

A.Psi.C.
Associazione Psicoanalisi Contemporanea

Direttore Responsabile
Daniela Cassano

Direttore Editoriale
Morena Danieli

Redattore Capo
Laura Fattori

Psicoanalisi Contemporanea

Registrazione presso Tribunale di Torino n.13 del 28/03/2022

ISSN 2785-5376



Sede della Redazione

via G. Verdi, 45, Torino

Email:

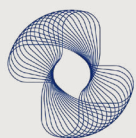
redazione@psicoanalisicontemporanea.it

Sito web:

www.apsic.it

Indice

Editoriale	6
Teoria e Tecnica Psicoanalitica.....	9
Riflessioni sull'evoluzione del concetto di interpretazione..... Daniela Settembrini	10
Casi clinici.....	23
La caduta degli ideali e la rabbia degli adolescenti..... Elena Buday	24
Interfacce	37
Psicoterapia psicoanalitica e ricerca sull'efficacia:..... una rassegna aggiornata di studi sperimentali Morena Danieli	38
Formazione	49
Riflessioni sul modello bio-psico-sociale oggi..... Maria Baiona	50
Recensioni	55
Tre caratteri. Narcisista, borderline, maniaco-depressivo..... Recensione di Daniela Cassano	56
Sex, Death and the Superego. Updating Psychoanalytic..... Experience and Developments in Neuroscience Recensione di Morena Danieli	58



A.Psi.C.
Associazione Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere e ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Direttore Responsabile

Daniela Cassano

Direttore Editoriale

Morena Danieli

Redattore Capo

Laura Fattori

Comitato Scientifico di A.Psi.C.

Maria Baiona

Franco Freilone

Stefano Calamandrei

Redattori

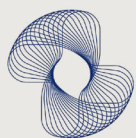
Giulia Brolato

Chiara Pugnetti

Mirella Rostagno

Ilaria Saracano

Daniela Settembrini



A.Psi.C.
Associazione Psicoanalisi Contemporanea

Hanno dato il loro contributo a questo numero:

M. Baiona

Direttore Neuropsichiatria Infantile Nord-Asl
Città di Torino.

E. Buday

Psicologa e Psicoterapeuta. Istituto Minotauro
Milano.

D. Cassano

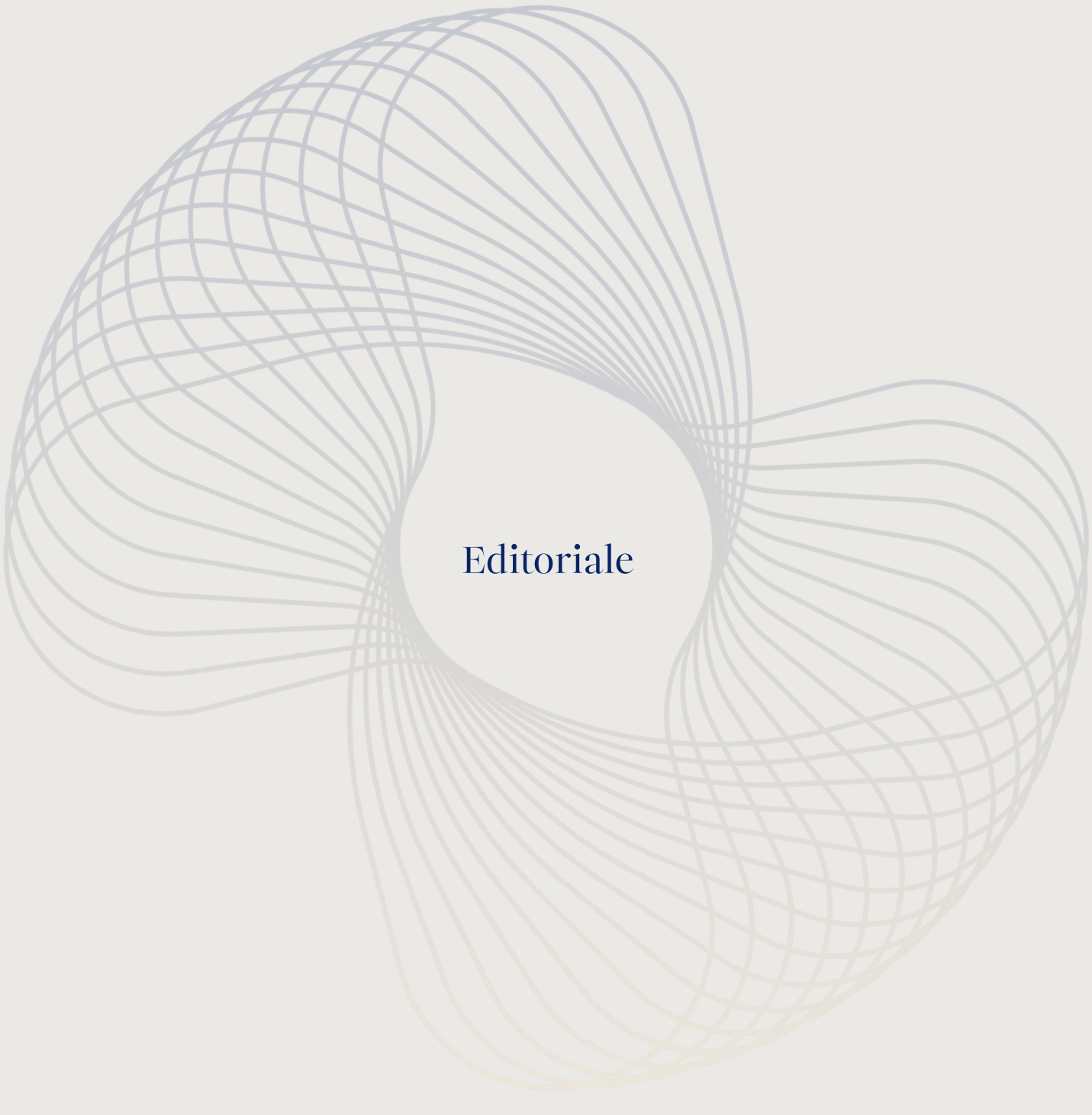
Neurologa, Psicoterapeuta, socio fondatore
A.Psi.C. e co-direttrice della rivista *Psicoanalisi
Contemporanea*.

M. Danieli

Neuropsicologa, Psicoterapeuta, socio
fondatore A.Psi.C. e direttrice editoriale della
rivista *Psicoanalisi Contemporanea*.

D. Settembrini

Psicologa, Psicoterapeuta, socio fondatore e
presidente A.Psi.C.



Editoriale

Siamo giunti al secondo numero, il primo del 2022, della nostra rivista. Viviamo un periodo estremamente difficile a causa degli strascichi della pandemia da Covid 19 non ancora conclusa e, dal 24 febbraio scorso, siamo precipitati in una grave crisi internazionale a causa della guerra che la Russia ha scatenato contro l'Ucraina. In periodi così difficili per tutti il primo pensiero va a coloro che soffrono in prima persona le conseguenze drammatiche ed angoscianti del conflitto in corso. L'auspicio di tutti noi è che vengano avviate al più presto le trattative per una pace durevole e che, per perseguire questo obiettivo, l'Europa riesca a trovare l'unità di intenti, la credibilità e l'autorevolezza necessari per svolgere un'efficace opera di mediazione.

Il secondo numero propone, per la sezione *Teoria e Tecnica Psicoanalitica*, un articolo di Daniela Settembrini, Presidente di A.Psi.C., dal titolo “Riflessioni sull'evoluzione del concetto di interpretazione”, che parte dalle prime costruzioni teoriche di Freud per poi seguirne le evoluzioni attraverso le teorizzazioni successive (E. Jacobson, M. Klein, D. Winnicott, W. Bion) fino agli sviluppi legati alle declinazioni della sofferenza mentale nella contemporaneità.

Per la sezione *Casi Clinici* Elena Buday, psicoterapeuta dell'Istituto Minotauro di Milano, traendo spunto dal caso di una giovane paziente, conduce la sua riflessione sulle forme caratteristiche del disagio adolescenziale nel periodo seguito alla pandemia da Covid 19, con particolare attenzione ai diversi possibili significati e declinazioni del sintomo “attacchi di panico”.

Per la sezione *Formazione* Maria Baiona porta l'attenzione sul modello bio-psico-sociale partendo dagli sviluppi del concetto di salute che oggi include tutto ciò che garantisce il benessere dell'individuo inserito nel suo contesto sociale e culturale. L'articolo prende in considerazione le possibili declinazioni della moderna terapia dell'infanzia e dell'adolescenza e del rapporto tra le varie figure professionali coinvolte in un'ottica di intervento di tipo multiprofessionale.

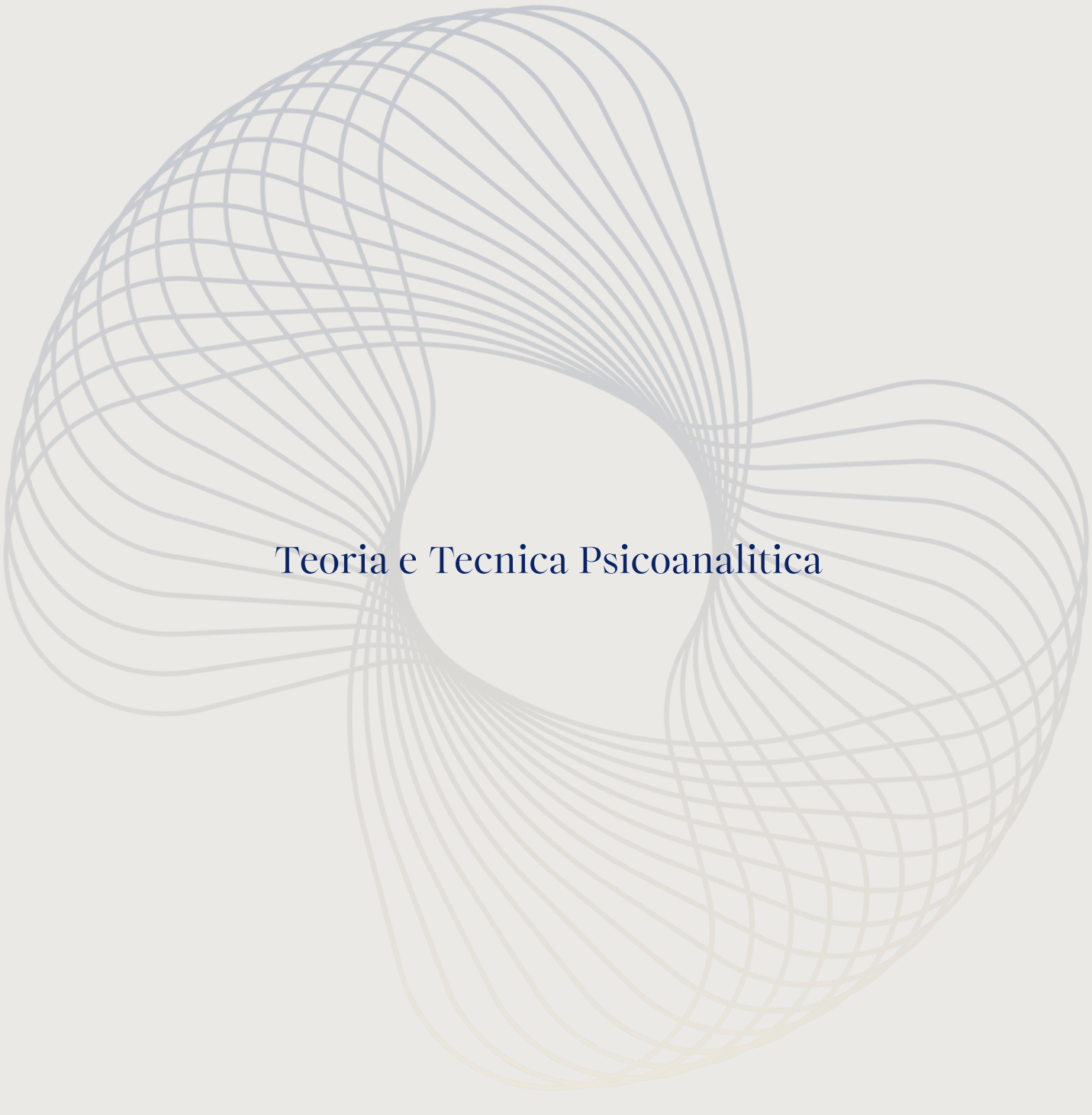
Nella sezione *Interfacce* Morena Danieli propone una riflessione sulle modalità di ricerca in psicoterapia psicoanalitica. Il suo contributo prende spunto dal recente documento dell'Istituto Superiore di Sanità sui risultati del Gruppo di lavoro sulle terapie psicologiche per ansia e depressione e fornisce un aggiornamento sui risultati sperimentali recenti.

Per la sezione *Recensioni* Daniela Cassano recensisce il libro di Christopher Bollas “Tre caratteri. Narcisista, borderline, maniaco-depressivo”, che prende in esame tre tipologie di pazienti molto frequenti nella clinica contemporanea. Si tratta di strutture psichiche complesse, ciascuna con specifiche peculiarità cliniche e di trattamento, create in risposta al dolore psichico che origina da fallimenti nelle relazioni oggettuali più precoci tra madre (e/o ambiente) e bambino.

Nella seconda recensione Morena Danieli prende in esame il libro di Ronald Britton *Sex, Death and the SuperEgo, Updating Psychoanalytic Experience and Developments in Neuroscience*. In questa seconda edizione (la prima risale al 2003), Britton propone una rivisitazione delle conoscenze psicoanalitiche sulla base della propria lunga esperienza clinica e dei risultati degli avanzamenti in campo psicoanalitico e neuroscientifico. Il libro si snoda attraverso tre parti fondamentali che riprendono i concetti di isteria, del rapporto tra Io e Super-io, con

particolare riferimento al Super-io invidioso, e del narcisismo.
Vi auguriamo una piacevole e proficua lettura!

La Redazione



Teoria e Tecnica Psicoanalitica

Riflessioni sull'evoluzione del concetto di interpretazione

A cura di Daniela Settembrini

Riflettere sul concetto di interpretazione nel processo terapeutico e sul suo sviluppo implica considerare anche l'evoluzione del concetto di inconscio nell'ambito della metapsicologia e della teoria della tecnica in psicoanalisi. La questione dell'interpretazione possiede un versante di elaborazione teorica e uno clinico: ossia come e quando si interpreta, come e quando il terapeuta suggerisce interpretazioni e a che livello e in che senso si possa parlare di validità delle interpretazioni.

Nella pratica clinica l'interpretazione si è evoluta in relazione allo studio delle fasi preedipiche e della contemporanea presa in carico di pazienti bambini, adolescenti e non nevrotici.

ORIGINI

L'interpretazione psicoanalitica nel senso classico del termine, e cioè secondo l'impianto teorico che ne ha dato Freud, è un processo di nuova attribuzione di significato dell'esperienza soggettiva a partire dal recupero di desideri rimossi, nella prima infanzia, a causa del loro carattere conflittuale.

Freud nel saggio *“Costruzioni nell'analisi”* (1937) fornisce una sintesi finale dello sviluppo¹ del suo pensiero relativamente all'interpretazione.

Il lavoro analitico è possibile attraverso il trattamento di svariato materiale: frammenti di ricordi nei sogni, idee improvvise a seguito delle libere associazioni che si riferiscono ad episodi rimossi e a moti affettivi repressi, ripetizioni degli affetti rimossi nelle relazioni e nel transfert. Nel lavoro analitico il paziente ricorda, mentre “l'analista deve scoprire o per essere più esatti costruire il materiale dimenticato a partire dalle tracce che di esso sono rimaste” (O.S.F. II pag. 543).

Ma l'interpretazione è un processo della psiche indipendentemente dal lavoro terapeutico, una funzione del processo mentale di qualsiasi individuo: la vita psichica si avvale di essa per giungere all'espressione di sé. Quindi, l'interpretazione psicoanalitica non è qualcosa di estraneo ed esterno al processo psichico e dall'esterno lo condiziona: la differenza è che nel rapporto terapeutico è “regolata”, è un ampliamento ed un perfezionamento di un processo che si compie da solo.

L'interpretazione, per Freud, riguarda elementi singoli della storia del soggetto, mentre la costruzione si ha quando si propone al paziente il senso di un brano più ampio della sua storia passata.

Il senso di una storia può essere colto anche in assenza di elementi fattuali, e addirittura anche nell'ipotesi in cui qualche elemento sia erroneo. Ossia, è possibile anche fraintendendo questa o quella parola, ignorando o non comprendendo un dato particolare, comprendere il senso globale dell'agire o del discorso del paziente.

Nella ricostruzione di una storia ogni singolo passaggio incide sulla trasformazione di tutta la storia precedente: ossia l'interpretazione e la ricostruzione sono di per sé trasformative. Freud usa la metafora dell'embrione in sviluppo, in cui la fase presente dello sviluppo è riassuntiva e superattrice di tutte le fasi precedenti. Questa analogia è connessa alla *nevrosi di traslazione*, la ripetizione che testimonia la presenza del passato nel presente: attraverso di essa può emergere la storia passata del soggetto. Ma la costruzione è solo un lavoro preliminare, la prima fase per giungere all'elaborazione psichica e quindi alla guarigione.

La sicurezza che le costruzioni siano coerenti e valide è data dalla produzione da parte del paziente di materiale ulteriore compatibile con la proposta di interpretazione e costruzione del terapeuta. Si può capire che la ricostruzione fatta sul materiale fornito dal paziente sia inesatta dal fatto che egli rimanga impassibile e non reagisca né confermando, né smentendo, né aggiungendo nulla. In quel caso alla prima occasione è importante rettificare ed ammettere l'errore. "Tale occasione si presenta quando affiora del nuovo materiale che consente una costruzione migliore, permettendoci così di rettificare il nostro errore" (Ibidem, pag.545).

Se dopo una comunicazione il paziente ha una reazione terapeutica negativa ciò può non avere a che fare con la scorrettezza degli interventi del terapeuta, ma con il senso di colpa, il bisogno masochistico di soffrire e la ribellione all'aiuto. In sintesi, se la costruzione è falsa può non cambiare nulla; se invece essa rivela degli aspetti veri per il paziente egli può reagire con un aggravamento dei suoi sintomi e del suo stato generale (Ibidem, pag.549). Quindi, solo la prosecuzione della terapia può permettere di valutare se la costruzione sia esatta o no ed è per questo che è bene presentare al paziente sempre le interpretazioni e le ricostruzioni come ipotesi da confermare o confutare.

La costruzione dell'analista dovrebbe terminare con il ricordo dell'analizzato, ma più frequentemente si tratta del ritorno del rimosso. Il paziente assume come vera la costruzione: ciò per Freud, dal punto di vista terapeutico, ha lo stesso valore di un ricordo recuperato.

Non cerchiamo la "verità materiale", in senso realistico, come potrebbe essere la verità processuale, ma la "verità storica" una verità che consenta al soggetto di attribuire un senso al proprio passato, che sia compatibile con la sua esistenza e gli fornisca coerenza interna. In altri termini, una verità sul passato che diventi accettabile, che consenta di progettare il futuro e di pacificarsi rispetto a pregresse vicende traumatiche. Ciò può anche implicare il "perdonare" e "dimenticare" qualcosa nel rapporto con gli altri, in primo luogo con i genitori, per poter recuperare la loro memoria e costruire rapporti più funzionali in futuro. Non si tratta della costruzione di una verità fantasiosa frutto della suggestione, ma della comprensione, anche in chiave transgenerazionale, dei motivi per i quali gli altri, i genitori, si siano mossi in un certo modo, spesso disfunzionale rispetto alle esigenze dei figli. Il lavoro terapeutico implica che il paziente per primo modifichi il proprio atteggiamento nei confronti delle figure significative e che ne consegua il cambiamento non solo del rapporto presente e futuro con l'altro, ma anche del senso del rapporto passato. Il senso di una storia si evolve continuamente e non è mai dato una volta per tutte, ma si trasforma attraverso il vissuto: non si tratta di scoprire il senso, ma di costruirlo, sapendo che il senso non sarà mai compiuto una volta per

tutte (Freud S., 1937, *Analisi terminabile e interminabile*, O.S.F. vol.II). Il lavoro analitico non è scoprire un senso dato, già dalle origini, ma costruzione di senso.

SVILUPPI

Il concetto di interpretazione si è evoluto dalle origini ai giorni nostri, arricchendosi di significati ed integrando la concezione freudiana che, comunque, rimane valida in vaste aree dell'esperienza clinica. Tale trasformazione segue di pari passo il cambiamento dei pazienti contemporanei. Con alcuni di questi pazienti non tradizionalmente nevrotici, con difficoltà di simbolizzazione, esperienza di vuoto, problematiche connesse al Sé, talvolta Io debole e presenza di meccanismi di difesa più primitivi, il tema principale non è il recupero del desiderio rimosso (che non ha mai trovato un'espressione simbolica nell'apparato psichico).

La clinica post freudiana ha messo in luce gli aspetti preedipici dello sviluppo dell'individuo. Viene tracciato il cammino che il bambino deve percorrere per uscire dalla simbiosi con la madre, processo definito come "separazione-individuazione" (Jacobson E. 1964, *Il Sé e il mondo oggettuale*, Martinelli, Firenze 1974). La teoria delle pulsioni viene rivista nei termini dell'esperienza soggettiva che ne fa il bambino. Da tale esperienza si formano l'immagine del Sé e l'"immagine dell'oggetto", attraverso l'integrazione di libido e aggressività.

Gli autori post-freudiani sottolineano l'importanza della relazione per la costruzione di simboli. Con M. Klein, D. Winnicott e W. Bion, diventa chiaro come la costruzione della mente avviene attraverso le relazioni primarie.

In quest'ottica, attraverso l'interpretazione, nella terapia vengono affrontati di frequente, con i pazienti contemporanei, nodi legati al processo di separazione-individuazione e all'immagine di Sé. L'interpretazione si incentra, in questi casi, sulla necessità di individuazione, della costruzione di una mente separata e sull'immagine di sé, spesso intossicata da elementi legati all'Ideale dell'Io.

Il terapeuta, sempre più spesso, si trova di fronte, oltre che ad una domanda di significazione del desiderio, ad una richiesta di sostegno della soggettività, prioritaria e pressante, alla necessità di rispecchiamento dell'assetto mentale e degli affetti del paziente. Sempre più spesso al terapeuta spetta di mettere in parola per la prima volta elementi grezzi (Bion), vissuti che non sono mai stati verbalizzati nella relazione con le figure significative.

Gli psicoanalisti contemporanei hanno teorizzato il concetto di fantasia, un costrutto che assume molteplici significati ed espressioni. La fantasia possiede caratteristiche ideative, emotive, immaginative, realistiche e corporee, sia conscia che inconscia, sia simbolica che asimbolica.

Anche la teoria della mente si è evoluta: l'attività mentale è intesa sia come cognitiva che affettiva e non vi è la separazione tra rappresentazione e affetto.

L'interpretazione si incentra maggiormente sulla fantasia e quindi sulla necessità di nominare e significare il desiderio magari per la prima volta.

Nel lavoro terapeutico diventa fondamentale il processo di simbolizzazione e che il terapeuta

favorisca il passaggio dall'asimbolico al simbolico attraverso la traduzione di elementi β in β (Bion). Allora l'assetto mentale del terapeuta deve oscillare tra un piano simbolico e un piano che necessita di traduzione simbolica. La possibilità di tale traduzione si fonda sulla costanza della relazione terapeutica, sull'individuazione della giusta distanza tra terapeuta e paziente, a volte incline a riprodurre uno stile simbiotico e il desiderio della "fusione delle menti", sull'ascolto che consentono la trasformazione delle emozioni in affetti.

Così, l'attenzione terapeutica viene spostata nella cura psicoanalitica sulla posizione e sul movimento del soggetto nello spazio della relazione analitica e sulla sua possibilità di esistere e di esprimersi al suo interno.

L'interpretazione, allora, viene ad assumere molte funzioni ulteriori quali l'identificazione, il contenimento, il sostegno, la vicinanza, la tolleranza. Spesso verte nell'attribuire un significato a ciò che accade in seduta, restituirlo al paziente perché possa sentirsi compreso, favorire l'integrazione delle scissioni, cogliere e modificare le angosce, le fantasie inconscie e le fragilità dell'Io. L'obiettivo è, tra gli altri, che il paziente acquisisca una qualche domestichezza con il proprio mondo interno e la propria soggettività, che tolleri in qualche modo l'incertezza e ciò che è sconosciuto, non prevedibile e non controllabile.

Poiché possono essere presenti tematiche relative alla simbiosi non risolta ² ed elementi di fusionalità, l'interpretazione, la parola possono diventare il terzo, tra terapeuta e paziente, atte a fornire una visione altra ed estranea e per questo differenziante.

ANGOSCIA

L'attività interpretativa, parallelamente, deve tenere conto della qualità dell'angoscia, che in psicoanalisi deriva spesso da un conflitto interiore.

La prima teorizzazione freudiana vede l'angoscia come "libido convertita" ³, secondo la concezione economica della pulsione accanto alla concezione simbolica dell'angoscia segnale.

Con l'introduzione del concetto di rimozione e di sintomo si ha la trasformazione dell'affetto legato alla rappresentazione rimossa in angoscia. L'angoscia di castrazione, in Freud, è l'angoscia per definizione e sembra incarnare il modello di tutte le angosce, rappresentando, nella situazione edipica, lo stato affettivo originario dell'impotenza e della paura della perdita (separazione).

Melanie Klein sposta l'attenzione sulle fasi preedipiche dello sviluppo e sulle relative angosce precoci, teorizzando l'esistenza di due tipi di angoscia, persecutoria e depressiva, connessi alle fasi schizoparanoide e depressiva: le angosce fondamentali sono di annichilimento e di perdita dell'oggetto.

Anche Donald Winnicott si occupa delle angosce precoci, ma le collega all'ambiente e alla qualità delle cure primarie, ritenendole importanti per lo sviluppo del Sé e dell'identità. Le angosce persecutorie e di annichilimento sarebbero la causa dello sviluppo del falso Sé. Qui il ruolo delle relazioni significative e dell'ambiente è fondamentale per il contenimento e la trasformazione delle angosce.

R. D. Fairbairn (1963), per primo, teorizza che la prima forma di angoscia sperimentata dal bambino sia l'angoscia di separazione, mentre gli psicoanalisti contemporanei collegano l'angoscia intensa e cronica ad un senso del Sé non intatto, fragile e manchevole.

Classicamente, si associano differenti tipi di angoscia a differenti strutture di personalità: l'angoscia di castrazione per la nevrosi, di perdita dell'oggetto o abbandono per le personalità borderline, di frammentazione per la psicosi. L'angoscia borderline, che non è mai troppo profonda, anche nei momenti di apparente ipomania e di esplosiva euforia è l'angoscia depressiva. Compare quando il soggetto immagina che il suo oggetto anaclitico gli venga a mancare, gli sfugga. Si tratta di un'angoscia di perdita dell'oggetto, perché, senza questo, il soggetto anaclitico sprofonda nella depressione. L'anaclitico ha bisogno di un altro vicino a sé: pur temendo i pericoli dell'intrusione, quando vi è un'eccessiva vicinanza, non può decidere di rimanere solo; per questo cerca volentieri il gruppo, vi si sente più rassicurato.

Così come si tende a integrare la diagnosi strutturale con la diagnosi dimensionale, si tende ad ampliare la concezione dell'angoscia contemporanea. L'angoscia intensa e cronica pare dovuta a un senso del Sé carente.

Il Sé può sentirsi minacciato sia dal suo processo di individuazione che lo allontana dagli oggetti-Sé, sia dal desiderio regressivo di fondersi con gli oggetti-Sé, una fusione che attenterebbe all'integrità del Sé. (Eagle M.N., 1984, *La psicoanalisi contemporanea*, Laterza, Bari, 1997).

Quindi, condizioni cliniche di angoscia importanti sarebbero connesse ad un ambiente particolarmente inadeguato a supportare l'evoluzione di un senso di identità stabile e lo sviluppo delle capacità di contenimento e di simbolizzazione.

È molto più importante di quanto non sembri distinguere sempre le forme di angoscia, molto differenti tra loro. L'angoscia specifica di ciascuno caratterizza la sua posizione nel mondo: l'angoscia di frammentazione è un'angoscia sinistra, di disperazione, di ripiegamento. L'angoscia di castrazione è un'angoscia di colpa, diretta verso un futuro anticipato in modo erotizzato. Tra queste due posizioni estreme, l'angoscia depressiva riguarda tanto il passato che il futuro.

Con il paziente nevrotico si interpreta l'angoscia legata all'amore e all'odio così come si manifesta nel qui e ora, nella nevrosi da transfert, per poi ricondurre questi sentimenti alle relazioni dell'infanzia, perché questo è il modo con il quale il nevrotico si rapporta agli oggetti significativi.

Con il paziente che manifesta maggiormente angoscia depressiva, il terapeuta deve cercare di mantenersi integro nei confronti dell'aggressività che accompagna l'amore. Ciò consente al paziente di riparare i propri oggetti interni e di far fronte al senso di colpa e all'ambivalenza. Con pazienti più gravi, ad esempio gli schizoidi, il terapeuta deve sforzarsi di comprendere tutti gli aspetti del materiale presentato, ma deve privilegiare il contenimento all'interpretazione. Infatti, questi pazienti necessitano maggiormente di un supporto dell'Io o di un sostegno generico. Il supporto e il contenimento, l'holding materna, fronteggiano l'angoscia del paziente a disgregarsi, a cessare di esistere, a "cadere per sempre" (Winnicott).

I pazienti che presentano un falso Sé necessitano di essere accompagnati nella regressione ad una fase di dipendenza infantile che consenta di far emergere il vero Sé. Nell'eventualità di un crollo del paziente il terapeuta deve fornire un sostegno all'Io.

INCONSCIO

L'interpretazione si sviluppa di pari passo con il concetto di inconscio e tiene conto sempre necessariamente della qualità dell'angoscia.

La concezione contemporanea dell'inconscio, anche attraverso le acquisizioni delle neuroscienze, non prevede più soltanto un inconscio simbolico, serbatoio delle pulsioni, ma aree costituite da elementi non trasformati, incompiuti, grezzi, che Freud aveva individuato parlando dei meccanismi della scissione dell'Io e del diniego della realtà appartenenti a personalità secondo lui non analizzabili. L'inconscio è anche il contenitore di rappresentazioni e affetti che non hanno mai raggiunto uno statuto simbolico, non sono mai stati trasformati in pensieri, esperienze sensoriali ed emozionali non simbolizzate, o desimbolizzate, come ha ben spiegato Bion. Questi aspetti della vita mentale inconscia sono stati qualificati con vari aggettivi: non rimosso, primario, originario, implicito, procedurale, pre-riflessivo, pre-simbolico, sub-simbolico, a-simbolico, onirico, irrappresentabile, proto-mentale, pre-verbale, relazionale, bi-personale, strutturale ecc. (Barnà, 2007; Bastianini & Moccia, 2003; Bonfiglio, 2010; Bott Spillius, 2007; Civitarese, 2011; De Toffoli, 2007; Falci, 2009; Ferro, 2010; Fiorentini et al., 2001; Krause, 2011; Lyons-Ruth, 1999; Mancia, 2007; Martini, 2009; Moccia, 2009).

È evidente, quindi, che anche la concezione del lavoro interpretativo muta. Il terapeuta deve entrare in risonanza con lo stato interno del paziente caratterizzato da una disregolazione degli affetti, modula tale stato interno e lo restituisce al paziente in una forma più regolata e simbolica. Ciò avviene attraverso la capacità del terapeuta di tradurre in parole stati corporei evocati in lui nel controtransfert, attraverso le comunicazioni transferali del paziente. Si tratta di avviare nel paziente un processo di autoregolazione che gli permetta di accedere in modo continuativo al piano simbolico. Ciò consente al paziente un'esperienza nuova per cui un oggetto esterno compie una funzione di regolazione e non di ulteriore disregolazione del Sé.

La regolazione degli affetti, quindi, è un obiettivo primario del trattamento delle dinamiche pre-edipiche, in particolare l'attenzione al riconoscimento e alla identificazione degli affetti mai regolati nella relazione con le figure significative, durante lo sviluppo, né rappresentati simbolicamente nel mondo interno. In una terapia a lungo termine che preveda il passaggio dal piano presimbolico sensomotorio delle emozioni grezze ad un piano simbolico più evoluto, attraverso l'interiorizzazione delle funzioni di regolazione del terapeuta, il paziente dovrebbe accedere ad una capacità autoriflessiva e ad una sempre maggiore funzione analitica della mente.

La psicoanalisi afferma chiaramente che per avviare il processo simbolico è indispensabile la

relazione emotiva, così come le neuroscienze incominciano ad individuare, attraverso i neuroni specchio, il sostrato organico di tale processo. In quest'ottica, è importante intendere la rimozione non come relativa ad un contenuto simbolico dimenticato, ma come ad un contenuto emozionale-ideativo che ha rinunciato al registro simbolico.

CONCLUSIONI

In conclusione, il fine della terapia psicoanalitica è la trasformazione dell'inconscio mediante la parola e attraverso il transfert. Anche le interpretazioni imprecise possono essere utili perché il terapeuta conservi la posizione di oggetto esterno, specialmente con pazienti con spiccate tendenze alla simbiosi. La verbalizzazione aiuta anche i pazienti gravi a mobilitare le capacità intellettuali, rafforzando il loro Io.

In *Attenzione e interpretazione*, Bion mette in luce un aspetto importante del lavoro interpretativo psicoanalitico che è l'individuazione e la configurazione (costruzione) della fantasia inconscia seguita dal suo dispiegamento in un significato comprensibile. L'interpretazione psicoanalitica non si esaurisce nell'interpretazione della fantasia inconscia, anche se è imprescindibile. Tale interpretazione non è un lavoro di traduzione, poiché il pensiero inconscio è radicalmente incompatibile con il pensiero conscio. Si tratta di due modi diversi di percepire e organizzare il rapporto con la realtà: nel primo la relazione del soggetto con l'ambiente circostante tende all'indifferenziazione, nel secondo la differenza tra sé e l'altro diventa il centro di ogni percezione possibile del mondo. La relazione tra l'inconscio e la coscienza è profondamente antinomica. L'acquisizione della capacità di usare le parole per esprimersi segna in ogni essere umano uno spartiacque profondo tra un pensiero basato sul principio della "non contraddizione" e un pensiero che ignora questo principio. Il primo tipo di pensiero, il processo secondario, è centrato sulla rappresentazione di parola, mentre il secondo è definito abitualmente processo primario ed è centrato sulla rappresentazione di cosa. Gli sviluppi post-freudiani affiancano al processo primario e a quello secondario il processo originario (Thanopoulos, 2009), ossia un processo in cui la rappresentazione dell'altro è assente e la distanza tra le sensazioni corporee e la loro rappresentazione mentale tende ad essere inesistente o minima. In questa prospettiva, la rappresentazione di cosa è preceduta nel tempo da una rappresentazione del confine sensoriale tra sé e l'oggetto (Aulagnier). Tale esperienza dell'oggetto è ciò di cui parla Bollas ne *L'Ombra dell'oggetto*, quando teorizza il concetto di oggetto trasformativo come alterazione dell'esperienza del Sé. È una relazione con l'oggetto di tipo simbiotico, il cui primo oggetto non può essere "conosciuto" attraverso una rappresentazione oggettuale, ma attraverso un'esperienza "sensoriale": una conoscenza esistenziale in contrasto con quella rappresentativa per cui la madre contribuisce all'integrazione dell'essere del bambino. Riprendendo la lezione di Winnicott, si può parlare di madre ambiente a fianco della madre oggetto, indispensabile per la realizzazione della rappresentazione originaria. L'oggetto trasformativo è una pietra miliare del discorso di Bollas (1987) sul conosciuto non pensato, vale a dire su ciò che è noto ma non è ancora stato pensato, se per pensato inten-

diamo ciò che è stato accuratamente elaborato a livello mentale. Il conosciuto non pensato è associato da Bollas ai concetti di vero Sé (Winnicott) e di rimozione primaria (Freud), cioè una disposizione ereditaria, trasmessa geneticamente, che esiste come potenziale nello spazio psichico. Bollas afferma che il conosciuto non pensato non è, nella sua essenza, pensabile: in ciascuno di noi c'è una scissione fondamentale tra ciò che pensiamo di sapere e ciò che sappiamo ma che non potremo mai pensare. “Nel corso del transfert e del controtransfert lo psicoanalista può riuscire a facilitare il passaggio dal conosciuto non pensato al pensiero, e il paziente può riuscire a pensare qualcosa sul suo essere che non era mai riuscito a pensare prima. Ma prima o poi tutti gli analisti falliranno nell'impresa di trasferire il conosciuto non pensato al pensiero, ed è importante entrare in rapporto con la misteriosa indisponibilità di buona parte delle nostre conoscenze (*L'ombra dell'oggetto*, p.241). Questa posizione deve molto al concetto del “nucleo isolato, non comunicabile del Sé” di Winnicott.

Il soggetto, in terapia, si definisce sempre più necessariamente nello spazio intersoggettivo, e più precisamente nello spazio e nel tempo del generazionale (Kaes R., Faimberg H., Enriquez M., 1995). Allora, attualmente, non si può parlare di interpretazione in psicoanalisi senza tener conto della qualità del legame che unisce il paziente al suo terapeuta nel momento in cui l'interpretazione è formulata.

L'interpretazione mutativa non è solo costruzione intersoggettiva, ma neppure solo ricostruzione del passato del soggetto: essa si colloca tra questi due poli, in uno spazio in cui fantasma e realtà si ricongiungono. La sua funzione è di permettere al paziente di uscire dal suo impasse, e il solo mezzo di cui dispone l'essere umano è la mentalizzazione.

Note

1. E' possibile, in qualche modo, rintracciare uno sviluppo del concetto di interpretazione in Freud attraverso tre fasi che sono: l'Interpretazione (deutung) dagli *Studi sull'isteria*, al *Progetto*, fino all'*Interpretazione dei sogni*, l'Elaborazione (durcharbeiten) dal Caso di Dora, cioè alla scoperta della traslazione, alla *Psicopatologia della vita quotidiana*, fino al 1915, anno in cui esce il saggio di Metapsicologia sull'inconscio, la Costruzione (Konstruktion) dalla seconda topica del 1920 fino a *Costruzioni nell'analisi* del 1937.
2. Non mi dilungo qui sulle motivazioni relative alla tendenza sempre maggiore alla presenza di nuclei simbiotici non risolti nei pazienti, nuclei connessi anche alle caratteristiche delle famiglie contemporanee.
3. Nella prima teorizzazione (1915-1917) prevale il punto di vista economico secondo il quale l'angoscia sarebbe un accumulo di libido che non può essere simbolizzata e tende alla scarica.

Bibliografia

Bach, S. (1985). Perspectives on self and object, in *Narcissistic states and the therapeutic Process*, New York, Jason Aronson.

Balint, M. (1937). Primi stadi di sviluppo dell'Io. L'amore oggettuale primario. In *L'amore primario*, Guaraldi, Rimini 1973.

Barnà, C.A. (2007). *L'inconscio tra natura e cultura*. Psiche 1, 51-68.

Bastianini, T. & Moccia G. (2003). Riflessioni sulle attuali evoluzioni dei concetti di affetto, memoria e azione terapeutica. *Rivista di Psicoanalisi*, 49, pp. 529-549.

Bion, W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Traf. it. Armando, Roma, 1972.

Bion, W.R. (1957). Attacchi al legame. Trad. it. *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando, Roma, 1970.

Bion W.R. (1970). *Attenzione e interpretazione*. Trad. it. Armando Editore, Roma, 2010.

Bollas C. (2009). *La domanda infinita*, Astrolabio Ubaldini, Roma, 2009.

Bollas C. (2018). *L'ombra dell'oggetto*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2018.

Bonfiglio B. (2010). Inconscio strutturale, funzioni dell'analista e verbalizzazione. *Rivista di Psicoanalisi*, 57, 389-394.

Bott Spillius E. (2007). Fantasia, identificazione proiettiva, inconscio, *Psiche*, 1, 81-86.

Cecchini A. (1990). *L'interpretazione psicoanalitica: aspetti epistemologici e metodologici*, Il Segnalibro, Milano.

Civitarese G. (2011a). L'in/conscio come una funzione psicoanalitica della personalità. *Rivista di Psicoanalisi*, 58, 821-838.

Civitarese G. (2011b). *La violenza delle emozioni. Bion e la psicoanalisi postbioniana*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

De Toffoli C. (2007), *Il sapere inconscio iscritto nel corpo*, *Psiche*, 1, 87-102.

Eagle M.N. (1984), *La psicoanalisi contemporanea*, Laterza, Bari 1997.

Fabozzi P. (A cura di), *Forme dell'interpretare. Nuove prospettive nella teoria e nella clinica psicoanalitica*, Franco Angeli, Milano, 2003.

Fairbairn W.R.D. (1944. La struttura endopsichica considerata in termini di relazioni oggettuali. In: *Studi psicoanalitici sulla personalità*, Boringhieri, Torino, 1970.

Fairbairn R.D. (1963). *Il piacere e l'oggetto*, Trad. it. Astrolabio, Roma, 1992.

Falci A. (2009). Per una ricerca psicoanalitica sui processi inconsci. *Rivista di Psicoanalisi*, 55, pp. 953-976.

Ferro A. (2010). *Tormenti di anime. Passioni, sintomi, sogni*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Fiorentini G., Frangini G., Molone P., Ubaldini M.M., Robutti A. & Savoia V. (2001). L'inconscio nelle prospettive relazionali, *Rivista di Psicoanalisi*, 47, 51-75.

Freedman N. e Lavender J. (1997). On receiving the patient's transference: the symbolizing and de-symbolizing countertransference, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45; 79-103.

Freud S. (1913-14). *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi*, O.S.F. 7.

Freud S. (1915a). *Metapsicologia*, O.S.F. 8.

Freud S. (1915b), *La rimozione*, O.S.F. 8.

Freud S. (1915-1917). *Introduzione alla psicoanalisi*, "Angoscia". O.S.F. 8.

Freud S. (1925). *Inibizione, sintomo e angoscia*, O.S.F. 10.

Freud S. (1937a). *Costruzioni nell'analisi*, O.S.F.11.

Freud S. (1937b). *Analisi terminabile e interminabile*, O.S.F. 11.

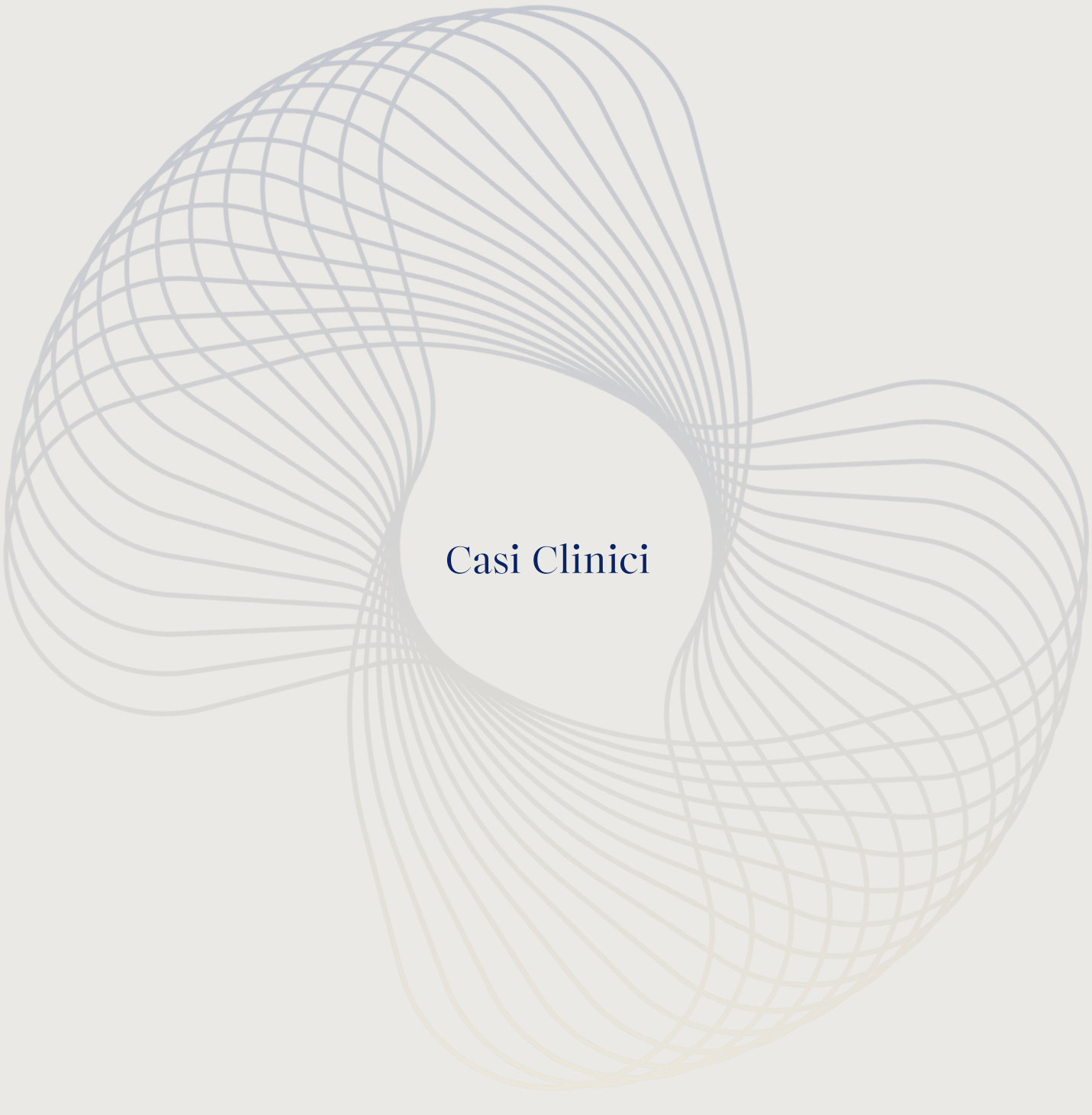
Gabbard G.O. & Westen D. (2003). Ripensare l'azione terapeutica. *L'annata psicoanalitica internazionale*, 1, 51-73, Borla, Roma.

Jacobson E. (1964). *Il Sé e il mondo oggettuale*. Trad. it. Martinelli, Firenze 1974.

- Kaes R., Faimberg H., Enriquez M. (1986). *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*, Trad. it. Borla, Roma, 1995.
- Klein M. (1928). I primi stadi del conflitto edipico. In *Scritti* (1921– 1958), Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
- Klein M. (1935). Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco–depressivi. In *Scritti* (1921– 1958), Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
- Klein M. (1946). Note su alcuni meccanismi schizoidi. In *Scritti* (1921– 1958), Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
- Klein M. (1948). Sulla teoria dell'angoscia e del senso di colpa. In *Scritti* (1921– 1958), Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
- Krause M.K. (2011). Esiste un inconscio, o molti?, *Rivista di Psicoanalisi*, 57, 413–420.
- Lyons–Ruth K. (1998). Implicit relational knowing: its role in development and psychoanalytic treatment. *Inf. Ment. Health Jour.*, 19 (3), pp. 282–289.
- Mahler M.S., Pine F., Bergman A. (1975). *La nascita psicologica del bambino*. Trad. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
- Mancia M. (2007). L'inconscio e la sua storia, *Psiche*, 1, 35–50.
- Martini G. (2009). *Nuove prospettive sul funzionamento mentale inconscio e loro riflessi nella pratica clinica*. In Moccia G. & Solano L. (A cura di) (2009). *Psicoanalisi e neuroscienze. Risonanze interdisciplinari*. Franco Angeli, Milano.
- Thanopulos S. (2009). *Lo spazio dell'interpretazione*. Borla, Roma, 2009.
- Winnicott D. W. (1952). L'angoscia associata all'insicurezza. In: Winnicott D. W. (1958) *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1991.
- Winnicott, D.W. (1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1991.
- Winnicott, D.W. (1970). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando Editore, Roma, 1970.

Winnicott, D.W. (1995). L'interpretazione in psicoanalisi. In *Esplorazioni psicoanalitiche*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.

Winnicott, D.W. (2006). *Sostenere e interpretare. Frammento di un'analisi*. Magi Editore, Roma, 2006.

An abstract geometric pattern composed of numerous thin, overlapping circles. The circles are arranged in a way that they create a central, irregularly shaped void. The lines are light gray, and the overall effect is a complex, woven texture. The pattern is centered on the page.

Casi Clinici

La caduta degli ideali e la rabbia degli adolescenti

Elena Buday

A seguito della pandemia Covid-19 sembra essere emerso, con drammatica e ulteriore evidenza, un disagio già preesistente, sebbene con minore risalto, che colpisce gli adolescenti, esprimendosi in forme caratteristiche, differenti rispetto al passato, di difficoltà rivolte verso il sé o il mondo esterno. Quali sono i fattori psicologici che mediano una risposta tanto profonda alla situazione pandemica da parte dei ragazzi? Quanto di questo disagio è imputabile alla pandemia in sé e quanto, invece, si connette a tratti di fragilità psicologica già presenti e indipendenti da essa?

L'articolo propone alcune riflessioni su questo tema, già esposte nell'ambito del Convegno Nazionale Minotauro "L'ombra della pandemia sugli adolescenti" l'11 dicembre scorso, con particolare attenzione agli aspetti di fragilità narcisistica. L'ipotesi da discutere vede in questo tratto del funzionamento emotivo e relazionale degli adolescenti odierni, già ampiamente descritto da Gustavo Pietropolli Charmet (2000, 2010), un elemento che rende caratteristiche le loro forme di sofferenza e può anche aver mediato l'impatto psicologico della pandemia, rendendoli particolarmente vulnerabili ad essa.

FUTURO E VULNERABILITÀ ALLA DELUSIONE

Una delle caratteristiche dei percorsi evolutivi dell'odierno adolescente "narciso" è quella di aver generalmente trascorso un'infanzia idoleggiata, proiettata verso l'aspettativa di un meraviglioso futuro nel quale realizzare ed esprimere al meglio tutti i talenti attribuiti al suo sé in costruzione.

La sua fantasia infantile, coltivata insieme ai genitori e ai familiari ammirati dalle sue straordinarie capacità, è quella di essere avviato a diventare non semplicemente un bravo adulto che compirà il proprio dovere traendone gratificazione, ma una "bella" persona, realizzata e di successo, che concretizzerà risultati speciali in modo da rivelarsi all'altezza di aspettative ideali e di standard molto elevati. In questo modo, anche i genitori troveranno la desiderata conferma della propria bravura, nell'aver portato a termine con successo la loro missione educativa. In questo contesto l'arrivo dell'adolescenza, con la maturazione puberale del corpo, viene rappresentato nelle fantasie del bambino come momento di potenziale avvio della realizzazione di queste elevatissime aspettative ideali. Quel che realmente accade, invece, è che il suo avverarsi segna e richiede l'uscita dalle fantasie infantili ed il progressivo insediamento nella realtà: il corpo, non scelto su misura né controllabile nelle sue trasformazioni ed emozioni, con la sua mortalità e complementarietà desiderante, diviene il significante concreto del limite.

Già da prima della pandemia si evidenziavano specifici rischi di sofferenza legati alla possibile delusione rispetto alle elevate, onnipotenti aspettative di ex-bambino e famiglia al so-

praggiungere della realtà dell'adolescenza: pensiamo ad esempio alla “paura di essere brutti” (Charmet, 2013) indotta dalla maturazione puberale del corpo, o alle reciproche delusioni-disillusioni quando tra genitori e figli non ci si capisce più alla perfezione, o alle inevitabili quote di scontro, delusione, sofferenza insite nelle scelte da compiere misurandosi con incertezza e rinunce, errori e fallimenti...

A rivelarsi difficile per l'adolescente non è dunque tanto la separazione concreta (che anzi è stata avviata e incoraggiata precocemente, fin dai tempi del nido), ma la separazione da un insieme di rappresentazioni idealizzate di sé, dell'oggetto d'amore primario e della relazione, dalle identificazioni simbiotiche onnipotenti e indifferenziate che hanno caratterizzato la sua infanzia dorata.

La pandemia ha costituito una realtà che ha fatto irruzione traumaticamente nel percorso di crescita degli adolescenti, scompigliando i processi evolutivi in corso, già resi delicati dall' incontrollabilità della realtà post- puberale. Il presente ed il futuro avevano già cominciato a rivelarsi imprevedibili e non all'altezza delle aspettative: sul piano individuale il corpo pubere non è mai sufficientemente bello da supportare l'insostenibile bisogno di ammirazione (Charmet, 2018), amplificato dalle immagini patinate diffuse dai social; sul piano familiare si affacciano le delusioni causate da inevitabili incomprensioni, differenze, insuccessi e incidenti di percorso; sul piano sociale la realtà si presenta tutt'altro che rosea (a livello “micro” la scuola con le sue crescenti richieste costringe a rivedere le proprie illusioni confrontandosi anche con le difficoltà, a livello “macro” si pongono le questioni legate alla crisi economica ed ecologica) e non è facile per l'adolescente compiere le scelte che definiranno la costruzione della propria identità professionale e sociale. Con l'irrompere del virus, poi, gli spazi e le occasioni di realizzazione, godimento, sperimentazione della corporeità sono stati drasticamente limitati, minacciati, invasi dal pericolo del contagio e della morte.

Tutti questi fattori, nell'insieme, rendono più difficile immaginare, sperimentare e realizzare un “bel” presente, così come un positivo investimento sul futuro, divenuto incerto e ancor meno programmabile, anche nel breve termine ¹.

La pandemia ha aggiunto ai carichi già presenti per l'adolescente una brusca invasione nel campo del reale di vissuti di fragilità, incertezza, mortalità, vulnerabilità, non sapere, conflitto, sia in sé che negli adulti di riferimento: tutti temi particolarmente difficili da elaborare per gli odierni adolescenti ed il loro contesto di riferimento, così orientato al successo e alla realizzazione del sé. Ha comportato un lungo periodo di vicinanza forzata, con la fragilità propria e degli adulti esposta in primo piano, la scarsa possibilità di valorizzare i percorsi e i movimenti evolutivi degli adolescenti verso l'esterno, con piuttosto una spinta regressiva alla mancanza dei confini spaziali e di ruolo: tutti chiusi in casa, a doversi sforzare di andare d'accordo e cercare di tenersi su di morale con esperimenti più o meno riusciti di panificazione casalinga.

Winnicott (1965) ci ha insegnato che dover reagire a un impatto reale mentre è in corso la strutturazione interna di aspetti del sé rende tale compito più difficile, perché quelle parti del sé saranno più difficilmente visibili, riconoscibili e pensabili, sia dal soggetto che dal suo

contesto, impegnati a far fronte a quella realtà esterna che le occulta e che distoglie, intrusivamente e traumaticamente, dalla continuità dell'esperienza interna. Con la pandemia è accaduto che, mentre l'adolescente era faticosamente impegnato a congedarsi gradualmente e fisiologicamente dall'onnipotenza infantile e dall'idealizzazione di sé e degli adulti di riferimento, la realtà del virus ha fatto irruzione facendole bruscamente precipitare.

NO RABBIA NÉ CONFLITTO

Cresciuti in famiglie affettive volte a evitare il più possibile conflitti e frustrazioni (Charmet, 2003), a costo di sfumare molto confini e differenze generazionali a favore di identificazioni talora simbiotiche e indifferenziate (bambini e adulti spesso si trovano su pari livello nei negoziati e trattative familiari, tanto che si parla di "bambini adultizzati"), gli adolescenti oggi sono tendenzialmente pacifici, e si aspettano riconoscimento e valorizzazione a partire da una buona relazione con gli adulti.

Tale educazione caratteristica delle famiglie affettive li rende esposti ai noti vissuti di vergogna, particolarmente difficili da padroneggiare, connessi alla percezione del profondo gap tra i loro ideali elevatissimi e la realtà che si fa invece portatrice di limiti e delusioni.

Un'altra caratteristica della loro esperienza infantile consiste nel fatto che la rabbia ed il conflitto vengono tenuti particolarmente lontani dalle relazioni familiari, improntate alla buona qualità dei legami, alle reciproche identificazioni, all'utilizzo affettivo delle regole in funzione della serena e armoniosa convivenza più che in funzione di valori etici universali. Una ricerca, condotta presso l'istituto Minotauro e descritta nel volume "Ragazzi sregolati" (Pietropolli Charmet, 2003), già vent'anni fa aveva mostrato come la funzione delle regole in famiglia fosse tutta rivolta a garantire l'armonia e la buona relazione, tenendo lontano il conflitto: il non litigare ed il buon clima affettivo emergevano già allora come valori supremi a cui rivolgere l'educazione dei figli. Oggi, numerosi episodi tratti dalla cronaca (per esempio ribellioni collettive, spesso con la partecipazione dei genitori, a provvedimenti disciplinari erogati in ambito scolastico) o dall'esperienza quotidiana mostrano con spettacolare evidenza quanto molte regole appaiano ai ragazzi elementi puramente formali, accessori e fondamentalmente stupidi, a fronte dell'importanza sostanziale della buona relazione e del supremo valore costantemente attribuito all'espressione di sé che deve essere libera, spontanea e limitata il meno possibile.

Gli odierni adolescenti provengono da famiglie in cui tendenzialmente gli adulti si aspettano che i bambini si esprimano, perché desiderano coltivare e far crescere i loro talenti e le loro naturali abilità piuttosto che domarne la natura peccaminosa con il rigore ferreo della regola. Raramente, dunque, intervengono per limitarne l'esuberanza, anche in quelle manifestazioni che un tempo avrebbero indotto il "capofamiglia" a reclamare a gran voce silenzio, rispetto e disciplina, imponendosi se necessario anche con toni e maniere forti, tali da non escludere una certa dose di arrabbiatura, scontro, conflitto, dolore: "è per il tuo bene", si diceva, "un giorno mi ringrazierai". L'educazione oggi sembra invece tutta rivolta al non arrabbiarsi: i

bambini non si devono arrabbiare (perché farli arrabbiare quando – tutto sommato – possiamo concedere?), né gli adulti devono arrabbiarsi con loro (sono bambini... devono esprimersi!). Sarebbe meglio che i bambini non litigassero neanche tra loro e che trovassero modi pacifici e diplomatici (“adulti”?) di regolare le loro interazioni, i loro scambi, le loro contese. Laddove siano proprio necessarie delle regole, quelle minime indispensabili a garantire una serena convivenza ed una buona relazione, queste vengono fatte rispettare “per amore” e non per paura, ossia sulla base di un’identificazione, richiesta al bambino, con le ragioni dell’adulto. Abbiamo di fronte adolescenti che hanno coltivato fin da piccoli l’abitudine a identificarsi con gli adulti (e con le loro fragilità non dette): questo li ha portati ad obbedire mossi dall’affetto e dalla comprensione, non per paura della punizione inflitta con la forza di un padre edipico autoritario e conflittuale; li ha resi pacifici, disponibili e obbedienti, in attesa della desiderata ricompensa consistente nella valorizzazione narcisistica da parte dell’adulto, il quale la offrirebbe proprio a partire da questa identificazione che sfuma limiti e differenze. Poco spazio rimane per l’esperienza e soprattutto per l’elaborazione di scontri, conflitti, dell’utilizzo costruttivo della rabbia volta a marcare confini e differenze e ad affermarsi “con forza”. La rabbia, che non ha smesso di esistere in quanto emozione connaturata all’uomo, sembra essere divenuta più difficile da riconoscere, da esprimere, da sperimentare, da modulare, da utilizzare come sentimento affermativo ed espressione di un limite/confine (fra me e te, fra giusto e sbagliato...). La conosciamo molto meno, ne facciamo molto meno esperienza in famiglia.

Di conseguenza, negli adolescenti ritroviamo sempre più spesso la rabbia come sentimento tabù, temuto, difficile da gestire e da mentalizzare in quanto affetto separante: viene vissuta piuttosto – e dunque tendenzialmente allontanata o scotomizzata – come potenzialmente distruttiva della relazione affettiva, pacifica e piena di reciproche identificazioni che caratterizza l’attuale contesto familiare. Allo sguardo clinico, gli adolescenti appaiono sempre meno abituati a frequentarla e riconoscerla, spaventati quando se la trovano di fronte negli altri o quando ne avvertono interiormente l’energia.

Spesso assistiamo ad una fatica nel padroneggiarla, che si esprime in rari comportamenti dirompenti o in più frequenti tenaci evitamenti. Spesso i racconti che ascoltiamo in studio a proposito delle liti tra amici o fidanzati riguardano scambi che avvengono a distanza, via *whatsapp*, tramite messaggi vocali asincroni che permettono di evitare il confronto diretto con la rabbia propria e dell’altro. Talora, alcuni esplodono con scoppi incontrollabili, ed effettivamente distruttivi, che confermano il loro timore di essere abitati da un’emozione violenta che andrebbe repressa.

Come appropriatamente suggeritomi dalla collega Alessandra Marcazzan nell’ambito di un nostro carteggio personale, “sembra assente, nel vissuto di adulti e ragazzi, la possibilità di integrare un vissuto della rabbia non solo come reazione distruttiva alla frustrazione ma anche come componente sana, di auto affermazione, come spinta vitale che non sempre e non per forza è fautrice di rottura del legame (anzi i legami sono a volte cementati dalla rabbia, come testimoniano in modo lampante alcune separazioni conflittuali), ma a volte,

se modulata e non eccessivamente distruttiva, può essere addirittura funzionale al legame, permettendo di ricalibrarlo in funzione dell'espressione e della negoziazione delle reciproche esigenze". Nelle relazioni e nelle rappresentazioni degli adulti, per contro, sembra diffusa una tendenza alla delegittimazione delle emozioni negative degli adolescenti, sia di quelle che hanno a che vedere con la fragilità, con la tristezza, sia di quelle connesse alla rabbia. I ragazzi non vengono autorizzati ad esprimerle, né a provarle, ma nemmeno aiutati a pensarle: persino in pandemia ci siamo sforzati di vederli disinteressati e impegnati nella movida, disattenti alle regole e dunque responsabili dei contagi, fortunati e un po' viziati ("in fondo non devono andare in guerra come i loro nonni ², hanno tutto e devono solo starsene comodi sul divano!"), quanto meno un po' imbroglioni e trasgressivi ("copiano durante la DAD!"), ma mai alle prese con i più autentici e profondi problemi esistenziali relativi al senso della vita e della morte, che invece ogni essere umano deve affrontare: in questo rischiamo di voltarci dall'altra parte lasciandoli desolatamente soli. Del resto, quando prima della pandemia, con il movimento *Fridays for Future*, hanno iniziato a mostrarsi vagamente arrabbiati perché la crisi climatica sta rubando loro il futuro, c'è stato chi è riuscito a negare loro qualsiasi diritto di parola, definendoli addirittura "gretini".....come se gli adolescenti, solitamente accusati di essere bamboccioni viziati, ripiegati nel privato, scarsamente dediti alla "cosa pubblica" e al bene comune, non avessero il diritto/dovere di interessarsi ai problemi politici-sociali che riguardano il loro pianeta ed il loro futuro. Come se le loro proteste rappresentassero un'offensiva espressione di ingratitudine verso quanto gli adulti hanno loro offerto.

In sostanza, pare che nel vissuto generale gli adolescenti non debbano e non si possano arrabbiare, laddove invece hanno – come abbiamo cercato di illustrare – ottime ragioni per arrabbiarsi e su questo sono misconosciuti e lasciati soli. Ed è su questo che anche la pandemia ha avuto un impatto.

In assenza di una pensabilità e rappresentabilità, la rabbia può esplodere, come diretta reazione alla frustrazione generata da una realtà insoddisfacente, sul versante esternalizzante e esplosivo, ma anche rivolgersi verso l'interno (ad esempio con attacchi al sé/al corpo). Alcune manifestazioni osservate nel lavoro clinico con gli adolescenti mostrerebbero, in particolare, situazioni in cui la rabbia rimane presente senza essere mentalizzata, aleggiando sotto forma di tensione misconosciuta, spesso presentata confusamente come generica "ansia", esprimendosi sotto forma di sintomi: spesso gli adolescenti presentano "crisi" che si auto-diagnosticano come "attacchi di panico" ma che, esplorate ed elaborate, hanno assai più a che fare con il rifiuto, l'opposizione indicibile, la rabbia impotente, che con gli aspetti ansiosi più classicamente legati al timore o alla paura. Gli adolescenti attuali, fragili narcisisticamente, faticano ad accedere alla mentalizzazione della rabbia (propria e altrui) come affetto separante. Nell'impossibilità di accedere alla mentalizzazione e alla pensabilità di una parte così vitale del sé come quella della rabbia separativa e differenziante, spesso accade che gli adolescenti arrabbiati tendano piuttosto a sentirsi ed esprimersi come vuoti e ansiosi. Manifestano un'agitazione irrequieta e lamentosa. Ed è solo lavorando con loro che scopriamo (e scoprono) che oltre all'ansia, che più propriamente si assocerebbe alla percezione di un pericolo, sono

in realtà pieni di rabbia di fronte a una strisciante e inesprimibile sensazione di ingiustizia, delusione, fastidio.

La pandemia ha acuito drammaticamente la quota di rabbia sperimentata dagli adolescenti (che non sanno bene come riconoscerla né come gestirla) perché la realtà (loro stessi, il corpo, il genitore, la professoressa, la scuola, l'amico, la fidanzata, il mondo, il futuro, la vita) non è e non si comporta come la vorrebbero, come la immaginavano, come dovrebbe essere. Chiusi in casa, con la DAD, la vicinanza forzata e talvolta regressiva, l'esplorazione preclusa, il futuro minacciato, la crescita così come era stata pensata, quella delle meravigliose aspettative infantili, sembra essere stata proditoriamente sottratta e bloccata.

In ragazzi tanto abituati ad assumere atteggiamenti rassicuranti, obbedienti e compiacenti, quella rabbia differenziante che, se fosse mentalizzata, potrebbe anche dare energia per affrontare l'ostacolo (la rabbia si accompagna sempre alla caduta delle idealizzazioni e può aiutare a superarle), non trova spazio né pensabilità. Di fronte alla caduta degli ideali gli adolescenti non sanno arrabbiarsi, forse non sanno nemmeno di essere arrabbiati, perché li abbiamo addestrati a non esserlo, abbiamo insegnato loro a non farlo, e in ogni caso non sanno con chi prendersela: avvertono solo l'incertezza, il vuoto, l'agitazione, l'ansia.

Accanto all'ansia e alla tristezza per la perdita delle certezze e dei riferimenti infantili, per la presa di consapevolezza dell'inconsistenza degli adulti nel presente e della loro inutilizzabilità per la costruzione del futuro (fa molta paura scoprire di non poter contare sui genitori che avevamo immaginato/come ci eravamo aspettati... già fisiologicamente è richiesto un impegnativo lavoro di elaborazione per passare dalle loro immagini ideali alla relazione reale, con i suoi limiti e le sue difficoltà), si affaccia la rabbia per la caduta dell'idealizzazione, che apre all'impatto con un mondo così diverso dalle aspettative tanto coltivate, e con grande affezione, nell'infanzia.

La rabbia costituisce un aspetto meno visto ma molto presente anche in quegli adolescenti apparentemente più pacifici, introversi, timidi e riservati: proprio in quanto meno vista e meno pensabile dai ragazzi stessi, può costituire un ingrediente "detonatore" per alcune manifestazioni cliniche (in particolare alcuni di quelli che vengono da loro chiamati, forse impropriamente, "attacchi di panico") che, tra le altre, hanno visto un grande aumento durante la pandemia. Risultando particolarmente difficile da riconoscere, esprimere ed utilizzare in funzione separante per questi ex bambini cresciuti in famiglie tanto affettive, educati in modalità tanto a-conflittuali, la rabbia rischia di essere percepita come una tensione distruttiva ai limiti dell'impensabile, alimentando forme confuse di ansia, tristezza, rifiuto, panico, somatizzazioni.

CLINICA PSICOLOGICA PANDEMICA ATTRAVERSATA DALLA RABBIA MISCONOSCIUTA

Con particolare frequenza, specie dalla pandemia in poi, mi è accaduto di incontrare ragazzi che chiedevano aiuto psicologico per autodefinito "crisi di panico", rivelatesi poi come espressione di incompresi e misconosciuti (anche dai ragazzi stessi) tentativi di opporsi, di

rifiutare, di evitare il confronto con aspetti della realtà che non solo li spaventavano, ma anche li deludevano nella loro “non-idealità”, riempiendoli di rabbia e di disprezzo, ma anche di impotenza perché si trattava di aspetti che non potevano evitare né modificare.

Vorrei quindi proporre una vignetta clinica che, prendendo spunto da questi incontri, tenti di illustrare la rabbia come dimensione pervasiva nel malessere degli adolescenti in pandemia, anche quando la parte più visibile/evidente sembra riconducibile ad altri affetti più facilmente riconosciuti quali tristezza/ansia: l'adolescente qui descritta portava una richiesta relativa a cosiddetti “attacchi di panico”, che in realtà molto poco avevano a che vedere con l'ansia e la paura a lei più chiaramente evidenti, mentre contenevano rilevanti componenti misconosciute di rifiuto e protesta verso qualche aspetto della realtà (scolastica, familiare, sociale...) non apertamente contestato, semmai sotterraneamente disprezzato, ma verso il quale la ragazza si viveva come impotente.

Eva, 16 anni, si presenta con un sintomo che definisce come “attacchi di panico”, con manifestazioni prevalentemente corporee (tremori, battito incontrollato dei denti, blocco e rigidità degli arti). Questi “attacchi” sono comparsi dopo la fine del *lockdown*, nel momento tanto atteso dell'agognato ritrovamento con il gruppo di amici, con il quale viene organizzata anche una vacanza fuori casa, all'insegna della separazione dall'ambito domestico e del riappropriarsi del mondo esterno: grandi aspettative, dunque, nei confronti di questa vacanza, e un forte desiderio di recuperare il tempo perduto. Altrettanto grande è lo smarrimento di Eva quando invece si trova a sperimentare un senso di straniamento e differenza dai coetanei che anima in lei il timore di averli persi irrimediabilmente e non riuscire più a ritrovarli: Eva descrive la paura che il lockdown abbia definitivamente rotto i legami, si sofferma sulla tristezza e la delusione che prova quando realizza di non condividere lo stesso piacere di prima nel riprendere attività e interessi comuni con gli amici, ora che finalmente ciascuno può riemergere dal chiuso della propria casa. La ragazza si è spiegata così l'improvvisa e inspiegabile comparsa delle sue “crisi”, nel pieno delle serate trascorse finalmente all'aperto in compagnia del gruppo, impegnato a celebrare anche un po' trasgressivamente la gioia dell'estate e della compagnia ritrovata.

Tuttavia la sua lettura non è sufficiente a spiegare né ad arginare il ripetersi sempre più frequente dei sintomi che aumentano ulteriormente con l'autunno, alla ripresa della scuola.

Soltanto nell'ambito dei colloqui sarà possibile riconoscere, negli episodi culminati negli attacchi di panico, movimenti, per quanto poco evidenti, che Eva percepisce come di attiva e fastidiosa esclusione da parte di qualche interlocutore del gruppo; alcuni atteggiamenti, comportamenti, gesti ed espressioni degli amici la fanno sentire trascurata, messa al margine rispetto alle vivaci dinamiche amichevoli, trasgressive e seduttive che sembrano animare il gruppo. Contrariamente ai suoi desideri e aspettative, smentendo le promesse di un agognato e tanto atteso ritrovamento, in quei momenti gli altri sembrano poter prescindere dal suo contributo e dal suo desiderio, quasi a rimandarle l'immagine di lei come elemento superfluo e aggiuntivo, se non addirittura di disturbo, per la vita del gruppo. Questo suscita in Eva un sentimento, implicito e poco pensabile, di rabbia. Mentre il discorso esplicito parla

del timore di ritrovarsi cresciuta, forse privata del gusto e del piacere di reimmergersi nelle “vecchie” attività, un tempo profondamente condivise con gli amici, il vissuto implicito non sembra riferibile solo alla paura, all’ansia, al dispiacere di essere abbandonata e trascurata dai suoi amici, perdendo il suo ruolo nel gruppo, che le sono ben evidenti e che la portano ad ammutolirsi e ritirarsi, quanto anche alla rabbia, alla protesta impronunciabile, alla muta indignazione per un cammino interrotto che non sembra ripartire, al bisogno di molta più attenzione e di un ben diverso riconoscimento da parte della sua famiglia sociale che invece colpevolmente la marginalizza.

Gli attacchi si presentano anche in rapporto alla scuola: Eva racconta che se da un lato la DAD la riempiva di noia e difficoltà, dall’altra parte, escludendo gli spostamenti, le permetteva tempi più “comodi” e l’aveva abituata ad una modalità “più rilassata” di affrontare le lezioni, dall’intimità della propria cameretta. Poco lusinghiere le erano parse le “performance” degli insegnanti, mostratisi poco interessati alla relazione e al contatto emotivo con i ragazzi e apparentemente focalizzati soprattutto sull’adempimento sterile della burocrazia degli apprendimenti (“i prof pensano solo alle verifiche... sempre infastiditi e innervositi dal sospetto che copiamo... non ci hanno mai chiesto come stavamo...”). La ripresa della didattica in presenza era comunque molto desiderata, in vista del ritrovamento del gruppo classe, oltre che di una migliore prossimità e comunicabilità con gli insegnanti che avrebbe permesso di seguire meglio e con più attenzione le lezioni. Eva è dunque particolarmente stupita che gli attacchi di panico si presentino anche durante le operazioni di uscita dalla casa e avvicinamento alla realtà scolastica.

In realtà, quando parliamo durante i colloqui di quella che Eva racconta come una paura di affrontare la vita scolastica senza riuscire ad essere sufficientemente brillante e preparata, andando incontro così a temuti insuccessi e fallimenti, incontriamo di nuovo un aspetto molto più difficilmente esprimibile di rabbia.

Questa appare legata al vissuto di una scuola tutto sommato poco soddisfacente, che non di meno costituisce l’occasione per saldare un debito nei confronti di una mamma fragile e idealizzata, che da sempre fa tutto per lei e va gratificata, sostenuta e ripagata portandole soddisfazioni e buoni risultati, specialmente ora che la pandemia l’ha resa ancora più affaticata mettendo in forse la stabilità della sua situazione lavorativa. Il papà, poco presente nello scenario familiare, non sembra costituire agli occhi di Eva un interlocutore significativo, in grado di sostenere e rendere felici né lei né la mamma che si sentono accomunate dalla medesima condizione di “trascuratezza” e impegnate in una stretta alleanza femminile. Il bisogno di consolare e gratificare la mamma tramite la riuscita scolastica mal si concilia con la percezione che Eva ha avuto di una scuola inadeguata, abitata da personaggi “mummificati e disagiati”, che propongono e richiedono un nozionismo stupido, sterile e mortifero, che non offrono ai ragazzi né presenza relazionale, né modelli di identificazione positivi, né esperienze fruibili e funzionali ad una vera crescita. Come molti dei suoi coetanei, Eva ha le idee chiare rispetto a come vorrebbe e come dovrebbe essere la scuola, su come andrebbe organizzata e condotta, su come andrebbero attribuite le valutazioni: idee tanto chiare quanto

distanti dalla realtà che invece si trova a vivere ogni giorno, che risulta così non solo frustrante e deludente rispetto alle sue aspettative, ma anche difficile da comprendere e da accettare nei suoi ineludibili limiti, divenendo fonte di continua e profonda rabbia.

Questo ci porta ad ipotizzare che nascosta nell'attacco di panico ci sia parte di questa rabbia, che, se fosse esprimibile a parole, potrebbe tradursi in qualcosa come: "Devo andare bene a scuola per far piacere a mia mamma ma mi ribello/mi oppongo/protesto verso la sottomissione alle richieste scolastiche perché sono stanca di lavorare per lei e per i suoi significanti rappresentati dalle professoressa; non sopporto più che invadano il mio tempo con le loro richieste e imposizioni alle quali non attribuisco nessun valore perché le trovo inutili e sbagliate, mentre a loro è abusivamente consegnato il potere ingiusto di stabilire il mio valore come studentessa. La scuola (la realtà?) dovrebbe essere giusta, o per lo meno molto migliore di come è, invece è inaccettabilmente imperfetta e io non vorrei doverci avere a che fare".

In questo, possiamo cogliere un tratto sempre più frequente nell'atteggiamento dei ragazzi odierni che li vede porsi su un piano simmetrico rispetto all'adulto, niente affatto disposti alla cieca sottomissione all'autorità di un'istituzione alla quale non viene più riconosciuta alcuna forza, desiderosi piuttosto di essere coinvolti come interlocutori "alla pari" in trattative e negoziati relativi alle modalità di gestire da protagonisti il proprio percorso scolastico.

Nel caso di Eva l'attacco di panico esprime dunque, nei confronti della madre, la non piena appropriazione della scuola e del ruolo di studentessa, la fatica ad accedere alla separazione, tanto più in un momento pandemico che ha comportato tanta vicinanza coatta e tanta esposizione alla fragilità materna. I vissuti della ragazza sono segnati da una profonda ambivalenza: da un lato, Eva vuole esaudire il desiderio della mamma, cercare di gratificarla, "restituendole" qualcosa di tutti gli sforzi fatti per una figlia che vive come impegnativa e "pesante", ma anche come l'unica in grado di renderla felice; dall'altro lato compare la spinta, più tipicamente adolescenziale, a rifiutarne le richieste per emanciparsi dalle aspettative, dalle esigenze di una figura materna tanto ingombrante quanto amata, percepita come talmente affezionata e fragile da non potersi mai arrabbiare con lei, non poterla mai deludere, mai lasciare sola.

Il riconoscimento e l'espressione modulata della rabbia potrebbero essere molto utili ad Eva per ridefinire il suo ruolo sia nei confronti della mamma che nel gruppo di amici, e rivelarsi molto più funzionali di altri espedienti più diffusi nei ragazzi narcisisticamente fragili, quali la compiacenza, la permalosità e il ritiro.

CONCLUSIONI

Gli odierni adolescenti narcisisticamente fragili sembrano presentare una caratteristica difficoltà nel riconoscimento, nell'espressione, nella gestione delle emozioni negative, separanti, di marca aggressiva; tale fatica pare connettersi alla difficoltà di congedare le idealizzazioni simbiotiche e indifferenziate che hanno caratterizzato la loro infanzia nel contesto delle loro famiglie affettive. Finché c'è idealizzazione, infatti, non c'è rabbia, anzi l'idealizzazione co-

stituisce di per sé una potente difesa dalla rabbia. Quando l'idealizzazione viene a cadere, tuttavia, la rabbia si ripresenta con tutta la sua forza e gli adolescenti non abituati a maneggiarla si trovano a gestirla con grande difficoltà. Gli effetti negativi del misconoscimento si evidenziano in molte differenti manifestazioni; alcuni dei quadri sintomatologici caratterizzati da irrequietezza, apatia e generica ansia possono riferirsi all'impossibilità da parte dei ragazzi di riconoscere ed utilizzare la rabbia come emozione vitale e separativa, anziché solo distruttiva degli oggetti (sé o l'altro) e dei legami.

L'attuale scenario del disagio adolescenziale sembra mostrarci come la rabbia, "buttata fuori dalla porta di casa" nell'infanzia, "rientri dalla finestra" in adolescenza in forme mascherate e misconosciute che alimentano nei componenti della famiglia uno sguardo reciprocamente deluso e ostacolano la costruzione di un legame vitale; legame in cui i ragazzi possano crescere verso una forma più adulta di appartenenza, segnata dal limite e dalla differenza, in cui l'affermazione di sé – rispettosa dei confini anche se talora conflittuale – fonda la separatezza dall'altro ³.

Da questo punto di vista, pensare che i ragazzi siano arrabbiati perché la pandemia ha tolto loro tante cose sarebbe una semplificazione eccessiva. Per quanto parzialmente vera, questa affermazione non coglie l'importanza di una componente più strutturalmente psicologica: i ragazzi non sanno più "arrabbiarsi" (intendendo con questo la mentalizzazione, gestione ed espressione della rabbia), né per questo né per tanti altri fattori di limite, conflitto e delusione che incontrano nella loro vita.

Non glielo abbiamo permesso, abbiamo insegnato loro a non farlo, abbiamo cercato di non arrabbiarci mai con loro, dunque di fronte alla rabbia propria e altrui – che resta un vissuto interno ineliminabile e una parte integrante delle relazioni – si trovano particolarmente poco attrezzati, spaventati, smarriti. Alcuni di loro, una piccola minoranza, esplodono, agendo comportamenti distruttivi verso sé o gli altri. Altri si spaventano e si ritirano. Molti altri ancora, piuttosto che arrabbiati rischiano di sentirsi ansiosi-vuoti perché non hanno esempi, vocaboli, concetti e rappresentazioni mentali per riconoscere e dare un significato alla loro rabbia. Hanno pochi modelli che mostrino come esprimerla ed utilizzarla in forme costruttive di regolazione della relazione, oppure hanno dovuto evitare di ascoltarsi, di sentire cosa gli succede dentro, pur di annullare e negare questa emozione basilare/primaria. Forse la possibilità di fare un uso più costruttivo della rabbia avrebbe permesso loro di fronteggiare molti ostacoli in forme meno disadattive.

Ci resta il problema di come saperci porre come adulti un po' più solidi, in grado di reggere alle bordate fisiologiche della rabbia separativa adolescenziale che, se non viene contenuta nei pensieri, diventa sintomo. Winnicott (1971) ci fornisce un altro spunto prezioso quando ci insegna che la possibilità di "distruggere" un oggetto (in fantasia, de-idealizzandolo) e poi vederlo sopravvivere è alla base della capacità di riconoscerlo come separato da sé e quindi di poterlo effettivamente "utilizzare".

L'appello, dunque, riguarda la ricerca di adulti che siano in grado di "sopravvivere" winnicottianamente agli attacchi separanti, contenendoli e rimettendo l'energia espressa da tali

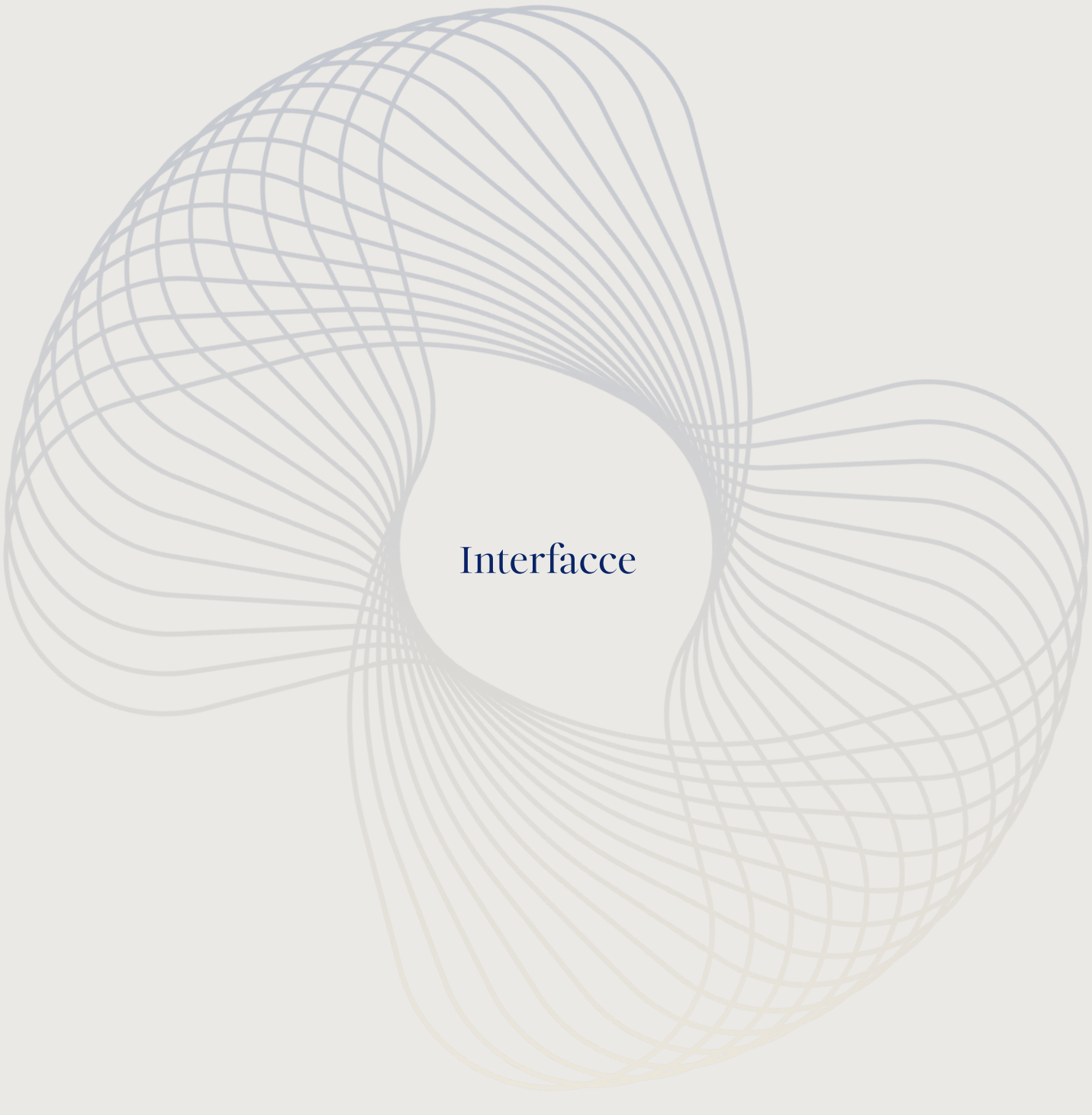
attacchi al servizio dei ragazzi che crescono anziché sentirsene distrutti nelle proprie fragili idealizzazioni.

Note

1. Le recentissime drammatiche evoluzioni degli scenari bellici, che esulano dalle possibilità di trattazione di questo articolo, non fanno che aggravare i timori e le preoccupazioni aggiungendovi dolore e sgomento per le popolazioni direttamente coinvolte.
2. E speriamo che i recenti drammatici sviluppi non smentiscano anche questa frase.
3. Ringrazio la collega Anna Arcari per aver riflettuto insieme a me su questi aspetti nell'ambito di un nostro carteggio personale.

Bibliografia

- Benzoni, S. (2017). *Figli fragili*. Laterza, Bari.
- Bernardini, I. (2012). *Bambini e basta*. Mondadori, Milano.
- Pietropolli Charmet, G. (2000). *I nuovi adolescenti*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Pietropolli Charmet, G. (2003). *Ragazzi sregolati*. Franco Angeli, Milano.
- Pietropolli Charmet, G. (2010). *Fragile e spavaldo*. Laterza, Bari.
- Pietropolli Charmet, G. (2013). *La paura di essere brutti*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Pietropolli Charmet, G. (2018). *L'insostenibile bisogno di ammirazione*. Laterza, Bari.
- Winnicott, D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Trad. it. Armando Editore, Roma, 2018.
- Winnicott, D. W. (1971). *Gioco e realtà*. Trad. it. Armando Editore, Roma, 2020.

An abstract geometric pattern composed of numerous thin, curved lines that intersect to form a central, irregularly shaped void. The lines are arranged in a way that creates a sense of depth and movement, with some lines appearing more prominent than others. The overall shape is roughly circular but with complex, flowing edges. The lines are a light gray color, and the background is a solid, light gray.

Interfacce

Psicoterapia psicoanalitica e ricerca sull'efficacia: una rassegna aggiornata di studi sperimentali

Morena Danieli

INTRODUZIONE

Nel febbraio scorso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha pubblicato un documento che riassume i risultati di una *Consensus Conference*, coordinata dall'Università di Padova e istituita per valutare i trattamenti terapeutici dei disturbi d'ansia e depressione. Alla Conferenza hanno contribuito numerosi accademici, rappresentanti degli Ordini professionali, dei servizi sanitari regionali e delle associazioni di utenti. La Conferenza ha elaborato un documento, recepito dall'ISS, contenente raccomandazioni circa le scelte terapeutiche per il trattamento dei disturbi d'ansia e depressione. Come sottolinea Francesco Gazzillo in una breve nota pubblicata sul sito web della Società Psicoanalitica Italiana (Gazzillo, 2022), i lavori della conferenza sono stati fortemente influenzati dai modelli di valutazione dell'efficacia terapeutica elaborati dal *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) britannico e dalle associazioni statunitensi di psichiatria e psicologia. Com'è noto, in questi istituti si è affermato da tempo il paradigma della medicina basata sulle prove di efficacia: già nel 1993 l'*American Psychological Association* aveva creato una sezione di psicologia clinica con lo scopo di promuovere i trattamenti psicologici corredati da dati analizzati in studi controllati. Analogamente, nel resoconto dell'ISS viene raccomandato di privilegiare in modo omogeneo, su tutto il territorio nazionale e in strutture sia pubbliche che private, la somministrazione di trattamenti di psicoterapia basati su prove di efficacia. Viene inoltre raccomandato di monitorare gli esiti in modo sistematico e con opportuni strumenti psicometrici (Gruppo di Studio, 2022, pag. 92). Come esempi di approcci psicoterapeutici di "provata efficacia" il documento fa riferimento, in modo pressoché esclusivo, alla psicoterapia cognitivo-comportamentale. Le psicoterapie psicoanalitiche e la psicoanalisi non sono citate, mentre un breve cenno è riservato alla psicoterapia interpersonale.

Il documento affronta il problema delle scelte terapeutiche per ansia e depressione in modo molto ampio; infatti, include raccomandazioni sulla formazione accademica degli psicologi e degli psicoterapeuti, sugli schemi di trattamento erogabili nei servizi pubblici di salute mentale (da bassa ad alta intensità), sui costi che devono essere sostenuti dagli *stakeholder*, e così via. Non è noto come questo documento sarà recepito dal Ministero della Sanità e quali linee guida ne deriveranno. Ciò che tuttavia colpisce, ad una prima lettura, è l'assenza di riferimenti al modello psicoanalitico, nonostante negli ultimi anni la ricerca – anche sperimentale, in questo campo sia fiorita e abbia fornito prove di efficacia paragonabili a quelle ottenute dagli approcci più tradizionalmente orientati verso paradigmi di ricerca sperimentale, come le terapie cognitiviste.

Nella sua breve nota, Gazzillo sottolinea come questo sia dovuto, tra l'altro, alla scarsa cir-

colazione delle conoscenze ricavabili dagli studi di efficacia anche all'interno delle stesse istituzioni psicoanalitiche, il cui sapere stenterebbe a integrarsi col sapere scientifico contemporaneo (Gazzillo, 2022). Il problema della ricerca empirica in psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica ci è ben noto: negli anni esso ha dato origine a controversie e contrapposizioni. In questo articolo, dopo aver illustrato brevemente le diverse posizioni rispetto a questo tema, sarà fornita una rassegna aggiornata – anche se non esaustiva, di alcuni studi i cui risultati consolidati forniscono, a mio parere, osservazioni interessanti non solo per la dimostrazione dell'efficacia, ma anche per stimolare l'interesse verso l'individuazione di metodi di ricerca sperimentale che siano rispettosi dello specifico oggetto di indagine a cui la psicoanalisi tradizionalmente si rivolge.

IL PROBLEMA DELLA RICERCA SPERIMENTALE

Nel 2006 l'*International Journal of Psychoanalysis* pubblicò un articolo di Otto Kernberg (Kernberg 2006a) in cui l'autore richiamava l'attenzione della comunità psicoanalitica sulla necessità di produrre e condividere ricerche scientifiche sull'efficacia dei trattamenti psicoanalitici. La sollecitazione di Kernberg muoveva dalla considerazione della progressiva sfiducia verso l'approccio psicodinamico e psicoanalitico da parte dei servizi sanitari nazionali e degli enti che sostengono i costi e gli investimenti per la salute mentale in diversi paesi, in particolare Stati Uniti d'America e Regno Unito. Tale sfiducia sarebbe basata, secondo Kernberg, su due fattori principali: da un lato la frequenza e la durata dei trattamenti con orientamento psicoanalitico, dall'altro la mancanza di un numero sufficiente di studi controllati sugli effetti terapeutici dei trattamenti psicodinamici o psicoanalitici. Quest'ultima constatazione avrebbe contribuito a creare e mantenere nella comunità dei *policy makers* sanitari una diffidenza profonda, soprattutto in concomitanza con l'affermarsi del paradigma basato sulle prove di evidenza in medicina. A partire dagli anni Novanta del secolo scorso, il paradigma della medicina basata sull'evidenza si è affermato largamente nella comunità scientifica ed è stato sostenuto da enti di ricerca, per esempio l'istituto *Cochrane*, che periodicamente diffondono, per ogni campo della medicina, rassegne e meta-analisi di studi scientifici i cui protocolli sperimentali soddisfano specifici requisiti, portando evidenze circa l'efficacia o l'inefficacia degli approcci terapeutici studiati. Si è quindi stabilita nelle comunità scientifiche una sorta di gerarchia di attendibilità delle prove di efficacia, al cui vertice si collocano quelle ottenute mediante meta-analisi di numerosi studi randomizzati e controllati (RCT), mentre, in ordine di attendibilità decrescente, troviamo le prove ottenute da un RCT il cui protocollo sperimentale sia giudicato eccellente, quindi le prove ottenute da un solo RCT di buona qualità, e infine quelle provenienti da ricerche quasi-sperimentali. Le prove di efficacia ottenute da studi non sperimentali, in cui si confrontano approcci diversi, quali gli studi di caso singolo e i dati provenienti dalla pratica clinica, sono presi in considerazione ma giudicati meno attendibili. Si noti che il paradigma sperimentale più vicino alla ricerca psicoanalitica è proprio lo studio di caso singolo, ma anche che questo tipo di disegno di ricerca è stato prevalente anche in

neuropsicologia clinica, perlomeno fino all'avvento della diagnostica per immagine e, in entrambi i casi, ha fornito contributi essenziali all'avanzamento delle conoscenze in entrambe le discipline.

Gli approcci psicoterapeutici di ispirazione comportamentista e cognitivista hanno avuto, per tradizione, una propensione maggiore a produrre e pubblicare studi controllati sull'efficacia terapeutica dei loro protocolli di cura, mentre in ambito psicodinamico e psicoanalitico si è spesso ritenuto che i requisiti stessi dei protocolli RCT – randomizzazione e controllo, fossero inapplicabili al tipo di dati che emergono nel lavoro psicoanalitico. Questa preoccupazione è stata espressa ed argomentata, per esempio, da Hinshelwood nel suo libro *Research on the Couch* (Hinshelwood, 2013). Robert D. Hinshelwood, psicoanalista britannico e professore di studi psicoanalitici all'Università dell'Essex, pur essendo convinto della giustificazione etica e scientifica di un approccio orientato alla ricerca in psicoanalisi, ritiene che il protocollo di ricerca e validazione dell'efficacia più congeniale nel nostro campo sia la ricerca concettuale. Quest'ultima sarebbe congeniale alla psicoanalisi di derivazione freudiana molto più che una validazione in termini di risoluzione del sintomo. Infatti, piuttosto provocatoriamente, Hinshelwood afferma nel suo libro che molti casi clinici trattati da Freud non furono esempi di trattamenti terminati con successo: se si dovesse misurare, alla luce di questa metrica, il tasso di successo delle analisi condotte da Freud, questo si aggirerebbe probabilmente intorno al venti per cento. Tuttavia, i suoi studi di casi singoli sono all'origine di avanzamenti incommensurabili nella comprensione della realtà psichica e delle sue dinamiche.

Una posizione molto vicina alle argomentazioni di Hinshelwood era stata sostenuta, sempre nel 2006, da Roger Perron (Perron, 2006). Sulle pagine dell'*International Journal of Psychoanalysis*, in risposta all'articolo citato sopra di Kernberg, Perron affermava che le metodologie di ricerca basate sull'evidenza sono inadatte all'applicazione in campo psicoanalitico perché richiedono la selezione di un campione omogeneo e la disponibilità di misure statistiche che valutino le variazioni in termini quantitativi. Secondo Perron, la natura squisitamente soggettiva del lavoro analitico si sottrae inesorabilmente a questo tipo di indagine.

In un secondo articolo (Kernberg 2006b), Kernberg obiettò a Perron che le sue considerazioni trascuravano di considerare gli sviluppi più recenti delle ricerche in ambito psicoanalitico, la loro sofisticazione, lo sviluppo di strumenti di test basati sull'evidenza clinica, volti a render conto delle caratteristiche specifiche del cambiamento intrapsichico e non semplicemente della risoluzione del sintomo. La comunità psicoanalitica, concludeva Kernberg, ha “*una responsabilità sociale nel assicurare il pubblico a proposito dell'efficacia del lavoro analitico e nel dimostrare lo sforzo continuo per ampliare l'ambito e l'efficacia di tale lavoro: senza questo sforzo si corre il rischio di essere esclusi dai sistemi dei servizi di salute mentale*” (Kernberg, 2006a, traduzione mia).

A partire dalla controversia originata dall'articolo di Kernberg, numerose società psicoanalitiche hanno inserito nei loro protocolli di formazione il tema della ricerca in psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica. Per esempio, dal 2011 l'istituto di formazione londinese WPF, membro del *British Psychoanalytic Council*, ha inserito nel proprio programma di *training*

degli psicoterapeuti seminari regolari sulle metodologie di ricerca, coordinati da Ann Scott (Scott, 2015). Analoghe iniziative sono state avviate in altri istituti che si occupano del *training* di psicoanalisti e psicoterapeuti con orientamento psicoanalitico, quali il Centro per il *training* in psicoanalisi della *Columbia University*, gli analoghi programmi del *Tavistock Institute* e del *King's College* a Londra, i programmi post-dottorato della *New York University*, il training della IPU di Berlino tra gli altri. In Italia alcuni Centri psicoanalitici regionali della SPI, alcuni membri dell'AiPsi e psicoanalisti con incarichi accademici – come Francesco Gazzillo e Vittorio Lingiardi, sono da anni impegnati nell'estendere le metodologie di ricerca anche all'ambito della ricerca empirica.

Lo scopo di queste iniziative non è tanto quello di dimostrare che la psicoanalisi e la psicoterapia psicoanalitica siano efficaci, quanto di fornire nuovi impulsi ad una cultura scientifica che consenta ai soci e ai candidati di saper giudicare, anche tecnicamente, il valore degli studi sperimentali e di capire quali siano quelli che illustrano i fattori curativi intrinseci e la loro applicabilità.

RCT E META-ANALISI

Negli ultimi quindici anni sono stati pubblicati numerosi studi sperimentali sull'efficacia della psicoterapia psicoanalitica: molti sono RCT e altri meta-analisi di RCT i cui protocolli soddisfano i requisiti classici di attendibilità: scelta del campione, presenza di un gruppo di controllo, rigore dell'analisi statistica, replicabilità. Le meta-analisi aggregano i risultati di precedenti ricerche controllate, li analizzano statisticamente e forniscono i propri risultati in termini di *effect size* (dimensione dell'effetto). L'*effect size* è una misura statistica della forza della relazione tra due variabili osservate. Esistono diverse formule per calcolarla, sia per variabili quantitative che categoriali. Per alcune statistiche sono stati anche forniti descrittori di magnitudine: per esempio, per la cosiddetta '*d* di Cohen' si ritiene che la dimensione, la forza associativa, sia grande quando il valore calcolato di *d* è superiore a 0.80.

In generale i risultati delle meta-analisi più rigorose mostrano che i trattamenti di psicoterapia psicoanalitica e/o psicodinamica hanno effetti positivi alla pari di altri approcci, riportando dimensioni tra 0.73 e 0.85 (Solms, 2018).

Inoltre, a differenza degli approcci basati sulla terapia cognitivo-comportamentale, alcune analisi mostrano come gli effetti positivi a lungo termine di tali terapie possano essere più stabili (cfr. Steinert et al. 2017, Solms, 2018). Una delle meta-analisi più significative in questo campo è stata pubblicata nel 2005: era basata su diciassette RCT di buona qualità (Leichsenring, 2005). Gli studi analizzati riguardavano trattamenti di psicoterapia psicodinamica brevi rivolti a pazienti con sintomi di rilevanza psichiatrica. Lo studio dimostrava che le psicoterapie psicodinamiche brevi (da 7 mesi a non più di un anno) ottenevano miglioramenti significativi della sintomatologia legata a stati ansiosi (*effect size*: 1.39) e alla depressione maggiore (0.90), mostrando anche un miglioramento del funzionamento sociale (0.80). Queste dimensioni dell'effetto erano stabili e tendevano a crescere nel tempo (1.57, 0.95 e 1.19 rispettivamente).

te). La dimensione dell'effetto dei trattamenti psicoterapeutici era inoltre significativamente maggiore rispetto al solo trattamento farmacologico.

Un altro studio importante risale a poco più di dieci anni fa ed è stato coordinato da Shedler (2010). L'autore riportava i risultati di una meta-analisi di RCT giudicati eccellenti, riscontrando dimensioni dell'effetto tra 0.78 e 1.46 per i trattamenti di psicoterapia psicoanalitica. Shedler osservava che la convinzione che i trattamenti psicodinamici non siano supportati da evidenze scientifiche sperimentali non è dovuta all'oggettiva mancanza di dati, ma a carenze nella diffusione dei risultati.

Un'importante meta-analisi è stata condotta da Abbass e dai suoi collaboratori (2006). Il loro studio è basato sulla valutazione di ventitré RCT che confrontano i risultati ottenuti da trattamenti di psicoterapia psicodinamica sia con interventi condotti con altri approcci che con la sola cura farmacologica. Gli autori riportano una dimensione dell'effetto di 0.97 per quanto riguarda il miglioramento della sintomatologia trattata al termine di una psicoterapia psicoanalitica breve, e di 1.51 ad una valutazione successiva a distanza di nove mesi. Un aggiornamento di questo studio longitudinale è stato condotto nel 2014 (Abbass et al. 2014) e ha riportato una effect size di 0.71, confermata in successive rivalutazioni. Un'utile rassegna per chi sia interessato agli studi pubblicati fino al 2012 è l'ampio resoconto di Gazzillo, Lingiardi e Genova nel volume *Psicoanalisi in Trincea* (2012).

Nel corso degli anni numerose meta-analisi si sono occupate di indagare l'efficacia delle psicoterapie psicodinamiche e psicoanalitiche per problematiche specifiche, oltre che per l'ansia e la depressione. Per esempio, la ricerca di Briggs e dei suoi coautori (Briggs et al. 2019) ha analizzato l'efficacia delle terapie orientate psicoanaliticamente nella prevenzione del suicidio. Gli autori hanno selezionato 12 RCT i cui risultati aggregati dimostrano un'efficacia significativa di tali psicoterapie nel ridurre la ripetizione di atti anticonservativi dopo un primo tentativo di suicidio. Questo risultato è significativo entro i sei mesi dalla fine del trattamento, mentre dopo dodici mesi la significatività statistica decade. I trattamenti analizzati nella ricerca di Briggs hanno verificato anche una significatività statistica nel miglioramento del funzionamento psicosociale e nella riduzione del numero di ospedalizzazioni.

Mentre buona parte delle meta-analisi fino ad oggi pubblicate ha preso in considerazione ricerche in cui venivano somministrati trattamenti a breve termine, Woll e Schönbrodt (2019) si sono occupati di aggregare i dati provenienti da psicoterapie psicoanalitiche a lungo termine (almeno un anno e non meno di quaranta sedute). I due ricercatori hanno cercato di replicare lo studio di Leichsenring e dei suoi coautori, citato sopra, ottenendo una dimensione dell'effetto lievemente inferiore rispetto allo studio originale. In un secondo momento, i due autori hanno condotto una meta-analisi confrontando i risultati di 14 RCT, condotti su trattamenti a lungo termine, con altri tipi di trattamento per disturbi mentali complessi, concludendo – sia pure con una certa cautela, che se condotta a lungo termine la psicoterapia psicoanalitica potrebbe essere superiore a altre forme di psicoterapia confrontate in questo studio.

Leuzinger-Bohleber (2019) ha coordinato recentemente uno studio sul trattamento della depressione cronica con psicoterapia psicoanalitica a lungo termine. Questo studio è impor-

tante perché è il primo che confronta l'approccio psicoanalitico a lungo termine con trattamenti cognitivi comportamentali anch'essi a lungo termine. È stato esaminato un campione di 252 pazienti adulti, tra i 21 e 60 anni, con sintomi di depressione maggiore e distimia. Il trattamento è continuato per almeno ventiquattro mesi. La valutazione dei pazienti per l'assegnazione nei gruppi e per la misurazione degli esiti è stata condotta da professionisti che non hanno partecipato alla ricerca e che non sapevano quale tipo di trattamento i pazienti avessero ricevuto. I risultati dell'analisi statistica, anch'essa condotta da esperti indipendenti, hanno mostrato che la somministrazione di trattamenti a lungo termine, sia psicoanalitici che cognitivo-comportamentali, conduce a un miglioramento significativo dei pazienti con depressione cronica.

Altri studi hanno indagato quali tecniche psicoterapeutiche siano maggiormente predittive di risultati efficaci. Blagys e Hilsenroth (2000) hanno fornito un elenco di fattori curativi che comprende il dialogo non strutturato tra paziente e terapeuta, la capacità di identificare modelli mentali ricorrenti basati su esperienze passate, l'identificazione nel paziente di strategie di evitamento, l'attenzione verso che cosa avviene 'qui-e-ora' nella relazione psicoterapeutica. È utile notare che queste tecniche, normalmente considerate fondamentali nella formazione in psicoterapia psicoanalitica, possono essere parzialmente applicate anche in altri modelli fornendo comunque risultati efficaci. Risultati analoghi furono anticipati dagli studi di Hayes e collaboratori nel 1996 (Hayes et al. 1996). Recentemente, un altro risultato interessante è rintracciabile nella meta-analisi coordinata da Hayes nel 2018 (Hayes et al. 2018) sulla correlazione tra controtransfert del terapeuta ed efficacia della terapia.

GLI STUDI DI PROCESSO

Nella sezione precedente abbiamo riportato una breve rassegna di meta-analisi di studi basati su protocolli RCT. Una delle obiezioni più frequenti avanzate in ambito psicoanalitico verso tali protocolli sperimentali riguarda, come accennato sopra, la presunta incompatibilità tra i protocolli RCT, basati sull'assegnazione casuale di campioni omogenei ai gruppi sperimentali, e la metodologia psicoanalitica, focalizzata invece sul caso singolo idiosincratico: specifici pazienti con specifiche storie di sofferenza mentale. Sebbene non tutti gli psicoanalisti ritengano inconciliabili le due modalità di ricerca, questa obiezione è molto seria, al punto da segnare in qualche modo il destino del modello psicoanalitico nei servizi pubblici.

Nel 1997 Emde e Fonagy sostenevano che la psicoanalisi dovrebbe decidere se rimanere sospesa tra scienza e arte, privilegiando un metodo di ricerca ermeneutico, oppure se rientrare nel *main stream* delle scienze bio-psicosociali. Ci vorrebbero molte pagine anche solo per accennare alle complesse questioni epistemologiche sottese a questa dicotomia, ma nei limiti di questo scritto è importante ricordare che alcuni psicoanalisti intravedono una "terza via", quella del dialogo con le altre discipline scientifiche – *in primis* le neuroscienze, adottando metodologie di ricerca che siano consonanti con l'oggetto di studio psicoanalitico. Questa 'terza via' è esplorata attualmente e attivamente in Germania da Marianne Leuzinger-Bohle-

ber e dai suoi collaboratori e da alcuni ricercatori della nuova International Psychoanalytic University di Berlino. Tra le metodologie sperimentali utilizzate da alcuni di questi ricercatori vi è la verifica delle ipotesi con la metodologia degli studi di processo.

Gli studi di processo in psicologia consentono di analizzare i diversi meccanismi psicologici (processi) nella misura in cui questi ultimi influenzano i risultati del trattamento o le reazioni che il paziente o il terapeuta possono avere nel corso del trattamento. Il fine degli studi di processo in psicoterapia è l'identificazione dei processi terapeutici che dimostrano maggiore efficacia nel produrre un cambiamento positivo o, al contrario, identificare i fattori che possono ostacolare tale cambiamento. In letteratura è possibile trovare alcuni esempi di studi di processo che rivestono un grande interesse per la psicoterapia psicoanalitica. Per esempio, Ablon e Jones (1999) hanno confrontato le trascrizioni di sedute di psicoterapia interpersonale breve e di psicoterapia cognitiva annotando gli interventi dei terapeuti con lo schema PQS (Psychotherapy Process Q Set, Ablon et al. 2011), uno strumento che fornisce un insieme di etichette volte a descrivere il processo terapeutico. Le trascrizioni erano state raccolte nell'ambito di un processo di ricerca sulla depressione del *National Institute of Mental Health*. Lo studio ha mostrato che i risultati positivi del trattamento correlavano significativamente con quello che si potrebbe definire uno "stile psicodinamico" degli interventi, indifferentemente dall'approccio teorico adottato dal terapeuta. Uno studio più datato è quello di Crits-Christoph e Cooper (1988), nel quale veniva dimostrata una relazione tra l'accuratezza delle interpretazioni del terapeuta e il risultato positivo del trattamento.

Un altro esempio di studio di processo è quello di Joyce e Piper (1993): gli autori si chiedevano se l'utilizzo dell'interpretazione di transfert potesse essere utile anche nel corso di psicoterapie brevi.

In letteratura sono disponibili numerosi studi di processo per la DIT (Dynamic Interpersonal Therapy), una psicoterapia breve per il trattamento di ansia e depressione che prevede sedici sedute (Leonidaki e Lemma, 2018 è il più recente), e per la *Transference-Focused Psychotherapy* (Carsky, 2020; Clarkin et al. 2018, tra gli altri).

In generale gli studi di processo sono utili per l'avanzamento della ricerca in psicoterapia psicoanalitica perché consentono di individuare i fattori che possono influenzare i risultati della cura, permettendo lo studio di correlazioni significative. Inoltre, intraprendere uno studio di processo su materiale clinico richiede un'organizzazione dei dati clinici che favorisca la formulazione di ipotesi di ricerca consistenti. Come sappiamo, quest'ultima attività ha tanto maggior successo quanto più i costrutti concettuali applicati e studiati sono descritti chiaramente.

CONCLUSIONI

Il tema della ricerca sperimentale in psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica è stato, anche recentemente, fonte di discussioni e controversie. Se da un lato la psicoanalisi, in quanto teoria scientifica, non ha bisogno di cercare verifiche delle proprie ipotesi teoriche al di fuori

della propria disciplina, dall'altro l'organizzazione sempre più interdisciplinare della ricerca sul funzionamento della mente richiede che sia possibile scambiare dati clinici, comunicare gli esiti dei trattamenti e individuare i fattori terapeutici più promettenti. Laddove la ricerca sperimentale viene eseguita, nel rispetto della specificità degli approcci terapeutici, i trattamenti con orientamento psicoanalitico risultano efficaci al pari di altri approcci e, probabilmente, più efficaci nel lungo periodo. L'importanza del trovare una via che consenta ai trattamenti orientati psicoanaliticamente di mostrare la loro efficacia terapeutica non è solo, come sostenuto da Kernberg, un dovere etico nei confronti dei pazienti, ma anche un mezzo per consentire un avanzamento del sapere psicoanalitico e per evitare un progressivo isolamento del nostro approccio nei luoghi di cura e nel dibattito scientifico.

Bibliografia

Abbass A. A., Hancock J. T., Henderson J., et al (2006). *Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders*. Cochrane Database Syst Rev, 4, CD004687.

Abbass A. A., Kisely S. R., Town J. M. et al (2014). *Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders* (update). Cochrane Database Syst Rev, 7, CD004687.

Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). *Psychotherapy process in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 64.

Ablon, J. S., Levy, R. A., & Smith-Hansen, L. (2011). *The contributions of the psychotherapy process Q-set to psychotherapy research*. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 14(1), 14-48.

Blagys M. D. & Hilsenroth M. J. (2000). *Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: a review of the comparative psychotherapy process literature*. *Clin Psychol*, 7, 167-188.

Briggs, S., Netuveli, G., Gould, N., Gkaravella, A., Gluckman, N., Kangogyere, P. & Lindner, R. (2019). *The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: Systematic review and meta-analysis*. *The British Journal of Psychiatry*, 214(6), 320-328.
doi:10.1192/bjp.2019.33.

Carsky, M. (2020). *How treatment arrangements enhance transference analysis in transference-focused psychotherapy*. *Psychoanalytic Psychology*, 37(4), 335.

Clarkin, J. F., Cain, N. M., & Lenzenweger, M. F. (2018). *Advances in transference-focused psychotherapy derived from the study of borderline personality disorder: clinical insights with a focus on mechanism*. *Current opinion in psychology*, 21, 80-85.

Crits-Christoph, P., A. Cooper, and L. Luborsky (1988). The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56.4 (1988), 490.

Cuniberti, P., Caparrotta, L. (2012). *Psicoanalisi in Trincea*. Franco Angeli, Roma.

Emde, R. and Fonagy, P. (1997). An Emerging Culture For Psychoanalytic Research?. *International Journal of Psychoanalysis*, 78 (1), 643–651.

Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*, 14(2), 137– 150.

Gazzillo, F. (2022). Psicoanalisi, terapia e metodo scientifico. *Società Psicoanalitica Italiana* (disponibile nella sezione Ricerca del sito web della SPI).

Gazzillo, F., Lingiardi, V., Genova, F. (2012). L'efficacia delle psicoanalisi alla luce della ricerca empirica. In Cuniberti, P., Caparrotta, L. (2012). *Psicoanalisi in Trincea*. Franco Angeli, Roma, 307-342.

Gruppo di lavoro “Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione” (2022), Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione. Roma: Istituto Superiore di Sanità, (Consensus ISS 1/2022).

Hayes A. M., Castonguay L. G. & Goldfried M. R. (1996). Effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*, 64, 623–627.

Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S., & Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy*, 55(4), 496–507.

Hinshelwood, R. D. (2013), *Research on the Couch Single-case studies, subjectivity and psychoanalytic knowledge*. Routledge: London.

Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1993). The immediate impact of transference interpretation in short-term individual psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 47(4), 508–526.

Kernberg, O.F. (2006a). The pressing need to increase research in and on psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 87(4): 919–26.

Kernberg, O.F. (2006b). Research anxiety: a response to Roger Perron's comments. *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 87(4): 933–37.

Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 86(3): 841–68.

Leuzinger-Bohleber M., et al. (2019). Outcome of psychoanalytic and cognitive-behavioral therapy with chronic depressed patients. A controlled trial with preferential and randomized allocation. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie*. Vol. 64(1) 47–58.

Leonidaki, V., A. Lemma & I. Hobbis (2018). The active ingredients of dynamic interpersonal therapy (DIT): an exploration of clients' experiences, *Psychoanalytic Psychotherapy*, 32:2, 140–156.

Perron, R. (2006). How to do research? Reply to Otto Kernberg, *International Journal of Psychoanalysis*, 87(4), 927–32.

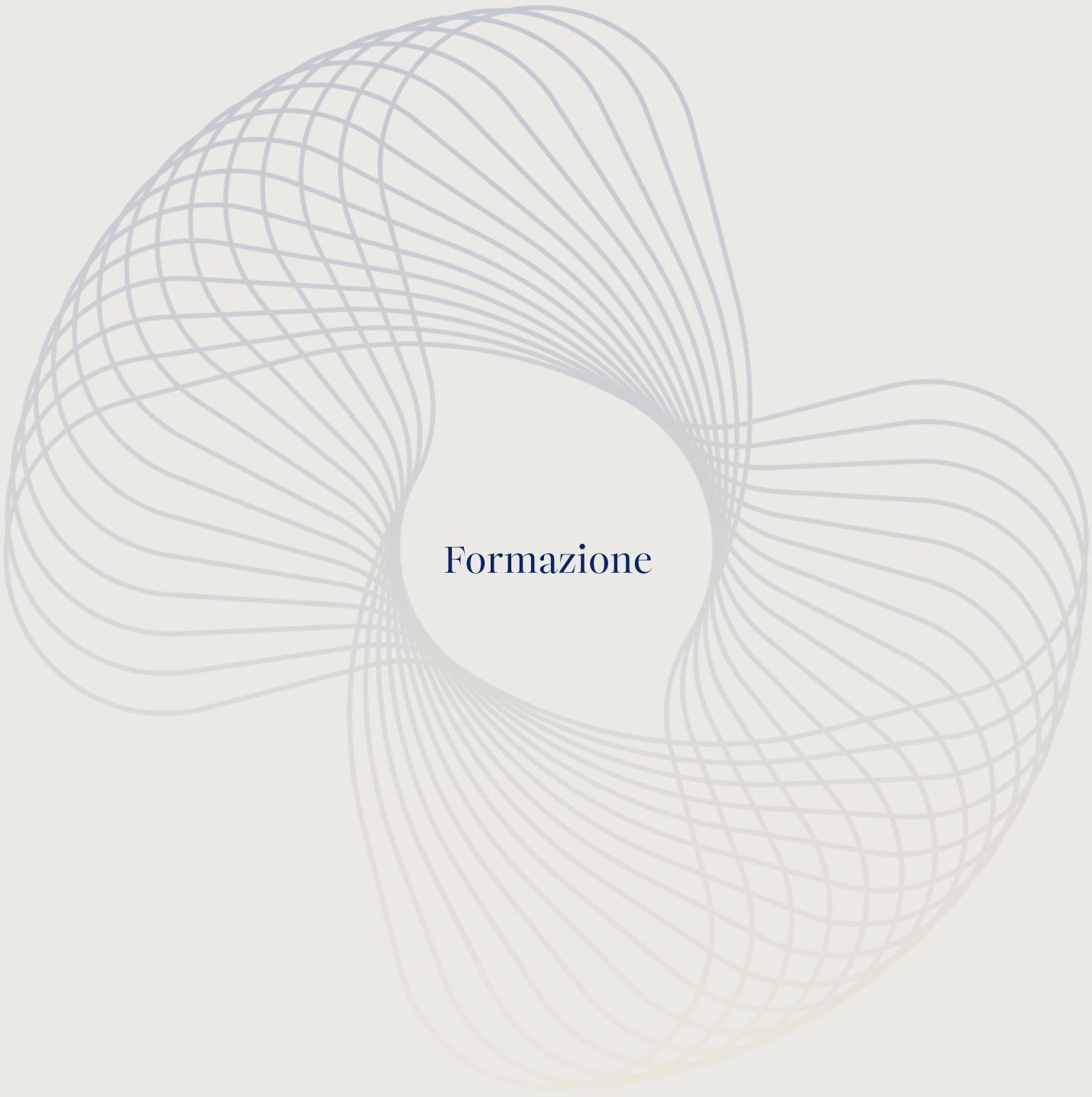
Scott, A. (2015). The centrality of research: A BPC policy document. *British Psychoanalytic Council*, London, 2015 (disponibile on line sul sito del British Psychoanalytic Council).

Shedler J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Journal of Psychology*, 65, 98–109.

Solms, M. (2018). The scientific standing of psychoanalysis. *BJPsych International*, Vol.15(1),5–8.

Steinert C., Munder T., Rabung S., Hoyer J. & Leichsenring F. (2017). Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes. *Am J Psychiatr*, doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17010005.

Woll, C. F. J., & Schönbrodt, F. D. (2019). A series of meta-analytic tests of the efficacy of long-term psychoanalytic psychotherapy. *European Psychologist*, 25(1), 51–72.

An abstract graphic consisting of three interlocking, rounded loops. Each loop is filled with a fine grid of lines. The top-left loop is a light blue color, the bottom-right loop is a light yellow color, and the bottom-left loop is a light grey color. The loops overlap in the center, creating a complex, woven appearance. The word "Formazione" is centered within the overlapping area.

Formazione

Riflessioni sul modello bio-psico-sociale oggi

Maria Baiona

Il modello bio-psico-sociale è un modello di approccio alla persona che deriva da una concezione multidimensionale dell'individuo e della sua salute, intesa secondo quanto pensato e stabilito dalla *World Health Organization* (WHO). Nel tempo tale definizione si è progressivamente modificata arricchendosi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), organismo sanitario internazionale sorto a New York nel 1946, identificava la salute con uno stato di benessere fisico e psichico e la considerava come fattore non solo individuale ma anche collettivo. Due anni più tardi, nel 1948, ne modificava la definizione in uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Nel 1978 veniva aggiunta la precisazione che non si tratta di una semplice assenza di malattia. Nel 1998 l'OMS proponeva, pur non approvandola, una ulteriore modifica della definizione originaria del concetto di salute nei seguenti termini: «*La salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia*», introducendo i concetti di dinamicità e di spiritualità. Tale definizione fu rivista dal dibattito internazionale nel 2011 e, come definizione di salute, venne proposta «*la capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive*». Si poneva dunque l'accento sulla capacità dell'uomo/persona di convivere con la malattia nelle sue varie fasi e di adattarvisi.

Nel corso dei secoli si è assistito ad un radicale cambiamento del quadro epidemiologico caratterizzato in una buona parte della popolazione mondiale dal prevalere delle malattie croniche. La possibilità realistica di affrontare anni di sopravvivenza rende più rilevante il guadagno di salute, tanto che un aumento della capacità di affrontare, gestire, mantenere e ripristinare la propria integrità e il proprio equilibrio diventa più rilevante e realistico rispetto al recupero del completo benessere. Ulteriori significativi cambiamenti stanno progressivamente influenzando la nostra salute: come crescenti diseguaglianze non più tra Paesi – primo, secondo, terzo mondo – ma diseguaglianze e povertà in zone dello stesso Paese; flussi migratori secondo rotte sempre più globali; i nuovi modelli di consumo e di comunicazione, nonché eventi climatici ed ambientali tra cui rientra anche la pandemia da SarsCov2.

Il modello bio-psico-sociale ha origine proprio a partire dalla prima modifica di concezione di salute del 1948, ma ci vollero circa trent'anni affinché nel mondo psichiatrico, grazie all'intervento di George Libman Engel del *Medical Center della Rochester University* (NY) nel 1977, ci si accorgesse dei risvolti che la breve definizione di salute comportava e che la si accettasse come un paradigma di riferimento nell'approccio alla persona. Negli anni '80, lo stesso Engel ribadì la necessità di introdurre il modello “biopsicosociale” in clinica. Tale modello consente di cogliere la fenomenologia umana nella sua interezza ponendo sullo stesso piano gli aspetti riguardanti la salute della persona e gli aspetti di partecipazione sociale, mettendoli in relazione con i fattori ambientali. Il modello “biopsicosociale” esplora coerentemente e contemporaneamente la presenza di fattori biologici, psicologici e sociali, incluse le loro complesse interazioni, per la comprensione dello stato psicofisico dell'individuo ed orienta nella scelta

dell'approccio psicodiagnostico e dell'intervento terapeutico. Ne consegue che ogni intervento che si focalizzi solo su uno dei tre aspetti considerati, biologico, psicologico o sociale, è destinato ad essere incompleto e potenzialmente inefficace. Ne deriva che, per definizione, mettendo l'accento su di un approccio olistico alla persona, è un modello favorente l'approccio multidisciplinare tra le varie professioni quali quelle di medici, psicologi, professionisti sociali e figure educative, tutti coinvolti in un lavoro in rete.

Come fattori biologici si intendono tutte le componenti genetiche, biochimiche, tossiche, neurobiologiche, ecc: dalle cosiddette meiotragie d'organo alle espressività delle singole intelligenze umane (Gardiner, 1983). I fattori psicologici sono più facili da individuare e comprendere per noi abituati all'ambito psicologico. Sono legati all'umore, ai tratti personologici, alle difese prevalenti, agli stili di comunicazione interpersonale, alle emozioni, alla capacità di elaborare le informazioni, ai processi narrativi, alla memoria, alla capacità di integrazione e di autoregolazione. I fattori sociali dipendono dalle esperienze, dal contesto di vita (familiare, culturale ed etnico), dalle condizioni economiche, dalle esperienze passate (traumi, life-events, ecc.). Ma il concetto sociale può essere considerato anche in un'accezione decisamente più ampia, quasi ecologica. L'ambito culturale, che è proprio del contesto di vita a cui si appartiene, è sotteso dagli atteggiamenti, dai valori, dalle credenze, dalle tradizioni e dai comportamenti appresi e condivisi in modo transgenerazionale, dalla lingua e dai dialetti, e comporta tutto ciò che ha effetto sulla identità personale, sui valori fondanti della persona e della sua sensibilità. Per quanto riguarda la popolazione straniera, ciò assume un valore particolare, imprescindibile nel momento della valutazione della sofferenza e della malattia, il che comporta necessariamente una competenza altra da acquisire e approfondire nell'ottica di una etnopsichiatria. La definizione di salute proposta nel 1998 introduce il concetto di spiritualità, che rientra in una dimensione sociale e non è necessariamente collegata ad una dimensione religiosa, ma investe il nostro equilibrio interiore, i nostri valori etici, la concezione che abbiamo della vita, del suo senso, di ciò che intendiamo per anima e di come intendiamo il trascendente. E questo poiché coloro che hanno istanze spirituali più forti, a prescindere dal tipo, hanno in genere un adattamento alla vita e alle avversità migliori. Rispetto all'età evolutiva, il modello bio-psico-sociale assume una rilevanza importante nei primi tre anni di vita, allorquando le strutture e le funzioni del cervello sono direttamente condizionate dalle esperienze interpersonali ed, in particolare, dai nostri legami di attaccamento che influenzano e modellano i programmi di maturazione geneticamente determinati del sistema nervoso centrale (D.J. Siegel, 2001), dando vita alla maggior parte dei processi di sinaptogenesi che sono alla base del funzionamento della nostra mente (Kandel e Schwartz, 1992). Esperienze precoci, specie di tipo traumatico, sono in grado di danneggiare la strutturazione dell'organizzazione della corteccia cerebrale tanto da determinare un impoverimento di tipo cognitivo con espressioni neuropsicologiche deficitarie complesse. I processi di ri-

maneggiamento cerebrale continuano nel corso della nostra esistenza, ma con una velocità ed una ricchezza decisamente diversa e di entità meno rilevante. Nel corso dell'adolescenza, tali processi di sinaptogenesi subiscono una ulteriore accelerazione e sono particolarmente suscettibili ai danni tossici di sostanze come il THC il cui uso, in casi di quantità elevate e uso prolungato, può provocare, proprio in queste età, un danno irreversibile e sostanziale, tale da compromettere il potenziale sviluppo cerebrale definitivo.

Sulle basi del modello biopsicosociale nel 2001 nacque, sotto gli auspici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) che rappresenta uno strumento rivoluzionario per descrivere lo stato di salute di una persona con un linguaggio unico, applicabile in ogni Paese del mondo ed ad ogni età. Ciò che viene valorizzato non è la malattia in sé, ma quanto ci sia di positivo in termini di funzioni residue, attività e partecipazione sociale. La malattia è considerata come originata da effetti sulle strutture e sulle funzioni corporee, le quali, a loro volta, sono fonti di limitazioni nelle attività quotidiane e nella partecipazione alle attività sociali. Fattori personali ed ambientali possono influenzare gli esiti disabilitanti di una patologia, sia in modo favorente (barriere) che compensativo (facilitatori). Lo scopo è di dare una visione globale della persona puntando sullo sviluppo delle sue abilità e sulla costruzione di un ambiente favorente. Apparentemente l'ICF nasce per le persone con disabilità, ma in realtà è applicabile a tutti gli individui consentendo la comprensione della loro complessità di vita, stimolando e suggerendo, a prescindere dal modello di intervento, modificazioni individuali, ma anche dell'ambiente di vita e di relazione. Tutte le implicazioni del modello bio-psico-sociale, così come è stato declinato, hanno oggi una ricaduta molto importante nei percorsi clinico-assistenziali dell'ambito psichiatrico, specie in età evolutiva, condizionando scelte sia diagnostiche sia di intervento. Vengono privilegiate la conoscenza il più allargata possibile dell'individuo e del suo contesto, personale, familiare, sociale e scolastico e la messa in atto di strumenti intesi a rafforzare non solo l'individuo in sé (ad esempio la psicoterapia), ma anche le sue capacità adattive, la sua autonomia, la sua resilienza, operando nel e sul suo contesto di vita, valorizzando tutto quanto possa rappresentare una risorsa. Per ottenere tutto ciò, come abbiamo imparato, sono imprescindibili il lavoro multidisciplinare e le risorse educative professionali. Molta attenzione viene posta nei confronti degli elementi di origine biologica e non è infrequente dover prendere atto dell'esistenza, nell'ambito dello stesso nucleo familiare, di più soggetti affetti da disturbi molto simili (ad es. disturbi del comportamento alimentare). E' altresì di frequente riscontro, nell'ambito del contesto di vita dei nostri pazienti, un rinforzo di segni, sintomi, abitudini patologiche che assumono caratteristiche peculiari nel gruppo dei pari di intere generazioni di adolescenti determinando quadri clinici polimorfi, mutevoli e di difficile inquadramento. Anche la prognosi è condizionata da elementi di natura biologica. L'esperienza ci ha insegnato che questi ultimi hanno una ricaduta importante sulla scelta dello strumento

di intervento in quanto inducono ad una riflessione sulla previsione degli esiti con l'obiettivo di raggiungere un equilibrio evolutivo accettabile e non inseguire false chimere. Ciò ha un evidente riflesso anche in termini economici, laddove sia necessario scegliere effettivamente interventi il più possibile efficaci, ma anche efficienti.

Bibliografia

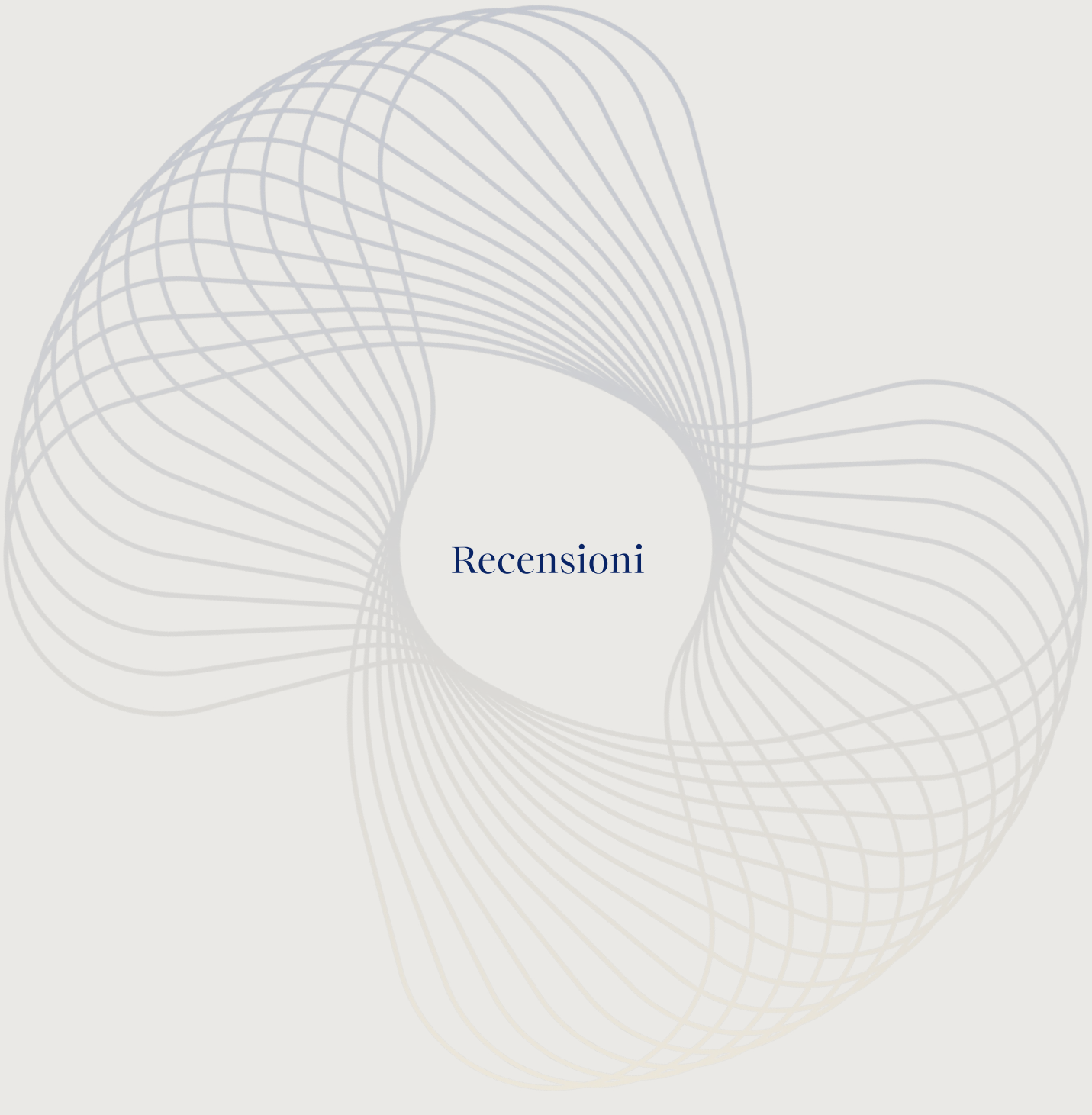
Engel G.L. (1977). The need of medical model: a Challenge for biomedicine. *Science*, 196:129–36.

Engel G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137(5): 535–44.

Gardner, H. (1983). *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*. Trad. it. *Formae Mentis, Saggio sulla pluralità dell'intelligenza*, Feltrinelli, 2013.

Kandel, E.R. e Schwartz, H. (A cura di). (1992). *Principles of Neural Science*. 2nd Edition, Elsevier, New York.

Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, “mindsight,” and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22, 67–94.

An abstract geometric pattern composed of numerous thin, overlapping circles. The circles are arranged in a way that they create a central, irregularly shaped void. The lines are light gray, and the overall effect is a complex, woven texture. The pattern is centered on the page.

Recensioni

Christopher Bollas (2022), Tre caratteri. Narcisista, borderline, maniaco-depressivo

Minima, 156. Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 166. Trad. it. Franco del Corno

Edizione originale: C. Bollas – with S. Bollas (2021). *Three Characters: Narcissist, Borderline, Manic Depressive*. Phoenix Publishing House, Lufkin, TX.

Recensione di Daniela Cassano

In questo saggio Christopher Bollas delinea alcuni aspetti prototipici di quelli che definisce “tre caratteri”. Si tratta di strutture complesse (narcisista, borderline, maniaco-depressiva) create dalla mente in risposta al dolore psichico. Ciò si verifica quando le relazioni oggettuali più precoci tra madre (e/o ambiente) e bambino sono state per qualche motivo deteriorate. Il terapeuta che riconosce tali strutturazioni psichiche in pazienti diversi tra loro potrà, attraverso il lavoro analitico, aiutare l'analizzando a divenire consapevole del proprio funzionamento.

L'idealizzazione è il perno su cui ruota l'organizzazione mentale del paziente narcisista. L'idealizzazione del Sé e degli oggetti ha un significato difensivo e disumanizzante, ma è indispensabile per proteggere un Sé diversamente assai fragile. Bollas individua un narcisista “positivo” che costruisce attorno a sé un mondo di relazioni gratificanti e superficiali, evita accuratamente i conflitti e può avere una vita di successo. Nel narcisista “negativo”, invece, l'idealizzazione si concretizza nello scacciare il Sé ideale buono sostituendolo con uno delirante e persecutorio: per esempio, i membri di gang, gruppi paramilitari, sette, e così via. In quest'ultimo caso l'imperativo diventa l'uccisione degli aspetti amorevoli e creativi del Sé. Nel trattamento analitico, in una prima fase, il paziente può ottenere dall'analista sostegno e gratificazione portando in seduta ogni sorta di difficoltà, attribuendole tutte alla fallacia del mondo esterno. Dal canto suo, l'analista può trovare il paziente molto interessante. Questa prima fase di transfert idealizzante, secondo la visione già anticipata da Kohut, può essere molto utile alla terapia. Ma a questo primo periodo segue di solito una fase di delusione relativa sia all'analista che al Sé. Come conseguenza l'analista inizia ad introdurre interpretazioni che il paziente fatica a cogliere o collegare tra loro. Nei casi in cui la terapia ha successo il paziente sperimenta a questo punto una fase depressiva che gli permette di capire che né il Sé né il mondo oggettuale sono perfetti. Un ulteriore passo potrà permettere al Sé di reintroyettare le parti scisse che sono state denegate o proiettate.

Nel paziente borderline l'elemento centrale è il dolore mentale persistente. Traendo origine da primissime relazioni oggettuali disorganizzate con l'ambiente di accudimento primario, il grumo doloroso primigenio è il nucleo dis-organizzatore di questi pazienti. Essi tendono a compiere scelte di vita ansiogene e destrutturanti. Ad esempio si legano spesso ad altri individui borderline in relazioni lunghe e tormentose, alla ricerca continua di conflitti che li facciano sentire vivi e interrompano la loro sensazione di vuoto. Ma, a differenza dei perversi, non traggono piacere da tali relazioni masochistiche. Diversamente che nell'isteria, la frequente somatizzazione presente in questi pazienti non ha nulla di simbolico ma è semplicemente

“un’estensione corporea dell’angoscia mentale” (pag. 66). Nel carattere borderline prevale il meccanismo di scissione; in seduta predominano termini astratti, generalizzazioni in negativo, il paziente evita difensivamente di entrare nel dettaglio dei propri vissuti. Il tentativo da parte dell’analista di introdurre uno spazio in cui il Sé possa caratterizzarsi, comprendere, riorganizzarsi viene percepito come un attacco. Secondo Bollas, inizialmente l’analista deve tollerare tutto ciò con la finalità di riuscire ad entrare nel mondo degli oggetti-Sé del paziente. In una fase successiva dell’analisi egli chiederà al paziente di dettagliare e personalizzare le sue esperienze al fine di rendere concreto il mondo e uscire dalla dimensione confusiva. La terapia è soggetta a fasi burrascose di possibile abbandono, acting out, ad esempio quando insorgono periodi di profonda depressione a seguito dell’interruzione di relazioni con oggetti di attaccamento invischiati e negativi per il paziente.

Rispetto al paziente maniaco-depressivo (bipolare) l’Autore evidenzia il fatto che spesso questi pazienti sono vissuti in famiglie dove predominava depressione e scarsa valorizzazione dei contenuti emotivi degli accadimenti (positivi o negativi che fossero). In un ambiente siffatto, il paziente ha imparato ad ipervalorizzare i propri stati emotivi e mentali interni, creando la configurazione di un Sé grandioso. Nella tecnica analitica, viene suggerito un elevato livello di ascolto del contenuto del discorso maniacale (paragonato da Bollas al flusso delle libere associazioni). L’obiettivo dell’analista è rallentare l’eloquio del paziente, facendogli capire di essere ascoltato, per esempio riproponendogli più volte i temi che ha da poco trattato. Anche in questo caso la finalità è quella di entrare in un contatto profondo con il paziente.

Bollas sostiene che il trattamento analitico è possibile in tutti questi casi, accomunati da una particolare complessità. E’ rilevante che si parli di “caratteri” e non di strutture. Sappiamo che strutture di personalità ben categorizzabili attraverso tratti univoci sono sempre più rare nella pratica clinica, spesso prevalgono costellazioni complesse.

Il merito di questo breve saggio è quello di delineare in modo sintetico ed efficace le differenze tra alcune peculiari strutturazioni. Non vengono misconosciute le difficoltà né i possibili insuccessi. L’analisi richiede tempi lunghi, particolare tolleranza alle difficoltà da parte dell’analista ed una specifica capacità di capire quando è il momento di introdurre movimenti interpretativi che possano far sì che il paziente entri in contatto con il proprio inconscio a fini trasformativi. Per ottenere ciò occorre che si crei una relazione di particolare vicinanza tra paziente ed analista, in altri termini che questi entri a far parte del mondo interno del paziente.

Ronald Britton (2021). *Sex, Death and the SuperEgo. Updating Psychoanalytic Experience and Developments in Neuroscience*

2nd Edition. Ronald Britton (2021). Routledge, London and New York

Recensione di Morena Danieli

Ronald Britton appartiene alla seconda generazione di analisti kleiniani londinesi: è analista didatta della *British Psychoanalytic Society*, di cui è stato presidente in passato dopo un lungo periodo di attività come direttore del *Department of Children and Parents* della clinica Tavistock. Il pensiero di Britton è fortemente radicato nella tradizione freudiana, kleiniana e post-kleiniana ed è, contemporaneamente, in costante dialogo con il pensiero filosofico, con il mondo della letteratura e della poesia. Il fascino di molte sue opere risiede proprio nella creatività con cui intuizioni provenienti dall'arte e dal pensiero filosofico sono accostate a concetti psicoanalitici che vengono così approfonditi e verificati nell'esperienza clinica.

Alla fine dello scorso anno la casa editrice Routledge ha pubblicato la seconda edizione di *Sex, Death and the SuperEgo*. La prima edizione di questa raccolta di saggi risale al 2003, la sua traduzione italiana all'anno successivo. Per la seconda edizione Britton ha scelto un sottotitolo che rivela, in una frase, il suo approccio alla teoria psicoanalitica: *Updating Psychoanalytic Experience and Developments in Neuroscience*. Il volume non è una semplice riedizione ma un ampliamento, un approfondimento e una revisione della sua personale interpretazione delle conoscenze psicoanalitiche alla luce dei risultati di molti anni di lavoro clinico e di attenzione agli avanzamenti nella psicoanalisi e nelle neuroscienze. Con una grande indipendenza di pensiero Britton offre al lettore una visione personale della teoria psicoanalitica, il cui paradigma scientifico sta attraversando un periodo di profondo mutamento, tema che l'Autore affronta nell'ultimo capitolo di questo volume.

Come nella prima edizione, il libro è diviso in tre parti: *Hysteria, The Ego and the SuperEgo e Narcissism*, le prime due composte di quattro e la terza di tre capitoli. Il lettore familiare con la prima edizione potrà osservare che, oltre alla novità dell'ultimo capitolo a cui si accennava sopra, alcuni capitoli hanno un titolo diverso e alcuni comprendono oggi una sezione di aggiornamento ("*afterthoughts*"). Per esempio, il capitolo che apre la sezione *Hysteria* è dedicato al caso di Anna O. ed offre una visione più comprensiva di quelle note sull'impatto che il trattamento di questo caso ebbe per la nascita della psicoanalisi a partire dall'analisi di ricerche recenti sulle osservazioni raccolte durante i ricoveri ospedalieri di Berta Pappenheim e sulla corrispondenza tra Freud e Breuer. Il secondo capitolo riporta una revisione del concetto di istinto di morte da Freud in avanti, mentre il capitolo 4 è stato totalmente riscritto. In questo capitolo, *Phallic idealization in women*, pur non entrando nel dibattito recente sulle differenze di genere, Britton considera la possibilità di tre tipi di identificazione femminile: l'essere figlia, l'essere una partner sessuale e l'essere madre. Nello sviluppo ottimale le tre identità possono coesistere in modo fluido, mentre in caso di vicissitudini nella costituzione

dell'identità il soggetto può fissarsi in uno stadio e mantenere identificazioni con un oggetto parziale.

Nella seconda parte del libro, in particolare nei capitoli da 5 a 8, Britton si occupa della relazione intrapsichica tra Io e Super-io. La conoscenza della relazione tra queste due istanze, sebbene possa apparire astratta, emerge dalla pratica psicoanalitica ed è pertanto, nelle parole dell'Autore, "clinicamente accessibile". Un'area di potenziale conflitto tra Io e Super-io si stabilisce nel confronto tra esperienza e autorità. Fornire giudizi basati sull'esperienza e sull'esame di realtà è una faccenda che riguarda l'Io, mentre il Super-io reclama la propria autorevolezza in virtù della propria origine intrapsichica che combina autorità parentale e ancestrale. Britton si riferisce all'autorità ancestrale ricordando il concetto di "voce del gregge", che era stato introdotto nel campo delle scienze della mente da uno dei mentori di Bion all'*University College Hospital* di Londra, il professore di chirurgia e psicologo sociale Wilfred Trotter (1908, 1919). Trotter opponeva la "voce del gregge" al concetto di "apprendere dall'esperienza". Com'è noto il tema è stato ripreso da Bion in ambito psicoanalitico per spiegare la difficoltà di apprendere dall'esperienza quando questa si contrappone alle credenze del gruppo (Bion, 1962). Nella teorizzazione di Britton l'auto-osservazione è una funzione dell'Io e non del Super-io: il primo può osservare sé stesso realisticamente, mentre il secondo formula i propri giudizi a partire da assunti morali, prevalenti nel gruppo di appartenenza. Affinché l'Io possa emanciparsi dal dominio del Super-io è necessario che sia in grado di giudicare a sua volta il Super-io, proprio come un bambino può diventare adulto via via che è in grado di giudicare i propri genitori o un paziente di giudicare il proprio analista.

Nel capitolo 7 Britton analizza le difficoltà peculiari che possono sorgere quando questo percorso di sviluppo è ostacolato, in particolare quando la paura di un Super-io invidioso può giungere a bloccare la creatività di un individuo. Questo capitolo è esemplare per rivelarci le modalità della riflessione psicoanalitica di Britton: egli non dà mai per scontata una formulazione teorica, sia pure quando questa è ormai diffusa e accettata nella discussione psicoanalitica. In questo caso, per esempio, si chiede se il concetto di Super-io invidioso abbia senso e, per rispondere a questa domanda, si chiede quanto sia importante il ruolo del meccanismo proiettivo nel generare una figura interna genitoriale invidiosa. E ancora, quanto e in che modo, le caratteristiche reali dell'oggetto genitoriale abbiano parte in questo processo e, infine, quale sia la relazione tra il l'istinto di morte e l'invidia. A queste domande Britton offre risposte basate sull'analisi di due casi clinici accomunati dal fatto di provare terrore e di temere per la propria vita psichica se mai si fossero concessi di essere creativi e liberi. In entrambi i casi, caratterizzati da inibizione e depressione, il terrore è legato alle minacce di un Super-io invidioso. Per entrambi il carattere degli oggetti genitoriali reali poteva essere stato una delle determinanti per lo sviluppo di un Super-io invidioso. Britton accetta la formulazione di Melanie Klein secondo cui il Super-io è una parte dell'Io inizialmente scissa e

depositaria degli istinti di morte. Affinché l'ostilità di questa istanza sia mitigata è necessaria l'introiezione di oggetti genitoriali buoni, ma se il carattere del genitore reale ha dei tratti invidiosi e ostili rischia di diventare il depositario delle proiezioni dell'oggetto interno maligno e di venire re-introiettato come un oggetto alieno mediante un'identificazione secondaria. Quel che è in gioco in questi casi è l'analisi di una struttura psichica complessa caratterizzata dall'invidia, che Britton interpreta come una propensione innata libido-fobica e incline ad attaccare tutto ciò che può essere esperito come Altro, in altri termini un impulso xenocida che nei casi peggiori ha un'attitudine omicida e che, nei casi meno gravi, si manifesta come misantropia. Britton osserva come sia difficile l'analisi di questi pazienti e come l'analista possa sentirsi scoraggiato e minacciato egli stesso. In questi casi, l'esempio dei propri maestri e la solidarietà dei colleghi costituiscono una fonte di forza interiore.

Nella terza parte del volume, capitoli 9 e 10, Britton offre una revisione del concetto di narcisismo. Egli ritiene che sia utile distinguere, sia teoricamente che nella pratica clinica, i disturbi narcisistici caratterizzati da un distacco difensivo dall'attaccamento verso un'altra persona dai disturbi caratterizzanti le forme distruttive di narcisismo dove si manifesta una fondamentale relazione ostile "anti-Altro" di natura xenofoba.

Nel capitolo 11 Britton affronta il tema del cambiamento di paradigma nella psicoanalisi attuale. I modelli di mente e cervello prevalenti nella prima parte del ventesimo secolo sono profondamente mutati sul finire del Novecento grazie a nuove ipotesi e conferme provenienti dalle ricerche neuroscientifiche e grazie alla crescita delle conoscenze e alla precisazione dei modelli della mente nella psicoanalisi contemporanea. Per esempio, come l'Autore stesso scrive nell'Introduzione a questa seconda edizione, *"la visione neuroscientifica del cervello basata sul "senso centrale del Sé" sta emergendo in modo molto interessante se affiancata alla nostra familiarità psicoanalitica circa lo sviluppo della mente"*.

Nell'ultimo capitolo del volume Britton affronta con grande libertà il tema della necessità di ricostruire le assunzioni metapsicologiche della psicoanalisi alla luce non solo delle evidenze recenti in campo neuroscientifico, ma riconsiderando e sviluppando il contributo, per lungo tempo passato inosservato, di Ronald Fairbairn alla revisione strutturale della teoria freudiana della libido.

Lo sguardo che Britton rivolge alle ricerche neuroscientifiche non è generico, ma riguarda soprattutto il neuro-sviluppo. In questo momento, dice Britton, non ci sono evidenze tali da giustificare un'integrazione tra modelli neuroscientifici e modelli psicoanalitici. Tuttavia, egli ritiene sia utile cercare di confrontare questi modelli e lo fa, come sempre, a partire dalla propria esperienza clinica di psicoanalista e neurologo, pronto a ridiscutere i concetti metapsicologici basati su modelli ridondanti del funzionamento della mente-cervello. Alcune speculazioni offerte in questo capitolo ci aiutano a considerare, per esempio, come le attuali concezioni neuroscientifiche circa la natura della percezione della realtà esterna a partire da

stimoli transienti e dai meccanismi di anticipazione, esperienza e memoria immediata (Damasio 1999) possano coesistere, per esempio, con l'interazione dinamica di immaginazione e credenza (descritte da Britton in *Belief and Imagination*, 1998), dove l'immaginazione è supportata dalle aspettative che talvolta, come nella nevrosi ossessiva, possono bloccare la capacità di fare esperienza e gettare un'ombra di discredito sui dati della memoria immediata. Un'altra speculazione avanzata in questo capitolo riguarda la possibilità che ciò che descriviamo come scissione dell'Io potrebbe avere una controparte nell'attività cerebrale generando un senso di Sé di "second'ordine" che contraddice l'esperienza reale a favore di un'esperienza simulata.

Non resta che auspicare una traduzione italiana di questo volume affinché un numero maggiore di lettori possa apprezzare la chiarezza dell'esposizione, l'eccezionale creatività e libertà di pensiero di Ronald Britton.

Bibliografia

Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Maresfield Reprints, Karnac Book.

Britton, R. (1998). *Belief and Imagination*. London & New York: Routledge. Trad. it. di A. Gilli, *Credenza e Immaginazione*. Borla, Roma, 2006.

Britton, R. (2004). *Sesso, Morte e Super-Io. Esperienze in Psicoanalisi*. Trad. it. di G. Baldaccini, Astrolabio, Roma.

Damasio, A.R. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotions and the Making of Consciousness*. Harcourt Brace, New York.

Trotter, W. (1915), *Instinct of the Herd in Peace and War*. The Scientific Book Club, London.