il nodo Borromeo, per mostrare come i registri dell'immaginario, del simbolico e del reale possono annodarsi tra essi e le difficoltà soggettive che si producono nei casi in cui tale annodamento non si realizzi o quando venga meno. Tale clinica si rivela illuminante per il contributo che può dare nella decifrazione dei sintomi attuali e per orientarsi nel loro trattamento. Infatti, ogni sintomo è figlio del proprio tempo e, pertanto, si manifesta in maniera differente a seconda del discorso sociale dell'epoca, non fosse che per il fatto che il sintomo si nutre dei significanti dell'Altro. Ebbene, lo statuto di questo Altro è profondamente modificato dall'epoca vittoriana in cui Freud ha scoperto la psicoanalisi a oggi. Da un Altro organizzato intorno al registro simbolico, «paterno», che fondava la propria azione sull'interdizione del godimento, condizione questa per il desiderio, si è passati a un Altro che, viceversa, promuove il godimento a ogni piè sospinto, un godimento di facile accesso sulla via degli oggetti di consumo, di quelli che già Lacan negli anni Settanta chiamava «gadget». Come scrive Maria Bolgiani:

Il nuovo secolo ci mette di fronte: un simbolico disincarnato, meno consistente, disperso; un immaginario ipertrofico e pervasivo; un reale sempre più insistente e svincolato dagli altri registri. Cambiamenti che toccano le modalità di legame tra gli esseri parlanti e il loro rapporto sia con la parola sia con il godimento e che fanno sentire i loro effetti sui malesseri dei soggetti contemporanei che, anch'essi, non sono più quello che erano.<sup>17</sup>

Da una clinica della mancanza e del desiderio eccoci confrontati vieppiù con una clinica dell'eccesso, del godimento

---

17. Bolgiani, M., *Presentazione all'edizione italiana di Scilicet. L'ordine simbolico nel XXI secolo*, Alpes Italia, Roma 2011, p. 11.

sfrenato e senza limiti, della pulsione di morte, *Thanatos*, sempre meno imbrigliata alla pulsione di vita, *Eros*. Il discorso del capitalismo, così lo chiamava Lacan, punta infatti a eliminare ogni impossibile e quindi ogni divisione soggettiva, promuovendo l'illusione secondo cui sarebbe possibile ottenere una piena felicità fondata sul consumo degli oggetti. Quel che di fatto si constata è che «La dittatura del più-di-godere devasta la natura, fa scoppiare il matrimonio, disperde la famiglia e rimaneggia il corpo».<sup>18</sup> Da una società fondata sul limite, sull'ideale e sulla rinuncia, a una società «liquida» per dirla con Bauman<sup>19</sup>, dove il tempo si riduce all'istante della soddisfazione immediata e lo spazio tende a divenire sconfinato, favorendo l'idea onnipotente di poter essere contemporaneamente in ogni luogo digitando un semplice tasto.

La clinica attuale ci confronta con un profondo rimaneggiamento dei sintomi, che si presentano sempre meno come espressione di una divisione soggettiva e messaggeri di una verità Altra, inconscia, da decifrare, ma al rovescio si caratterizzano piuttosto come un rifiuto e rigetto dell'inconscio e, più in generale, della dimensione della parola e del linguaggio. Nell'epoca dell'individualismo imperante, del «a ciascuno per sé», quello che tende a prevalere è piuttosto l'individuo che si fa da sé: l'*autós* sull'*éteros*. In questa clinica dell'eccesso, come la chiama Co-senza, diviene centrale la presenza dell'analista per far esistere questa dimensione dell'inconscio e per riannodare il soggetto al discorso dell'Altro:

La prima e fondamentale incarnazione di questa dimensione di atto e annodamento è data dalla presenza viva dell'analista. Questa presenza è un sì, è l'atto che rende possibile qualunque altra operazione nella cura. Quindi in un certo senso per Lacan è l'atto inaugurale di un'analisi, l'atto fondamentale. Atto che renderà possibile nell'analisi la costruzione di un annodamento su misura. Con questi pazienti che non hanno una credenza nell'inconscio è ancora più importante che la presenza dell'analista sia una presenza viva. È importante, ad esempio,

18. Miller, J.-A., «Una fantasia», in *La psicoanalisi*, Astrolabio, Roma 2005, vol. 38, p. 27.

19. Bauman, Z., *Modernità liquida*, Laterza, Bari 2002.



che l'analista sia raggiungibile da loro nei momenti di crisi, che possano chiamarlo quando sono in difficoltà. E che lui stesso possa a volte sorprenderli con un suo atto, ad esempio una telefonata, quando sono in momenti critici, in preda al loro godimento distruttivo. In questa clinica l'analista non può limitarsi nella sua posizione a «fare il morto», altrimenti questi pazienti non continueranno il trattamento con lui.<sup>20</sup>

Confrontati con sintomi che si rivolgono e domandano sempre meno all'altro e che, al rovescio, tendono piuttosto a ridurre il soggetto al mutismo e a manifestarsi attraverso segni nel corpo, si tratta di riuscire a farsi partner del paziente sulla via di una conversazione che gli consenta, in primo luogo, di tornare a dare un posto all'Altro e, di conseguenza, un valore alla sua stessa parola che può tornare a circolare in un discorso. In altre parole, la scommessa per lo psicoanalista è quella di fare esistere l'inconscio oggi, non tanto a partire da un discorso, dal registro del senso e dalla significazione, bensì dal godimento chiuso e impermeabile all'Altro: una clinica dell'atto analitico che, eventualmente, potrà aprire la porta del transfert e dell'interpretazione.

---

20. Cosenza, D., *Clinica dell'eccesso. Derive pulsionali e soluzioni sintomatiche nella psicopatologia contemporanea*, Franco Angeli, Milano 2022, p. 52.

## **Nel sogno, attraverso il sogno: tra Eros e Thanatos**

*Ilaria Guadagno, Claudia Pognant*

Freud nel *Compendio di psicoanalisi* (1938) scrive che tutto quello che noi sappiamo dei fenomeni della nostra psiche si trova tra due diversi aspetti, un aspetto è quello organico, il cervello, e l'altro è la nostra coscienza; tra l'aspetto somatico e la coscienza c'è l'inconoscibile e questo inconoscibile è quello sul quale la psicoanalisi da sempre si interroga. Di solito questa parte di inconoscibile umano emerge alla nostra coscienza in maniera indiretta, può manifestarsi nei sintomi nevrotici, può manifestarsi nel corpo come per l'isteria o i sintomi psicosomatici, ma può manifestarsi soprattutto nei sogni di cui ogni notte si fa esperienza.

L'inconscio: quella tessitura di fondo sul quale si sviluppa la trama vivente della nostra esistenza, la fonte inesauribile della nostra creatività, «il senso del nostro respiro che non è linguisticamente pensabile». La psicoanalisi, come Eugenio Gaburri ci insegna, dovrebbe liberarsi dall'immagine dell'inconscio come «serbatoio del passato, come baule dove giacciono sepolti i nostri ricordi o, ancora, come prigione di Alcatraz» e pensare l'inconscio più come «spazio in divenire», come forza di espansione. Non a caso, una delle più importanti caratteristiche che la terapia crea in chi decide di farne esperienza è la possibilità di poter liberare quelle forze creative a sua disposizione (dapprima celate o inibite) in grado di donare maggiore ricchezza e complessità alla globalità della sua esistenza. È questa la posta in gioco d'ogni terapia orientata psicoanaliticamente: «allargare lo spazio mentale dell'inconscio e venire fuori dagli intrappolamenti della coazione a ripetere». Perché, quando lo spazio per pensare si chiude, quando l'identità s'irrigidisce su se stes-

sa, non esiste mente, non esiste pensiero né sogno, la vita viene svuotata della sua essenza: il pathos è sostituito da pulsioni paranoiche che spingono l'individuo, oltre che la società, a serrarsi nelle proprie nicchie difensive autoidentitarie e distruttive.

Diversamente, come scrive lo stesso Gaburri, l'esperienza analitica dell'inconscio «richiede sempre di andare oltre quello che si sa già», per questo forse «la cosa più importante da trasmettere ai nostri figli (e forse anche ai nostri pazienti) è proprio la capacità di sublimazione, intesa come interesse per la vita nonostante il dolore». Sublimazione intesa non tanto nella classica concezione freudiana, che la vede come un processo di difesa o di soddisfazione pulsionale, secondaria rispetto a quella direttamente sessuale, quanto «come prototipo di ogni possibile processo di soggettivazione e di umanizzazione della vita».

Allora, vien da chiedersi: come si coniuga tutto questo con l'attuale tendenza sociale, sempre più orientata all'attualizzazione d'un tradizionale atteggiamento nel quale la realtà – la solida realtà, la cosa, l'oggettività – è ciò che conta, mentre tutto ciò che è pura apparenza, sentire, desiderio, sogno o fantasticheria, viene svilito e considerato tale da non ricevere una degna considerazione?

La cura psicoanaliticamente orientata in apparenza sembra contrapporsi radicalmente alle caratteristiche dello spirito del nostro tempo: nella cura analitica vi è spazio per l'interno, per la propria storia, per la ricerca e la costruzione del senso, per i sogni, le sensazioni, le emozioni, uno spazio per l'attesa e per la riflessione, per le ambivalenze e per le fragilità di ognuno di noi.

L'assunto da cui è importante partire è – come afferma Freud nel 1921 – che «la psicologia sia sin dall'inizio psicologia sociale», che il processo di socializzazione modifica la natura umana per renderla conforme alle norme sociali prevalenti, che ogni epoca sviluppa forme peculiari di patologie e sofferenze psichiche e che conflitto intrapsichico e conflitto sociale si rinforzano l'un l'altro. In quanto cultori della psicoanalisi siamo chiamati in causa di fronte alle nuove manifestazioni della sofferenza psichica, sia di quella sofferenza portata all'interno della «stanza dei sogni», sia della sofferenza del nostro tempo, delle mutazio-

ni antropologiche e sociali che prendono forma nell'esistenza collettiva e nella relazione con l'altro. Come la storia ci insegna, è stato spesso il confronto con cambiamenti sociali, con le nuove forme attraverso le quali, di riflesso, il disagio psichico si è via via manifestato, a produrre allargamenti, avanzamenti e profonde e fruttuose revisioni della teoria e della tecnica psicoanalitica. Una delle caratteristiche fondanti la psicoanalisi, infatti, è di coltivare un rapporto peculiare e stringente con la realtà storico-sociale del proprio tempo, dunque sarebbe importante osservare le modalità secondo le quali avviene l'incrocio tra collettività e individualità, tra intrapsichico e sociale, e valutare in che modo certi quadri psicologici individuali contengono tratti che sono ravvisabili come tratti collettivi. Non è di sicuro un caso se, come terapeuti, non ci troviamo più di fronte a pazienti il cui Io viene schiacciato da un Super-Io castrante e persecutorio (com'era ben evidente nella psicoanalisi Freudiana). Al contrario, spesso abbiamo a che fare con pazienti il cui Super-Io si presenta come poco strutturato, poco coeso, se non frammentato e tendenzialmente inconsistente. «Il fatto che esso viva attualmente una fase di scarso prestigio e di esigua considerazione comporta come conseguenza un crescente senso di vuoto valoriale e di una perdita dell'idea stessa di crescita come traguardo.» (Bolognini 2010) Allo stesso modo si va via via riducendo il potere d'attrazione dell'*Ideale dell'Io*, oggi sempre meno vissuto come meta da raggiungere attraverso un processo di maturazione interna, accompagnato da un impegno personale. Al contrario, oggetto d'idealizzazione è l'eterno presente, un *Io ideale* impossibile da raggiungere: sempre giovani, sempre belli, sempre in forma, mentre la vulnerabilità, la fragilità e sicuramente la caducità della vita sono oggetto di ribrezzo e di avversione. L'attuale Ideale condiviso crea specifiche ansie prestazionali e genera sofferenze intime spesso non riconosciute, poiché espande inevitabilmente le zone di non ascolto nei confronti dei propri bisogni più autentici. La cura ossessiva dell'immagine, l'esigenza di apparire a tutti i costi si configurano come ricerca di convalida di «un senso di sé precario e inautentico, che costituisce una trasformazione perversa della ricerca di rispecchia-

mento materno» (Winnicott 1967), presumibilmente carente in un periodo di così ampia espansione narcisistica come quello che attraversiamo. Il Super-Io può così assumere declinazioni perverse, imponendo una corsa sfrenata al «dover essere invulnerabili, inscalfibili, senza limiti, per soddisfare un Ideale di completezza narcisistica» (Bolognini 2008). Una cultura della società che concorre all'affievolimento progressivo delle funzioni limitanti, e in tal senso protettive, del Super-Io, e contribuisce allo stravolgimento della sua funzione nella direzione perversa di imporre la soddisfazione di qualunque desiderio all'insegna dell'assenza d'ogni limite, compreso quello costituito dalla alterità dell'altro, dalla fragilità e sicuramente dalla caducità della vita. Freud ha più volte sostenuto che tutti ci riteniamo immortali perché nell'inconscio non esiste rappresentazione della morte: «non possiamo fare pienamente esperienza dell'irreversibilità del tempo e dell'impersonalità del destino di noi stessi» (Freud 1915), ma la clinica e la ricerca psicoanalitica ci dimostrano come la paura di morire sia costantemente presente. Nel nostro lavoro, incontriamo sovente l'angoscia di morte e, anzi, questa è presente fin dall'inizio della vita, nella relazione del neonato con la madre. Le stesse cure materne sono impastate di vita e di morte, la madre ha il potere di dare la vita e al tempo stesso il potere di dare la morte. In un'ottica bioniana potremmo dire che nel neonato sia compresente l'incontro e l'assenza, il seno e il non-seno (prima c'era, poi non è più qui, quindi non c'è), dunque la realizzazione dell'incontro non si attua senza la realizzazione dello scarto, della perdita, dell'interruzione. È grazie a questo tipo di esperienza che la mente del neonato si dispone ad affrontare la separazione e il limite. La paura della morte spaventa, ma attiva anche la nostra competenza psicoanalitica, che consiste proprio nell'accostarsi ai bordi del limite e della trasformazione, del transitare da una condizione all'altra, da uno stato mentale all'altro.

Bion ha sottolineato che la funzione analitica non deve occuparsi d'altro che delle violente costruzioni «inibizioni», che impediscono alla mente di funzionare, alla vita di divenire. L'im-

pedimento può trasformarsi, per esempio attraverso la guerra, in un'istanza espulsiva-evacuativa, in una sorta di infanticidio delle esperienze e delle idee nuove, dei bambini o dei propri simili (Gaburri 2006). Fuori dalla stanza d'analisi assistiamo costantemente all'aggregarsi di individui anonimi che, sedotti dalla fantasia dell'immortalità, sentono di poter fare qualunque cosa senza l'intervento d'un pensiero personale. Possono fare e fanno continuamente la guerra, vissuta come una sorta di «profilattico anti angoscia di morte», di evacuazione violenta dall'angoscia di morte, producendo quello che Freud definiva «il nostro modo ipocrita di considerare la morte», che conduce silenziosamente a un'indifferenziata certezza che la morte è altrove e che può essere combattuta e vinta come se fosse una malattia o buttata sugli altri attraverso la guerra e la violenza. In quest'ottica, la psicoanalisi dentro e fuori la stanza dei sogni assume il senso di un rifiuto o, meglio, di una *trasgressione* ad adattarsi all'inferno d'una vita convenzionale, la cura consiste al contrario nel cercare di sostenere il presente in divenire, «nel riconoscere chi è cosa, in mezzo all'inferno, non è inferno, farlo durare e dargli spazio» (Gaburri 2013).

Come psicoanalisti siamo continuamente impegnati a riflettere sulla funzione di aiuto che il lavoro analitico può offrire per affrontare quel che resta del tempo o, per dirla con Winnicott, per «fare in modo che la morte ci colga vivi». Se la prospettiva della morte è così intensamente presente nel nostro vivere, abbiamo bisogno di dare a essa un senso, e di dare un senso al vivere con la consapevolezza della morte. La psicoanalisi si evolve all'ombra di queste questioni, senza fornire risposte definitive ma studiando, appunto, il transito, il limite.

Ne è un esempio il caso di Adele, donna ultrasessantenne che ha percorso un viaggio psicoanalitico durato un anno. Adele, infatti, rappresenta il passaggio dalla potenza in atto che si coniuga in una trasformazione a tappe a partire dall'embrione, passando per l'adolescente e approdando nel qui e ora d'una terza età in pieno sviluppo e cambiamento.

Utilizzando il simbolico treno della psicoterapia, abbiamo attraversato mondi, abbiamo osservato paesaggi, abbiamo in-

contrato personaggi e persone, siamo scese in stazioni solitarie e deserte e in altre eccessivamente colorate e affollate, sempre immerse in un etere onirico del sogno e in una onirica della veglia, da cui, proprio come la fenice, è risorta la nuova Adele. Da *Thanatos* a *Eros*, imparando a morire e rinascere a ogni tappa, sostenendo il peso d'un cambiamento così difficile a settantatré anni, cioè a un'età dove s'immagina di ritrovarsi in una sorta di stasi equilibrata e agognata.

L'innovazione, qui, è insita proprio nella capacità di utilizzare strumenti analitici a servizio d'una relazione che spesso viene considerata «a fine corsa»; tuttavia, osservandola da una prospettiva meno ortodossa e partendo dal presupposto che ogni essere umano giunge al suo «fine corsa», imprevedibile e angosciante, possiamo accoglierla come meta d'un possibile percorso trasformativo, ricco di consapevolezza e di presa di coscienza. L'Oracolo di Delfi pronunciava queste parole a un inconsapevole Edipo: «uomo, conosci te stesso e conoscerai l'universo e gli Dei» e, a partire da questo profondo concetto analitico, trasportato nel qui e ora della terapia, si può viaggiare attraverso un percorso giovane o «diversamente giovane», che diventa in ogni caso una catarsi per un nuovo e rinnovato sé. Questi sono i nostri binari, doverosi, complessi, dolorosi, ma sempre accessibili, immersi nelle vie del sogno, che possono compenetrarsi in un diverso finale del reale. Come l'Oracolo di Delfi apre porte che si affacciano sul mondo interno di Edipo, senza domandare la sua età anagrafica, così Adele e io ci siamo mosse nel suo mondo interno, senza curarci dello spazio e del tempo, ricostruendo brandelli di vissuti distrutti dal passaggio delle stagioni e delle ferite che l'umana esistenza arreca.

*Kronos* e *Kairos* a volte sono allineati, ma in alcuni istanti sono collocati in differenti e distanti punti nel *continuum* della vita, in questo caso quella di Adele, che si destruttura, di stazione in stazione, ricostruendosi con il passaggio dell'onirico treno e ricreando un nuovo senso di sé a partire dall'accettazione d'una solitudine che Adele ha sempre cercato di evitare, ma che ora le è diventata finalmente amica e guida. Questo è

stato il viaggio di e con Adele, nell'innovazione d'una terapia attraverso il sogno che trapassa un'esistenza incompiuta, seppur diversamente giovane. I suoi sogni mi hanno reso parte del suo viaggio e, controtransferalmente, mi hanno fatto sperimentare una sorta di sospensione tra l'onirico e il reale. Utilizzando le parole di Resnik:

L'analisi, in questo luogo di ri-creazione drammatico, era diventata il teatro nel quale la paziente ed io eravamo allo stesso tempo attori e spettatori di ciò che si veniva rappresentando: la skené si confronta con il théâtre fino a confondersi. La realtà della seduta (il sogno di oggi) diventa ambigua, gli attori sono anche spettatori e l'oggettività del guardare e vivere insieme il racconto-sogno si confonde con la realtà del sogno di ieri. Si tratta, da un lato, della trasformazione dello spazio onirico della paziente a quello della scena analitica presente, dall'altro, di un incontro tra due mondi, fra due realtà: le metafore diurne e notturne della paziente e dell'analista.

Il caso di Adele evidenzia il complesso rapporto tra l'intrap-sichico e l'interpersonale, che si crea all'interno della stanza dei sogni, l'analisi delle convergenze, le divergenze e l'intreccio tra questi livelli, abbracciando un'ottica che mette al bando il mito della neutralità, considerando l'importanza di studiare i vissuti del paziente e del terapeuta come co-creati nella relazione. Scopo della terapia è infatti quello di rendere disponibile all'Io la forza vitale dell'inconscio, affinché esso possa espandersi, arricchirsi e meglio dirigere le proprie forze. E per giungere a tale scopo è necessario che il/la terapeuta faccia conoscere al/alla paziente l'importanza e la necessità del silenzio come «vuoto fertile», attraverso la creazione d'uno spazio (il setting analitico) che fornisca alla persona un'esperienza al limite tra realtà e fantasia, in cui si possa pensare simbolicamente, cioè si possa fare uso della propria capacità immaginativa e sognante. In quest'ottica la coppia terapeutica si muove continuamente tra materiale conscio e inconscio, tra sogno e realtà, tra fantasie e logica, oscillando tra sintesi e sospensione temporanea dei processi secondari.



Attraverso l'*insight*, il/la paziente può godere del piacere di accedere a materiale e collegamenti dapprima sconosciuti: da un lato vive l'esperienza regressiva, confrontandosi con quella parte di sé infantile e arcaica rimasta inconscia, dall'altro conserva la parte adulta (l'Io osservante) in grado di analizzare ed esaminare l'esperienza in atto che sta vivendo o che ha vissuto.

È importante, dunque, ripensare lo strumento analitico in relazione ai vari contesti di cura e alle patologie trattate, il setting deve necessariamente farsi più malleabile, più adattabile ai vari ambiti d'intervento e alle varie situazioni, pur rimanendo consapevoli dell'importanza d'un pensiero psicoanaliticamente informato, per accedere con consapevolezza alle diverse forme possibili di offerta di cura.

La riflessione proposta evidenzia come la psicoanalisi – nell'intento della cura – vada a situarsi in un'ottica che non si ferma esclusivamente al già noto (concezione classica del rimosso) o di ciò che risultava mancante nel/nella paziente (psicoanalisi del sospetto), piuttosto essa dev'essere costantemente alla ricerca di elementi utili e vitali da restituire al/alla paziente per la comprensione del proprio mondo interno, per declinare, comunque e da varie angolazioni, la relazione terapeutica stessa in un tale momento.

Nel caso specifico vediamo come sia importante fare ricorso – fuori e dentro la stanza dei sogni – alla «capacità negativa», ovvero alla capacità di tollerare l'ignoto, di non muoversi soltanto nei territori del già conosciuto per situarsi in uno spazio di «sospensione attiva», lasciando emergere nuovi pensieri, accogliendo nuove ipotesi e nuovi e vecchi interrogativi e strumenti di conoscenza.

## BIBLIOGRAFIA

- Ammanniti, M. (a cura di), *La nascita del Sé*, Laterza, Roma 1989.  
Bion, W. R., 1962, *Apprendere dall'esperienza*, Armando Editore, Roma 1996.  
Bion, W. R., 1967, *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando

- Editore, Roma 1998.
- Béguin, C., Almansì, G., *Teatro del sonno: antologia dei sogni letterari*, Garzanti, Milano 1988.
- Bollas, C., *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*, Borla, Roma 1989.
- Bolognini, S., *Passaggi segreti. Teoria e tecnica dell'interpsichico*, Bollati Boringhieri, Torino 2008.
- Bolognini, S., *Lo Zen e l'arte di non sapere cosa dire*, Bollati Boringhieri, Torino 2010.
- Di Benedetto, P. (a cura di), *La creatività nella stanza d'analisi. Marion Milner. 1900-1998*, Clueb, Bologna 2003.
- Eagle, M. N., 1984, *La psicoanalisi contemporanea*, Laterza, Bari 1988.
- Fairbairn, W., *An Object-Relations theory of personality*, Basic Books, New York 1952.
- Fischer, K. W., Pipp, S. L., *Development of the structures of unconscious thought*, in Bowers, K. S., Meichenbaum, D. (a cura di), *The unconscious reconsidered*, Wiley, New York 1984, pp. 88-148.
- Ferenczi, S., 1913, *Fasi evolutive del senso di realtà*, in *Opere*. 1913-1919, Raffaello Cortina, Milano 1990, pp. 34-47, vol. II.
- Fonagy, P. *et al.*, «The capacity for understanding mental states. The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment», in *Infant Mental Health Journal*, n. 12, 1991, pp. 201-218.
- Fraiberg, S., «Libidinal object constancy and mental representation», in *Psychoanalytic Study of the Child*, n. 24, 1969, pp. 9-47.
- Fraiber, S., Freedman, D. A., «Study in the ego development of the congenitally blind», in *Psychoanalytic Study of the Child*, n.19, 1964, pp. 113-169.
- Freud, S., 1895, *Progetto di una psicologia scientifica*, in *O.S.F.*, Bollati Boringhieri, Torino 1966-1980, vol. 2.
- Freud S., 1911-1912, *Tecnica della psicoanalisi. La dinamica della traslazione*, in *O.S.F.*, Bollati Boringhieri, Torino 1966-1980, vol. 6.
- Freud, S., 1913, *L'interesse per la psicoanalisi*, in *O.S.F.*, Bollati Boringhieri, Torino 1966-1980, vol. 7.
- Freud, S., 1913-1914, *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi. Ricordare, ripetere, rielaborare*, in *O.S.F.*, Bollati Boringhieri, Torino 1966-1980, vol. 7.
- Freud, S., 1914, *Introduzione al narcisismo*, in *O.S.F.*, Bollati Boringhieri, Torino 1966-1980, vol.7.
- Freud, S., 1915, *L'inconscio*, in *O.S.F.*, Bollati Boringhieri, Torino 1966-1980, vol. 8.
- Freud, S., 1915-17, *Introduzione alla psicoanalisi*, in *O.S.F.*, Bollati Boringhieri, Torino 1966-1980, vol. 8.
- Freud, S., 1923, *L'Io e l'Es*, in *O.S.F.*, Bollati Boringhieri, Torino 1966-1980, vol. 9.
- Freud, S., 1927, *L'avvenire di un'illusione*, Bollati Boringhieri, Torino 1971.
- Freud S., 1927b, *L'umorismo*, in *Saggi sull'arte, la letteratura e il linguaggio*, Bollati Boringhieri, Torino 1969.

- Freud, S., 1929, *Il disagio della civiltà*, in *O.S.F.*, Bollati Boringhieri, Torino 1966-1980, vol. 10.
- Freud, S., 1931, *Tipi libidici*, in *O.S.F.*, Bollati Boringhieri, Torino 1966-1980, vol. 11.
- Freud, S., 1937, *Costruzione nell'analisi*, in *O.S.F.*, Bollati Boringhieri, Torino 1966-1980, vol. 11.
- Freud S., 1938, *Compendio di Psicoanalisi*, in *O.S.F.*, Bollati Boringhieri, Torino 1966-1980, vol. 11.
- Fromm, E., *Per una teoria della creatività*, in Anderson, H. H., 1959, *Creativity and its Cultivation*, Brescia, La Scuola 1972 (trad. it. *La creatività e le sue prospettive*, Simeone D. (a cura di), Scholè, Brescia 2020).
- Gabbard, G. O., *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2007.
- Gaddini, E., *Formazione primaria e scena del padre*, in *Scritti. 1953-1985*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2002.
- Gaburri, E., Ferro, A., «Gli sviluppi kleiniani e Bion», in *Semi*, 1988.
- Gaburri, E., «L'ultimo Freud e le premesse della psicoanalisi attuale», in *Rivista di Psicoanalisi*, 1990, vol. 36 (4), pp. 831-861.
- Gaburri, E., Ferro, A., «La tecnica nella psicoanalisi infantile», in *Rivista di Psicoanalisi*, 1992, vol. 38, pp. 842-862.
- Gaburri, E., «Emozioni, affetti, personificazioni», in *Rivista di Psicoanalisi*, 1992, vol. 38 (2), pp. 325-352.
- Gaburri, E., «Etica, civiltà e psicoanalisi. Con R. Contardi», in *Rivista di Psicoanalisi*, 1994, vol. 40, pp. 620-643.
- Gaburri, E. (a cura di), *Emozione e interpretazione. Psicoanalisi del campo emotivo*, Bollati Boringhieri, Torino 1997.
- Gaburri, E., Rugi, G., *Il campo gruppale e la «non cosa»*, Borla, Roma 1998.
- Gaburri, E., *Psicoanalisi: per un'etica profana*, Laterza, Roma-Bari 1999.
- Gaburri, E., Ambrosiano, L., *Pensare con Freud*, Raffaello Cortina, Milano 2013.
- Green, A., *Le catene di Eros. Attualità del sessuale*, Borla, Roma 1997.
- Halton-Hernandez, E., *The Marion Milner Method. Psychoanalysis, autobiography, creativity*, Routledge, London 2023.
- Hartmann, H., 1939, *Psicologia dell'Io*, Bollati Boringhieri, Torino 1976.
- Hartmann, H., Kris, E., Loewenstein, R. M., 1946, *Scritti di psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
- Kernberg, O., *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri, Torino 2002.
- Kernberg, O., 1975, *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
- Kernberg, O., 1976, *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino 1980.
- Kernberg, O., 1984, *Disturbi gravi della personalità*, Bollati Boringhieri, Torino 1988.

- Klein, M., *Scritti: 1921-1958*, (presentazione di Jones, E.), Bollati Boringhieri, Torino 1978.
- Klein, M., 1929, *Situazioni d'angoscia infantile espresse in un'opera musicale e nel racconto di un impeto creativo*, in *Scritti 1929-1958*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
- Klein, M., 1935, *Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
- Klein, M., 1948, *Sulla teoria dell'angoscia e del senso di colpa*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
- Kohut, H., 1971, *Narcisismo e analisi del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1976.
- Kohut, H., 1978, *La ricerca del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1982.
- Kohut, H., 1984, *La cura psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino 1986.
- Kohut, H., 1984b, *Lezioni di tecnica psicoanalitica*, Astrolabio, Roma 1997.
- Lasch, C., 1878, *La cultura del narcisismo*, Bompiani, Milano 1981.
- Meltzer, D., 1978, *Lo sviluppo kleiniano. L'evoluzione del Freud clinico*, Borla, Roma 1982.
- Milner, M., «Aspects of symbolism in comprehension of the not-self», in *International Journal of Psychoanalysis*, 1952, 33, pp. 181-195 (ristampato in versione ridotta e tradotto in italiano con il titolo «Il ruolo dell'illusione nella formazione del simbolo», in *Nuove vie della psicoanalisi*, Il Saggiatore, Milano 1966, pp. 126-158).
- Milner, M., *The Suppressed Madness of Sane Men*, Institute of Psycho-Analysis, London 1987 (trad. it. *La follia rimossa delle persone sane*, Borla, Roma 1992).
- Ogden, T., 2004, *Conversazioni al confine del sogno*, Astrolabio, Roma 2005.
- Ogden, T., 2005, *L'arte della psicoanalisi*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
- Resnik, S., 1991, *Teatro del sogno*, Bollati Boringhieri, Torino 2007.
- Winnicott, D. W., *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze 1975.
- Winnicott, D. W., *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*, Armando Editore, Roma 1968.
- Winnicott, D. W. et al., *Psicoanalisi e pensiero contemporaneo*, Armando Editore, Roma 1971.
- Winnicott, D. W., *Il bambino e il mondo esterno*, Giunti e Barbera, Firenze 1973.
- Winnicott, D. W., *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma 1974.
- Winnicott, D. W., *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*, Armando Editore, Roma 1974.

# **La prospettiva di campo nella psicopatologia e nella psicoterapia della Gestalt contemporanea**

*Gianni Francesetti*

## **1. Introduzione**

Tralasciando gli sfondi storici e teorici della psicoterapia della Gestalt e delle sue varie correnti, per i quali rimandiamo ad altre pubblicazioni (Bocian 2012, Francesetti 2021), ci focalizzeremo qui su due costrutti centrali per questo approccio: il concetto di sé e il concetto di campo. L'istituto IPsiG ha contribuito in modo significativo alla letteratura contemporanea su questi temi, in particolare alle loro applicazioni nell'ambito della psicopatologia e della pratica clinica.

## **2. Il sé e il campo nella psicoterapia della Gestalt contemporanea**

Sin dalle origini del modello, il sé in psicoterapia della Gestalt non è una struttura ma un processo emergente. Senza occuparmi in questa sede delle varie letture che nella storia di questo modello sono state fatte, tratterò questi concetti esponendoli alla luce della Gestalt contemporanea e rimando alla letteratura per eventuali approfondimenti (Robine 2006, 2018, Philippon 2009, Francesetti 2011, 2019a, Spagnuolo Lobb 2011). Questo implica, ovviamente, che il taglio che presento non è rappresentativo di tutte le correnti della psicoterapia della Gestalt, ma di uno degli sviluppi attuali al quale appartengo. Sviluppo che sta generando una significativa letteratura sulla

tecnica terapeutica e sulla psicopatologia e che ha recentemente prodotto un gruppo di studio internazionale, l'International Gestalt Therapy Study Group on Field-Emergent Self and Therapy (<https://ig-fest.org>).

Il sé e i suoi confini si definiscono in ogni momento nel processo del farsi dell'esperienza. È proprio nel processo esperienziale che emergono i poli della soggettività e dell'oggettività. Il processo del sé implica varie funzioni: la funzione di cogliere sensorialmente quanto si muove a livello corporeo (*funzione Es*); la funzione di accedere a quanto depositato nella memoria e a quanto atteso coerentemente con i propri ruoli (*funzione personalità*); la funzione di operare delle scelte a partire da quanto il soggetto sente e da come si definisce (*funzione io*). Al di là di queste funzioni, che pure hanno una rilevanza importante in terapia ma che qui non sviluppo, il concetto centrale per il nostro discorso è che il sé e il mondo emergono nell'esperienza.

La domanda interessante è: da dove emergono? Il sé si staglia e si differenzia dal non-sé, dall'ambiente, dal mondo, dall'altro, a partire da una dimensione in cui questa differenziazione non è ancora data. Questa dimensione originaria e indifferenziata è un campo di potenzialità che nel processo percettivo prende progressivamente forma. Questa concezione, benché sostenuta già a metà del secolo XX da diverse linee di pensiero e benché stia ottenendo progressive conferme da varie linee di ricerca contemporanee, è tuttavia piuttosto rivoluzionaria ancora oggi. Per la fenomenologia i poli della soggettività e dell'oggettività emergono da un fondo in cui questi non sono ancora distinti (Wiesing 2014). Per la psicologia della Gestalt, questo fondo è chiamato il livello delle *Vor Gestalten* (forme percettive precoci) che si sviluppano in *End Gestalten* (forme percettive finali). Per l'estetica, nei sensi vi è «commercio percettivo» (Desideri 2011), un chiasma in cui «la sensazione è alla lettera una comunione» (Merleau Ponty 1965, p. 289). Nello sviluppo del bambino, Daniel N. Stern (1987) ha chiamato la fase in cui percettivamente manca ancora un nucleo a cui attribuire le sensazioni la fase del «Sé emergente», collocabile fra la nascita e i primi due mesi di

vita; e, com'è noto, egli ritiene che le fasi non si susseguano, ma si sovrappongano e siano presenti per tutta la vita come *modi* di fare esperienza. Antonio Damasio (2012) chiama questo momento di emergenza del sé – in cui una sensazione non è ancora attribuibile a sé – il «proto-sé»; solo dopo, a livello del «sé soggettivo», la sensazione è riconoscibile come propria. La fenomenologia contemporanea e la psicopatologia fenomenologica chiamano *minimal self* la capacità di riconoscere come propria l'esperienza, di attribuirla a sé (Zahavi 2017). Esiste quindi oggi una convergenza di diverse discipline e ricerche che riconoscono come l'attitudine naturale *ingenua* (Husserl 1950) – che dà per scontata la presenza di un soggetto separato da un mondo esterno e oggettivo – sia il risultato di un processo le cui origini sono in una dimensione di indifferenziazione e «comunione» fra sé e mondo. Viviamo dunque nella *tragica necessità del dualismo* (Fachinelli 1989) ma emergiamo continuamente da una dimensione non dualistica, e importanti disturbi del processo di emergenza del sé sono coinvolti nelle esperienze che chiamiamo psicotiche.

La dimensione da cui sé e mondo co-emergono è una dimensione *pativa* (Waldenfels 2008): le sensazioni sono «patite», non le possiamo scegliere, qui siamo *soggetti-a* piuttosto che *soggetti-di*. A questo livello di indifferenziazione – il «vago e confuso» di Eugène Minkowski (1998) e il «senso dei sensi» di Erwin Straus (1935) – la percezione è sinestesica e atmosferica (Griffero 2017): gli oggetti non sono ancora ben definiti e distaccati, sono carichi di affetti, percepiamo l'intonazione – la *Stimmung* degli autori tedeschi – del momento da cui soggetto e oggetto emergono. L'atmosfera d'un funerale o di una cena con amici, l'atmosfera della vigilia di Natale o del Venerdì Santo sono radicalmente diverse e intonano in modo diverso l'esperienza. Il paradigma atmosferologico contemporaneo (Francesetti, Griffero 2019) mette in luce come lo studio dell'origine della percezione sfidi la frattura fra sé e mondo che ha caratterizzato il pensiero occidentale da Democrito in poi, fino al culmine della faglia espressa nel Seicento da Cartesio. L'accesso a questa dimensione è esclusivamente sensoriale: richiede una specifica *compe-*

*tenza estetica* – sensoriale appunto – di ascolto corporeo, una focalizzazione su quanto si muove a livello indifferenziato nella propriocezione, più protopatica che epicritica, più sinestesica che definita, più cenestesica che visiva (Roubal, Francesetti, Gecele 2017).

Come concettualizzare questa dimensione indifferenziata, patica, atmosferica? Qui ci viene in aiuto il concetto di campo. Il campo, nelle scienze fisiche, è stato descritto da Maxwell e Faraday a metà dell'Ottocento come *una regione dello spazio dove una certa forza agisce*. Il campo influenza gli elementi presenti in quella regione e ne è circolarmente influenzato. In psicologia è stato introdotto da Kurt Lewin (1951), che ha descritto il campo come uno spazio percettivo e vitale della persona nel quale agiscono forze che ne influenzano l'esperienza. Lo stesso covone di fieno può essere un nascondiglio per un soldato in guerra oppure, in tempo di pace, un giaciglio d'amore per due innamorati. Il campo in questa concezione sarebbe piuttosto una dimensione personale e individuale, determinato dai bisogni del soggetto nella situazione data. L'elemento significativo è che il comportamento dell'individuo è determinato da un campo di forze situazionali e non solo da spinte pulsionali interne. Su questa radice la psicoterapia della Gestalt innesta il concetto di *campo organismo/ambiente* per sottolineare l'impossibilità di ridurre l'uno all'altro. Non possiamo astrarci dall'aria che respiriamo, organismo/ambiente sono un unico campo indissolubile. Una concezione un po' diversa è quella di Jan Smuts (1926). Il campo, nella prospettiva del filosofo, è sovra-individuale: è una totalità da cui emergono gli elementi in gioco. Entrambe queste radici hanno influenzato gli autori gestaltici, per cui in letteratura troviamo concettualizzazioni diverse: per esempio, sulla scia di Kurt Lewin possiamo pensare che in seduta paziente e terapeuta abbiano ciascuno un proprio campo organismo/ambiente, così come ciascuno ha un proprio e unico campo visivo o affettivo. Oppure, più in linea con il pensiero di Smuts, possiamo pensare che in seduta emerga un campo unico, percepito in modo diverso, ma irriducibile agli individui presenti e diverso dalla somma degli stessi.



Le due posizioni non sono necessariamente antagoniste, ma piuttosto complementari. Al tempo stesso, infatti, è possibile concettualizzare un campo percettivo individuale e un campo terzo che influenza entrambi. Qui mi focalizzerò sul campo come terzo emergente nella situazione terapeutica e da cui l'esperienza del terapeuta e del paziente co-emergono. Ho descritto altrove (Francesetti 2019b, Francesetti, Roubal 2020) tre diversi concetti di campo rilevanti in psicopatologia e psicoterapia, che qui riprendo brevemente.

## 2.1. Il campo fenomenico

Il campo fenomenico è l'orizzonte dei fenomeni in una data situazione, il limite di possibilità entro cui alcuni fenomeni tendono a emergere mentre altri no. Per esempio, a una festa con amici è più facile che emergano scherzi e risate, con una atmosfera di leggerezza e allegria in cui il tempo scorre rapido. A una veglia funebre è più facile sentire tristezza e pesantezza, l'aria si fa densa, mentre il tempo rallenta, si fa greve e più cupo. Il campo fenomenico è percepibile sensorialmente come l'atmosfera della situazione, in cui si muovono le forze che influenzano i fenomeni emergenti. Nei buchi neri la forza che curva l'orizzonte è la gravità, nel campo fenomenico sono le intenzionalità in gioco che curvano l'orizzonte. Le intenzionalità sono le tensioni intrinseche del campo. Nell'incontro terapeutico, queste forze muovono sia il paziente sia il terapeuta, prima ancora che essi siano emersi come soggetti definiti e differenziati. Anzi, la differenziazione è espressione dell'incarnarsi di tali forze. Possiamo dunque dire che il terapeuta e il paziente co-emergono, sono in qualche modo prodotti, dalla situazione e dalle forze in campo. Il campo fenomenico è *pathos*, cioè è patito e non scelto (Waldenfels 2008).

## 2.2. Il campo fenomenologico

Il campo fenomenico (*nel quale sono soggetto-a*) può essere trasformato in un campo fenomenologico (*dove sono soggetto-di*), nel quale è possibile riflettere su ciò che sta accadendo e operare scelte che espandono l'orizzonte di possibilità. Questa trasformazione può avvenire se si ha consapevolezza del campo fenomenico, delle forze in gioco che ci muovono. La curiosità su quanto sta avvenendo è un atteggiamento importante in questo passaggio. Possiamo dire che il campo fenomenologico è il *campo fenomenico + logos*: dal greco, cioè, la possibilità di portare ordine, senso, di pensare, riflettere e dare parola. Questo passaggio dal fenomenico al fenomenologico è forse vicino al concetto di mentalizzazione di Fonagy (Fonagy, Target 1997; Fonagy *et al.* 2004). Tuttavia, è importante sottolineare che in questa nostra prospettiva non si tratta di un passaggio soltanto cognitivo, in quanto implica contemporaneamente la consapevolezza corporea dei fenomeni sensoriali in gioco.

## 2.3. Il campo psicopatologico

Un campo psicopatologico è un campo fenomenico in cui non si è pienamente presenti l'uno all'altro. Questo può avvenire o perché la percezione e gli affetti sono ristretti, intorpiditi, dissociati, oppure perché i soggetti non possono costituirsi come pienamente differenziati e connessi, appartenenti a un mondo comune (in questo secondo caso l'esperienza è di qualità psicotica). È un campo fenomenico in cui vi è un'assenza che spinge per diventare presente. La psicopatologia può essere vista come la declinazione dei nostri modi di essere assenti. La psicoterapia invece è la situazione in cui il terapeuta può essere presente a queste assenze. La psicopatologia infatti non è dolore esistenziale, non è la sofferenza che deriva dalle limitazioni e dalle perdite che sperimentiamo nelle nostre vite (Salonia 2014, Francesetti 2019c, 2020). Essere profondamente addolorati per un lutto non è psicopatologia. Essa comincia quando in cir-

costanze difficili non possiamo elaborare e assimilare quanto viviamo, quando l'altro, necessario per affrontare ed elaborare gli elementi sensoriali e affettivi che non possiamo elaborare da soli, viene a mancare. La psicopatologia comincia con l'assenza dell'altro<sup>1</sup>. Gli elementi sensoriali e affettivi sono proto-esperienze<sup>2</sup> che non possono essere assimilate e rimangono come tracce sensoriali più o meno caotiche e disorganizzate. Abbiamo sistemi per proteggerci da questo caos: possiamo mettere da parte queste tracce e queste attivazioni in modo da renderle il meno disturbanti possibile. Queste possono infatti essere dissociate e impacchettate sotto forma di sintomi, sindromi e stili di personalità. L'indice dei volumi di nosografia psichiatrica sono la lista di queste forme di «impacchettamento».

Le forme psicopatologiche sono dunque il risultato della nostra capacità di adattarci creativamente a ciò che non è stato possibile attraversare pienamente e assimilare. Attraverso queste trasformazioni, l'altro-assente diventa assenza nel contatto presente. Il soggetto diventa più o meno cieco, sordo, muto, meno esistente, meno vivo in questi luoghi di esperienza non elaborata, più assente. Questa assenza è la psicopatologia emergente che sperimentiamo nell'incontro con i nostri pazienti. Qui, le assenze diventano presenti e, paradossalmente, non sono più assenti.

---

1. L'assenza dell'altro è un'assenza relazionale e non necessariamente fisica. Nel *neglect* l'altro può essere presente fisicamente ma assente nella relazione. Nelle situazioni di violenza e abuso l'altro è presente fisicamente ma non è presente all'alterità; la vittima viene reificata e diventa oggetto al servizio dei bisogni dell'abusante.

2. In linea con la definizione di Damasio (2010) del proto-sé, chiamiamo proto-esperienza le impressioni sensoriali e affettive che non sono ancora elaborate, che non sono arrivate a una chiara definizione, che rimangono impressioni sensoriali vaghe e non chiaramente attribuite alla persona (Francesetti, Griffero 2019, Francesetti, Roubal 2020).

### 3. Per concludere

Ma, dunque, quali forze muovono il campo? In questa prospettiva, nel campo si muovono forze che prendono una forma unica nella situazione dell'incontro terapeutico. Sono proprietà emergenti dell'incontro, quindi non appartengono né solo al paziente né solo al terapeuta. Potremmo dire che le esperienze non assimilate – impressioni sensoriali e affettive senza forma definita – presenti nelle memorie dell'uno e dell'altro formano una nuova e inedita spinta per emergere e attualizzarsi nella seduta. Emergono con la duplice potenzialità di ripetere un'esperienza che non sostiene l'assimilazione (e quindi che rischia di ritraumatizzare il paziente) oppure di consentire una assimilazione (e quindi di contribuire a concludere una Gestalt aperta). Queste forze non sono intenzioni deliberate dei soggetti in gioco, ma intenzionalità del campo che si muovono nella dimensione indifferenziata. Esse non appartengono a un paradigma energetico, ma *percettologico-fenomenologico-esistenziale*: il campo fenomenico e le forze che lo muovono non sono forze di un'energia psichica o fisica (potenzialmente) misurabile. Le intenzionalità sono forze percepibili sensorialmente che influenzano l'emergere del sé, muovono il processo di dar forma al fenomeno dell'emergere del sé e del mondo. Sono le forze del *mondo-della-vita* che causano l'*ex-sistere*, l'emergere dall'indifferenziato. Essendo proprietà emergenti avranno forme sempre diverse a seconda dei soggetti in gioco: due terapeuti diversi che facciano una buona seduta faranno comunque due sedute diverse, perché la loro carne (*Leib*) è diversa. In un incontro, infinite possibilità precipitano nell'unica forma possibile nel qui e ora, tendendo spontaneamente all'assimilazione di quanto aperto e dissociato. La psicoterapia non è (solo) un processo di apprendimento del paziente, ma la trasformazione corporea e della personalità sia del terapeuta che del paziente, in quanto entrambi trovano nuova forma nel processo di prestarsi reciprocamente la carne.

In questa prospettiva, la coazione a ripetere non è l'effetto di una pulsione distruttiva, neppure una resistenza o un ten-

tativo di boicottare il processo. Essa è il passaggio necessario in cui quanto non è ancora stato assimilato deve emergere per poter essere trasformato. È la ricerca di un terreno più ampio, di un'altra carne, per attraversare l'inattraversabile. In questo senso, le forze del campo tendono sempre alla crescita dei soggetti coinvolti, nella misura data dalle potenzialità del campo stesso.

Henckel von Donnersmarck nel suo film del 2018 *Opera senza autore* rappresenta in modo originale il processo creativo dell'opera artistica. Il protagonista, un pittore della Germania dell'Est, attraversa l'epoca nazista e poi quella sovietica intrecciando le proprie vicende personali e familiari con i profondi sconvolgimenti politici e sociali del tempo. Egli progressivamente trova la propria ispirazione autentica arrivando a rappresentare nei suoi quadri storie che sono il tessuto stesso della sua vita, anche se lui non ne conosce la cronaca. Un tessuto transgenerazionale a cui lui dà forma, senza conoscerne la narrazione. Raggiungere questo grado di sensibilità ed espressività è naturalmente il frutto di un lungo viaggio. L'artista viene preso e mosso da forze implicitamente presenti nelle vicende della sua vita e giunge a renderle esplicite, visibili, comunicabili attraverso la sua opera. In qualche modo i suoi quadri *hanno* più di lui: egli può conoscere se stesso e la propria storia attraverso i quadri che emergono dal suo pennello. Il protagonista è al servizio di qualcosa che lo muove e che non conosce, o di cui conosce solo schegge e frammenti, piuttosto che essere colui che programma e decide che cosa dipingere. In questo senso, le sue opere sono opere senza autore. Von Donnersmark mette in luce come questo sia il processo per diventare chi si è, mentre ogni altra esecuzione d'opera, pur se pienamente in linea con le tendenze di moda o virtuosamente tecnica, resta una forma vuota che non parla, non tocca, non agisce, non retroagisce. È morta, nel senso che è incapace di muoversi e di muovere.

In una prospettiva di campo, la capacità di cogliere e dar forma all'implicito, di *ex-sistere* l'informe che preme per venire alla luce, ci sembra essere alla base dell'arte della psicoterapia (Francesetti 2014, 2018, 2019a, 2019c; Francesetti, Roubal 2020; Roubal, Francesetti 2022; Francesetti, Gecele, Roubal 2022).

Anche nel libro di Perls, Hefferline, Goodman (1997) *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*, il testo fondativo della psicoterapia della Gestalt, il processo terapeutico viene avvicinato a questa concezione della creazione artistica: «Un poeta non rifiuta una immagine che ostinatamente e inaspettatamente appare e gli scombina i piani: rispetta l'intruso e improvvisamente scopre quale sia il suo piano, e in questo modo scopre e crea se stesso» (p. 137).

## BIBLIOGRAFIA

- Bocian, B., *Fritz Perls a Berlino. 1893-1933. Espressionismo, psicoanalisi, ebraismo*, Franco Angeli, Milano 2012.
- Damasio, A., *Il sé viene alla mente. La costruzione del cervello cosciente*, Adelphi, Milano 2012.
- Desideri, F., *La percezione riflessa*, Raffaello Cortina, Milano 2011.
- Fachinelli, E., *La mente estatica*, Adelphi, Milano 1989.
- Fonagy, P., Target, M., «Attachment and reflective function: Their role in self-organization», in *Development and Psychopathology*, 9, 4, 1997, pp. 679-700; DOI: 10.1017/S0954579497001399.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M., *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*, Raffaello Cortina, Milano 2004.
- Francesetti, G., 2011, *Il dolore e la bellezza. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*, in Francesetti, G., Ammirata, M., Riccamboni, S., Sgadari, N., Spagnuolo Lobb, M. (a cura di), *Il dolore e la bellezza. Atti del III Convegno della Società Italiana Psicoterapia della Gestalt (SIPG) (Palermo, 9-11 dicembre 2011)*, Franco Angeli, Milano 2014, pp. 23-53.
- Francesetti, G., «Dalla sintomatologia individuale ai campi psicopatologici. Verso una prospettiva di campo sulla sofferenza clinica», in *Quaderni di Gestalt*, XXVII, 2, 2014, pp. 31-56; DOI: 10.3280/GEST2014-002003.
- Francesetti, G., «Tu piangi e io sento dolore». *Il sé emergente e co-creato come fondamento dell'antropologia, della psicopatologia e della cura*, in *Gestalt Therapy*, in Robine, J.-M. (a cura di), *Sé. Una polifonia di psicoterapeuti della Gestalt contemporanei*, Franco Angeli, Milano 2018, pp. 144-164.
- Francesetti, G., 2019a, *The field strategy in clinical practice: Towards a theory of therapeutic phronesis*, in Brownell, P. (a cura di), *Handbook for Theory, Research and Practice in Gestalt Therapy*, Cambridge Scholars Publishing, Newcastle upon Tyne (UK) 2019, pp. 268-302.
- Francesetti, G., 2019b, *A clinical exploration of atmospheres. Towards a field-*

- based clinical practice, in Francesetti, G., Griffero, T. (a cura di), *Psychopathology and Atmospheres. Neither Inside nor Outside*, Cambridge Scholars Publishing, Newcastle upon Tyne (UK) 2019, pp. 35-58.
- Francesetti, G., 2019c, *La metamorfosi del dolore*, in Conte, V., Sichera, A. (a cura di), *Avere a cuore. Scritti in onore di Giovanni Salonia*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 2019, pp. 109-118.
- Francesetti, G., *Psicopatologia fenomenologico-gestaltica: una introduzione leggera*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2020.
- Francesetti, G., «La prospettiva di campo nella psicopatologia e nella psicoterapia della Gestalt contemporanea», in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2, 2021, pp. 227-246; DOI: 10.3280/PU2021-002003.
- Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J. (a cura di), *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica: dalla psicopatologia all'estetica del contatto*, Franco Angeli, Milano 2014.
- Francesetti, G., Griffero, T. (a cura di), *Psychopathology and Atmospheres. Neither Inside nor Outside*, Cambridge Scholars Publishing, Newcastle upon Tyne (UK) 2019.
- Francesetti, G., Roubal, J., «Field theory in contemporary Gestalt therapy. Part one: Modulating the therapist's presence in clinical practice», in *Gestalt Review*, 24, 2, 2020, pp. 113-136; DOI: 10.5325/gestaltreview.24.2.0113.
- Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J., *Field theory in psychopathology and clinical practice*, in Cole, P. (a cura di), *The relational heart of Gestalt Therapy. Contemporary perspectives*, Routledge, London 2022.
- Griffero, T., *Il pensiero dei sensi. Atmosfere ed estetica patica*, Guerini, Milano 2017.
- Husserl, E., *Idee per una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologica*, Einaudi, Torino 1950.
- Lewin, Kurt, *Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers*, Cartwright, D. (a cura di), Harper, New York 1951.
- Merleau-Ponty, M., *Fenomenologia della percezione*, Il Saggiatore, Milano 1965.
- Minkowski, E., *La schizofrenia. Psicopatologia degli schizoidi e degli schizofrenici*, Einaudi, Torino 1998.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., Goodman, P., *Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana*, Astrolabio, Roma 1997.
- Philippson, P., *The Emergent Self. An Existential-Gestalt Approach*, Karnac, London 2009.
- Robine, J.-M., *Il rivelarsi del sé nel contatto. Studi di psicoterapia della Gestalt*, Franco Angeli, Milano 2006.
- Robine, J.-M. (a cura di), *Sé. Una polifonia di psicoterapeuti della Gestalt contemporanei*, Franco Angeli, Milano 2018.
- Roubal, J., Francesetti, G., Gecele, M., «Aesthetic diagnosis in Gestalt therapy», in *Behavioral Sciences*, 7, 4, 2017, p. 70; DOI: 10.3390/bs7040070.

- Roubal, J., Francesetti, G., «Field theory in contemporary Gestalt therapy. Part two: Paradoxical theory of change reconsidered», in *Gestalt Review*, 26, 1, 2022, pp. 1-33; DOI: <https://doi.org/10.5325/gestaltreview.26.1.0001>.
- Salonia, Giovanni, *Contesto sociale e psicoterapia*, in Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J. (a cura di), *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica: dalla psicopatologia all'estetica del contatto*, Franco Angeli, Milano 2014, pp. 209-222.
- Smuts, J. C., *Holism and Evolution*, MacMillan, New York 1926.
- Spagnuolo Lobb, M., *Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna*, Franco Angeli, Milano 2011.
- Stern, D. N., *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- Straus, E., *Vom Sinn der Sinne. Ein Beitrag Zur Grundlegung der Psychologie*, Springer, Berlino 1935.
- Waldenfels, B., *Fenomenologia dell'estraneo*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
- Wiesing, L., *Il me della percezione. Un'autopsia*, Marinotti, Milano 2014.
- Zahavi, D., *Thin, thinner, thinnest: defining the minimal self*, in Durt, C., Fuchs, T., Tewes, C. (a cura di), *Embodiment, Enaction, and Culture*, MIT Press, Cambridge (MA) 2017, pp. 193-200.



## L'analisi transazionale tra radici storiche e attualità

*Désirée Boschetti, Simona Ramella Paia*

*... una teoria è una di queste cose: o è un'idea brillante come...  
quella di qualcuno che si siede... e crea una teoria del comporta-  
mento umano senza aver mai guardato un essere umano negli oc-  
chi. Oppure è una vera teoria che è stata estratta dall'esperienza.  
Più pazienti vedi, migliore sarà la tua teoria.*

ERIC BERNE, 1971

Per introdurre questo capitolo si può ipotizzare di analizza-  
re il *corpus* teorico dell'analisi transazionale come se fossimo di  
fronte a un paziente. Sappiamo infatti quanto sia importante  
nell'incontro terapeutico la raccolta dell'anamnesi, della storia  
cioè del soggetto e di quanto la stessa storia sia portatrice di  
elementi valutativi e prognostici.

### **La teoria di Eric Berne: il contesto di nascita**

L'analisi transazionale nasce nella mente di Eric Berne  
(1910-1970), considerato un *evoluzionario* rispetto alla teoria  
e un *rivoluzionario* rispetto alla metodologia (Paolillo 2022).  
Il suo pensiero, infatti, a livello teorico si stacca dall'epistemo-  
logia psicoanalitica, spostando il *focus* da una teoria pulsiona-  
le a una teoria motivazionale: la teoria integra sempre più l'as-  
petto biologico della mente con l'aspetto psico-sociale; la vita  
psichica di un paziente rappresenta l'interazione tra la sua mo-  
tivazione biologica e il contesto della prima infanzia, anticipan-

do d'una ventina d'anni le basi della teoria dell'attaccamento di Bowlby.

In quest'ottica la relazione di quel bambino con quel determinato genitore assume un valore imprescindibile per la comprensione della sua mente e della sua storia.

Eric Berne era un medico neurologo di origini canadesi che visse tra New York e la California; i suoi anni di formazione lo vedono approcciarsi alla psicoanalisi prima come paziente e poi come studioso; era particolarmente interessato alla psichiatria sociale, che stava esplodendo in quegli anni ricchi di fermento creativo e di scambi culturali. Nel 1956 viene rifiutata la sua richiesta d'iscrizione alla società Psicoanalitica di San Francisco e proprio questo avvenimento funge da catalizzatore delle sue idee, che diventano teoria. Inizia a collaborare con alcuni colleghi in Università e dà vita ai Seminari di San Francisco, incontri serali di discussione teorica da cui nascono i primi elementi di analisi transazionale. Rimarrà legato alla psicoanalisi, affermandone la necessità all'interno di un percorso psicoterapeutico dopo aver fatto un'analisi a orientamento transazionale, dapprima a New York con Paul Federn e successivamente a San Francisco con Erik Erikson.

Nel 1961 esce il suo primo libro (*Transactional Analysis in Psychotherapy*) e le sue teorie acquistano una grande popolarità. Berne si pone come un demistificatore dei processi terapeutici ponendo il cliente sullo stesso piano del terapeuta, dandogli cioè un ruolo di partner collaborativo. Non si tratta tanto di pensare il terapeuta e il paziente sullo stesso piano dal punto di vista esperienziale e competenziale, quanto il fatto che entrambi, in quanto soggetti adulti e portatori di risorse, sono corresponsabili dal punto di vista umano e relazionale del buon esito della terapia. In quel periodo, a sostegno delle sue teorie, era solito invitare i pazienti ai seminari e alle conferenze che teneva pubblicamente.

Diventa un personaggio pubblico e tiene molte conferenze, escono sue interviste sui media di allora e i suoi scritti diventano best seller per molti anni a venire.

Questa sua notorietà è data da alcuni aspetti innovativi della sua teoria analitico-transazionale, motivi che vengono di seguito illustrati.

1) L'utilizzo di un linguaggio semplice e diretto, facilmente comprensibile a tutti; questo aspetto sta molto a cuore a Berne; egli ha in mente la divulgazione della psicoterapia, la sua accessibilità a un ampio numero di persone e la fruibilità conseguente di un benessere sociale generale.

2) I concetti di Stato dell'Io e l'individuazione del dialogo interno tra essi. Ciò mette l'ascoltatore in immediato contatto con la sua dimensione intrapsichica; uno Stato dell'Io è *insieme di pensieri, emozioni e comportamenti*. Berne ne individua tre: lo Stato dell'Io Bambino costituito da pensieri, emozioni e comportamenti risalenti all'età infantile, che si conservano nell'esperienza soggettiva anche nell'età matura; lo Stato dell'Io Adulto le cui manifestazioni comportamentali, cognitive ed emotive, sono congruenti con il qui e ora; lo Stato dell'Io Genitore costituito da pensieri, emozioni e comportamenti introiettati dai *caregiver*. Questi concetti sono di immediata comprensione e permettono al terapeuta di dialogare con persone di tutti i livelli sociali e culturali partendo da aspetti oggettivi. Berne esprime quindi tre tesi oggettive: ogni individuo adulto è stato un tempo un bambino, ogni essere umano in possesso di sufficiente tessuto cerebrale è potenzialmente capace d'un esame di realtà adeguato, ogni individuo che sopravviva nella vita adulta ha avuto genitori o qualcuno in loro vece.

3) Il concetto di *OKness* alla base della relazione terapeutica, che evidenzia due aspetti della cultura psicologica di quel tempo: da un lato l'unicità e la ricchezza d'ogni persona, che ha le sue radici nella psicologia umanistica; dall'altro, ciò che accade nella relazione è la messa in atto nel presente delle primitive relazioni oggettuali introiettate. L'*OKness* è un principio filosofico che pone

paziente e terapeuta sullo stesso piano del resto dell'umanità riconoscendo in ognuno l'individualità che lo contraddistingue.

4) Il metodo contrattuale basato su un impegno reciproco di terapeuta e paziente finalizzato alla cura del copione di vita. Alla base della contrattualità c'è il principio di *OKness*, che prevede parità e accettazione incondizionata dell'altro. In questo aspetto Berne introduce una novità metodologica sempre orientata alla risoluzione del disagio psichico. Nella definizione di contratto come accordo bilaterale con un chiaro corso di azione, egli esprime al tempo stesso quanto entrambi, terapeuta e paziente, si adopereranno per risolvere il problema e quanto la responsabilità sia ripartita e condivisa. Il meccanismo di azione che è alla base del cambiamento è collegato allo sviluppo della consapevolezza, strumento indispensabile per acquisire la meta della psicoterapia, ossia l'autonomia, costituita da consapevolezza, spontaneità e intimità.

5) La teoria della motivazione basata sul concetto di fame, cioè bisogno imprescindibile dell'essere umano di avere un riconoscimento della propria esistenza, stimoli per sopravvivere e strutturazione del tempo e relazioni per stare bene. Il concetto stesso di fame richiama alla sua necessità ai fini della sopravvivenza, fisica e psichica.

6) La teoria del copione di vita come *piano di vita inconscio costruito nell'infanzia, rinforzato dai genitori, giustificato da eventi successivi e che culmina con una scelta decisiva* (Berne 1966) è il *core concept* dell'analisi transazionale. Questo concetto attraversa gli anni di evoluzione della teoria, subisce modificazioni teoriche e approfondimenti legati alle nuove teorie psicologiche più recenti, ma rimane il centro del lavoro d'uno psicoterapeuta AT. L'ipotesi che le esperienze precoci diventino la base dei comportamenti attuali non è una novità di Berne, senza dubbio la sua cultura psicoanalitica e i contatti con numerosi psicoanalisti del tempo hanno influenzato il suo approccio alla spiegazione dei comportamenti umani, ma rimane senza

dubbio sulla focalizzazione del concetto di *decisione*, azione inconsapevole che avviene in un'età precoce, che nella sua prima formulazione ha il ruolo di orientare le scelte dell'individuo e determina il suo movimento nel mondo. Questo aspetto sarà oggetto di forti critiche da parte della comunità psicologica, che contesterà all'analisi transazionale un approccio sostanzialmente meccanicistico-deterministico, lasciando apparentemente poco spazio alla individualità dell'esperienza.

La teoria più recente del copione è cambiata, si è arricchita e nutrita dei nuovi sviluppi teorici postberneriani, come la teoria delle relazioni oggettuali, la teoria dell'attaccamento e le neuroscienze.

La teoria di Berne nel mondo AT è definita classica e si articola secondo due assi: l'osservazione e l'intervento. Il terapeuta osserva il comportamento della persona, compreso quello non verbale, ascolta le sue parole e usa il sistema di riferimento appena introdotto per costruire il proprio intervento mirato alla soluzione del problema che il paziente porta: uscire dal copione che lo attanaglia in relazioni non gratificanti, che lo trattiene nell'espressione della sua vera natura e che gli impedisce di essere consapevole, spontaneo e intimo.

## **L'analisi transazionale dopo Berne: lo sviluppo**

Dopo la morte di Berne, l'analisi transazionale subisce una battuta d'arresto di popolarità, ma rimane uno degli approcci psicologici più noti nel Nord America per molto tempo.

Nel frattempo, in altre parti del mondo alcuni autori prendono alcuni concetti di base dell'analisi transazionale e li rielaborano, integrandoli con le teorie recenti e sviluppando vere e proprie correnti di pensiero all'interno del mondo AT. Nel corso degli anni, l'evoluzione della società e del ruolo della psicoterapia e della psicoanalisi porta queste a occuparsi dei bisogni emergenti. Quando Berne pubblicò i suoi primi scritti, il clien-

te tipico appariva come un individuo inibito, prigioniero delle regole e bisognoso di un «solvente» simbolico, la terapia, per sciogliere i confini del proprio copione. All'alba del XXI secolo il cliente tipico è qualcuno che non ha bisogno di «solvente» ma di «colla», cioè di un modo per integrare e costruire il proprio senso di sé nel mondo (Hargarden, Sills 2002).

L'evoluzione delle teorie psicoanalitiche, che si spostano sulla relazione tra paziente e terapeuta, le ricerche sulla vita relazionale dei neonati e le conseguenti formulazioni dei teorici dell'attaccamento, nonché la filosofia costruttivista fondano le nuove correnti teoriche e metodologiche analitico-transazionali, generando un *corpus* teorico ricco e fertile.

La teoria più recente del copione è cambiata, si è arricchita e nutrita dei nuovi sviluppi teorici postberniiani, come la teoria delle relazioni oggettuali, la teoria dell'attaccamento e le neuroscienze.

Nei modelli recenti, il ruolo della teoria per il terapeuta è complementare ad altre risorse, che gli servono per orientarsi: la supervisione, necessario strumento di lavoro imprescindibile, l'intuizione, che va coltivata attraverso il contatto costante con il proprio mondo interiore, le esperienze personali rielaborate che permettono di contemplare aspetti opzionali anche con i pazienti, lo scambio costante di conoscenze e competenze attraverso i seminari, i convegni, lo studio.

Non esiste quindi una teoria AT unica e univoca; come ci ricorda il costruttivismo, tutte le teorie sono parziali, cioè mettono in luce solo una parte della realtà, e *di parte*, cioè rischiarano un angolo particolare che, come un fascio luminoso, illumina alcuni aspetti e ne lascia altri in penombra. Riprendendo poi il tema dell'*OKness*, le teorie più recenti restituiscono ai terapeuti la loro individualità, la loro creatività e dignità di appartenere con livelli d'intervento diversificati.

A oggi possiamo individuare sei orientamenti principali che danno corpo alla teoria analitico-transazionale moderna:

– l'analisi transazionale psicoanalitica di Carlo Moiso e Michele Novellino, che lavora con il transfert e la comunicazione inconscia (Steiner, Novellino 2005);

- l'analisi transazionale integrativa di Richard Erskine e Rebecca Trautman, più orientata al trattamento dei traumi precoci;
- l'analisi transazionale relazionale di Helena Hargaden e Charlotte Sills, che porta nella sfera intersoggettiva processi relazionali in gran parte inconsci, con l'intento di comprenderli e cambiarli attraverso l'*essere-in-relazione*;
- l'approccio corporeo di William Cornell, che attraverso le esperienze corporee permette un contatto profondo;
- l'analisi transazionale co-creativa di Graeme Summers e Keith Tudor, ispirata alle teorie cognitive e che lavora sulle risorse e la creatività delle persone;
- l'analisi transazionale narrativa di James e Barbara Allen, che lavora a livello conscio e preconsciouso utilizzando le narrazioni elaborate sulla propria vita dall'individuo stesso o dagli altri.

### **L'ITAT e l'analisi transazionale contemporanea: il momento attuale**

L'Istituto Torinese di Analisi Transazionale è oggi uno dei centri italiani più attivi nel mondo AT; partecipa a gruppi di ricerca certificati, appartiene ai *board* nazionali e internazionali per le certificazioni dell'European Association for Transactional Analysis, spesso compare tra gli autori di presentazioni ai congressi nazionali e internazionali.

I docenti sono tutti didatti e supervisori in analisi transazionale con certificato internazionale e partecipano attivamente alle commissioni di certificazione in Italia ed Europa.

Nell'ottica della pluralità e della complessità, ognuno si è formato con tutor diversi, stimolato all'integrazione con altri approcci e dall'importanza della eterogeneità dell'esperienza.

Tra le correnti più attuali in analisi transazionale citiamo qui quelle che, all'interno del nostro istituto, vengono più seguite e insegnate da colleghi che le hanno approfondite e si sono certificati in questi approcci a livello internazionale.

In particolare ci soffermiamo sull'analisi transazionale integrativa di Richard Erskine, che ha rivisto alcuni aspetti dello sviluppo del copione e della psicopatologia, sull'analisi transazionale psicodinamica di Carlo Moiso e Michele Novellino, che ha riattualizzato i temi del transfert e controtransfert nella comunicazione inconscia in terapia, e sull'analisi transazionale narrativa di James e Barbara Allen, che lavora sui livelli conscio e preconscious utilizzando le narrazioni sulla propria vita portate dall'individuo.

Nella teoria AT integrativa il focus è sul contatto interno ed esterno tra terapeuta e paziente, che agevola l'*insight*. Il metodo assume un ruolo centrale per favorire il contatto e si basa su tre aspetti fondamentali: l'indagine rispettosa, che mette il terapeuta nella condizione di accogliere apertamente il vissuto del paziente e di fargli domande rispettose e attente, mirate a una conoscenza approfondita sua e del suo vissuto; la sintonizzazione sui vissuti del paziente, in cui sensazioni, bisogni e vissuti interni del paziente vengono validati (si tratta di sintonizzazione ritmica, affettiva, alla tappa di sviluppo e sui bisogni relazionali); il coinvolgimento, basato sul riconoscimento di ciò che è problematico, la validazione dell'esperienza del paziente, la normalizzazione e la presenza, funzioni del terapeuta che agevolano il cambiamento.

La teoria AT psicodinamica ha visto la luce in Italia attraverso due autori importanti, riconosciuti a livello internazionale, Carlo Moiso e Michele Novellino, che hanno avuto il pregio di recuperare le radici psicoanalitiche di Berne e approfondire i temi del transfert e del controtransfert nella comunicazione inconscia. Questo approccio recupera gli elementi di formazione psicoanalitica iniziale di Eric Berne: il transfert e il controtransfert, la comunicazione inconscia.

La teoria AT narrativa sviluppata dai coniugi Allen parte dal presupposto che ogni individuo racconta la propria storia o piuttosto le sue storie, che dipendono dai punti vista da cui parte. L'idea centrale è che tutto ciò che raccontiamo è «costruito» e ci sono quindi più racconti possibili degli stessi fatti. Nel parlare di noi, infatti, tendiamo a selezionare alcuni fatti e nello stesso momento costruiamo una storia attraverso gli stessi, che



sarebbe diversa se ne scegliessimo altri. L'ipotesi di partenza è che possano esistere altre narrazioni di noi altrettanto valide, che si possano cambiare e che di conseguenza possano cambiare i processi di senso. Il ruolo del terapeuta diventa quindi di colui che co-costruisce la terapia con il paziente attraverso una nuova narrazione e l'integrazione delle esperienze (Tudor).

A questo proposito rileviamo qui che l'analisi transazionale si è rivelata coerente con le scoperte neuroscientifiche e con i risultati della ricerche psicologiche degli ultimi decenni: lo sviluppo del cervello in senso relazionale, l'*infant research*, l'impatto dei traumi, le teorie dell'attaccamento.

Ritroviamo aspetti già ipotizzati da Berne, infatti, nelle teorie di Siegel (2013) sulla mente relazionale, quando afferma:

La consapevolezza è un ingrediente presente in ogni forma di educazione e di psicoterapia. Grazie alla consapevolezza possono emergere narrazioni che diano senso a esperienze altrimenti sconcertanti. [...] La consapevolezza è uno strumento della mente che rende possibile il cammino delle nostre relazioni e del nostro cervello verso l'integrazione.

Le teorizzazioni di Siegel rinforzano quanto approfondito da Berne e successori nello studio del copione psicologica, inteso come serie di schemi comportamentali automatizzati che si ripetono nella vita di un individuo, proprio come – per analogia – fanno «i modelli operativi interni [che] rappresentano delle guide per le future interazioni ad indicare l'uso inconscio che ne fa l'individuo. Contengono componenti affettive e cognitive e la loro utilizzazione consente la produzione di strategie interne» (Siegel 2014).

Anche nelle recenti pubblicazioni in AT sulla psicoterapia troviamo la parola *integrazione*, intesa come l'integrazione relazionale, interpersonale, che facilita l'integrazione cerebrale – come cita Siegel nel suo libro *Mappe per la mente*, ripreso da Maristella Fantini nel 2018.

Berne lo aveva intuito, integrando la psicoanalisi con influenze moderne che danno linfa a continue evoluzioni dell'analisi transazionale. Ci lascia in eredità valori circa la parità tra

gli esseri umani, la condivisione del sapere, l'*OKness* e l'importanza della creatività come vita della mente, che pesca dal flussu inestinguibile della nostra intuizione.

Il processo integrativo, condiviso tra paziente e terapeuta, diventa possibilità trasformativa per le relazioni interpersonali e intrapsichiche (Fantini 2018).

## BIBLIOGRAFIA

- Berne, E., *Intuizione e Stati dell'Io*, Astrolabio, Roma 1992.
- Berne, E., *Guida per il profano alla psichiatria e alla psicoanalisi*, Astrolabio, Roma 1969.
- Berne, E., *Analisi transazionale e psicoterapia*, Astrolabio, Roma 1971.
- Berne, E., *La mia infanzia a Montreal*, La vita felice, Milano 2012.
- Berne, E., *Principi di terapia di gruppo*, Astrolabio, Roma 1986.
- Boschetti, D., «Psicoterapia e neuroscienze: quale rapporto, quali implicazioni?», in *Neopsiche*, n. 10, 2011.
- Bucci W., *Psicoanalisi e scienza cognitiva, una teoria del codice multiplo*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 1999.
- Erskine, R. G., *L'Analisi transazionale nella psicoterapia contemporanea*, LAS, Roma 2018.
- Erskine, R. G., *A healing relationship*, Phoenix, Oxfordshire 2021.
- Fantini, M., *Analisi transazionale e neuroscienze*, Ananke, Torino 2012.
- Fantini, M., *Curare la psiche con l'aiuto delle neuroscienze*, Kemet, Torino 2018.
- Giovannoli Vercellino, C., *Il gruppo psicoterapeutico*, Trauben, Torino 2009.
- Goulding, M., R., *Il cambiamento di vita nella terapia ridecisionale*, Astrolabio, Roma 1983.
- Grégoire, J., *Orientamenti recenti dell'analisi transazionale*, Ananke, Torino 2012.
- Mazzetti, M., «In praise of ambivalence», in *Transactional Analysis Journal*, 2019, vol. 49, n. 3.
- Mazzetti, M., «Groups in Transactional Analysis, Objects Relations, and Family Systems: Studying Ourselves in Collective Life», in *Transactional Analysis Journal*, 2022, vol. 51, n. 2.
- Moccia, G., Solano, L., *Psicoanalisi e neuroscienze*, Franco Angeli, Milano 2009.
- Siegel, D. J., *La mente relazionale*, 2<sup>a</sup> ed., Raffaello Cortina, Milano 2013.
- Siegel, D. J., *Mappe per la mente*, Raffaello Cortina, Milano 2014.
- Sills, C., Hargadden, H., *Analisi transazionale: una prospettiva contemporanea*, Ananke, Torino 2012.
- Tudor, K., Summers, G., «Cocreative Transactional Analysis», in *Transactional Analysis Journal*, January 2000, vol. 30, n. 1.

## **Strategie collaborative (e creative) nella costruzione di «ipotesi sistemiche»**

*Federica Fulcheri, Fabiola Martina, Dario Merlino,  
Enrico Quarello*

Il concetto di ipotizzazione è uno dei pilastri del modello sistemico relazionale. Per ipotizzazione s'intende la formulazione da parte del terapeuta di un'ipotesi fondata sui dati e sulle informazioni in suo possesso in uno specifico momento del percorso, su quanto si osserva e su quanto si vive nella stanza di terapia: un principio guida nel lavoro terapeutico sistemico, infatti «con tale ipotesi il terapeuta stabilisce il punto di partenza della propria investigazione con metodiche atte a verificarne la validità» (Selvini Palazzoli, Mara *et al.* 1980). Si tratta di una lettura sistemica, in quanto le ipotesi includono tutti i componenti della famiglia e permettono di avere un quadro del funzionamento relazionale globale. Le ipotesi non sono da considerarsi «né vere né false, ma solo più o meno utili» (Selvini, Matteo 2004); sono strumento utile per esplorare, indagare, sondare e, anche quando disconfermate, permettono di escludere letture che in un primo momento erano parse possibili, pertanto consentono di fare maggiore chiarezza.

L'ipotizzazione è un processo continuo, le ipotesi non sono date una volta per tutte, si trasformano, si modificano, si correggono, si arricchiscono e si modulano in relazione ai feedback della famiglia, alle nuove informazioni raccolte, ai fenomeni che si osservano in seduta. Sulle ipotesi precedenti se ne costruiscono di nuove, sempre più vicine alla «verità», si tratta d'un lavoro «simile a quello di un artigiano [...] prima fai uno schizzo, poi un disegno, poi costruisci un modello, quindi vai alla realtà e poi torni al disegno» (Cambiaso, Mazza 2018).

Nella nostra scuola di psicoterapia, intitolata a Mara Selvini Palazzoli, sede di Torino, l'approfondimento relativo all'ipotiz-

zazione sistemica si realizza nel primo anno e si conclude con due giornate all'interno delle quali gli apprendimenti acquisiti vengono sperimentati in un contesto laboratoriale. Durante il laboratorio, gli allievi si alternano nel ruolo di terapeuti familiari, di famiglie in terapia e di osservatori del processo terapeutico, cimentandosi in simulate a partire dalle quali costruiscono ipotesi sistemiche da esplicitare alle famiglie. L'utilizzo della simulata produce un *upgrade* dell'esercitazione da un piano prettamente teorico a un piano relazionale con i pazienti: gli allievi devono formulare un'ipotesi pertinente, verosimile, che spieghi le dinamiche familiari e i fenomeni osservati; devono inoltre decidere come comunicare l'ipotesi alla famiglia.

L'evoluzione del modello terapeutico della nostra scuola – da un'impostazione «paradossale-provocatoria» a un'impostazione «collaborativa» con i pazienti – richiede a noi didatti, fin dall'inizio della formazione, di far riflettere gli studenti sul fatto che una buona ipotesi è tale proprio se può essere comunicata e condivisa con la famiglia. Al contrario, un'ipotesi costruita diagnosticamente in modo perfetto, ma non comunicabile (perché troppo astrusa o troppo lontana dal pensiero della famiglia, troppo colpevolizzante o ancora troppo vicina a quella d'uno dei pazienti coinvolti e troppo lontana dal resto del gruppo familiare) diventa automaticamente un'ipotesi inutile o comunque poco utilizzabile. A tale proposito, abbiamo riscontrato che gli studenti tendono a elaborare ipotesi cliniche rispetto a come i genitori abbiano «danneggiato» il figlio, ma durante la simulata si trovano in grande difficoltà nel momento di utilizzarla: o l'allievo non è per nulla in grado di esplicitarla oppure produce pessime reazioni nei genitori, quali negazione, fastidio, agitazione.

A partire da queste premesse, abbiamo introdotto negli ultimi anni nuovi strumenti nel lavoro formativo, con l'obiettivo di aiutare gli studenti a superare l'impasse descritta e a collocarsi in modo coerente all'interno del modello collaborativo.

Uno di questi strumenti è l'«ipotesi soft», l'ipotesi leggera, teorizzata da Cambiaso e Mazza in relazione al lavoro individuale, ma facilmente applicabile anche al contesto familiare –

«le domande leggere del tenente Colombo [...] sottili ma precisi interventi comunicativi» (Cambiaso, Mazza 2021). Per ipotesi leggere intendiamo un commento che il terapeuta rivolge alla famiglia in modo molto ipotetico («potrebbe essere che..., mi è venuto da pensare che..., osservandovi mi viene in mente questa immagine...»), saggiando nell'immediato il feedback in seduta. I vari membri della famiglia potranno infatti accogliere con convinzione quanto proposto dal terapeuta, potranno esserne colpiti o spiazzati, qualcuno potrà dire di sì altri potranno dire di no, potranno anche esprimere il proprio forte disappunto. Se i membri della famiglia accetteranno di buon grado i rimandi del terapeuta, avremo trovato una buona sintonia e una risorsa preziosa sulla quale lavorare, se la famiglia avrà pareri differenti si potrà lavorare proprio su queste differenze, o ancora, se la famiglia si mostrerà contraria, occorrerà verificare se si sono attivati meccanismi difensivi disfunzionali o se si tratta di un'ipotesi da scartare. Qualunque sia il feedback, è un passaggio utile all'interno del processo terapeutico con impostazione collaborativa poiché il terapeuta, sulla base delle risposte ricevute dai pazienti, verbali e non verbali, creerà «un'ipotesi sulle ipotesi» che già sono nella mente dei familiari e tali informazioni lo aiuteranno nella conduzione del processo di co-costruzione dell'ipotesi condivisa.

Un altro concetto introdotto è quello dell'«ipotesi benevola», concetto fortemente connesso al tema della colpa/responsabilità. Uno degli obiettivi d'una terapia familiare è quello di aiutare i genitori a riconoscere la propria parte attiva nel processo relazionale che ha prodotto sofferenza e l'eventuale manifestazione sintomatica nel paziente non richiedente. Tale passaggio permette ai genitori di assumersi, almeno in parte, la responsabilità di quanto successo e mettere in atto azioni riparative che vadano a modificare l'assetto relazionale iatrogeno sul quale si sono innestati sofferenza e sintomatologia. Il confine tra responsabilizzazione e colpevolizzazione è sempre piuttosto labile. Potremmo dire che un soggetto solido e sicuro sarà maggiormente in grado di reggere emotivamente il peso dell'assunzione di responsabilità, mentre un soggetto fragile e

insicuro facilmente vivrà tale passaggio con senso di colpa. In quest'ottica, un'ipotesi eccessivamente responsabilizzante, che implica una connessione troppo esplicita e univoca tra le condotte genitoriali e la sofferenza del paziente, rischia di produrre un effetto boomerang di negazione dell'ipotesi stessa, di opposizione e boicottaggio della terapia. Le «ipotesi benevole», al contrario, hanno maggiori possibilità d'essere comprese e accolte, per poi attivare produttivi circoli virtuosi di riflessione e condivisione, «un intervento per il cambiamento deve basarsi su una specifica comprensione del funzionamento del sistema, vale a dire sulle caratteristiche fondamentali delle relazioni in atto in quella famiglia» (Selvini, Matteo 1980). Tra le caratteristiche delle «ipotesi benevole» possiamo evidenziare: l'assoluta circolarità (ovvero l'impossibilità di individuare il «colpevole»), le intenzioni positive dei soggetti coinvolti (l'hanno fatto a fin di bene), il valore delle stesse azioni (hanno anche permesso di ottenere cose buone, un po' come se la sofferenza fosse un effetto collaterale), l'ineluttabilità ad agire in quel senso (in quella situazione la persona non poteva fare nulla di differente), lo spostamento su circostanze esterne che hanno «scombussolato» e messo in difficoltà tutta la famiglia, producendo squilibri (per esempio, difficili passaggi nel ciclo di vita familiare o la presenza di significativi eventi para-normativi), l'attivazione «misteriosa» (senza possibilità di comprenderne fino in fondo l'origine) di circoli viziosi all'interno dei quali la famiglia si è trovata suo malgrado coinvolta. Pensiamo che proporre alla famiglia «ipotesi benevole» favorisca la possibilità che vengano accolte, ma anche la possibilità che tutti i soggetti della famiglia, compreso il paziente sintomatico, si coinvolgano attivamente per cercare di «mettere a posto le cose».

Tornando al processo didattico, con gli allievi la domanda che poniamo è: quale ipotesi potete costruire che sia sufficientemente benevola da poter essere accettata dalla famiglia e diventare generativa di cambiamento?

Un nuovo e ulteriore strumento didattico consiste nell'«ipotesi metaforica»: chiediamo agli allievi, dopo aver ricevuto informazioni riguardanti una famiglia, un disegno che metta

in evidenza il modo di *essere famiglia*. L'obiettivo didattico consiste nell'aiutare gli allievi a costruire ipotesi sul funzionamento della famiglia, oltre che benevole e decolpevolizzanti, anche sganciate dall'eziopsicopatogenesi. Concentrarsi solo sul processo patologico, infatti, rischia di produrre nella mente del terapeuta un'identificazione della famiglia con il suo malfunzionamento, attivando inevitabilmente una posizione giudicante ed etichettante. Al contrario, la richiesta agli allievi di disegnare la famiglia come se la immaginano nel suo funzionamento permette di ampliare le categorie di descrizione, passando anche a un piano metaforico e addirittura simbolico. Gli allievi infatti possono rappresentare la famiglia con una «metafora pura» (una barca che attraversa un mare in tempesta, un albero con rami secchi ma anche con nuovi germogli, un motore un po' guasto ma che continua a funzionare...) oppure decidere di disegnare i membri della famiglia e il loro stare in relazione. In quest'ultimo caso, possono giocare sulla rappresentazione grafica dei singoli membri, sulle loro dimensioni, sulla vicinanza e distanza tra gli stessi, sulla collocazione degli uni rispetto agli altri, sui colori, possono introdurre oggetti capaci di definire l'ambiente (una stanza, una casa, un prato) o mettere in relazione i vari membri (funi, scale, porte...). Le rappresentazioni degli allievi risultano molto ricche, piene di particolari differenti tra esse e allo stesso tempo coincidenti su molti aspetti, con aspetti illuminanti, che difficilmente potrebbero essere espressi a parole. Le «ipotesi razionali» in questo modo prendono forma, colore, bidimensionalità, ma anche tridimensionalità e movimento (uso della prospettiva e delle linee di movimento), ma soprattutto dal disegno emerge un buon equilibrio tra gli aspetti di risorsa e gli aspetti di sofferenza. I disegni possono essere realizzati da sottogruppi oppure dai singoli. Questa seconda modalità ha, un po' inaspettatamente, aperto un'ulteriore possibilità di lavoro con gli allievi. Dopo la realizzazione del disegno, il didatta mostra un video d'una seduta relativa alla famiglia in questione, quindi chiede agli allievi di osservare la propria produzione e li invita a individuare gli elementi che non hanno a che fare con la famiglia osservata. Crediamo che gli aspetti

che emergono come estranei al caso possano avere a che fare più che altro con l'esperienza personale familiare dell'allievo, ovvero con proiezioni di propri vissuti, pensieri, temi familiari. Questo modo di procedere offre agli allievi la possibilità di riflettere sulle «lenti personali» che utilizzano nel formulare ipotesi, tematica clinica e formativa importante, sulla quale è necessario che gli stessi lavorino nei quattro anni della scuola. La fase di laboratorio si conclude con un confronto a partire dal quale ogni allievo condivide con il resto del gruppo gli elementi personali emersi nel disegno e gli aspetti su cui riconosce di dover lavorare durante il percorso formativo. Si tratta d'un passaggio ponte rispetto all'esperienza di genogramma – condivisione all'interno del gruppo delle proprie esperienze familiari con connessioni sul professionale – che impegna gli allievi della scuola già a partire dal primo anno, quindi parallelamente alla formazione sull'ipotizzazione.

## BIBLIOGRAFIA

- Selvini Palazzoli, Mara, Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G., 1980, «Ipotizzazione, circolarità, neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta», in *Terapia Familiare*, fascicolo 2012/100, 2012.
- Selvini, Matteo (a cura di), *Cronache di una ricerca: l'evoluzione della terapia familiare nelle opere di Mara Selvini Palazzoli*, Carocci, Roma 1985.
- Selvini, Matteo, 2004, «Tecniche di presa in carico del paziente non richiedente», in *Terapia Familiare*, fascicolo 2003/73.
- Selvini, Matteo, *Reinventare la psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 2004.
- Cambiaso, G., Mazza, R., *Tra intrapsichico e relazionale: la psicoterapia individuale al tempo della complessità*, Raffaello Cortina, Milano 2018.
- Cambiaso, G., Mazza, R., *Le ipotesi nella psicoterapia e nella vita*, Armando Editore, Roma 2021.
- Mazza, R., «Pensare per ipotesi», webinar in *Riflessi Formazione*, 2021.
- Cirillo, S., Selvini, Matteo, Sorrentino, A. M., *Entrare in terapia. Le sette porte della terapia sistemica*, Raffaello Cortina, Milano 2016.



## Soggettività, soggettualità e senso di sé

*Alioscia Boschioli, Daniele Paradiso, Cesare Albasi*

*Essere pienamente umano (nella cultura occidentale) significa essere riconosciuto come soggetto da un altro essere umano. Vi è una tensione profonda e continua tra i nostri sforzi tesi a fare a modo nostro, che sono espressione della nostra soggettività, e il nostro dipendere da un'altra persona, in quanto soggetto autonomo, che ci garantisce il riconoscimento di cui abbiamo bisogno.*

STEPHEN MITCHELL

Stephen Mitchell in *Speranza e timore in psicanalisi* afferma: «Il tipo di patologia di cui si occupa la maggior parte degli analisti moderni [ha a che fare con] persone che magari sono ben adattate alla loro società, ma nella cui esperienza di vita manca qualcosa di fondamentale. Manca loro qualcosa proprio nel modo in cui generano e assegnano un significato alle loro esperienze; sono pazienti nei quali la soggettività stessa è considerata fondamentalmente patologica» (Mitchell 1993, p. 35).

### Alessandro

Alessandro chiede di iniziare la psicoterapia perché sta vivendo un periodo di grande sofferenza, disperazione e solitudine. Dice di essere depresso e che per lui è molto difficile stare a casa. Deve studiare, finire l'università, ma in quel particolare momento questi obiettivi sembrano molto lontani, insicuri, «oscuri». Alessandro inizia subito a lavorare sodo durante le sedute. Cerca di capire la sua sensazione di «non esserci», di non

essere pienamente se stesso o, almeno, di non esserlo sempre. Non riesce a rintracciare una sensazione di coerenza o solidità di sé e in sé; talvolta si sente diffuso o, in alcune occasioni, come «assorbito» dal suo ambiente esterno, come se i tratti di quest'ultimo divenissero, per osmosi, i caratteri costitutivi della sua propria personalità. Sente di non avere uno spazio psicologico o un centro soggettivo. Nessun luogo è sicuro (nemmeno la propria casa), così come nessuna relazione primaria lo è. Scrive di sé:

Sono evanescente.

Trovo conforto solo nel pensiero dell'annientamento, lo zen, la pace cosmica, la morte. Non posso permettermi un corpo. Posso solo evitare le difficoltà, gli sforzi, le situazioni stressanti difficili, i posti grigi e desolati.

Perché io non sono che ombra che aspetta di svanire, nella pace.

In casa mia, sono un'ombra. Non c'è nessuno che mi considera per quello che sono, se non nella malattia.

Dove posso, allora, essere? Come mi costruisco? Chi può darmi l'illusione di essere una persona? Chi può costruirmi?

Solo nel mio pensiero trovo pace, trovo esistenza. Nel pensiero di trovare prima o poi la pace, svanendo.

A casa mia la situazione non può essere cambiata. Io sono così perché non c'è alcun altro modo in cui io possa essere. Io non posso fare altro che compiacere gli altri in casa, cercare di non spezzare i loro automatismi. Non c'è assolutamente spazio per nient'altro. Esco fuori presto, per sentirmi in pace. Ma scopro di sentirmi vuoto, fragile, evanescente, anche nel mondo. Nel mondo che ora dovrei essere in grado di affrontare perché sono adulto. E allora non trovo pace neanche fuori. Sono schiacciato dalle voci, dalle parole, dai suoni, dai posti, troppo intensi per me. Oppure troppo vuoti, come me.

Sono pervaso dalla rabbia, di sentirmi evanescente, di non essere reale, di essere un punto, di non sentirmi. Per questi pensieri violenti. L'unico modo in cui potrei sentirmi, prima ancora che farmi sentire.

Non sono nulla. Non posso dire nulla. Non posso costruire nulla.

## **Tommaso**

Tommaso è un uomo sulla quarantina che chiede di poter cominciare un'analisi perché, in più occasioni, è confrontato con il senso di non essere pienamente se stesso e che il proprio sé, o almeno alcuni dei suoi aspetti, non gli appartenga del tutto o non sempre. Non possiamo considerare Tommaso un paziente grave, né considerare la sua organizzazione di personalità severamente patologica. Egli mantiene un lavoro, una famiglia, buone relazioni complessive. Riporta, però, un frequente senso di fatica e di «mancanza di certezza», non solo rispetto a sé, ma soprattutto nelle sue esperienze di sé e di sé con gli altri. È come se alcuni vissuti, pensieri, alcuni modi di fare, agire, essere, comportarsi, e alcuni affetti non venissero percepiti come veramente e fino in fondo suoi, o comunque non sempre e non in ogni luogo.

Tommaso non ha dubbi che tutto ciò accada in lui, psicologicamente dentro se stesso. Ma nel contempo non è sempre certo che questi siano veramente atti e vissuti propri. Sembrano, seguendo Mitchell, esperienze interne ma non generate autenticamente dall'interno, né percepite come tali. È come se ci fosse uno scarto esistenziale, soggettivo, come se esse transitassero in una terra psicologica di mezzo, in una sorta di «limbo» affettivo, una zona franca che, per usare le parole di Tommaso, «non le rende pienamente mie ma non le rende nemmeno pienamente non mie».

In lui non compare la sensazione borderline di non esistere in quei momenti. Non siamo di fronte a possibilità o angosce di

frammentazione, di perdita dei confini, di evaporazione più o meno pulviscolare della propria soggettività. Si tratta di un'esperienza più sfumata, siamo più in prossimità di un non esserci piuttosto che di un *non esistere*.

Tommaso riporta, a volte, un senso di pesantezza del corpo e nel corpo, diventando improvvisamente più silenzioso, isolato. Dice che i colori si ingrigiscono, si «desaturano» fino a perdersi in un bianco e nero «con pochi bianchi e neri sbiaditi». Non c'è nel paziente la perdita totale di contatto con il proprio sé. Siamo piuttosto di fronte a un vissuto di compressione dell'esperienza di se stesso, di allontanamento, di spaesamento rispetto al vissuto soggettivo del momento. È lui in quel presente, quell'esperienza è la sua ma nel contempo non la sente totalmente propria: infatti, non è sempre chiaro chi la stia generando o chi l'abbia generata. Dice: «Sento di avere caldo, ma non sono sicuro di avere veramente caldo». Questo è un tipico suo commento che, qui, prende in considerazione una sensazione elementare, ma altre volte coinvolge emozioni, pensieri, fantasie, motivazioni, intenzioni e così via. Tommaso è all'interno della sua soggettività e nel contempo ne è fuori, sia nel qui e ora della seduta, sia in altri luoghi e tempi della sua vita.

## Sofia

Sofia: «... E tu sei geloso di B?»

Sono un paio di sedute che con Sofia affrontiamo la questione dell'«innamoramento», del suo innamoramento nei miei confronti. Questo è un tema che in più occasioni, durante i nostri lunghi anni di analisi, è emerso. Si tratta sempre di un tema complesso. Certo, siamo di fronte a ciò che possiamo classicamente definire un transfert erotico e, in parte, credo lo sia. Ma Sofia è una paziente con una storia politraumatica alle spalle: abusi, abbandoni, violenze subite e osservate, accadimenti profondamente disorganizzati e disorganizzanti, allontanamenti dalla famiglia hanno caratterizzato la sua storia. Così, quando emerge l'«innamoramento» in seduta, esso preannuncia sem-

pre momenti importanti in terapia, momenti in cui, potremmo dire, il sistema sembra spostarsi su nuovi equilibri, cambiando configurazione.

B, la persona che dovrebbe farmi ingelosire, è un giovane psichiatra specializzando, che Sofia ha incontrato in reparto durante i suoi due ultimi ricoveri. Era il suo medico di riferimento. Come spesso capita, Sofia si invaghisce e si «innamora» delle figure maschili che si occupano di lei: B non fa eccezione.

Così eccoci in seduta. Sofia mi confessa questo suo interesse per il giovane psichiatra. Mi confessa questo amore e mi pone in un gioco di apparente triangolazione. Come io posso stare dentro una relazione molto profonda affettivamente con lei, se è innamorata di qualcun altro? E allora ecco ancora, riproposta, la domanda di Sofia: «Tu sei geloso di B?» Per un attimo rimango spiazzato da quanto mi chiede (non mi sento geloso in quel momento). Rimango per un attimo immobile. Ho l'impressione che questa domanda condensi e sovradetermini dimensioni affettive e relazionali, rispetto a sé e all'altro, molteplici.

C'è la gelosia, c'è la triangolazione, c'è la sessualità, c'è un corpo che si fa sentire, c'è la seduzione, c'è il suo desiderio di essere «speciale» (che in questo caso significa essere unica nella mente dell'altro, al centro del suo mondo psicologico), c'è un fondamentale ingaggio relazionale richiesto ed espresso, ma ho la sensazione che ci sia ancora dell'altro. Non riesco, in quel momento, a mettere a fuoco ciò che mi sembra mancare. Mi metto così in una posizione di attesa, di esplorazione ulteriore con la paziente. Sofia scalpita un po'. Vuole, nelle sue modalità a tratti impulsive/assertive, avere una risposta. È essenziale per lei. Desidera sapere che «lotterò» per lei? (Sua mamma non aveva lottato quando, da piccola, erano venuti i carabinieri e le assistenti sociali a prelevarla per allontanarla da casa.) Desidera sapere se provo sufficiente attrazione verso di lei? Desidera sapere se è una persona che suscita desiderio (sessuale ma non solo) in me? Credo che tutte queste domande siano in qualche modo presenti, da qualche parte, in me e penso che siano presenti, anche, nella mente della paziente. Sento però la necessità di prendere ancora tempo. Ancora non ho chiaro il senso di que-

sta domanda. Cerco di approfondire ulteriormente quanto mi chiede. La sessualità in Sofia è stata spesso sinonimo di abuso, violenza, abbandono. È una dimensione soggettiva che allarma. Quando mi chiede se sono geloso, però, non sembra allarmata. Appare più curiosa, forse compiaciuta. Non è affatto disregolata o sull'orlo di esserlo dissociativamente. Appare anche, in qualche modo, impaziente. Non ha tanta voglia di attendere troppo la mia risposta. Così, dopo ancora qualche domanda da parte mia, mi stringe un po' all'angolo: «Voglio sapere se sei geloso per sapere se anche tu sei umano. Se tu lo sei e provi gelosia, allora anche la mia gelosia è umana e anch'io posso essere umana». Ecco la sfumatura che non riesco a cogliere!

La mia gelosia (almeno dalla prospettiva che stiamo prendendo in considerazione) diventa il ponte verso questa umanizzazione soggettivizzante auspicata e desiderata (ecco un aspetto interessante del desiderio che percepiamo). Questo sentimento, così spesso difficile da sperimentare per Sofia, così contiguo con processi dissociativi e frammentanti, così prossimo a momenti di derealizzazione, se percepito e sperimentato dall'altro, in un transfert e in una esperienza gemellare diventa veicolo di emancipazione ontologica e di soggettualizzazione psicologica.

## **Senso del sé e senso di sé**

Mitchell scrive che il ponte che ci mette in relazione con gli altri sono «sentimenti vissuti come reali, autentici, generati dall'interno» (Mitchell 1993, p. 34). E ancora: «La salute psichica da sola permette un'esistenza vuota e sbiadita. Alla persona ben adattata possono mancare gli elementi centrali dell'esperienza, che fanno della vita di una persona un'esistenza personale, sentita come reale, importante, significativa» (Mitchell 1993, p. 36).

Egli insiste sulla capacità dei pazienti di generare esperienze soggettive sentite come reali e personali.

Jessica Benjamin, scrive Mitchell, sostiene che «il pensiero psicoanalitico recente si è andato sempre più occupando della

complessità dell'autoriflessione, [del] 'tema dell'atteggiamento del Sé verso se stesso (amore per se stesso, coesione, autostima). [...] L'attenzione [degli analisti] non [è] più soltanto sul desiderio che viene gratificato o rimosso, ma sul Sé che viene modificato dal rifiuto o dalla gratificazione di quel desiderio da parte dell'altro'. La soggettività allargata che Benjamin considera l'obiettivo clinico del processo psicoanalitico include un senso pieno del Sé come agente e un'esperienza del Sé come soggetto di desiderio tanto quanto come oggetto sessuale» (Mitchell 1993, p. 47).

Mitchell e Benjamin parlano di soggettività e senso del sé. Soggettività e senso del sé si integrano, si rinforzano, si sostengono. Se pensiamo, però, ad Alessandro, Tommaso e Sofia, se riflettiamo sulla loro esperienza (e sulla nostra esperienza con loro mentre fanno esperienza di loro stessi e di noi come persone e terapeuti), abbiamo la sensazione che essa non sia unicamente deficitaria, manchevole, incrinata nella percezione, rappresentazione e vissuto che loro hanno del proprio senso del sé. Ciò che, in queste brevi vignette cliniche, i pazienti sembrano evidenziare è un'incrinatura nella percezione e nell'esperienza del proprio senso di sé.

Tuttavia, senso del sé e senso di sé prospettano esperienze e processi psicologici e relazionali sovrapponibili? La soggettività riflessa rappresentata dal senso del sé è la medesima, in termini mentali, della soggettività espressa, esperita e riflessa nei termini del senso di sé?

Il senso del sé rimanda al senso (nella doppia accezione di sensazione e di direzione) di qualcosa che organizza strutturalmente e processualmente la mia esperienza (vedi, per esempio, il concetto di «idioma» in Bollas, 1987). Rimanda a un'esperienza riflessiva sulla propria soggettività come organizzazione significativa e significata, agente e agita, e al modo specifico e unico di essere soggetto nel mondo, che è il mio mondo e che lo è in quel modo specifico e unico che sono io (identità).

Essere sé, fare esperienza di sé, non è omologabile al fare esperienza del sé e al fare esperienza di un sé.

Il senso di sé ha a che fare con il rapporto che il soggetto ha con la propria soggettività, con la prospettiva dall'io psicologi-

co che organizza in modo intenzionato i significati vivendoli in un mondo a sua volta significato e intenzionato e questa, come dicono Mitchell e Benjamin, ma ovviamente non solo loro e non solo in ambito psicoanalitico, è una conquista evolutiva e «logica» progressiva, narrativamente correlata (pensiamo per esempio a ciò che prospetta Bromberg a questo riguardo).

Se il senso del sé può essere descritto come quella percezione che presentifica il senso del me che sono quell'Io (inteso qui come struttura processuale del mio sé che organizza significati personali ed è organizzato a sua volta da questi significati stessi), il quale fa esperienza in un particolare e specifico modo e attraverso una specifica prospettiva soggettiva, il senso di sé, invece, sposta la nostra attenzione altrove, verso una dimensione primaria e preliminare in senso psicologico.

Il senso di sé ci pone davanti agli occhi un aspetto specifico della nostra soggettività presentificando l'«io soggetto» agente intenzionale e appartenente a sé e alla propria soggettività.

Patrizia Manganaro scrive: «nei confronti del mondo, l'io agisce e si comporta con atti sui quali è in grado di riflettere, considerandoli come atti della persona e/o esperienza in prima persona. L'intenzionalità della coscienza si esplica dunque attraverso un agire originario, il cui statuto filosofico e gnoseologico (oggi si direbbe «cognitivo») si tratta di mettere in evidenza» (Manganaro 2012, p. 77).

Io sono è l'esperienza primaria, fenomenologicamente connessa con la dimensione esperienziale pre-riflessiva del sé. Ciò rimanda all'esperienza dell'Io sono, dell'Io agisco e del più generale Io vivo attraverso un corpo che è il mio, nel contesto di relazioni intersoggettive fondamentali (si vedano per esempio Sofia e Alessandro).

Il senso di sé apre il soggetto a una percezione riflessiva di livello ulteriore, un livello che coinvolge la dimensione soggettuale della soggettività agente. Qui l'Io sono diventa il sono io che: sono io che compio l'azione del vivere nel mondo, sono io che intenziono in senso psicologico il mondo stesso e me in questo mondo, per arrivare a percepire che quello sono io sentendomi proprio io e autenticamente me stesso, e qui sento di esserci.



## Soggettualità

Gallagher e Zahavi, all'interno della prospettiva fenomenologica di matrice husserliana, parlando di coscienza e autocoscienza, propongono di distinguere una coscienza intransitiva e una transitiva. La prima si riferisce all'«essere cosciente» mentre la seconda all'«essere cosciente di» (Gallagher, Zahavi 2008, pp. 80-81). Questa è una differenza e una distinzione importante, così come sostanziale è, per i nostri scopi, considerare la precisazione che loro fanno, riprendendo Sartre (1943), tra «coscienza di sé» e «conoscenza di sé». L'esperienza della coscienza intransitiva possiamo associarla all'esperienza pre-riflessiva di un sé esperienziale intenzionale («sé minimo», «sé nucleare» usando le parole di Damasio 1994, 1999) che accompagna l'individuo nel vivere il mondo, che necessariamente è il suo mondo e che costituisce il nucleo indispensabile nella costruzione riflessiva di un senso di sé (coscienza di sé). In questo tempo-spazio non c'è ancora la riflessività narrativamente autobiografica, non vi è ancora conoscenza di sé (coscienza estesa, autobiografica). Sono due esperienze logicamente separate, psicologicamente distinte. Guidano scrive:

L'interdipendenza fra l'esperire e lo spiegare che sottende la conoscenza di sé corrisponde dunque a un processo di circolarità senza fine tra l'esperienza immediata di sé (l'«Io» che agisce ed esperisce) e «il senso di sé» più astratto ed esplicito che deriva dal riferire al sé quella stessa esperienza (il «Me» che osserva e valuta) [...]. L'essere soggetto («Io») e il sentirsi oggetto («Me») sono quindi due dimensioni irriducibili della processualità del Sé, la cui direzionalità dipende invece dal fluire continuo della nostra prassi del vivere. Così l'«Io» che agisce ed esperisce è sempre un passo avanti rispetto alla valutazione della situazione in corso, trasformando il «Me» in un processo continuo di riordinamento e rimodellamento del senso consapevole di sé. (Guidano 1991, p. 9)

Mitchell rinforza questo pensiero.

In ogni momento le persone creano un significato soggettivo a partire dal contesto in cui operano. Il contenuto del significato creato può variare in modo relativamente ampio (organizzato secondo diverse relazioni oggettuali interiorizzate o «pattern io-tu»); eppure vi è la sensazione che l'«Io» che crea un significato oggi, elaborando e organizzando l'esperienza, sia una continuazione dell'«Io» che ha creato l'esperienza soggettiva ieri e l'altro ieri. Riconoscendo l'«Io» che caratterizza la mia esperienza, riconosco me stesso come me stesso. (1993, p.121)

Riconosco, così, la mia soggettività nei termini della mia identità specifica, unica, continua, differenziata, contestualizzata, incarnata, distribuita nello spazio, nel tempo e nelle relazioni, ma anche nei termini di una struttura-organizzazione profonda, che mi fa essere quello che sono e che io faccio essere quello che è. Aspetti di questi processi e significati sono deficitari in Tommaso.

Cosa succede, però, se spostiamo la nostra attenzione di clinici dall'io come struttura-organizzazione soggettiva, polo soggettivo d'identità, «egoità» (Ogden 1989), invariante della mia soggettività, all'io che «organizza intenzionalmente» tutto questo, all'io che produce significati e azioni nel mondo? Se volgiamo il nostro sguardo in questa direzione, su questa proprietà dell'io nel mondo, che è quella di essere il soggetto vivente, agente, pensante, percipiente e così via, allora possiamo accorgerci quanto, accanto alla dimensione soggettiva dell'essere nel mondo, dobbiamo prendere in considerazione anche la dimensione oggettiva dell'esserci.

Qui non stiamo ponendo l'attenzione sulla soggettività nel suo complesso ma su un suo aspetto specifico, particolare: la soggettività del soggetto agente e nel soggetto agente, il nostro essere soggetti psicologici della nostra soggettività e in essa inevitabilmente collocati.

Questo modo di considerare la questione ci permette di indagare l'esperienza all'interno della quale il sé non sperimenta solo l'io in termini di autocoscienza soggettiva (specifica identità) ma nei termini di un «io che agisce», con il nostro *focus* osservativo posto, lo ripeto, sull'io come «soggetto intenzionale»

(come Lichtenberg, Fosshage e Lachmann – 2015 – scrivono, un *doer doing* quale agente affettivo intenzionale). A partire dalla dimensione pre-riflessiva del sé che fa esperienza in prima persona, con progressivi atti esperienziali riflessivi e narrativi nel campo intersoggettivo delle interazioni significative, si organizza con il tempo il significato e il senso di me, che agisco intenzionalmente dando così valore e peso psicologico alla posizione di soggetto «grammaticale» di queste azioni.

Parlo di un'esperienza di sé, una coscienza di sé che diventa conoscenza di sé, di un aspetto fondamentale di sé e del sé: essere un soggetto affettivo intenzionalmente e psicologicamente agente (Lichtenberg, Fosshage, Lachmann 2015).

Soggettualità significa assunzione a sé del proprio io agente o meglio dell'agentività del mio io agente. I fenomenologi, parlando dell'esperienza in prima persona e del sé nella sua dimensione pre-riflessiva, evidenziano il senso di proprietà (*mietà*) e il senso di *agency* rispetto alla propria coscienza del mondo e di sé (Gallagher, Zahavi 2008).

Soggettualità è la possibilità di pensarsi e sentirsi soggetti agenti e agenti affettivi, con l'attenzione non posta sul mondo che viene cambiato dalla nostra *agency*, ma piuttosto sull'intenzionalità soggettuale che agisce attraverso le azioni che cambiano il mondo.

Ci piace pensare che questo sia il vero scopo ontogenetico del processo relazionale intersoggettivo del riconoscimento, del passaggio (Aron 1996, 1998) da *sé-come-oggetto* a *sé-come-soggetto* psicologico, affettivo, relazionale. Riconoscimento quindi non solo d'identità, di specificità, di unicità, di processi o di contenuti, ma riconoscimento anche della soggettualità nell'azione intenzionata che è azione di un soggetto psicologico che vive in un mondo di relazioni, affetti, significati che lo precedono e lo seguono (si veda anche Fonagy *et al.* 2002, sul processo di riconoscimento, sintonizzazione e costruzione della funzione riflessiva).

Soggettualità è fare esperienza della propria esperienza intenzionata che è esperienza in prima persona; è sentirsi di essere il soggetto dell'agire e in seguito conoscersi e riconoscersi

in modo narrativo, tali in modi specifici e accettati, con un senso di proprietà e di *agency* sicuro e autentico. La soggettualità prevede il passaggio dall'esperienza della coscienza intransitiva relativa alla propria soggettività, che si esprime in atti incarnati nel vivere quotidiano, a una coscienza transitiva della propria soggettualità agente, al valore soggettuale della agentività intenzionale, del mio Io nel mondo.

La soggettualità consente non solo di percepire l'esserci in tempi e luoghi esistenziali, psicologici, affettivi e relazionali, ma anche un esserci a se stessi come soggetti attivi, propositivi, autentici, aperti e agenti di trasformazione interna ed esterna, non casuale ma intenzionale (senso e direzione), costituendo così confini, immaginando e sperimentando proprietà, gradi di libertà cognitivi, affettivi e relazionali, spazi di esistenza.

Se essere pienamente umano, come dice Mitchell, significa, nella nostra cultura, essere riconosciuto come soggetto da un altro essere umano, essere persona nel senso più pieno del termine significa riconoscermi, riconoscere me stesso come me stesso, appropriarmi della dimensione soggettuale della mia soggettività nel contesto intersoggettivo delle relazioni affettive significative.

## BIBLIOGRAFIA

- Albasi, C., *Attaccamenti traumatici. I Modelli Operativi Dissociati*, UTET, Torino 2006.
- Albasi, C., *Psicopatologia e ragionamento clinico*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
- Aron, L., «The patient's experience of the analyst's subjectivity», in *Psychoanalytic Dialogues*, 1 (1), 1991, pp. 29-51.
- Aron, L., 1996, *Menti che si incontrano*, Raffaello Cortina, Milano 2004.
- Aron, L., Harris, A. (a cura di), 1993, *L'eredità di Sándor Ferenczi*, Borla, Roma 1998.
- Aron, L., Sommer, A. F. (a cura di), 1998, *Il corpo nella prospettiva relazionale*, la Biblioteca, Bari-Roma 2004.
- Bello, A. A., Manganaro, P. (a cura di), ... e la coscienza? *Fenomenologia psico-patologia neuroscienze*, Edizioni Giuseppe Laterza, Bari 2012.

- Benjamin, J., 1998, *L'ombra dell'altro. Intersoggettività e genere in psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino 2006.
- Benjamin, J., 2018, *Il riconoscimento reciproco. L'intersoggettività e il Terzo*, Raffaello Cortina, Milano 2019.
- Bollas, C., 1987, *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*, Borla, Roma 1989.
- Boschirolì, A., «Quando una soggettività disorganizzata impedisce la costruzione di una soggettualità autentica», in *Psichiatria e Psicoterapia*, 2018, 37-3.
- Boschirolì, A., «Introduzione all'edizione italiana», in *Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., Fosshage, J. L., 2015, Il Sé prende vita. Sviluppo, lavoro clinico e la mente errante*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2020.
- Bromberg, P. M., 1998, *Clinica del trauma e della dissociazione*, Raffaello Cortina, Milano 2007.
- Bromberg, P. M., 2006, *Destare il sognatore. Percorsi clinici*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
- Bromberg, P. M., 2011, *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*, Raffaello Cortina, Milano 2012.
- Damasio, A. R., 1994, *L'errore di Cartesio*, Adelphi, Milano 1995.
- Damasio, A. R., 1999, *Emozione e coscienza*, Adelphi, Milano 2000.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M., 2002, *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*, Raffaello Cortina, Milano 2005.
- Fonagy, P., Target, M., *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2000.
- Gallagher, S., Zahavi, D., 2008, *La mente fenomenologica*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
- Guidano, V., 1991, *Il Sé nel Suo Divenire: verso una terapia cognitiva post-razionalista*, Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- Mitchell, S. A., 1993, *Speranza e timore in psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- Mitchell, S. A., 1993, *Influenza e autonomia*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- Ogden, T. H., 1986, *The Matrix of the Mind: Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue*, Aronson, New York 1993.
- Ogden, T. H., 1989, *Il limite primigenio dell'esperienza*, Astrolabio, Roma 1992.
- Sartre, J-P., 1943, *L'essere e il nulla*, il Saggiatore, Milano 1997.

## **Linee attuali di trattamento in adolescenza. Un contributo adleriano**

*Andrea Rambaudi, Enrica Cavalli, Simona Fassina*

### **1. Introduzione: l'orientamento psicodinamico adleriano**

L'orientamento psicodinamico adleriano si basa su una concezione di *in-dividuus* considerato come soggetto unico, irripetibile e indivisibile nella sua complessità bio-psico-socio-culturale, e si pone come modello di rete fruibile in una rete di modelli (Rovera 1979, Rovera *et al.* 1984).

Esso si configura come un approccio articolato alla complessità della sofferenza psichica, portando a una definizione di interventi di cura in differenti ambiti a partire da una concettualizzazione psicodinamica attuale caratterizzata da uno spirito non dogmatico di confronto e di ricerca.

Sono numerose le concettualizzazioni adleriane che anticipano alcuni sviluppi dei modelli psicoanalitici (Psicoanalisi Relazionale, Psicologia del Sé), gli studi sugli stili di attaccamento, gli sviluppi attuali delle neuroscienze (plasticità neuronale, *mirror neurons*), gli approfondimenti sistemici rispetto all'importanza della costellazione familiare.

Tra i vari modelli inerenti lo sviluppo della personalità in adolescenza, l'orientamento psicodinamico adleriano propone uno sguardo sulla continuità delle linee di sviluppo e comprende un intreccio dinamico di aspetti psichici e relazionali: il conflitto intrapsichico e relazionale conscio e inconscio, il conflitto tra istanze regressive e istanze progressive di progettazione di sé e del Sé nella dimensione del divenire, l'integrazione delle

istanze autoafferme e delle istanze di cooperazione, ma anche degli aspetti socioculturali e biologici (Adler 1912, 1935).

Il modello psicodinamico adleriano, rispetto allo sviluppo psichico, considera infatti il ruolo degli aspetti inconsapevoli e psicosomatici che risiedono nella memoria implicita (Ferro 2022, Fassino 2015, 2017), così come descritti con precisione dall'attuale ricerca clinica e nel campo delle neuroscienze (Mancia 2006, Gallese, Migone, Eagle 2006).

Adler considerava lo Stile di Vita in quanto complessa configurazione personologica di un individuo, che si struttura in base a esperienze infantili significative: queste esperienze, sia esplicite che implicite, rappresentano i precursori di specifici moduli di legame interiorizzati (Ferro 2022); da questi dipendono le rappresentazioni dell'immagine di Sé, di possibili conflitti e della loro risoluzione, e inoltre le aree associative psichiche che sottendono i meccanismi di difesa dall'angoscia e gli aspetti creativi: in breve l'organizzazione della personalità.

È possibile quindi, con queste premesse, considerare sia la prospettiva di un'eziopatogenesi basata sul conflitto intrapsichico, sia quella basata sui deficit nelle relazioni primarie o sul trauma.

In un'ottica bio-psico-socio-culturale, si considera pertanto che:

– sul piano dell'identità e dell'organizzazione di personalità, in adolescenza, il compito evolutivo muove verso il raggiungimento d'una compresenza «ambivalente» di affetti e stati d'animo e un'integrazione dei diversi aspetti del Sé a un livello di funzionamento metacognitivo;

– i recenti studi in campo neurobiologico aggiungono un punto di osservazione importante rispetto alle specifiche vulnerabilità anche biologiche, in quanto il cervello durante l'età adolescenziale va incontro a importanti cambiamenti (aumento delle connessioni neuronali tra i lobi frontali e il sistema limbico, modificazione del rapporto fra sostanza bianca e sostanza grigia, differente maturazione della corteccia frontale e prefrontale e dell'area limbica, *pruning* neuronale – Casey, Jones, Todd 2008), che quindi impattano sulla regolazione emotiva, sui

comportamenti e sul processo di strutturazione della personalità (Siegel 2014);

– tra gli aspetti culturali e sociali di cui è necessario tenere conto nel lavoro terapeutico con gli adolescenti vanno considerate la velocità dei cambiamenti nei riferimenti valoriali, sociali e familiari, la facilità a una acquisizione d'informazioni rapide e incisive tramite l'utilizzo delle tecnologie digitali, le forme di comunicazione e di interazione virtuale, che durante lo sviluppo informano e orientano nuove configurazioni degli Stili di Vita.

## 2. Diagnosi e impostazione dei trattamenti

Una diagnosi precoce, orientata a comprendere il senso del disagio o della sofferenza dei ragazzi e delle ragazze, è quindi fondamentale per una corretta proposta di intervento.

La diagnosi in adolescenza dovrà certamente configurarsi come processo «aperto», rispettoso dell'incompletezza e della dinamicità del processo di strutturazione della personalità; essa sarà volta a valutare la dinamica delle istanze regressive/progressive, le modalità con cui l'adolescente affronta i compiti evolutivi fase-specifici, valorizzando le risorse individuali e ambientali disponibili; l'obiettivo (e la complessità) del processo diagnostico in adolescenza è quindi di cogliere e discriminare le situazioni di disagio evolutivo fisiologico, di rischio evolutivo, di esordio psicopatologico, oppure di psicopatologia conclamata, discriminando tra le espressioni di crisi evolutive fase-specifiche e lo strutturarsi d'un disturbo o diffusione dell'identità (Kernberg 2000). I sistemi diagnostici attuali consentono di valutare uno stile emergente di personalità, in un'ottica dimensionale su un *continuum* di funzionamento adattivo-patologico (PDM-2), che si riferisce alla possibilità di individuare un'identità e una personalità adattive appropriate all'età (Kernberg 2000, Simonelli *et al.* 2011).

La comprensione del disagio o della patologia dell'adolescente dovrà inoltre necessariamente iscriversi in una comprensione delle dinamiche familiari, della valenza che la sofferenza



dei figli assume in esse, dell'impatto che le difficoltà personali dei genitori possono avere sull'eziopatogenesi, e della loro valorizzazione come potenziale risorsa per sostenere il progetto di cura/trattamento (Mestre, Taubner *et al.* 2021).

Gli obiettivi degli interventi in adolescenza, sia nei contesti privati che nell'ambito dei Servizi pubblici, saranno quindi da individuare secondo criteri nomotetici e idiografici, considerando la soggettività di ciascun individuo nel contesto dei compiti evolutivi con cui un adolescente deve confrontarsi: l'integrazione dei cambiamenti somatici (inclusa la sessualizzazione del corpo), il processo di separazione dagli oggetti genitoriali e dalle loro rappresentazioni interne e di individuazione di Sé, lo sviluppo della mentalizzazione, la strutturazione d'una propria modalità relazionale e la messa a punto di obiettivi di vita, progetti nonché d'una scala valoriale.

È quindi possibile indicare alcuni obiettivi generali per i trattamenti in adolescenza: fornire sostegno al processo evolutivo; prevenire la radicalizzazione della psicopatologia, sostenendone i processi di individuazione; sostenere e/o implementare la funzione riflessiva o di mentalizzazione (Fonagy, Target 2001); sostenere la strutturazione di un'immagine di Sé più stabile e coerente.

Su questa trama si declina la possibilità d'una personalizzazione dell'intervento, sia esso di prevenzione, di sostegno psicologico, di psicoterapia, secondo gli obiettivi specifici individuati per ciascun soggetto.

### **3. Sui trattamenti**

Tra gli studi che approfondiscono le peculiarità dei trattamenti rivolti agli adolescenti, un'ampia *review* condotta da Conolly Gibbons, Crits-Christoph *et al.* (2009) evidenzia come maggiormente efficaci i trattamenti orientati all'implementazione della comprensione da parte del paziente delle proprie modalità di funzionamento psichico, al sostegno e sviluppo di una immagine di Sé più stabile e coerente, nonché all'acquisizione di capacità compensative.

Sono numerosi gli studi che evidenziano la necessità di implementare la qualità e le capacità di regolazione dell'esperienza emotiva (Kernhof, Merkle 2021, Hohmann *et al.* 2021) o di mentalizzazione (Colli 2016, Rossouw, Wiwe, Vrouva 2022).

Shefler (2000) evidenzia come l'efficacia delle psicoterapie brevi in adolescenza correli con la presenza di alcune caratteristiche: che esse siano basate su una diagnosi psicodinamica preliminare, che il lavoro terapeutico sia orientato a un focus, che il terapeuta mantenga un'elevata attenzione all'alleanza terapeutica e una modalità relazionale attiva.

La brevità del trattamento può rappresentare un vantaggio in adolescenza, in quanto proprio l'intensità emozionale che caratterizza quest'età, legata ad aspetti sia evolutivi sia psicopatologici, può favorire l'instaurarsi d'una precoce alleanza terapeutica. La psicoterapia psicodinamica breve focale può quindi rappresentare un'esperienza relazionale che favorisce, incoraggia e sostiene le istanze d'indipendenza e separazione, rappresentando un trattamento elettivo in adolescenza, in quanto minimizza il rischio del coinvolgimento in relazioni regressivizzanti e risulta molto responsiva rispetto alle istanze evolutive (Shefler 2000).

Il rapido investimento emotivo e relazionale, tipico dell'adolescenza, favorisce il processo terapeutico nelle psicoterapie a tempo limitato, a condizione che il terapeuta sappia tollerare il senso d'incompiutezza e le identificazioni multiple di cui è trasferralmente investito e mantenere un interesse autentico per la mente del paziente e una modalità relazionale attiva.

Coerentemente con queste premesse e questi studi, la psicoterapia psicodinamica adleriana contempla un terapeuta e un paziente adolescente al lavoro insieme per sperimentare nuove prospettive interiori, nuovi moduli di relazione, nuovi significati e opportunità esistenziali, lavorando sulle idee e i sentimenti consci e inconsci d'inferiorità, originati nel passato e orientati verso una meta, con una sensibilità culturale, ovvero apprezzando l'esistenza di diversi Stili di Vita, di molteplici punti di vista che orientano le scelte valoriali, di un differente significato che determinati eventi rivestono per ogni singolo individuo.

Nelle diverse tipologie di trattamento psicoterapeutico rivolte agli adolescenti, a fronte di differenti problematiche o patologie, si possono individuare alcune caratteristiche a qualche titolo trasversali, che consentano una risoggettivazione del paziente.

In ottica adleriana, ciò rappresenta per il paziente il perseguimento di nuove possibilità di libertà (Rovera 1990) nella maturazione ed espressione di Sé, attraverso un «processo di incoraggiamento» (Rovera 2015) che si dipana nella relazione terapeutica. Essa è considerata nella sua complessità di valenze reali, simboliche e implicite, e diviene catalizzatrice d'un cambiamento a partire dalla capacità del terapeuta di modularsi sulle differenti capacità e modalità relazionali del paziente, per attivare una tardiva assunzione della funzione genitoriale (Adler 1920).

Nel trattamento rivolto agli adolescenti, il terapeuta deve quindi attivare un percorso di autoriferimento nei pazienti, che consenta loro di muoversi più agevolmente e più coerentemente con le istanze che a loro appartengono, al di là dei condizionamenti esterni, che spesso creano grovigli in apparenza inestricabili.

Il terapeuta dovrà quindi sostenere e promuovere le capacità di mentalizzazione del paziente, per consentirgli di porsi in sintonia con se stesso, con le proprie caratteristiche, ricollocando il baricentro della propria vita all'interno di sé, anziché all'esterno in una logica di adeguamento ad aspettative altrui, in genere di matrice genitoriale.

L'intervento dovrà essere calibrato secondo la necessità di gestire angosce che si riferiscono al conflitto tra autonomia e dipendenza, tipico di quest'età, oppure angosce disindividuali che sottendono il rischio di sviluppare un disturbo della personalità.

Il trattamento sarà teso a promuovere l'attivazione di un coraggio esistenziale, caratterizzato proprio dalla acquisizione d'una capacità di muoversi nel mondo, di orientare le proprie scelte di vita, nel codificare dinamiche di relazione in base al proprio sentire. La figura del terapeuta deve quindi configurar-

si con caratteristiche genitoriali sane, ovvero con l'assunzione d'una *posizione incoraggiante*, attivata da un'autorevolezza conferita dal ruolo di terapeuta, nei confronti delle scelte che autenticamente provengano dai pazienti (Rambaudi, Viglianco, Simonelli 2011).

L'attivazione di un processo d'incoraggiamento in terapia, quindi, non rappresenta l'assunzione d'un generico atteggiamento di benevolenza, ma un dispositivo tecnico-relazionale che caratterizza l'approccio adleriano: la possibilità di utilizzare strumenti tecnici mirati all'interno d'una relazione appositamente costituita nella cornice di un setting terapeutico.

A questo proposito risulta fondamentale la regolazione della distanza relazionale nel setting, con la finalità di configurare un rapporto che sia, seppure asimmetrico, il più possibile alla pari, caratterizzato dall'incontro tra due autorevolezze, quella del terapeuta, portatore di conoscenze tecniche e di una attitudine all'empatia, e quella del paziente, portatore di una conoscenza di sé e della propria storia, che, sebbene celata, può disvelarsi a seguito della configurazione da parte del terapeuta di un ambiente a ciò favorevole.

L'esperienza relazionale con il terapeuta può quindi rappresentare una modalità nuova di vivere esperienze cruciali per un corretto orientamento nel mondo, attraverso la sperimentazione di una dinamica di attaccamento sicuro, la possibilità di un riconoscimento dell'altro come autorevole portatore di significati, la possibilità di vedere l'altro nelle sue caratteristiche e nei suoi limiti, restituendo un'immagine di Sé caratterizzata dalla complessità e dall'armonia, che ciascuno di noi deve mettere a punto tra le varie istanze che abitano le nostre parti più profonde, a configurare un quadro sintonico rispetto al proprio Sé e alla propria identità.

#### 4. Alcuni esempi

Alcuni esempi di quanto descritto nel paragrafo precedente si possono proporre rispetto a situazioni in cui le figure genitoriali abbiano assunto posizioni intrusive e sostitutive nei confronti dei figli; la psicoterapia può rappresentare un percorso di soggettivazione del paziente adolescente, affinché egli possa ristabilire un approccio alla vita centrato sulle proprie esigenze e caratteristiche e non su un bisogno, a volte pervasivo, di adeguamento alle aspettative genitoriali.

Questa dinamica si riscontra frequentemente nei Disturbi del Comportamento Alimentare, in particolare nell'anoressia.

La restrizione alimentare può rappresentare un'affermazione di Sé, resa impossibile dalle dinamiche di dipendenza dal giudizio e dall'approvazione, che ostacola l'attivazione della fisiologica conflittualità nella relazione genitori-figli, e pertanto anche il processo di individuazione-separazione.

Il sintomo restrittivo e il controllo ossessivo del corpo che ne è correlato rappresentano spesso un tentativo, disfunzionale, di cambiamento, nel senso di un attacco al *falso* Sé, rappresentato da un'identificazione con aspetti performanti che rispondono minuziosamente alle aspettative genitoriali.

L'intervento psicoterapeutico nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, ovviamente, si iscrive in un progetto clinico multidisciplinare, che può/deve includere la presa in carico in rete da parte di professionisti differenti, per quanto riguarda gli aspetti nutrizionali e le varie disfunzioni somatiche e fisiche correlate.

La psicoterapia sarà sempre orientata da una comprensione del funzionamento personologico in cui si iscrive il disturbo alimentare.

Per quanto riguarda il trattamento dei Disturbi di Personalità in adolescenza, risulta di grande rilevanza la possibilità di focalizzare la psicoterapia sugli aspetti maggiormente disfunzionali del funzionamento della personalità, considerando le vulnerabilità bio-psico-sociali che sottendono l'eziopatogenesi (Ferrero 2012), sostenendo e rinforzando nel contempo le risorse più adattive.

Su tale principio si fonda il modello psicoterapeutico della SB-APP (Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy), che prevede l'articolazione del trattamento in moduli a tempo limitato di quaranta sedute, con frequenza settimanale. La psicoterapia si iscrive in un progetto clinico che considera, se necessario, una presa in carico complessa e pluridisciplinare del paziente, con il coinvolgimento di più terapeuti o più servizi.

Il modello prevede quindi la possibilità d'individuare obiettivi di cambiamento intrapsichico e relazionale, utilizzando strumenti tecnici diversificati, attraverso una modulazione della relazione terapeutica che possa sostenere un'esperienza emotivo-correttiva della sofferenza del paziente, all'interno di un setting rigoroso che garantisca un adeguato spazio di sicurezza per il paziente (Ferrero 2018).

Al fine di promuovere le risorse familiari a sostegno della terapia dei figli, differenti tipologie di interventi rivolti ai genitori possono essere considerate: dagli interventi psicoeducativi individuali o di gruppo (Simonelli *et al.* 2011) a interventi di sostegno psicologico o di psicoterapia, specificatamente dedicati ai genitori e gestiti da un clinico differente, in un setting differenziato rispetto a quello della psicoterapia dell'adolescente.

Gli obiettivi generali di tali interventi, diversificati e articolati in un progetto clinico coerente, sono di:

- fornire una corretta informazione ai genitori rispetto alle peculiarità del disagio/disturbo del figlio/a;
- aiutare i genitori a comprendere le modalità disfunzionali nel rapporto con i figli e conseguentemente modificarle;
- implementare le risorse dei genitori in termini di capacità di mentalizzazione, capacità di attivare e sostenere una relazionalità coerente e basata su aspetti emotivi, propensione all'incoraggiamento nonché all'ascolto empatico;
- disattivare o contenere alcune criticità, potenzialmente patologizzanti o quantomeno ritardanti il processo evolutivo dei figli, come la tendenza all'intrusione, alla critica, allo scoraggiamento esistenziale.

## 5. Conclusioni

Questi brevi cenni ed esempi intendono evidenziare la versatilità e l'attualità del modello adleriano negli interventi rivolti agli adolescenti, che richiedono al professionista non solo una complessa articolazione di conoscenze e competenze, ma anche la capacità di operare in rete in modo multiprofessionale e multidisciplinare in differenti ambiti e contesti clinici ed educativi.

I Servizi, i professionisti privati, la famiglia, la Scuola, le altre istituzioni educative possono infatti risultare snodi fondamentali di una rete che sostiene la presa in carico dell'adolescente, all'interno della quale articolare interventi clinici ed educativi in un progetto coerente e coordinato.

Una particolare attenzione va quindi posta alla formazione dei terapeuti, per quanto riguarda gli aspetti sia teorico-metodologici sia inerenti la formazione personale e di attitudine alla relazione terapeutica (Rovera 2015).

### BIBLIOGRAFIA

- Adler, A., 1935, «I concetti fondamentali della psicologia individuale», in *Rivista di Psicologia Individuale*, 1993, 33, 5-9.
- Adler, A., 1920, *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
- Adler, A., 1912, *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
- Casey, B. J., Jones, R. M., Todd, A., «Hareb the Adolescent Brain», in *Annals of the New York Academy of Science*, 2008, mar. 1124, 111-126.
- Colli, A., *La psicoterapia in adolescenza*, in *Psicoterapia Dinamica. Teoria, clinica, ricerca*, Carocci, Roma 2016.
- Conolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P. *et al.*, «Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies», in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2009, Oct. 77(5), 801-813.
- Fassino, S., «Cosa è essenziale per il cambiamento in psicoterapia?», in *Newsletter SIPM*, 2015, 13-14.
- Fassino, S., «Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica», in *Rivista di Psicologia Individuale*, 2017, 82, 29-53.
- Ferrero, A., *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP). A Psychopathology-Based Treatment*, Adlerian Society and Institute for Individual Psychol-

- ogy (ASIIP), Croydon, London 2018.
- Ferrero, A., «Lo sviluppo del pensiero Adleriano negli ultimi venti anni: alcuni contributi a livello internazionale», in *Rivista di Psicologia Individuale*, 2022, 91, 31-48.
- Ferrero, A., «Specificità della patologia borderline in adolescenza», in *Rivista di Psicologia Individuale*, 2012, 71, 35-58.
- Fonagy, P, Target, M., *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
- Gallese, V., Migone, P., Eagle, M. N., «La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi», in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2006, XL, 3, 543-580.
- Hohmann, S., Enning, F. et al., «Treatment of disorders of emotion regulation in the Adolescents Center at the Central Institute of Mental Health», in *Der Nervenarzt*, 2021, Jul, 92(7), 670-678.
- Kernberg, P., 2000, *I disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti*, Fioriti Editore, Roma 2002.
- Kernhof, K., Merkle, W., «Emotional experience and change in psychodynamic inpatient psychotherapy», in *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 2021, 68(2), 112-126.
- Lingardi, V., McWilliams, N. (a cura di), *PDM-2. Manuale Diagnostico psicodinamico*, Raffaello Cortina, Milano 2018.
- Mancia, M., «How the Neuroscience can contribute to Psychoanalysis», introduzione a Mancia, M. (a cura di), *Psychoanalysis and neuroscience*, Springer, Milano 2006.
- Mestre, J. M, Taubner, S. et al., «Theories of Change and Mediators of Psychotherapy Effectiveness in Adolescents with Externalising Behaviours: A Systematic Review», in *Front Psychiatry*, 2022, Jan. 14, 12:730921.
- Rambaudi, A., Viglianco, P., Simonelli, B., «Finzione e transfert», in *Rivista di Psicologia Individuale*, 2011, 69 (suppl.), 240-246.
- Rossouw, T., Wiwe, M., Vrouva, I. (a cura di), *Il trattamento basato sulla mentalizzazione per gli adolescenti*, Raffaello Cortina, Milano 2022.
- Rovera, G., Fassino, S., Ferrero, A., Gatti, A., Scarso, G., «Il modello di rete in psichiatria. Considerazioni preliminari», in *Minerva Medica*, 1984, 1, 1-19.
- Rovera, G., *Aspetti analitici della regressione*, in *Individual Psychology Dossier II*, SAIGA, Torino 1990.
- Rovera, G., «Il sistema aperto della Individual-Psicologia», in *Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale*, 1979, 4.
- Rovera, G., «Lo Stile Terapeutico», in *Rivista di Psicologia Individuale*, 2015, 78, 19-85.
- Shefler, G., «Time-limited psychotherapy with adolescents», in *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2000, Spring 9(2), 88-99.
- Siegel, D., *The Power and Purpose of the Teenage Brain*, Scribe Publications, Melbourne - London 2014.



- Simonelli, B., Cairo, E., Fassina, S., Ferrero, A., «G-APP. Group-Adlerian Psychodynamic Psychoeducation per genitori di adolescenti con organizzazione borderline di personalità», in *Rivista di Psicologia Individuale*, 2011, 70, 77-101.
- Simonelli, B., Fassina, S., Cairo, E., Ferrero, A., «Identità e personalità in adolescenza. Finzioni guida e rischio psicopatologico», in *Rivista di Psicologia Individuale*, 2011, 69 (suppl.), 259-269.

## **Cooperazione, relazione, gruppo: la visione individual-psicologica dell'uomo e della psicoterapia declinata nell'era moderna**

*Stefania Caudana*

*Essere umani significa essere capaci di fare spazio agli altri  
dentro di noi, di portarli con noi.*

L. G. GRANDI - RESIDENZIALE, 2022

Epoca fluida, del post-narcisismo, del super-performante, del Botox e del consumismo, dell'uso nella relazione e del falso. In tutti questi modi e in altri ancora può e viene definita l'era attuale. Ci troviamo, dunque, di fronte a profondi cambiamenti che portano senso di smarrimento, ansia, angoscia, in sostanza alla crisi dell'uomo. Come si pone la clinica davanti a tali cambiamenti?

Il nostro lavoro si trova in mezzo a una trasformazione radicale, un nuovo modo di «essere nel mondo», necessita d'una nuova bussola per orientarci nel mare dell'incertezza che, come sostenevano gli esistenzialisti, è l'unica certezza.

Nella prima psicanalisi, la realtà psichica interna costruiva un rapporto con il mondo in un processo di co-produzione. Questo rapporto tra la realtà esterna e la vita intrapsichica oggi viene nuovamente messo in discussione, perché la produzione del mondo e del nostro modo di stare al mondo in questo secolo ha visto un cambiamento enorme; si comprende, nell'era attuale, come il mondo non possa essere governato soltanto dalla nostra volontà e dal nostro desiderio. In linea con il pensiero di Miguel Benasayag, dalla linearità dell'antropocene si è passati alla complessità degli effetti collaterali prodotti al di là della volontà dell'uomo, pertanto non padroneggiabili e non conoscibili o conoscibili solo in un secondo tempo. Il principale obiettivo della

teoria della complessità è di comprendere il comportamento emergente dei sistemi complessi, caratterizzati da numerosi e differenti elementi e da numerose e non lineari connessioni tra essi, quindi non prevedibili. La dinamica dei sistemi ha a che vedere con gli anelli, o circuiti interni, che incidono sulle manifestazioni di tutto il sistema. La complessità è in parte legata al caos o a transizioni al caos, dove l'evoluzione è caratterizzata da cambiamenti improvvisi e discontinui, secondo la dinamica della biforcazione. Pertanto, al contrario dell'evoluzione darwiniana, il risultato finale può anche essere una regressione o la distruzione del sistema stesso.

Da qui deriva la perdita di potere e di controllo dell'uomo: da promessa, il futuro diventa minaccia. Emerge così l'era della complessità, che non è soltanto una teoria, ma – come sostiene Moran – «un incontro catastrofico».

Questo cambiamento comporta la perdita di ogni riferimento precedente e la crisi totale, la rottura, appunto, con il passato. Dal ripiegamento dell'interiorità psichica si è passati, dunque, a una costruzione sempre più aperta e, per dirlo alla Bauman, a un'identità fluida, dove tutto sembra possibile.

Certo la via non può essere, in particolare per i clinici, quella d'un ritorno al passato, di un rifiuto del cambiamento, né quella di abbandonarsi e seguire passivamente le trasformazioni, in una totale accettazione, senza porsi domande.

La terza via appare l'unica praticabile.

Ma quale potrebbe essere questa terza via?

E come interviene tutto ciò sulla complessa formazione alla clinica psicoterapeutica? Nello specifico, come accompagnare e formare i giovani colleghi che intraprendono un percorso per diventare futuri psicoterapeuti? Come possiamo essere, noi per primi, clinici capaci di navigare orientandoci in questi nuovi mari?

Partiamo con ordine dal recuperare il vero senso dei legami, non come limiti dell'Io, della persona, ma come espressione massima del potenziale e della libertà dell'uomo. Questo concetto appare uscito devastato dal neoliberismo dominante, che ha distrutto il valore del sociale a scapito del «mito della pre-

stazione illimitata» (Benasayag) e dell'individualismo spinto al suo punto massimo. Gli effetti, visibili in modo evidente, si manifestano in un profondo dolore, sia individuale sia collettivo, e in un'impotenza che regna sovrana.

Ovunque rivolgiamo lo sguardo, dominano laboratori che costruiscono e producono solitudine e solitudini, profonde inadeguatezze esistenziali, alle quali la psicoterapia si trova di fronte. Al contempo, in questo clima risulta immersa anch'essa: noi professionisti, per primi, dobbiamo formarci e formare i giovani colleghi al gruppo, al confronto, al dialogo, alla costante messa in discussione e all'assunzione di rischio, per poter poi accompagnare all'incontro e alla relazione, senza giudizio, ma con forza e coraggio.

A tal riguardo, l'impostazione Adleriana individua sin dalle sue origini un indicatore della salute psichica nella capacità d'essere parte attiva del sociale, di saper tessere reti.

I giovani colleghi devono pertanto sperimentare e allenarsi, già a partire dal corso di specialità, a stare con, a riconoscersi parte di un gruppo che cresce insieme, svestendosi delle difese, dei pregiudizi e delle credenze, per sviluppare la forza necessaria a perdersi, per usare un linguaggio tratto da Grandi, a vivere il naufragio per poi ritrovarsi, in un continuo processo che caratterizza la dimensione terapeutica.

Inoltre, oggi più che mai appare necessario ed essenziale un ritorno all'azione: il corpo che, come attore, agisce attraverso l'esperienza nel mondo crea la conoscenza e i limiti necessari a contenere l'angosciante infinita possibilità creata dal pensiero, in relazione a una cultura del «tutto è possibile» – quindi niente è reale – generatrice d'un falso e disorientante senso di onnipotenza, al quale si associa un senso di impotenza.

Il limite, pertanto, a fianco della ricerca e dell'apertura alle proprie specifiche opportunità, aiuta i giovani (e non solo) alla riscoperta dei nuovi limiti, dei nuovi legami, fondamentali e tutelanti per potersi muovere.

Tale complessità richiede, inoltre, che gli allievi delle scuole di psicoterapia si riconoscano in una teoria per sviluppare un'iniziale spirito identitario e un senso di appartenenza, ma

si formino anche in un'integrazione continua e in un costante dialogo tra visioni dell'uomo differenti, per poter costruire gli strumenti necessari a muoversi nelle varie sofferenze e nelle varie esistenze.

Nell'individualismo regnante, in cui «uno vale uno», appare urgente la necessità di non colludere con tale visione e di puntare sulla relazione clinica come spazio di nascita e rinascita d'una dimensione collettiva, dove poter recuperare il proprio senso nel mondo attraverso la riattivazione del contatto, *in primis* del contatto terapeutico e del contatto con se stessi.

Sentire, esperire, comprendere, dare un senso a ciò che viene vissuto: azioni semplici e complesse al tempo stesso.

Grazie all'esperienza del contatto si definiscono nuove e inaspettate forme, in un costante e dinamico processo che parte dalla conoscenza di sé; i riferimenti cambiano, come cambia la cultura; l'esportazione del socratico *conosci te stesso*, iscritta sul tempio di Apollo a Delfi, appare necessaria nelle varie epoche: la sfida è come cambia la conoscenza stessa, il processo.

Dobbiamo avere presente che il clinico non è immune dagli effetti del funzionamento sociale e culturale del suo tempo, non è immune all'individualismo e al senso di onnipotenza, non è immune al disorientamento e al senso di precarietà, non è immune alla ricerca di pseudocertezze e di protocolli da applicare, che lo rassicurino. Paradossalmente, con l'aumentare della complessità sono aumentati infatti gli ipertecnicismi, le parcelizzazioni dei saperi, sempre più specializzati, e le rigidità dei protocolli, processo che ha portato sempre più a un allontanamento dell'uomo dall'uomo.

Tutto ciò si contrappone all'unica direzione da intraprendere: quella della faticosa ricerca dell'uomo, del tentativo di ri-trovare l'uomo e i suoi significati esistenziali, dove perdersi appare come un passaggio obbligato per ritrovarsi. Inoltre, i sistemi complessi non possono essere approcciati in chiave riduzionistica, ma attraverso indagini di tipo olistico – visione fondante l'impostazione individual-psicologica – e l'integrazione dei saperi e dei vari approcci.

Fortemente colpita è stata la dimensione del senso, della ricerca di significato, in un procedere lento ma costante del degrado dell'uomo.

Nel contempo, altrettanto appare certa l'agonia da attraversare per giungere a un cambiamento, la fatica necessaria per innescare un'azione, un'attivazione che porti a un movimento. Il clinico si trova di fronte a una nuova sfida: riflettere sulle trasformazioni, non avere paura, porsi questioni sulla ri-individuazione.

La questione è quella di dover abbandonare vecchi dogmi e vecchie «certezze», non cadendo nella fluidità nichilista, per vedere che non è tutto possibile.

Se la sofferenza psichica è correlata con il limite della nostra finitudine, con il non possibile, allora questi elementi strutturanti noi oggi dobbiamo cercarli, perché la promessa folle che tutto è possibile, coperta dal concetto di libertà assoluta, allora vuol dire che nulla è reale.

Sfida della pratica clinica sarà capire i cambiamenti e individuare i nuovi limiti, che non sono confinamenti, ma protezioni che ti permettono di fare le cose.

Dobbiamo vedere, in questo cambiamento, dove emergono nuovi punti per comprendere la nuova configurazione che consentirà lo sviluppo della vita in questo nuovo mondo, un mondo che nasce, appunto, sotto la minaccia.

Spostare il polo dalla linearità del «funzionare» al recupero della complessità circolare dell'esistenza, dell'unicità d'ogni essere, del valore della differenza e della lotta contro l'omologazione diffusa. I sistemi complessi (con struttura a rete) si associano al paradosso più che alla logica: non possiamo conoscerli osservando le singole componenti, come nei sistemi complicati, ma dobbiamo osservare le interazioni tra le stesse. L'ottica dovrebbe andare, quindi, alle reti di connessione, alla dimensione grupitale e cooperativa per limitare i possibili effetti di imprevedibilità e di caos del sistema, che non sarà comunque mai conoscibile.

Una semplice ricerca sul web può far comprendere quanto appena descritto: se si digita «strumenti e orientamenti in-

novativi in psicoterapia», compaiono in sequenza E-Therapy, realtà virtuale, robotica, intelligenza artificiale... Di sicuro gli strumenti digitali e di realtà aumentata possono e potranno essere di aiuto alla clinica, ma l'uomo dov'è finito? La psicoterapia va riconosciuta come cammino di ricerca, come processo circolare, la relazione e il contatto come dimensioni di scoperta e conoscenza dei propri confini, dei limiti e dell'integrazione degli stessi come esistenti in un unico *continuum* (vita-morte).

Abbiamo, sin dall'inizio, riconosciuto il profondo cambiamento, elemento che ci costringe a dover trovare nuovi linguaggi e nuove modalità per contattare l'uomo, per stabilire un legame, recuperando – di fronte alle varie solitudini – il concetto di persona e della dimensione di universalità in essa contenuto *versus* il concetto di individuo.

In conclusione, si parte sempre da noi, dai clinici, che devono sviluppare una forte presenza, collegati a reti gruppali, ma capaci di abbandonare i vecchi ancoraggi e le vecchie teorie o, perlomeno, di vederle trasformarsi in modo essenziale.

*La gigantesca crisi planetaria in cui ci troviamo immersi è la crisi dell'umanità. Lo sviluppo in cui dobbiamo impegnarci ora è quello dell'umanità dell'umano.*

EDGAR MORIN

## BIBLIOGRAFIA

- Adler, A., 1933, *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 2012.
- Benasayag, M., Schmit, G., *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli, Milano 2013.
- Benasayag, M., *Oltre le passioni tristi. Dalla solitudine contemporanea alla creazione condivisa*, Feltrinelli, Milano 2018.
- Benasayag, M., Cany, B., *Corpi viventi. Pensare e agire contro la catastrofe*, Feltrinelli, Milano 2022.
- Grandi, L. G., *Amore e Psyche. Percorsi di psicoterapia Individual-psicologica*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO) 2016.
- Grandi, L. G., *Se questo è un altro*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO) 2019.
- Grandi, L. G., *Parole a nudo. Per un'ecologia psicologica del quotidiano*, Effatà

- Editrice, Cantalupa (TO) 2022.
- Morin, E., Zagrebelsky, G., Vattimo, G., *Pensare la complessità. Per un umanesimo planetario. Saggi critici e dialoghi di Edgar Morin con Gustavo Zagrebelsky e Gianni Vattimo*, Mimesis Editrice, Sesto San Giovanni (MI) 2012.
- The Boston Change Process Study Group, *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 2012.



## **Principali elementi di innovazione nella prospettiva gruppo-antropoanalitica. La cura tra autenticità e inautenticità**

*Maria Giovanna Campus, Ignazio Curreli*

### **Premesse teoriche**

Autenticità e inautenticità non sono tanto due categorie che un pensiero dirimente può definire e separare nettamente, quanto due condizioni di possibilità dell'esistenza (Jaspers 1925, Heidegger 1927). Autentico e inautentico si presentano, nell'*esperienza vissuta (Erlebnis)*, come intimamente intrecciati. Potremmo forse dire che tra queste due modalità dell'*umana presenza (Dasein)* esiste un rapporto d'implicazione reciproca: l'una richiama necessariamente l'altra e non può essere pensata la prima se non in relazione alla seconda e viceversa. È nel cuore dell'inautentico che nasce lo slancio vitale (Bergson) verso l'autentico; è nell'inautentico che questo anelito si arena e si spegne. In questo senso Jaspers (*ibid.*) ritiene che la dialettica tra autentico e inautentico sia infinita, e inesauribile sia la riflessione su tale dialettica.

Anche Diego Napolitani (1987) ha tematizzato intorno a questa doppia e strutturale costituzione dell'essere umano, parlando di «idem» e «autós»: delle componenti identiche che rischiano di ingabbiare la persona nell'immaginario della propria storia, e di quelle autentiche che le consentono di rigenerare creativamente la propria esistenza sottraendosi alla tirannia della propria storia.

Napolitani intendeva il processo analitico essenzialmente come un «processo di liberazione». Liberazione che riguarda il paziente ma, in vari modi e misure, anche l'analista, quando egli

è, attraverso il suo *pathos* partecipativo, profondamente implicato nella relazione.

Anche lo psicoterapeuta in qualche modo si espone, insieme al paziente, allo sperimentare le proprie non-libertà e libertà (i propri *idem* e *autós*). Si espone quindi al rischio della scoperta, del cambiamento e dell'angoscia connessa. A vivere il venir meno dei propri fondamenti identitari e la propria possibilità di trascendenza.

A tale proposito Ludwig Binswanger (1957) scriveva che lo psicoterapeuta di orientamento analitico-esistenziale dovrebbe intendere il rapporto con il malato non come «contatto psichico», ma come «un libero incontro di liberi sull'abisso dell'eserci» (pp. 53-54).

Riflettendo intorno alla parola «cura» e al modo in cui può essere declinata in termini gruppo- e antro-po-analitici, dobbiamo tener conto innanzi tutto del passaggio, avvenuto intorno agli anni Ottanta del secolo scorso, dalla clinica psicoanalitica alla clinica gruppo-analitica: quella fu una svolta epocale e rivoluzionaria sia sul piano della pratica clinica sia su quello epistemico.

Quella svolta fu supportata da un contesto internazionale nel quale la psicoterapia di gruppo e l'analisi di gruppo erano ampiamente e variamente sperimentate con evidenti positivi riscontri clinici e testimoniate da una ricca letteratura. L'idea di clinica, di cura analitica, ne emergeva profondamente trasformata, ma alcuni fondamentali venivano conservati.

La svolta Gruppo-antropoanalitica del pensiero di Diego Napolitani, avvenuta nel primo decennio del 2000, che rilanciava la proposta binswangeriana di una antropologia fenomenologica, coniugandola con una prospettiva ermeneutica e storicistico-relazionale gruppoanalitica, ha rappresentato invece un cambiamento di orizzonte più radicale, meno supportato dall'attuale contesto culturale e scientifico. Una svolta più radicale perché prospetta un abbandono decisivo del paradigma naturalistico e oggettivante della psicoanalisi.

Questa nuova rappresentazione della clinica, per esempio, riguarda il superamento o la messa tra parentesi d'una nozio-

ne centrale nella teoria e nella pratica analitica: quella di inconscio.

Il costrutto di inconscio freudiano era già stato messo in discussione in ambito fenomenologico. Napolitani s'inserisce in quel solco adottando, in luogo della nozione di inconscio, la nozione fenomenologica di coscienza: «è la coscienza che è inconscia» affermava Napolitani.

Questa svolta Gruppo-antropoanalitica costituisce quindi uno sfondamento dei presupposti forti sui quali poggia la nostra pratica clinica.

Orientarsi verso una pratica clinica sentita come più autentica e vera implica una sorta di ri-apprendimento radicale (Napolitani 2012), reso possibile dall'adozione d'un atteggiamento fenomenologico che ci riconduce alle cose stesse, cioè alla nostra esperienza vissuta assunta nella sua immediatezza pre-ri-flessiva.

Il sentire di essere in presa diretta in una relazione viva con il paziente, una relazione caratterizzata da reciprocità e circolarità dialogiche che alimentano un divenire trasformativo tanto nel paziente quanto nell'analista, è senz'altro indicatore d'una buona e autentica relazione terapeutica.

Tuttavia, parlando di buona relazione terapeutica è opportuno osservare che i termini «terapia» e «cura» vengono in genere considerati intercambiabili e spesso usati come sinonimi. In realtà essi sottendono significati qualitativamente diversi. Il termine «terapia» (dal greco *therapeia*) appartiene all'orizzonte delle scienze naturali (medicina, botanica ecc.) e viene definito sull'Enciclopedia Treccani online come «il complesso di mezzi, di strumenti, di procedure utilizzate per combattere le malattie, curare le ferite, risanare l'organismo, eliminare un malfunzionamento». Anche negli usi traslati (figurati o metaforici) il termine «terapia» è sempre rivolto a qualcosa di rotto, dis-funzionale, deteriorato, anomalo, patologico.

Il termine «cura» (dal lat. *cura*) invece, sempre secondo l'Enciclopedia Treccani, è rivolto in prevalenza allo stato d'animo, ai sentimenti, alla disposizione emotiva del soggetto curante. Secondo l'etimo latino originario *cura* significa «interessamento

solerte e premuroso» per un oggetto, ma anche «pensieri molesti, affanni, preoccupazioni».

Potremmo concludere queste osservazioni dicendo che, mentre il termine «terapia» sembra declinarsi come esperienza empirica (in tedesco *Erfahrung*), cioè come un fare, un maneggiare-manipolare un oggetto «a portata di mano» (*zuhandenheit*) direbbe Heidegger, la parola «cura» si riferisce all'esperienza vissuta (in tedesco *Erlebnis*), alla qualità della «presenza» del curante.

## **Ontologia e antropologia della cura**

La nozione di cura è uno dei concetti portanti dell'Analitica Esistenziale heideggeriana. Secondo il filosofo tedesco, la cura (*Sorge*), adottata nel suo significato radicale, sarebbe costitutiva della struttura ontologica dell'uomo. Anche Heidegger in *Essere e Tempo* fa riferimento alla duplicità di significati del termine latino *cura*: premura, dedizione, interesse solerte, ma anche preoccupazione, pena angosciosa.

Heidegger ritiene che la cura (*Sorge*) costituisca la radice, la sorgente e il pre-requisito d'ogni possibile disposizione, atteggiamento, comportamento curanti dell'uomo. Egli cita, quale testimonianza pre-ontologica della Cura «come essere dell'esserci», un'antica favola latina tramandata da Gaio Giulio Igino, un poeta latino di origine iberica, sulla dea Cura, una dea minore dell'Olimpo. Così narra il mito:

La Cura, mentre stava attraversando un fiume, scorse del fango cretoso; pensierosa, ne raccolse un po' e incominciò a dargli forma. Mentre è intenta a stabilire che cosa abbia fatto, interviene Giove. La Cura lo prega di infondere lo spirito a ciò che essa aveva fatto. Giove acconsente volentieri. Ma quando la Cura pretese di imporre il suo nome a ciò che essa aveva fatto, Giove glielo proibì e volle che fosse imposto il proprio. Mentre la Cura e Giove disputavano sul nome, intervenne anche la Terra (Tellus), reclamando che a ciò che era stato fatto fosse imposto il proprio nome, perché aveva dato ad esso una par-

te del proprio corpo. I disputanti elessero Saturno (Cronos) a giudice. Il quale comunicò ai contendenti la seguente giusta decisione: «Tu, Giove, che hai dato lo spirito, al momento della morte riceverai lo spirito; tu, Terra, che hai dato il corpo, riceverai il corpo.» Ma poiché fu la Cura che per prima diede forma a questo essere, fin che esso vive, lo possiede la Cura. Per quanto concerne la controversia sul nome, si chiami homo poiché è fatto di humus (Terra). (Heidegger 1927, pp. 246 e sgg.)

In ultima analisi, la cura per Heidegger costituisce l'originario, immediato, pre-riflessivo auto-comprendersi dell'uomo.

La rappresentazione della dea Cura che, pensierosa, guarda ciò che ha plasmato può richiamare alla mente l'immagine del bambino che, mentre gioca, talvolta si sofferma assorto nei suoi pensieri, il bambino che, giocando, crea, come ci ha insegnato Winnicott.

La lettura fenomenologico-esistenziale del mito da parte di Heidegger allude al fatto che Cura è investita dal fluire dell'esperienza vissuta e che l'uomo, nel momento in cui fa esperienza del proprio fluire coscienziale ed esistentivo, avverte il radicale bisogno di dare una forma, di elaborare simbolo-poieticamente la propria esperienza vissuta.

La visione heideggeriana della Cura come essere dell'esserci è del tutto congruente con la visione bio-antropologica di Arnold Gehlen (1946). L'uomo, questo «animale embrionico» (Bolk 1926), cioè biologicamente incompiuto e biologicamente sprovvisto sul piano istintuale, è portatore del radicale bisogno d'interpretare la propria esistenza: l'uomo è l'unico essere vivente che deve prendere posizione circa se stesso, circa le proprie pulsioni e i propri simili. Egli deve interpretare la sua natura, deve assumere rispetto alla propria *naturalità* un atteggiamento attivo.

Questo animale non ancora definito e stabilizzato (Nietzsche), scrive Gehlen (*ibid.*), rinviene in sé compiti che con la mera esistenza, con il suo mero esserci, vengono dati ma non risolti: l'uomo deve fare di sé qualcosa, ma per affrontare questo compito è necessaria un'*autointuizione* dall'interno che produca un'immagine di sé, una rappresentazione di sé.

L'essenza dell'uomo non è il suo essere homo-humus, la sua mera naturalità e concreta terrestrità, ma, dirà Napolitani (2013), il suo essere *antropos*. Napolitani rilancia l'analisi etimologica del termine *antropos* proposta da Tommaseo: l'essere umano è «colui che volge lo sguardo in alto oltre le cose», ciò che evidenzia il fondamentale bisogno di trascendenza e di autotrascendenza dell'uomo. Noi antropo-gruppo-analisti adottiamo il termine «trascendenza» non tanto nella sua accezione metafisica e religiosa (come oltrepassamento d'una dimensione terrena-sensibile-umana verso un'altra dimensione ultraterrena-sovrasensibile-divina) ma lo assumiamo nel suo significato antropologico ed esistenziale, così come ci è stato trasmesso dal pensiero fenomenologico.

Quando l'incontro psicoterapeutico è fecondo, è cioè incontro inter-umano che genera nuove connessioni di senso, nuove visioni e nuovi progetti di mondo, diventa un'occasione di ri-possibilizzazione dell'esistenza, di ri-apertura dell'esistenza alla «categoria della possibilità» (Kierkegaard).

In questa prospettiva, squisitamente antropo-gruppo-analitica ed esistenziale, possiamo pensare all'incontro psicoterapeutico come a un «evento» che ha a che fare con la trascendenza e la generatività.

La necessità antropologica di fare di sé qualcosa, prendere posizione rispetto a se stesso, generare rappresentazioni di sé e dell'altro, produrre visioni di sé e del mondo è necessità di trascendenza e generatività e potrebbe essere messa in connessione col tema della creatività come trattato da Winnicott in *Gioco e Realtà* (1974). È noto che Winnicott ha sdoganato la nozione di gioco in uso nella psicoanalisi ortodossa, che riduceva l'attività ludica del bambino a espressione della sua pulsionalità. Inoltre, ha studiato il tema della creatività, tema fino ad allora ignorato in ambito psicoanalitico. La creatività era assimilata da Winnicott al sentimento nucleare della persona di sentirsi esistenzialmente viva e generativa. Sappiamo che tale sentimento nucleare nasce e cresce nell'«area transizionale» che il bambino può originariamente sperimentare nella relazione con la madre, quando tra madre e bambino si genera una reciproca

e virtuosa circolarità concepitiva fatta di scoperte e rivelazioni sempre nuove: il bambino concepisce una madre che concepisce un bambino che la concepisce ecc. Venendo a mancare tale circolarità generativa, le cure materne sarebbero rivolte in modo eccedente alla *bisognosità* del bambino. Le cure materne diventerebbero mero accudimento.

Anche nella pratica psicoterapeutica dobbiamo vigilare affinché la *bisognosità* del paziente non saturi il campo relazionale (come accade spesso nelle pratiche di cura in uso nelle istituzioni sanitarie), affinché non si perda di vista il bisogno vitale dei pazienti di essere riconosciuti e sostenuti nelle loro potenzialità ri-concepitiva e creative.<sup>1</sup>

Sviluppi clinici nella pratica clinica gruppo-antropoanalitica: «intrattenimento psicoterapeutico» o relazione di cura?

Difficile in poche pagine rendere la complessità e la ricchezza d'un lavoro di ricerca clinica e teorica durato oltre cinquant'anni. Sia nella Società Gruppo-antropoanalitica, sia nella Scuola di Psicoterapia Gruppo-antropoanalitica, il principale riferimento teorico è stato ed è Diego Napolitani, caposcuola conosciuto in Italia e all'estero. Insieme al fratello Fabrizio Napolitani e ad altri colleghi (Luciano Cofano, Paola Ronchetti, Bruno De Maria, Alberto Lampignano e tanti altri), è stato pioniere della gruppoanalisi e ha aperto le prime comunità terapeutiche a gestione privata in Italia.

In questa sede possiamo soltanto mettere a fuoco le principali traiettorie teoriche e cliniche sul concetto di inautenticità e autenticità nelle relazioni di cura. Tali traiettorie ci accompagnano e ci orientano, come una bussola, nel lavoro clinico e formativo; anche se non sono gli unici sviluppi clinici, certamente si costituiscono per noi come utili strumenti. Indicano due polarità, sempre presenti nella relazione con il paziente, alle quali il clinico deve prestare molta attenzione per «allenarsi» a sostenere la seconda polarità; come facilmente si può intendere è

---

1. A cura di Ignazio Curreli, socio e docente SGAI.

quella deputata a promuovere vere e significative trasformazioni in ambito clinico e/o formativo.

Autenticità e inautenticità rimandano a due termini fondamentali nella pratica clinica e formativa: *autós* dell'autenticità e *idem* dell'identità, coniati da Diego Napolitani, che scriveva (2006, p. 225):

Questa identità di natura connettiva tra il proprio e l'altrui è l'idem di se stessi, in qualche modo contrapposto al proprio *autós*, ma è solo nel congiungimento con questo idem, strutturalmente immaginario, che l'*autós* è fonte di concepimento di simboli compiuti, concreti. [...] L'idem è quindi un'istituzione nel senso forte del termine, quel luogo che istituitosi diventa mondo interno, che l'*autós* continuamente germinativo deve poter penetrare ogni volta che la sua nuova espressività emerge.

Tuttavia, già nel 1984, nell'articolo «Al di là dell'individuo», Diego Napolitani si soffermava sul concetto di autenticità della cura. Questo lavoro contiene *in nuce* la teorizzazione successiva che portò Napolitani alla svolta antropo-gruppo-analitica già citata sopra.

Riteniamo questa svolta il nostro potenziale innovativo *della e nella* nostra pratica clinica, perché ancora oggi ri-fondano l'approccio clinico e/o formativo, aprendo varchi nella comprensione dell'uomo.

Diego Napolitani riconsidera tutta la psicoanalisi freudiana, kleiniana e bioniana, raccogliendone l'eredità, ma ripensandola alla luce delle sue scoperte. Ci limitiamo qui alla rivisitazione che fece del concetto freudiano di identificazione, avvicinandolo e assimilandolo al tema dell'innesto.

Mentre nell'organizzazione vivente l'innesto su un corpo può dare fenomeni di rigetto, se non opportunamente supportato da cure mediche antirigetto, nella dimensione psichica l'impianto identificatorio costituisce il *fondamento* della nostra esperienza e garantisce la continuità transgenerazionale. Le figure identificatorie vengono assunte dal bambino come presenze che prendono letteralmente spazio. Uno spazio prevalente che, emarginando l'Io, finisce per essere il luogo di



queste presenze identificatorie. Nella maggior parte dei casi le figure identificatore attingono all'ambiente fondazione in cui il bambino vive. Questo mondo dei genitori, attraverso impianti successivi, garantirà una continuità culturale deputata a rendere coeso il gruppo di appartenenza e a determinarne i caratteri etnici. Mentre sul piano biologico l'innesto può originare accoglimento o rigetto, sul piano psichico invece determinerà sempre la cultura di appartenenza dell'individuo alla sua ascendenza.

L'idem è quel complesso di esperienze relazionali, affettive e intellettive che si sono sedimentate nel corso della storia di un individuo. Ma, allo stesso tempo, l'idem è aperto a possibilità di cambiamento strutturale originato da un dispositivo autopoietico che è stato nominato da Napolitani *autós*. L'*autós* è la disposizione presente in ogni organismo vivente tesa a organizzare il proprio rapporto con il mondo secondo paradigmi adattativi trasmessi genealogicamente. Nei processi di pensiero, nell'essere umano, l'*autós* ha la finalità di creare incessantemente e autopoieticamente simboli.

L'uomo entra in relazione col mondo sia con le proprie capacità adattative sia con quelle esattive. Queste ultime gli consentono di ri-concepire simbolopoieticamente il mondo che va scoprendo per poterlo davvero conoscere e poterlo davvero abitare. L'essere umano quindi ri-crea continuamente quel mondo che lo ha creato.

Il mondo identificatorio è animato da una quantità enorme di *intenzionalità* che riguardano più profondamente la vita, il mondo affettivo ed emotivo dell'ambiente fondazionale: noi intenzioniamo il mondo col quale ci siamo identificati e che ci ha intenzionato (il concetto di *intenzionamento* nasce con Edmund Husserl, il quale sosteneva che il rapporto dell'uomo con il mondo è sempre un rapporto intenzionale. L'uomo conosce il mondo che lui stesso intenziona: senza *intentio* il mondo è insignificante).

Nell'incontro con chi si rivolge a noi chiedendoci aiuto non s'incontrano semplici individui, ma universi originati da intenzionamenti transgenerazionali. Sapere della loro rilevanza ci

spinge a interrogarci su tali intenzionamenti, che appaiono tra le pieghe della domanda che ogni singolo paziente e ogni singolo formando rivolgono al proprio analista o formatore. Dobbiamo chiederci sempre: «Chi chiede aiuto a chi? Con quale orecchio noi terapeuti ascoltiamo questa richiesta?» È il soggetto o il personaggio che si è, nel corso degli anni, innestato dentro la sua gruppalità interna?

Nell'incontro con il paziente, nella mente dell'analista vengono evocate una quantità di immagini coi loro rispettivi intenzionamenti e il clinico può rispondere in modo speculare, complementare o contrapposto con le suggestioni che tali immagini evocano in lui. Queste immagini si presentificano sulla scena analitica come *dramatis personae*, che rappresentano nella scena analitica i vari *personaggi* tratti dalla propria esperienza storica; i personaggi ripetono un canovaccio eteronomo appreso nel corso della propria esperienza vissuta. I personaggi *rubano* la scena al soggetto che chiede aiuto, mettendo la sordina alla voce autentica che invoca un cambiamento. Alcuni esempi di suggestioni dei personaggi immaginari che tornano spesso alla ribalta nella scena analitica: madre compassionevole o rifiutante, nutriente e salvifica; oppure un padre pedagogico, correttivo e normativo; infine l'immagine di un bambino impaurito da una figura minacciosa e mostruosa. Così, come quando i ragazzini spaventati dalla potenza del compagno di scuola invocano la forza del proprio papà e/o della propria mamma, noi analisti potremo rispondere ai personaggi inautentici del paziente con i retaggi delle nostre immagini identitarie, attingendo via via al repertorio delle nostre potenti figure immaginarie. Sulla scena analitica si fronteggeranno così personaggi senza autore, personaggi immaginari anziché soggetti dialoganti. A poco a poco, l'analista può imbarcarsi in un'esperienza interna che vede chiamati in causa non solo un padre, una madre e un bambino, ma mille edizioni di questi genitori e di questi bambini. Tali personaggi sono perfettamente complementari al personaggio che l'Altro drammatizza e tale evocazione andrà a costituire quel canovaccio che è la creazione d'una scena già nota (l'idem del paziente a cui si contrappone l'idem dell'analista).

Questo canovaccio, perfettamente noto al paziente e all'analista, Napolitani lo chiama *intrattenimento psicoterapico*, dove ognuno *interpreta* un personaggio adeguato al personaggio che sta di fronte. Come si può uscire dalle strettoie dell'intrattenimento psicoterapeutico che «trattiene» entrambi i partecipanti nella immutabilità del già noto per poter approdare a una circolarità ermeneutica tra soggetti in relazione? Come uscire dalle maglie ristrette della ripetizione di storie chiuse ognuna nel proprio idem e, quindi, della «coazione a ripetere» di una storia già da sempre nota per poterla trasformare in un possibile divenire che apre le porte alla trasformazione della sofferenza del paziente e alla scoperta d'una sua nuova e più propria progettualità esistenziale? Solo grazie alla formazione permanente e alla supervisione continua si spera che il terapeuta acquisisca domestichezza nel riattraversamento e riconoscimento delle proprie matrici, cioè del proprio idem sia personale sia formativo e teorico, e sia più pronto a riconoscere le strettoie dell'inautenticità per sostenere una relazione autentica con il proprio paziente.

Alla SGAi sempre Diego Napolitani definì «interpretazione di secondo livello» quell'attitudine del terapeuta tesa a interpretare non tanto e non solo quanto il paziente racconta in seduta, ma soprattutto ciò che il terapeuta porta di sé, della propria storia nelle sue parole e nelle sue interpretazioni rivolte al paziente. È grazie a questa interpretazione successiva alle interpretazioni spontanee che si alternano nel dialogo che l'analista assume su di sé non solo il comportamento del paziente, ma soprattutto le proprie emozioni e i propri retaggi immaginari. In sintesi, interpretazione di secondo livello è quel riattraversamento diacritico che l'analista fa e che gli consente di riconoscere il proprio tessuto identificatorio grazie a un pensiero riflessivo e non *riflettente* (Napolitani 1989).

Il pensiero diacritico e riflessivo, nella circolarità ermeneutica che si viene a creare nel dialogo tra co-pazienti, fa sì che la storia possa essere riguardata, riattraversata e rielaborata. La storia chiusa l'«io sono fatto così» del paziente può trasformarsi in una storia aperta al proprio divenire.

In *Di palo in frasca* (1986), libro metaforico, Napolitani guarda all'analisi come a una pratica iniziatica attraverso la quale il soggetto può rinascere a un suo nuovo sapere. Abbandonando il concetto di regressione, definisce tale sapere possibile come una «trans-gressione» e assimila l'analista all'uomo dei boschi.

Al di là del villaggio nei boschi, abita un uomo che si nasconde allo sguardo degli abitanti. Solo alcuni di questi si avventurano per conoscerlo e ritornano al villaggio trasformati, ma nessuno sa quale sia la trasformazione avvenuta perché l'uomo dei boschi non dispensa un sapere applicativo, né insegna tecniche; l'esperienza con lui è fonte soltanto dell'acquisizione d'un metodo, cioè di un sapere «la strada attraverso cui si opera la trasformazione».

L'uomo dei boschi è una felice e viva metafora della nostra pratica clinica improntata all'autenticità. La Gruppo-antropo-analisi, volgendosi al *non noto*, che è *il non nato*, ma soprattutto il *non ancora*, approda alla coscienza dell'uomo, che Napolitani definiva «il mai finito divenire dell'uomo». Questa visione *divenieristica* anziché *passatista* è ciò che ci introduce a un neologismo, coniato sempre da Napolitani, contrapposto al termine identificazione, che è *alterificazione* (Napolitani 2009). Alterificazione è una delle tre conversioni possibili lungo il percorso iniziatico antropo-gruppo-analitico e rinvia alla possibilità che ciascun individuo ha, grazie al prodigio dell'incontro autentico con l'Altro, di divenire Altro da Sé; Altro dalle proprie matrici e dagli intenzionamenti ricevuti.

L'analisi è una ricerca e scoperta di verità, non una verità assoluta o oggettiva, ma una *verità simbolica* che si rivela nell'incontro autentico con l'Altro (Napolitani 1997). L'analisi allora non è scavare tra le macerie per eliminare la sofferenza, ma svelare quel fondamento istituzionale (matrice, *idem*, identità *rocciosa*) che, costituendosi come *ideologia rocciosa*, impedisce alla persona di emergere in quanto soggetto aperto alla propria progettualità, al proprio divenire.

Prendersi cura autenticamente sia dei pazienti sia dei formandi è la sola *cura* che, producendo quelle lacerazioni identitarie, seppur nel dolore, permette all'individuo di andare al di

là della propria «indivisibilità» dalla propria genealogia, per accedere all'esperienza del proprio *essere nel mondo* in modo originale e autonomo. Per poter affiancare e «iniziare» il paziente in questo aspro e tortuoso percorso è necessario che l'analista stesso sia capace di riconoscere il proprio autós. Compito non facile, perché presume per l'analista l'umiltà e l'abbandono delle proprie superbie e del proprio orgoglio identitario.

Alla SGAI e nella scuola di psicoterapia siamo convinti che ogni terapeuta e ogni allievo debba essere inserito in un percorso formativo permanente che stimoli, attraverso l'incontro con l'Altro, un confronto teorico clinico per mantenere vivo quello spirito di ricerca che alleni al pensiero riflessivo e diacritico su quanto avviene nella stanza d'analisi e/o nell'aula della scuola di psicoterapia. Noi gruppo-antropoanalisti ci formiamo senza sosta a riconoscere le nostre indivisibilità dalle appartenenze rocciose (sia personali che professionali e/o teoriche) al fine di affinare quel tipo di sguardo in alto, rivolto al possibile, al cielo e al futuro di chi ci interpella, chiedendoci aiuto o formazione per poter scorgere l'autenticità dell'Altro fuori e dentro di noi.

In questo nostro tempo dove la tecnica, i media, i social e gli sviluppi dell'intelligenza artificiale avanzano, noi riteniamo che «rimanere umani» nella relazione con l'Altro dentro e fuori di noi è la cura autentica, necessaria per iniziare chi si rivolge a noi affinché possa scoprire e rivelare a se stesso che può diventare Altro da Sé, quel Sé che desidera, ma allo stesso tempo non riesce, non può, non vuole poter essere...

Chiediamo nell'associazione la disponibilità e l'interesse che motivino i soci, i frequentatori e i candidati socio a partecipare al confronto che nasce nei gruppi di supervisione, di co-visione, di ricerca clinico-teorica nella sezione di Torino e nelle altre quattro sezioni (Milano, Roma, Napoli e Palermo). Chiediamo ai nostri allievi la disponibilità a percorrere con metodo la strada che porta all'incontro con l'Altro, quindi apertura ad *alterificarsi*. Solo così speriamo di promuovere autentiche relazioni di cura e non *ripetere* intrattenimenti terapeutici.<sup>2</sup>

---

2. A cura di Maria Giovanna Campus, socia e docente SGAI.

## BIBLIOGRAFIA

- Binswanger, L., 1957, *La psichiatria come scienza dell'uomo*, Mimesis, Milano-Udine 2013.
- Bolk, L., 1926, *Il problema dell'ominazione*, DeriveApprodi, Roma 2006.
- Gehlen, A., 1950, *L'uomo. La sua natura e il suo posto nel mondo*, Mimesis, Milano-Udine 2010.
- Heidegger, M., 1927, *Essere e Tempo*, Longanesi, Milano 2005.
- Jaspers, K., 1925, *Psicologia delle visioni del mondo*, Astrolabio, Roma 1983.
- Napolitani, D., «Al di là dell'individuo», in *Ruolo Terapeutico*, n. 36, Milano 1984.
- Napolitani, D., *Di Palo in frasca*, Edizioni Corpo 10, Milano 1986.
- Napolitani, D., «Ethos ed Eros. Trasformazioni etiche nel passaggio dalla clinica all'ermeneutica», in *Rivista Italiana di Gruppoanalisi*, Franco Angeli, Milano 1989, vol. IV, 1-2.
- Napolitani, D., «La narrazione analitica tra semiotica ed ermeneutica. Il mentire come unica verità del 'fare mente'», in *Rivista Italiana di gruppoanalisi*, Guerini e Associati, Milano 1997, vol. XII, 2.
- Napolitani, D., «La psicoterapia tra trattamento e intrattenimenti», in *Rivista Italiana di Gruppoanalisi*, Franco Angeli, Milano 2001, vol. XV, 3.
- Napolitani, D., *Individualità e Gruppaltà*, IPOC, Milano 2006.
- Napolitani, D., «Dalla psiche come mito all'antropos come esistenza», in *Antropoanalisi* (rivista online), 2012. n. 0.
- Napolitani, D., «Gruppi: apparizioni del reale attraverso il con-esserci. Rivelazioni, conversioni, fedi», in *Rivista Italiana di Gruppoanalisi*, Franco Angeli, Milano 2009, vol. XXIII, 1-2.
- Winnicott, D. W., 1971, *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma 2020.

**L'evoluzione della psicoterapia  
infantile e degli adulti  
attraverso la formazione e le supervisioni  
con gli allievi**

*Antonella Cannavò, Teresa Longo*

Il presente scritto intende offrire al lettore la possibilità di conoscere la nostra Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica (SPP), che comprende due indirizzi: il corso dell'Età Evolutiva e il corso dell'Adulto. I due contributi di seguito presentati propongono una panoramica del nostro metodo di lavoro fondato su solide basi teoriche psicoanalitiche che appartengono alla tradizione; al contempo, il nostro metodo tiene conto dei più recenti contributi della psicoanalisi contemporanea.

Nella prima parte, la dottoressa Antonella Cannavò, psicoterapeuta e docente del corso dell'Età Evolutiva, propone un intervento con i bambini, in cui la presenza dei genitori all'interno del setting di lavoro può essere considerato uno strumento utile per la comprensione delle problematiche del giovane paziente e delle dinamiche familiari in cui il bambino è inserito. Inoltre, il contributo porta l'attenzione sull'evoluzione dell'analisi non più come trattamento a lungo termine, ma come psicoterapia di breve durata più in sintonia con il nostro tempo.

Nella seconda parte, la dottoressa Teresa Longo, psicoterapeuta e docente del corso dell'Adulto, attraverso il caso di Alessandro, seguito da lei in supervisione, sottolinea l'importanza della capacità del terapeuta di sintonizzarsi di volta in volta con il paziente, anche modificando il setting, non per destrutturare il metodo ma come possibilità di lavoro e maggiore comprensione delle dinamiche interne.

L'approccio psicoanalitico, nonostante siano passati oltre cento anni dalla sua nascita, rimane un punto di riferimento in grado di adattarsi alle sfide del nostro tempo.

## 1.1. Lavoro con i genitori

La psicoterapia analitica infantile in Piemonte e soprattutto a Torino, per quanto compete alla mia esperienza, ha subito significativi cambiamenti nel corso degli anni, in particolare per quanto riguarda gli approcci utilizzati e la durata della terapia.

In questo scritto voglio esplorare due aspetti fondamentali di questi cambiamenti: l'importanza del lavoro con i genitori e l'emergere delle psicoterapie di breve durata.

Questi sviluppi non solo hanno trasformato il panorama terapeutico, ma anche migliorato l'efficacia e l'accessibilità della psicoterapia analitica infantile.

Faccio riferimento a un piccolo testo elaborato all'interno d'un gruppo di psicoterapeute che operano prevalentemente nell'ambito dell'età evolutiva, in contesto pubblico e privato, alcune attive da molti anni altre più giovani, dal titolo *Quando la psicoterapia ha il tempo contato*, del 2018.

La convinzione sviluppata è che in età evolutiva il cambiamento, la trasformazione a sostegno dello sviluppo, il superamento dei nodi sistematici possano avvenire con il coinvolgimento dei genitori nel processo terapeutico.

I pionieri della psicoanalisi infantile, Melanie Klein, Anna Freud e successivamente Donald Meltzer, l'Hampstead Clinic e la Tavistock Clinic operarono tenendo i genitori fuori dalla stanza di analisi o proponendo loro terapie personali, per lo più individuali, se considerati disturbati. I genitori quindi venivano ritenuti un impedimento all'analisi dei loro figli e considerati solo alla luce della loro ambivalenza nei confronti del lavoro terapeutico.

Tuttavia, già a metà degli anni Ottanta era in corso una riflessione che metteva al centro la relazione bambino - genitori e rifletteva sulle modalità di presa in carico.



Viene quindi riconosciuto il ruolo cruciale che i genitori svolgono nello sviluppo e nel benessere del bambino e gli psicoterapeuti lavorano ora in collaborazione con i genitori per affrontare le loro preoccupazioni, comprendere le loro prospettive e fornire orientamento. Questo approccio mira a creare un ambiente di sostegno che faciliti cambiamenti positivi nel comportamento, nelle emozioni e nelle relazioni del bambino. Coinvolgendo i genitori, gli psicoterapeuti possono ottenere preziose intuizioni sulla dinamica familiare del bambino, sulle prime esperienze e sui modelli di attaccamento.

Il lavoro con i genitori favorisce una più forte alleanza terapeutica e aiuta a garantire la continuità delle cure, oltre alle sedute di terapia, in quanto i genitori possono diventare agenti attivi di cambiamento nella vita del loro bambino.

I genitori che si rivolgono a noi, quasi sempre su indicazione della scuola o del curante, pediatra ecc., arrivano spesso molto allertati, preoccupati, impastati di sentimenti contraddittori e di movimenti proiettivi sia rispetto ai comportamenti disfunzionali del figlio, sia nei nostri confronti. Dal primo momento dell'incontro iniziale, noi possiamo suscitare non solo sensi di vergogna o di colpa, ma anche sensi di dipendenza e di rabbia; veniamo idealizzati, ma anche sospettati e temuti, indotti a dare risposte e consigli.

A mio parere, compito del terapeuta è aiutare i genitori a spostarsi dalla posizione in cui cercano consigli per la soluzione d'un problema a una in cui sono interessati al significato di ciò che sta accadendo tra loro e il loro figlio. Quindi, dobbiamo favorire consapevolmente un attaccamento collaborativo legato ai processi di mentalizzazione.

Occorre provare autentico rispetto e accettazione nei confronti dei genitori, cogliendone immediatamente la finestra di tolleranza (Siegel 1999), cioè quell'area dov'è possibile ricevere informazioni dall'esterno e dall'interno senza che venga sconvolto il funzionamento del sistema.

Il rischio per il terapeuta infantile è di ritrovarsi in una situazione molto turbolenta, in cui facilmente si attivano pensieri critici verso le difficoltà educative dei genitori o distanziamen-

ti indignati. Il terapeuta rischia di sentirsi il «salvatore» del bambino.

Se non agire tali sentimenti può essere frutto della formazione psicoterapeutica, imparare a usarli e soprattutto a trasformarli in parole che toccano, ma non feriscono, è sempre un'impresa creativa d'un certo spessore. Noi sappiamo che il bisogno di stabilire rapporti interpersonali soddisfacenti è assolutamente umano; come terapeuta devo adoperarmi perché ciò avvenga fin da subito, affinché venga a crearsi una sorta di conversazione fra sistemi limbici, un innescarsi del sistema della dopamina che genera curiosità, desiderio di conoscere qualcosa o qualcuno, cioè una sintonia vitalizzante tra emisferi destri dei genitori e del terapeuta.

## **1.2. Psicoterapia di breve durata**

Un'altra importante evoluzione nella psicoterapia infantile è l'emergere delle psicoterapie di breve durata.

Tradizionalmente, la psicoterapia infantile era caratterizzata da un trattamento a lungo termine e a durata indefinita, che quindi poteva protrarsi per diversi anni.

Sebbene questo approccio sia ancora benefico e necessario in determinati casi, si è via via riconosciuta l'importanza di interventi più limitati nel tempo. Le psicoterapie di breve durata offrono interventi mirati e focalizzati all'interno d'un periodo di tempo più breve, che di solito va da alcune settimane a diversi mesi. Queste terapie sono particolarmente vantaggiose per i bambini con problemi specifici o che necessitano di un supporto immediato a causa di limitazioni di tempo o risorse limitate.

L'efficacia delle psicoterapie di breve durata risiede nella loro natura strutturata e orientata agli obiettivi. Inoltre, queste terapie spesso integrano un approccio multidisciplinare, coinvolgendo la collaborazione con altri professionisti, come insegnanti, educatori e operatori sanitari, per creare un sistema di supporto completo per il bambino.

Di cruciale importanza è l'uso del gioco in terapia, con i comportamenti motori, l'uso della voce e dei gesti, l'incarnare dei personaggi, tutto ciò induce il bambino a vivere un'esperienza viscerale di forza e di efficacia, del sentirsi padrone di se stesso e di avere accesso alle sensazioni interne; viene quindi promosso il contatto con il corpo e con il senso di sé agente. Per esempio, il gioco «del far finta» significa per il bambino essere in due posti allo stesso tempo, barcamenandosi tra due diversi stati del sé.

Prerequisito del gioco in terapia è che il terapeuta sia sì una persona reale per il bambino, ma anche un oggetto transizionale, cioè qualcosa che il bambino può usare.

Nelle sedute di gioco occorre a volte riprendere le stesse frasi, gli stessi movimenti usati dal bambino, ma il nostro modo di esprimerli aggiunge quella piccola differenza capace di impedire di girare sempre sullo stesso solco, come la puntina dei vecchi giradischi su un disco rigato.

Nello stesso tempo c'è un equilibrio da mantenere, perché il rischio del terapeuta è di contaminare la mente del bambino con i propri contenuti inconsci o di difendersi dalla violenza dei contenuti proposti.

Il terapeuta viene così a proporsi come astinente partecipe, secondo l'ossimoro dell'*infant observation* (Bick 2011), ma anche con valenze di trasformazione e di catalizzazione, quando si è in presenza di giochi troppo concreti e ripetitivi.

Io penso che la mobilitazione delle nostre parti vitali determini la qualità dell'incontro clinico ed è molto importante che nelle terapie di breve durata il terapeuta sia più che mai un «compagno vivo» (Alvarez 1992), che si diverte a giocare.

La costruzione d'un contesto di sicurezza e la co-regolazione del clima emotivo sono altrettanti elementi fondanti delle psicoterapie di breve durata. Si riscontra in queste psicoterapie un elemento di tensione verso la trasformazione, che in una terapia di lunga durata può essere più sfumato; vengono favorite modalità tecniche, come l'inversione dei ruoli e quanto può fungere da acceleratore per aiutare a mantenere il *focus*; ogni seduta deve quindi tendere a essere compiuta, con un inizio, uno svolgimento, una conclusione, quasi un'unità a sé stante.

Si fanno soprattutto i conti con il tempo; il tempo entra con prepotenza come variabile del campo importante e può fungere da elemento catalizzatore sia per il terapeuta che per il bambino, creando una dialettica feconda tra il «virtuale» delle sedute e il «reale» del mondo esterno.

In conclusione, coinvolgendo attivamente i genitori e offrendo terapie di breve durata, la psicoterapia infantile è diventata più accessibile, efficace e sensibile alle mutevoli esigenze dei bambini nel momento attuale.

## **2.1 Alcune suggestioni sulla formazione di uno psicoterapeuta contemporaneo**

A proposito delle trasformazioni che, nel corso del tempo, abbiamo attuato nella didattica utilizzata dalla nostra scuola di psicoterapia a orientamento psicoanalitico, partirei da un caso clinico presentatomi da un'allieva durante una supervisione.

Si tratta di un giovane adulto, Alessandro, che presenta difficoltà relazionali, chiusura verso gli altri, atteggiamenti passivi e difficoltà a elaborare un progetto di vita. Il giovane, brillante negli studi e con la passione della danza classica, inizia una psicoterapia una volta alla settimana *vis-à-vis*. Dopo un anno di trattamento, il giovane, a causa di oggettive problematiche di spostamento, chiede una riduzione delle sedute da una alla settimana a una ogni quindici giorni.

La dottoressa stava percependo nella relazione un certo rallentamento ideativo e comunicativo. Questa difficoltà poteva rappresentare sia una resistenza sia un tentativo di comunicare qualcosa di non dicibile. La dottoressa, ascoltando il proprio controtransfert, propose un aggiustamento di setting: sempre una seduta alla settimana, ma alternando una seduta in presenza e una online. Il giovane paziente accettò senza problemi e così la terapia continuò secondo le modalità indicate.

Cosa portò la modifica del setting?

La dottoressa scoprì due dimensioni del giovane paziente. In presenza egli era più controllato, sia nella narrazione sia nell'e-

spressività, mentre nelle sedute online, fatte dalla sua camera da letto, Alessandro appariva più libero nella narrazione della sua vita. Raccontò così che, quando era adolescente, spesso nei fine settimana veniva a dormire da lui un cugino con qualche anno in più. Questa situazione lo emozionava e gli accendeva fantasie omosessuali vissute con vergogna e con colpa. Fantasie che bloccavano Alessandro nel rapporto con i compagni di classe e lo facevano rinchiudere in se stesso.

Egli veniva preso in giro per i suoi atteggiamenti da ballerino e per una passività di fondo che lo caratterizzava nei rapporti con i maschi.

Alessandro nell'online si sentiva di portare in luce le parti vergognose e colpevolizzanti del suo Sé. Quello era stato il teatro della sua presunta omosessualità con il cugino, omosessualità che ancora oggi Alessandro vive di nascosto e con timore di scatenare una profonda delusione e rabbia nel padre. Due parti di Alessandro entravano in campo nel setting in presenza e in quello online. Due parti che si connettevano nella relazione con la psicoterapeuta e che venivano restituite ad Alessandro per cercare di costruire un'integrazione di parti del Sé scisse e separate.

Nel suo ultimo testo, *Prendere vita nella stanza d'analisi*, Ogden traccia il percorso della psicoanalisi contemporanea nella direzione d'una nuova sensibilità, che corrisponde al passaggio da quella che egli chiama «psicoanalisi epistemologica», che ha a che fare con il conoscere e il comprendere, a una «psicoanalisi ontologica», che ha a che fare con l'essere e il divenire.

Nel suo interessante testo, Ogden racconta come egli con ciascun paziente reinventi la psicoanalisi. Nella prefazione scrive che, invece di pensare la mente come un apparato, preferisce trattarla come un processo vivente, che si manifesta nell'atto di fare esperienza. L'obiettivo della psicoanalisi ontologica è permettere al paziente l'esperienza di scoprire creativamente se stesso e, in quello stato di essere, diventare più pienamente vivo, più pienamente se stesso (Ogden 2022, p. 12).

«Inventare la psicoanalisi con ogni paziente», questo è vero: il nostro modo di parlare con i pazienti cambia a seconda di chi

si ha di fronte ed è vero, come scrive Ogden, che è importante essere presente nel fare esperienza insieme al paziente di aspetti della sua esistenza che non ha potuto vivere finora.

Mi sembra fondamentale pensare alla relazione tra analista e paziente come a una co-costruzione creativa che permetta al paziente di sentire di avere ancora una possibilità di trasformarsi e di fantasticare su di sé. Una fiducia verso parti che il paziente non riesce a valorizzare o ritiene mancanti. Nel caso di Alessandro, l'acquisizione della conoscenza, che il suo blocco nella relazione con gli altri fosse conseguenza dalle fantasie omosessuali preadolescenziali, si è articolata in una relazione di transfert/controtransfert in cui la psicoterapeuta sentiva che era di fronte a un qualcosa che Alessandro non riusciva ad affrontare, non riusciva a dire. Da qui la scelta di non interpretare la richiesta di ridurre le sedute come una resistenza, ma di articolare il setting in maniera diversa, utilizzando uno strumento che la contemporaneità di oggi ci offre, come l'uso di internet. Così, la psicoterapeuta ha trovato un modo per dare corpo a quel non detto che avrebbe dovuto utilizzare le parole per esprimersi, ma che nel qui e ora il paziente non avrebbe mai potuto usare.

Ancora alcune riflessioni su questo punto. Non è tanto importante che la psicoterapia sia condotta attraverso la rete, quanto piuttosto la teoria che utilizziamo per giustificarla e la nostra capacità di analizzare le motivazioni transferali e controtransferali che stanno dietro a questa scelta.

Questo, anche per il fatto che bisogna sottolineare la logica utilizzata dal terapeuta per qualunque intervento clinico. Alla luce di ciò, internet rappresenta un setting molto particolare che, come il caso di Alessandro ci insegna, riesce a liberare emozioni, vissuti profondi e complessi che potrebbero avere bisogno di molto più tempo per emergere in un setting tradizionale.

Importante, però, è avere come psicoterapeuta di formazione analitica un forte impianto dentro di sé, un impianto teorico-clinico di riferimento rigoroso, ma non rigido. Un forte impianto duttile, flessibile, che sappia giustamente entrare in rapporto con la liquida, poco articolata, sofferente mente dei giovani contemporanei che curiamo e che si devono trasforma-

re in adulti più strutturati, in grado di entrare in contatto con le proprie emozioni senza farsi travolgere da esse. Dunque, di nuovo con Ogden:

si è sempre più soli nel percepire il cambiamento [...] nel diventare capaci di essere più pienamente presenti nei propri pensieri, emozioni e sensazioni corporee; nell'essere un genitore o un nonno più amorevole, più compassionevole, più generoso o più profondamente impegnato nelle proprie relazioni o nel proprio lavoro, nell'essere attivi nel processo di sviluppo delle proprie potenzialità creative uniche e nello scoprire forme in cui dare loro vita. (Ogden 2022, p. 21)

Spesso il senso di vuoto e la mancanza di significato che accompagnano eventi importanti, come promozioni e premi, possono aiutare a vedere com'è difficile diventare la persona che una volta si pensava di diventare. Mi sembra sia oggi fondamentale che il paziente arrivi attraverso la sua psicoterapia a comprendere come pensieri, sentimenti o esperienze corporee inconscie siano alla base del suo blocco di crescita. Rendendoli coscienti, si attiva il cambiamento psichico. Questo, però, avviene all'interno di un contesto interpersonale in cui esperienze, stati dell'essere che prima non erano immaginabili, prendono forma. L'obiettivo della psicoterapia psicoanalitica rimane sempre la liberazione del paziente dal sistema chiuso delle relazioni oggettuali interne e l'ingresso nel mondo degli oggetti esterni reali.

A ciò si aggiunge che una delle caratteristiche più descritte dell'uomo contemporaneo è quella di essere molto solo, ma eternamente connesso.

A proposito della tensione che l'uomo ha di essere trovato e di continuare a non essere trovato, Winnicott afferma «il problema è: come stare soli con se stessi senza dover, per questo, essere isolati?» È una domanda importante che ci fa riflettere sul mistero della relazione interpersonale, sullo stare accanto all'altro, lasciandogli il tempo e il modo di evolversi per diventare pienamente se stesso. E ci fa capire che, come per non scivolare in un sistema chiuso in cui esiste solo il mio Io e le soluzioni che sinora ho trovato per esistere, la psicoterapia diventa una

relazione che fa da ponte tra me e l'altro, permettendomi di scoprire e accettare parti di me stesso che mai avrei voluto avere.

Nella psicoterapia di Alessandro, la dottoressa ha rappresentato questo ponte e le fantasie omosessuali, prima nascoste, hanno cominciato a diventare per lui una parte della sua nuova identità, in cui potersi riconoscere serenamente.

## BIBLIOGRAFIA

- AA. VV., *Quando la psicoterapia ha il tempo contato*, Golem, Torino 2018.
- Alvarez, A., 1992, *Il compagno vivo*, Astrolabio, Roma 1993.
- Bick, E., Harris, M. (a cura di), 2011, *Il modello Tavistock*, Astrolabio, Roma 2013.
- Ogden, T. H., *Prendere vita nella stanza d'analisi*, Raffaello Cortina, Milano 2022.
- Siegel, D. J., 1999, *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
- Winnicott, D. W., 1963, *Comunicare e non comunicare: studio su alcuni opposti*, in Caldwell, L., Joyce, A. (a cura di), 2012, *Leggere Winnicott*, Franco Angeli, Roma 2014, p. 226.



## **La prospettiva cognitivo-costruttivista e relazionale in psicoterapia**

*Rita B. Ardito, Bruno G. Bara, Rita Bisanti,  
Carla M. Vandoni*

La psicoterapia cognitiva è storicamente caratterizzata dallo sviluppo di diversi approcci che possono sinteticamente essere ricondotti a due matrici epistemologiche e concettuali distinte, quella *razionalista* e quella *costruttivista*: la prima si fonda sugli assunti del realismo, che considerano l'uso della logica e della ragione i mezzi attraverso i quali è possibile avere un accesso più o meno preciso a una realtà esterna concepita come oggettiva, unica e indipendente dall'osservatore. La matrice costruttivista si fonda su presupposti radicalmente differenti e concepisce tante realtà quante sono le costruzioni individuali che originano dall'ordinamento dell'esperienza soggettiva. In questo contributo, presenteremo sinteticamente alcuni punti che caratterizzano la prospettiva cognitivo-costruttivista in psicoterapia, rimandando per un approfondimento a manuali specialistici (Ardito, Bara 2024).

Nell'ottica costruttivista la conoscenza è dipendente dalla struttura dell'osservatore ed è quindi concepita come una costruzione di possibili realtà e di molteplici e irriducibili punti di vista (Guidano, Liotti 1983, Maturana, Varela 1987). Dall'idea che la conoscenza sia una costruzione dell'esperienza personale discende come implicazione l'adozione di un metodo fenomenologico: obiettivo per lo psicologo, così come per lo psicoterapeuta costruttivista, è l'esplorazione e la comprensione del «mondo vissuto» in prima persona e non un'analisi della distanza tra il «mondo reale» e come questo appare alla persona.

Nella prospettiva costruttivista è posta grande attenzione all'esperienza immediata che si esercita in tutte le sue componenti, a partire da quelle emotive e corporee, e ai significati che

a queste esperienze di sé nel mondo ogni persona attribuisce. Quest'attenzione al vissuto esperito in prima persona e al significato a esso attribuito ha portato ad affermare che esistere equivale a conoscere (Maturana, Varela 1987) nella misura in cui la conoscenza è una continua costruzione di senso che rende coerente il flusso dell'esperienza immediata (Guidano 1991).

Un aspetto intimamente connesso a quello precedente è relativo all'idea della costruzione personale dell'esperienza come sistema *auto-organizzato*. La conoscenza personale è soggetta a continui cambiamenti che si accompagnano a caratteristiche di stabilità e che si manifestano lungo tutto l'arco di vita. La continuità nel cambiamento è la prerogativa dei sistemi conoscitivi personali in cui ogni trasformazione è accompagnata dall'emergere d'un nuovo equilibrio. La ricorsività di questo processo e la tendenza a seguire una traiettoria fanno sì che le nuove strutture integrino le precedenti, conferendo alla conoscenza personale un *sistema ordinato gerarchicamente*.

Nella prospettiva costruttivista della conoscenza, a differenza di quella razionalista, è l'individuo che attivamente attribuisce significato alle proprie esperienze di relazione con l'ambiente. Di conseguenza è la struttura del sistema di conoscenza personale a determinare quali interazioni con l'ambiente possono dare avvio a processi di cambiamento e verso quale direzione. In questo senso l'ambiente è concepito quale fonte di *perturbazioni* e non semplicemente di stimoli che causano risposte. Conoscere è quindi una continua costruzione di significato nell'interazione con il mondo, costruzione che rende coerente il flusso dell'esperienza immediata nel soggetto ordinante.

Un ulteriore aspetto fondamentale dell'epistemologia costruttivista riguarda la concezione processuale del Sé, che è concepita come una costruzione che emerge come risultato di una serie di processi ricorsivi di cambiamento presenti fin dalla nascita, in cui l'ambiente sociale svolge una funzione perturbatrice nell'accezione sopra descritta. La peculiarità del Sé è quella di riferirsi allo stesso sistema che ha operato tale ordinamento. La consapevolezza di Sé è quindi un processo riflessivo di autoriferimento dell'esperienza immediata finalizzato

ad amplificare gli aspetti coerenti dell'immagine di sé e a escludere quelli discrepanti. Ciò che garantisce il mantenimento di un appropriato adattamento è la possibilità di trasformare le perturbazioni che originano dal confronto con l'ambiente in significati per l'ordinamento della propria esperienza immediata. Laddove nuove esperienze nell'interazione con l'ambiente tendono a oltrepassare la gamma abituale di emozioni riconoscibili, l'effetto di perturbazione che ne consegue viene mantenuto entro limiti accettabili mediante procedure con cui l'attenzione cosciente amplifica selettivamente l'immagine di sé in corso, impedendo che possibili discrepanze emergano a livelli di consapevolezza sempre maggiori. Se così non è, la continuità del Sé viene minacciata da cambiamenti non «viabili», ostacolando l'emergere di livelli più integrati di identità personale. Ed è a questo livello di blocco dell'esperienza che gli approcci costruttivisti individuano l'emergere del disturbo psichico.

In questa visione processuale della conoscenza personale, sviluppata in particolare da Vittorio Guidano (1987, 1991), il concetto stesso di «disturbo psichico» si discosta dall'approccio tipico della psichiatria tradizionale in cui la malattia mentale è una sorta di «corpo estraneo» che colpisce la persona rendendola di fatto differente da com'era in precedenza. Piuttosto, il sintomo dev'essere ricondotto in modo coerente al processo di elaborazione della conoscenza.

L'organizzazione di significato personale di ciascun individuo contiene al suo interno le cause delle sue stesse crisi, in quanto discrepanti rispetto al senso di coerenza sistemica fino a quel momento mantenuta. In questa prospettiva, il disturbo e i sintomi a esso associati sono concepiti come una manifestazione del tentativo da parte della persona di mantenere un certo grado di adattamento con l'ambiente e di coerenza nella propria organizzazione di significato. In tal senso, l'obiettivo dello psicoterapeuta costruttivista non è quello di «togliere i sintomi» al paziente, ma piuttosto di accompagnarlo in un processo finalizzato alla ricerca di modalità alternative di ordinamento dell'esperienza, in particolare relazionale, capaci di riattivare il proprio movimento personale.

Il ruolo dello psicoterapeuta viene concettualizzato in termini di *perturbatore strategicamente orientato* di sistemi cognitivo-affettivi chiusi dal punto di vista della loro organizzazione (Guidano 1991). Il suo compito si declina a partire dalla comprensione empatica dell'organizzazione della conoscenza del paziente, riconoscendone la legittimità. Tale comprensione consente al terapeuta costruttivista, nella relazione terapeutica con il paziente, di individuare dov'è venuta meno l'elaborazione nel flusso dell'esperienza, favorendo un incremento della consapevolezza sulle modalità sviluppate dal paziente di dare ordine a livello emotivo e narrativo alla propria esperienza.

### **La psicoterapia cognitivo-costruttivista a indirizzo relazionale**

Il concetto di alleanza terapeutica introdotto in ambito psicoanalitico da Elizabeth Zetzel (1956) ha di fatto aperto la strada a uno sviluppo progressivo della dimensione relazionale in psicoterapia in quanto fattore specifico di cambiamento, come evidenziato dalla rassegna critica di Ardito e Rebellino (2011). In ambito cognitivista Safran e Segal (1990) sono stati tra i primi a evidenziare, all'interno del contesto psicoterapeutico, la centralità dei processi interpersonali. In tale ambito, l'elemento che accomuna la maggior parte dei clinici è il riconoscimento del ruolo giocato nei processi di cambiamento della capacità del paziente di stabilire una relazione cooperativa con il terapeuta, relazione all'interno della quale è possibile aumentare progressivamente i livelli di consapevolezza del proprio funzionamento e di ciò che sta accadendo nel momento presente, nello *hic et nunc* della seduta.

In ambito cognitivo-evoluzionista Giovanni Liotti (2001, 2005), a partire dagli studi sull'attaccamento di John Bowlby (1969, 1988), ha sviluppato una teoria fondata sulle basi motivazionali dei comportamenti relazionali, che non sono concepiti come un mero realizzarsi meccanico di un impulso biologico, quanto piuttosto come il frutto del lavoro che la nostra coscienza

za opera su quelle motivazioni, integrandole in base alla propria capacità di creare un sistema di rappresentazioni e significati. In quest'ottica, la relazione terapeutica assume un ruolo centrale nel processo di cura, diventando il fattore di cambiamento per elezione. Il terapeuta permette di sperimentare sicurezza e autenticità all'interno della relazione affinché il paziente possa vivere un'esperienza intersoggettiva che gli permetta una conoscenza nuova di sé e di promuovere nuove strategie relazionali al fine di raggiungere un cambiamento profondo (Liotti, Monticelli 2014).

Nel modello cognitivo-costruttivista a orientamento relazionale, la consapevolezza/accettazione rappresenta già un cambiamento che può avvenire all'interno della relazione terapeutica con le sue specificità, come accuratamente teorizzato da Bruno Bara (2018). A partire dalla definizione di relazione tra terapeuta e paziente come l'insieme dei giochi interpersonali messi in atto all'interno della coppia, questo autore sottolinea come, a livello clinico, la relazione sia la cornice all'interno della quale si muove la coppia terapeuta/paziente il cui assetto è caratterizzato da cooperazione stabilita in modo esplicito mediante il contratto terapeutico. Bara evidenzia in particolare la centralità nella relazione del processo di *enactment*, in cui il paziente non si limita a descrivere il suo schema relazionale disfunzionale, ma lo agisce nella relazione con il terapeuta. La relazione terapeutica diventa allora uno strumento di esplorazione nella misura in cui la diade può entrare a un livello esperienziale in modalità sincronica e rendere lo schema relazionale disfunzionale del paziente oggetto di comprensione nei suoi aspetti corporei, emotivi e cognitivi. Di fatto in questa prospettiva l'intersoggettività che si realizza nella relazione tra terapeuta e paziente è l'essenza stessa del lavoro psicoterapeutico.

In questa prospettiva, di matrice costruttivista, il fattore principalmente «curativo» è la condivisione dei propri stati emotivi, cognitivi e corporei da parte del paziente con una figura co-empatica qual è il terapeuta, in particolare nell'esperienza di *enactment*, in cui la coppia vive lo stesso schema interpersonale disfunzionale dove ciò che fa la differenza fondamentale

è la consapevolezza condivisa. Tale consapevolezza, che fa anche riferimento al lavoro di raccordo di Jon Kabat-Zinn (2003) tra psicologia orientale e occidentale mediante la *mindfulness* applicata alla clinica, è la capacità del paziente, facilitata dalla relazione con il terapeuta, di porsi in osservazione di se stesso mentre interagisce con l'altro in seduta (Bara 2018).

L'affermarsi di modelli teorici che hanno mostrato la centralità della dimensione relazionale nella costruzione e modificazione della rappresentazione di sé, modelli in questo contributo brevemente accennati, ha progressivamente portato a considerare nell'ambito della psicoterapia costruttivista la relazione terapeutica come il principale strumento di cambiamento. Per questo motivo, la formazione degli psicoterapeuti a orientamento costruttivista è caratterizzata dall'attenzione posta alla consapevolezza che il terapeuta deve avere del proprio funzionamento e delle emozioni e vissuti che si attivano nella dinamica relazionale con il paziente. L'acquisizione di una competente attenzione non giudicante per i vissuti del paziente, insieme alla conoscenza delle proprie emozioni, delle modalità con cui si attivano e della capacità di modularle, sono strumenti fondamentali per l'agire terapeutico.

## BIBLIOGRAFIA

- Ardito, R. B., Bara, B. G., *Manuale di psicologia clinica e psicoterapia cognitiva: la prospettiva costruttivista*, Fioriti, Roma 2024.
- Ardito, R. B., Rabellino, D., «Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research», in *Frontiers in Psychology*, 2:270, 2011, DOI: 10.3389/fpsyg.2011.00270.
- Bara, B. G., *Il terapeuta relazionale. Tecnica dell'atto terapeutico*, Bollati Boringhieri, Torino 2018.
- Bowlby, J., *Attachment and loss volume I: Attachment*, Hogart Press, London 1969 (trad. it. *Attaccamento e perdita. I: L'attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, Torino, 1975).
- Bowlby, J., *A secure base*, Routledge, London 1988 (trad. it., *Una base sicura*, Raffaello Cortina, Milano 1989).
- Guidano, V. F., *The Complexity of the Self: A Developmental Approach to Psychopathology and Therapy*, Guilford, New York 1987 (trad. it., *La complessità*

- del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1988).
- Guidano, V.F., *The Self in the process*, Guilford, New York 1991 (trad. it. *Il Sé nel suo divenire*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992).
- Guidano, V. F., Liotti, G., *Cognitive Processes and Emotional Disorders: A Structural Approach to Psychotherapy*, Guilford, New York 1983 (trad. it. *Processi cognitivi e disregolazione emotiva. Un approccio strutturale alla psicoterapia*, Edizioni Apertamenteweb, Roma 2018).
- Kabat-Zinn, J., «Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future», in *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, pp. 144-156.
- Liotti, G., *Le opere della coscienza*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
- Liotti, G., *La dimensione interpersonale della coscienza*, Carocci, Roma 2005.
- Liotti, G., Monticelli, F., *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica: una prospettiva cognitivo-evoluzionista*, Raffaello Cortina, Milano 2014.
- Maturana, H., Varela, F. J., *The Tree of Knowledge: The Biological Roots of Human Understanding*, Boston & London, Shambhala 1987 (trad. it., *L'albero della conoscenza*, Garzanti, Milano 1987).
- Safran, J. D., Segal, Z. V., *Interpersonal Process in Cognitive Psychotherapy*, Basic Books, New York 1990 (trad. it., *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva*, Feltrinelli, Milano 1993).
- Zetzel, E. R., «Current concepts of transference», in *The International Journal of Psychoanalysis*, 37, 1956, pp. 369-376.





Seguici su Facebook e Instagram  
per sapere tutto sui nostri prossimi libri in uscita,  
sugli incontri con i nostri autori  
e conoscere le nostre iniziative speciali.



*Facebook.com/Espressedizioni*

*Instagram.com/espress\_edizioni*