



A.Psi.C. ETS
Associazione Psicoanalisi Contemporanea ETS

Direttrice Responsabile
Daniela Cassano

Direttrice Editoriale
Morena Danieli

Redattrice Capo
Laura Fattori

Psicoanalisi Contemporanea

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

ISSN 2785-5376



A.Psi.C. ETS
Associazione Psicoanalisi Contemporanea ETS



Sede della Redazione

via G. Verdi 45, Torino

Email:

redazione@psicoanalisicontemporanea.it

Sito web:

www.apsic.it

Rivista semestrale

VI - (I) - Gennaio - Giugno 2026

Indice

Editoriale	6
Teoria e Tecnica Psicoanalitica	8
Mutamenti nella cura tipo: traumi e fenomeni ossessivi	9
Carlo Brosio	
Sulla violenza in Sanità – Tra la violenza	35
contro i curanti e la violenza delle cure	
Mario Perini	
L'oggetto e la fantasia nella relazione perversa.	52
Una lettura de <i>Le figure della perversione</i> di M. Masud R. Khan	
Daniela Settembrini	
Dalla psicoanalisi epistemologica alla psicoanalisi ontologica:	67
i cambiamenti della tecnica. Una lettura di: <i>Prendere vita nella stanza d'analisi</i> , di T.H. Ogden	
Mirella Rostagno	
Casi clinici.....	76
Il senso di impotenza.....	77
Stefano Ramella Benna	
Interfacce	96
Abitare l'inferno: desiderio, altro e soggettività nella società complessa	97
Chiara Mortari	
Formazione	109
Dalla fantasia alla realtà: la relazione uomo-animale	110
come snodo terapeutico nelle psicosi gravi	
Cristina Brunialti	
Recensioni.....	121
<i>Il declino del desiderio – Perché il mondo sta rinunciando al sesso</i>	122
L. Zoja Giulio Einaudi Editore, Torino, 2022	
Recensione di Daniela Cassano	



A.Psi.C. ETS
Associazione Psicoanalisi Contemporanea ETS

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

Direttrice Responsabile

Daniela Cassano

Direttrice Editoriale

Morena Danieli

Redattrice Capo

Laura Fattori

Comitato Scientifico di A.Psi.C.

Maria Baiona
Stefano Calamandrei

Redattrici

Giulia Brolato
Chiara Pugnetti
Mirella Rostagno
Ilaria Saracano
Daniela Settembrini

Hanno dato il loro contributo a questo numero:

Carlo Brosio

Psicoanalista con funzioni di training della SPI, *full member* IPA.

Cristina Brunialti

Psicologa, psicoterapeuta, analista AIPA con funzione didattica

Daniela Cassano

Neurologa, psicoterapeuta, socia fondatrice di A.Psi.C. e di A.Psi.C. ETS, direttrice responsabile di *Psicoanalisi Contemporanea*

Chiara Mortari

Psicologa, psicoterapeuta, professoressa incaricata di Psicologia Dinamica Università degli Studi di Brescia

Mario Perini

Psicoanalista SPI, medico psichiatra, consulente di organizzazione, direttore scientifico del Nodo Group

Stefano Ramella Benna

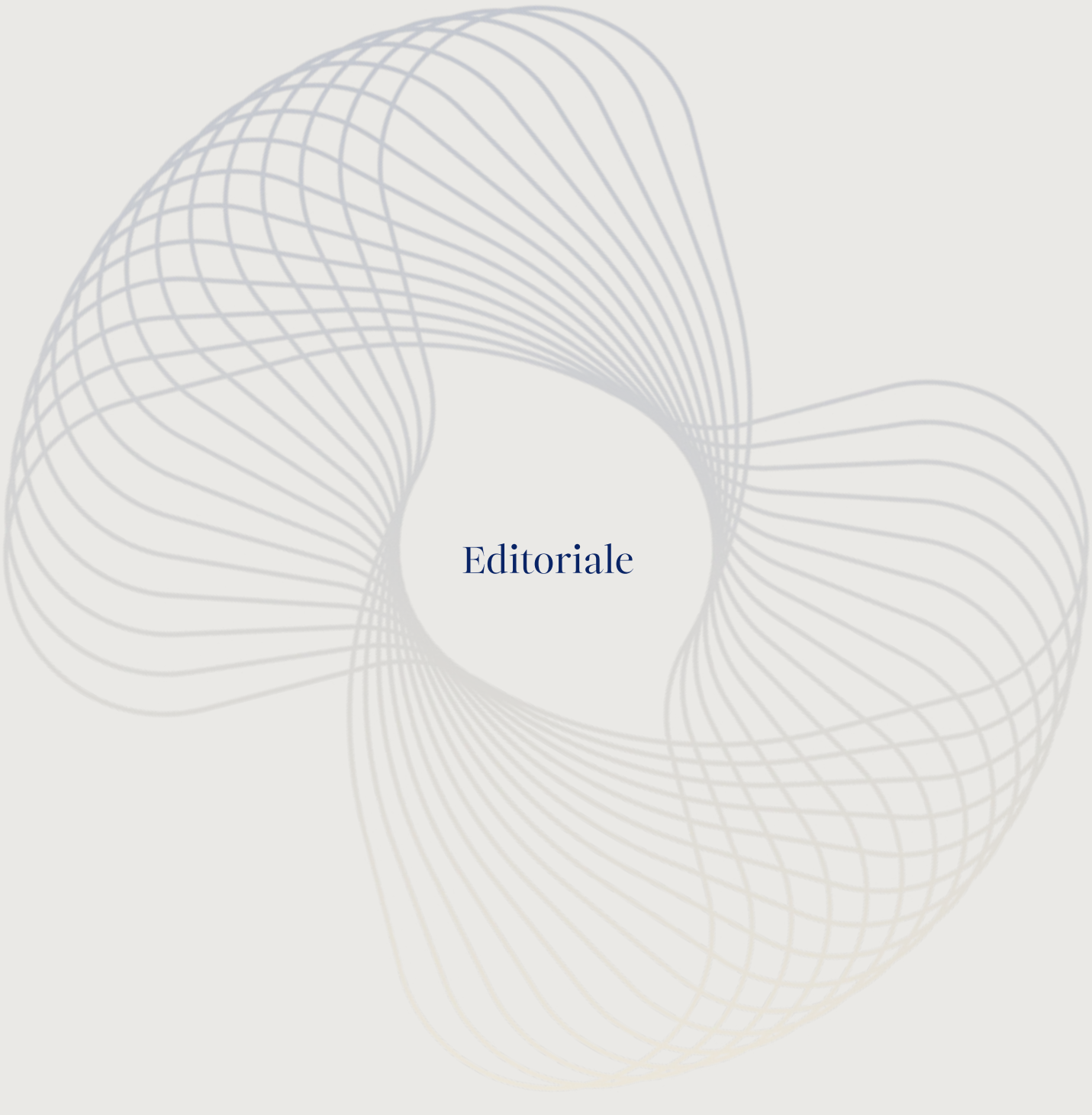
Psicologo, psicoterapeuta, PhD

Mirella Rostagno

Psicologa, psicoterapeuta, socia fondatrice e vice-presidente di A.Psi.C., presidente di A.Psi.C. ETS, consulente e perito del Tribunale di Torino

Daniela Settembrini

Psicologa, psicoterapeuta, presidente di A.Psi.C., direttrice della Scuola di Specializzazione di A.Psi.C., socia fondatrice di A.Psi.C. ETS, presidente del Centro Clinico TeCO

An abstract geometric pattern composed of numerous thin, overlapping curved lines. The lines are arranged in a way that they form a central, irregularly shaped void. The lines themselves are a light, muted blue-grey color. The overall shape of the pattern is somewhat circular but with three main lobes or protrusions extending outwards, giving it a complex, organic feel. The lines are closely spaced in some areas and more spread out in others, creating a sense of depth and movement.

Editoriale

Il nuovo numero di *Psicoanalisi Contemporanea* si compone di diversi interessanti contributi. Per la sezione Teoria e Tecnica, presentiamo l'articolo di Carlo Brosio, tratto dal ciclo di Seminari organizzato da A.Psi.C. nel 2026, sul tema del rapporto tra trauma e fenomeni ossessivi. L'autore, superando il concetto di deficit di sviluppo, centra l'interesse sui bisogni emotivi autentici del paziente e sull'utilizzo del controtransfert per una migliore gestione della terapia.

Il secondo contributo è quello di Mario Perini che affronta il tema molto attuale della violenza nei luoghi di cura (ospedali, ambulatori, comunità, ecc.). A seguire, due articoli tratti dal ciclo di lettorati organizzati recentemente da A.Psi.C. a Torino. Il primo è una lettura di Daniela Settembrini de *Le figure della perversione* di M. Masud R. Khan che analizza il tema della perversione interpretandola come una patologia complessa dell'Io. Il secondo è una lettura di Mirella Rostagno de *Prendere vita nella stanza d'analisi* di Thomas Ogden ove si affronta il tema della differenza tra due approcci psicoanalitici, quello epistemologico e quello ontologico.

Per la sezione Casi clinici, Stefano Ramella Benna si occupa, attraverso la riflessione teorica a partire da esperienze cliniche, del tema del sentimento d'impotenza nelle sue varie implicazioni.

Per la sezione Interfacce, Chiara Mortari analizza il tema del desiderio quale motore possibile del cambiamento non solo in ambito personale, ma anche sociale e culturale, aprendo ad una riflessione più ampia, a partire dagli insegnamenti di personalità di spicco come Italo Calvino e Franco Basaglia.

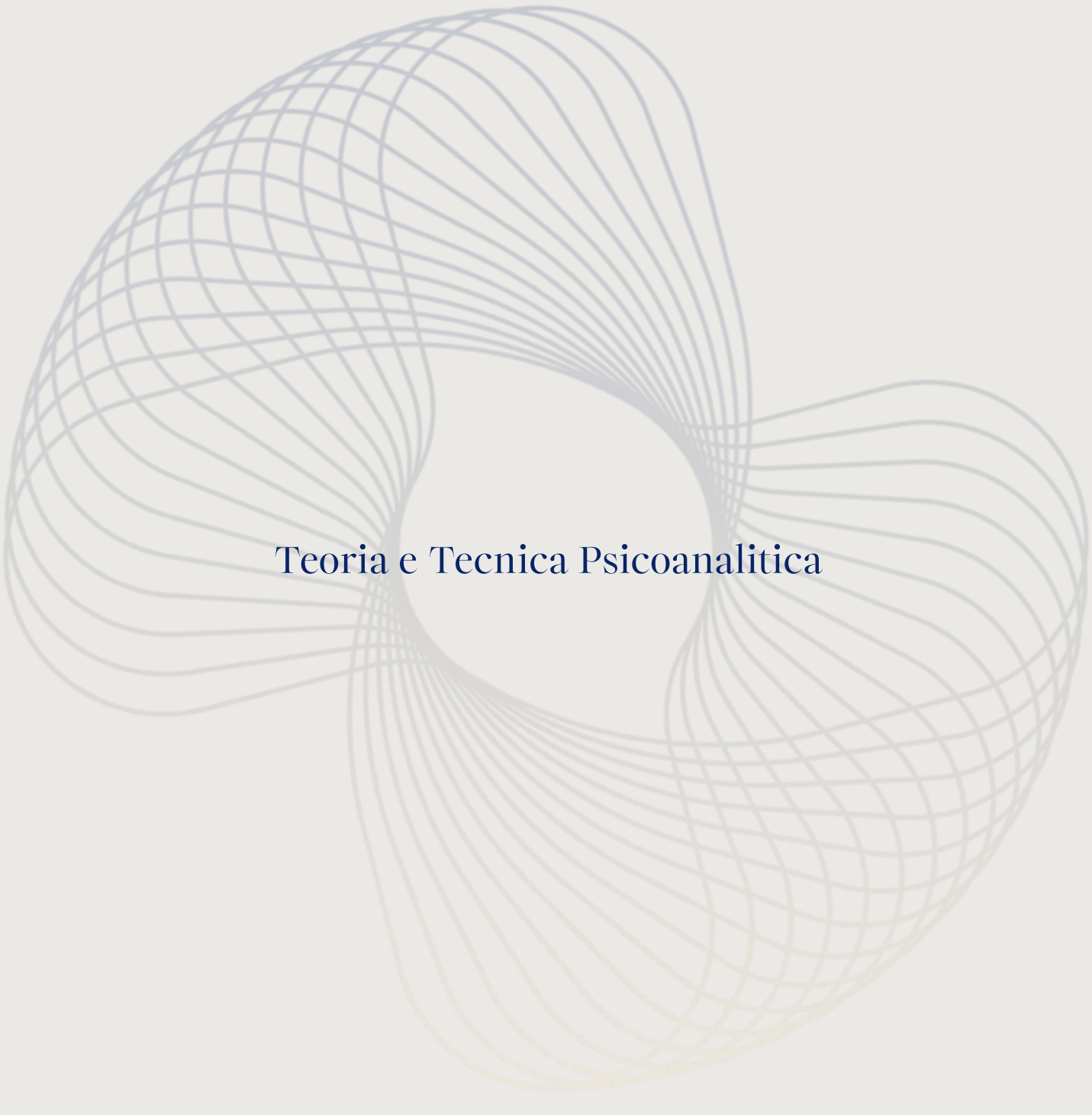
Per la sezione Formazione, Cristina Brunialti porta un'interessante esperienza terapeutica che utilizza il rapporto concreto uomo-animale a scopo terapeutico nelle psicosi gravi.

Per la sezione Recensioni, Daniela Cassano recensisce il libro di Luigi Zoja *Il declino del desiderio - Perché il mondo sta rinunciando al sesso* che affronta il tema del declino del desiderio in campo affettivo e sessuale, inquadrando il tema nell'ambito dell'evoluzione della società.

La Redazione vi augura una buona lettura.

Daniela Cassano

Direttrice Responsabile



Teoria e Tecnica Psicoanalitica

Mutamenti nella cura tipo: traumi e fenomeni ossessivi

Carlo Brosio

Una filosofia della carne è condizione senza la quale la psicoanalisi rimane antropologia.

Merleau-Ponty (1969, p. 278).

BREVI NOTE STORICHE

La storia della nevrosi ⁽¹⁾ ossessiva attraversa la psicoanalisi con un percorso particolare: insieme all'isteria cattura dapprima l'attenzione di Freud come un enigma che egli svelerà facendone uno dei pilastri centrali della sua teoria dello sviluppo psicologico dell'individuo, ma nelle generazioni successive di analisti, l'interesse per questa patologia sembra farsi sempre più fiavole fino quasi a scomparire negli anni più recenti.

All'inizio del secolo con *Il caso dell'Uomo dei topi* ⁽²⁾, Freud (1909) si trova davanti ad una delle più affascinanti e misteriose patologie mentali che contribuirà a far uscire dalle nebbie del misticismo ottocentesco permettendone una comprensione clinica. Cimentarsi con la sofferenza quasi cristallizzata e inespugnabile del suo paziente costò a Freud molto impegno e testimonianza, ancora oggi, della sua capacità empatica, allora non teorizzabile, a causa del limite del modello teorico, in termini di efficacia della cura.

Gli *Appunti di lavoro*, uno straordinario *dietro le quinte* del trattamento dell'Uomo dei topi, testimoniano del reciproco coinvolgimento emotivo di questa coppia analitica che si manifesta nella forza del transfert espresso dal paziente e del controtransfert di Freud: i violenti attacchi sadicamente intrusivi del paziente nei confronti suoi e dei suoi cari, producono talvolta in lui vive reazioni emotive.

I contributi successivi a Freud sono ben sintetizzati dalle osservazioni di Anna Freud presentate al termine del Congresso dell'*International Psychoanalytic Association* del 1965 sulla nevrosi ossessiva che sostanzialmente ribadiscono le posizioni classiche.

Sarebbe impossibile qui fare una rassegna degli autori che nel corso del tempo si sono occupati della nevrosi ossessiva, ma voglio almeno citare i più rilevanti: Ferenczi che, con straordinaria anticipazione, individua i fenomeni ossessivi transitori come espressioni della relazione analitica; l'opera di Melanie Klein (Klein, 1932) e dei suoi seguaci in cui è possibile individuare l'evolversi della qualità dei fenomeni ossessivi che procedono da un'ossessività primitiva caratterizzata da angosce psicotiche legate al controllo e al dominio nella posizione SP fino ai meccanismi ossessivi connessi alla riparazione dell'oggetto e accompagnati quindi dalla cura, dall'amore e dalla considerazione per esso propri della posizione D. Sempre in

questa area non posso non ricordare Meltzer, Tustin e Rosenfeld che pure con differenze peculiari, si sono occupati del rapporto fra ossessività e psicosi.

Molto suggestivo il lavoro di Elvio Fachinelli, *"La freccia ferma"* (1979), in cui riflette molto acutamente sul tempo nella nevrosi ossessiva come tentativo esistenziale di annullare il tempo in un'ottica legata al desiderio come vettore di forza che apre al futuro.

Voglio terminare questo breve elenco con Speciale-Bagliacca che nel lavoro del 2005 *L'assedio e la breccia. Nota tecnica per l'analisi delle nevrosi ossessive* individua alcuni accorgimenti necessari al trattamento del paziente ossessivo. Il primo richiamo è alla strategia che è parte della cura psicoanalitica: *"L'analista dovrà per prima cosa portare allo scoperto le angosce e i sensi di colpa persecutori del paziente evitando accuratamente di concentrare l'attenzione su quei moti che potremmo definire depressivi e riparatori."* (Ivi, pag.150). Il secondo richiamo è all'uso del preconscious nella sua funzione di mente poetica, capace cioè di conoscenza intuitiva e garante di quella spontaneità che l'Autore considera prodromica alla creazione di fiducia nella relazione analitica. Scrive: *"La tecnica psicoanalitica classica non pare che insegni in maniera sufficientemente utile come fare a recuperare la giusta dose di spontaneità, senza la quale il rapporto con l'altro, quindi anche la comunicazione, non può essere fluida."* (Ibidem, pag.151).

Altrettanta attenzione – ci indica Speciale-Bagliacca – sarà necessaria affinché l'analista si liberi dalla logica della colpa per poter offrire nella relazione *"...un'aria nuova da iniziare a respirare per riportare i polmoni alla loro funzione naturale"*; (Ibidem, pag.163). Ciò è particolarmente vero per i pazienti ossessivi che sono molto sensibili alle interpretazioni implicitamente o esplicitamente incolpanti.

La psicoanalisi non ha elaborato una tecnica specifica per il trattamento della nevrosi ossessiva: analisti diversi, in momenti differenti della storia della nostra disciplina, hanno elaborato aspetti e peculiarità specifiche della sintomatologia, della struttura psichica e della cura. Per quanto mi riguarda utilizzerò materiale clinico per esplorare alcune problematiche che pone l'analisi di pazienti ossessivi. L'idea centrale del lavoro è la presenza in questi pazienti di un oggetto materno, riverberato nella relazione analitica, con qualità specifiche di contenimento deficitario e rigido. Queste caratteristiche dell'oggetto interno spesso dominano la modalità della relazione oggettuale e permeano l'atmosfera del campo analitico. L'idea che sottende questo lavoro è che il funzionamento ossessivo non nascerebbe da un conflitto intrapsichico (come vuole la teoria classica), ma in connessione ad un oggetto primario introiettato con reali e peculiari qualità antievolutive.

PROSPETTIVE ATTUALI

Seppure l'evoluzione della nostra disciplina abbia prodotto compendi sempre più articolati ed esaustivi sulla nevrosi ossessiva ⁽³⁾, permane nei confronti di questa patologia e della sua

cura una sostanziale enigmaticità ⁽⁴⁾. Ciò non significa certamente che tutti gli sforzi teorici compiuti da generazioni di analisti siano stati inutili e che il principio attivo della cura dei fenomeni ossessivi altro non sia che una generica capacità empatica.

La relativa penuria, in questi ultimi anni, di lavori sui fenomeni ossessivi pare invece segnalare la necessità di raccogliere intorno a più ampie modellizzazioni gli effetti trasformativi della cura psicoanalitica.

La psicoanalisi contemporanea è percorsa da un grande e vitale fermento che coinvolge le teorie dello sviluppo psicologico, della terapia e della patologia: è iniziato un proficuo dialogo con le neuroscienze ⁽⁵⁾ e l'*Infant Research*. Le trasformazioni in atto ruotano intorno alla riconcettualizzazione e alla dilatazione di concetti cardinali della psicoanalisi: il transfert, il controtransfert, la neutralità analitica. L'evidenza clinico-teorica dell'impossibilità di permanere oggi nel quadro concettuale di una psicologia unipersonale, ancorata al modello pulsionale freudiano, di cui è paradigma la cura del paziente ossessivo, rende necessario costruire nuovi modelli psicopatologici e terapeutici che tengano conto dell'importanza non solo dell'equazione personale dell'analista, ma della complessa interazione della coppia analitica e degli apporti legati all'ipotesi traumatica dell'eziologia della sofferenza mentale.

Ciò a cui stiamo partecipando sembra configurarsi come un vero e proprio *cambiamento di paradigma*. La natura di questo cambiamento di paradigma afferisce ad alcune caratteristiche specifiche osservabili attraverso la trama delle modificazioni avvenute nella storia della disciplina in termini di modelli clinici e teorici. Vi è stato un chiaro viraggio dal tradizionale *modello psicopatologico basato sul conflitto* verso una *psicologia del deficit*; si coglie infatti, una tendenza generalizzata tra gli autori contemporanei alla concettualizzazione della patologia come *deficit, difetto o arresto dello sviluppo*. Parallelamente ci troviamo a spostare l'accento dai desideri ai bisogni: Kohut (Kohut, 1984) ad esempio, sostiene che concepire la patologia e le sue espressioni transferali in termini di desideri infantili sessuali e aggressivi mobilita nella relazione analitica aspetti superegoici legati ad una moralità pseudoadulta. Concepire e comprendere invece il paziente in termini di bisogni originati da deficit consente una maggior empatia ed una migliore efficacia terapeutica della cura. L'enfasi sui bisogni implica nel processo terapeutico un affievolimento della centralità dell'interpretazione e dell'*insight* come momenti focali della cura e una maggiore attenzione alla comprensione empatica, alla modulazione ottimale delle frustrazioni e alla costruzione, nel rispetto dello statuto di soggetto del paziente, di un legame fiducioso.

La stessa funzione interpretativa tende ad essere veicolata da interventi più interlocutori e narrativi ⁽⁶⁾ destinati non solamente alla descrizione del mondo interno del paziente, ma anche alla costruzione di una reciproca sintonizzazione ⁽⁷⁾ che possa facilitare i processi evolutivi della coppia analitica.

Sempre più significativo in questo cambiamento di prospettiva appare il recupero, all'interno della tradizione di pensiero psicoanalitico, del concetto ferencziano di trauma psichico che

orienta il passaggio dall'idea della patologia mentale come debolezza costituzionale a quella di *reale fallimento genitoriale traumatico* che tende a riproporsi nella relazione analitica. L'insight, in questa luce, attiene dunque alla formulazione relativa allo stato attuale del campo prodotto dall'intervento dell'analista e condivisa dal paziente: l'interpretazione ha lo scopo di promuovere, come ci ha indicato Bion, allargamento e trasformazione del campo che esplora. Questo punto di vista affianca allo statuto unipersonale della mente e all'indagine intrapsichica la metabolizzazione trasformativa dell'incontro delle menti privilegiando la dimensione insatura dell'intervento dell'analista che confida nelle capacità auto-organizzative della coppia analitica. In questa prospettiva, la patologia del paziente non entra nel campo analitico in quanto tale, ma in relazione alla persona dell'analista che tende, attraverso le personificazioni che inconsciamente lo muovono, a costituire una temporanea patologia del campo che produrrà le perturbazioni e i disagi che saranno successivamente oggetto di elaborazione.

Lungi dall'essere un ritorno a posizioni pre-psicoanalitiche la teoria eziologica basata sull'assunto traumatico rende conto della interazione complessa esistente fra mondo esterno e mondo interno partecipando al cambiamento di paradigma in psicoanalisi attraverso la reintegrazione non ingenua del reale ⁽⁸⁾.

Con ciò non intendo offuscare l'importanza del momento diagnostico e la necessità di una valutazione del quadro nosografico del paziente che si presenta nello studio dell'analista. Ciò che voglio sottolineare è l'emersione di una prospettiva della cura analitica legata allo spostamento del fuoco dall'indagine investigativa sui conflitti inconsci, le difese e le formazioni simboliche, all'utilizzo dell'empatia, del porsi in relazione con gli oggetti esperienziali del mondo del malato, dei vissuti controtransferali.

Il ricorso all'identificazione transitoria e alla risonanza emotiva che le comunicazioni affettive inconscie del paziente producono nel campo bipersonale dell'analisi si configurano come efficaci strumenti di cura del paziente ossessivo. Il processo terapeutico, sempre più articolato e complesso, si collega alla *permeabilità* del clinico che non si sottrae difensivamente alle *personificazioni* proposte dal campo per avvicinarsi alla complessità della dimensione affettiva profonda.

La nuova sensibilità che nasce dal mutamento in atto del paradigma conoscitivo non elimina il tradizionale focus della psicoanalisi sull'intrapsichico, ma lo contestualizza definendolo all'interno dei mondi soggettivi che costituiscono la coppia analitica al lavoro.

La ripetizione traumatica nel campo bipersonale dell'analisi della condizione catastrofica di un ambiente inidoneo alla crescita consentirà poco alla volta all'analista che si lascerà occupare nel corpo e nella mente di offrire l'opportunità di un nuovo inizio all'individuo sofferente. E' in questo senso che possiamo dire che il transfert e il controtransfert prima si vive inconsapevolmente (si soffre) nella coppia analitica e solo dopo ottiene l'accesso alla dimensione simbolica e interpretativa.

In questa prospettiva diventa tecnicamente rilevante porre attenzione alla *violenza* che può

insinuarsi in una interpretazione (Aulagnier, 1975), non dimenticando altresì che gli errori ⁽⁹⁾ dell'analista – pur ovviamente non cercati, come gli *enactment* – (Ferenczi, 1932; Winnicott, 1965; Balint, 1968) offrono il *vantaggio* di riprodurre su scala microscopica i fallimenti empatici dell'ambiente primario e i traumi di cui il paziente, nel passato, è stato vittima consentendone una elaborazione. Il riconoscimento dell'errore dell'analista diviene quindi condizione necessaria al processo trasformativo fornendo un ambiente in cui il paziente finalmente sia riconosciuto con i suoi contenuti mentali non mistificati, negati o colonizzati. Mi è capitato di discutere con una psicoterapeuta il caso di un ventiduenne con spiccati tratti ossessivi trattato a due sedute settimanali, i cui sintomi prevalenti erano una marcata fobia del contatto e un'attenzione spasmodica al cibo, alla quantità e ai suoi componenti. La collega interpretava con acume il mondo interno del paziente, le sue relazioni oggettuali compreso l'analista-oggetto-interno e le identificazioni proiettive. In breve il paziente, studente di psicologia, minacciò di interrompere la terapia. Fu quando la terapeuta smise di interpretare la minaccia di interruzione come un attacco invidioso a lei, che il paziente riuscì ad esprimere la sua intollerabile sensazione di essere “ingozzato come un tacchino seppure con il certificato di provenienza!”. La collega comprese e imparò a rispettare il bisogno del paziente di essere avvicinato con tatto e misura.

L'analista che offrirà qualità affettive (pazienza, coraggio e simpatia) e disponibilità emotiva, pur nelle inevitabili ripetizioni dei fallimenti empatici primari ⁽¹⁰⁾, potrà permettere al paziente di emozionarsi e tornare a vivere con pienezza.

Il paziente ha bisogno di un analista intatto e solido, capace di riconoscere le proprie manchevolezze senza colpa o mortificazione, che lo incoraggi a pensare liberamente e a giudicare la propria realtà interna ed esterna.

Non sempre la qualità di un trauma connesso al deficit ambientale è consapevolmente patito dal paziente ossessivo che spesso cerca, avvolgendo se stesso e l'analista in un involucro di parole soporifere, di tenere lontane le emozioni. Egli tenderà a farsi percepire come un oggetto bidimensionale liscio e senza appigli interpretativi; sarà compito dell'analista, guidato dal proprio controtransfert, di recuperare nei dettagli marginali al flusso discorsivo residui atomizzati di emozioni e ricomporli poco alla volta, nel rispetto delle difese strutturate dal paziente, per non indurre con i suoi interventi angosce esorbitanti. Abbarbicandosi ai frammenti residuali del fallimento empatico come le idee ossessive e le ritualizzazioni ⁽¹¹⁾ il paziente ci rimanda al trauma subito. E' come se, pur non riconoscendoli, questi sintomi fossero i cocci di uno stesso vaso che si è rotto.

Il trauma così come è stato definito in senso ampio nella sua qualità di istanza disorganizzatrice della mente nei suoi rapporti con il mondo esterno ed interno procura, nella mia ipotesi, un deficit evolutivo responsabile, almeno in parte, degli adattamenti patologici che configurano i fenomeni ossessivi: si può tentare l'ipotesi che questi rappresentino il tentativo di porre rimedio ad una inadeguatezza traumatica della capacità di *rêverie* materna consistente nel

privilegiare aspetti quantitativi su quelli qualitativi configurando così un tipo di accudimento centrato su spazio, tempo, contiguità, opposizione, regole e doveri che creano uno spazio mentale bidimensionale.

Il difettoso funzionamento della *rêverie* materna condurrebbe alla formazione di un'istanza superegoica rigida e controllante che non consentirebbe la metabolizzazione delle protoemozioni: in questi casi le operazioni mentali inerenti la loro integrazione ed elaborazione dovrebbero rappresentare il compito evolutivo del lavoro analitico.

Winnicott, nel luglio 1965, discutendo il ruolo della madre di Frankie, bambino affetto da nevrosi ossessiva e trattato da Berta Bornstein ⁽¹²⁾, avanza un'ipotesi che anticipa quello che tento di dire qui: *“Non c'è niente che un bambino possa fare per evitare di essere contenuto da una funzione materna scissa, se non pensare alla qualità meccanica della funzione stessa...”*; E, più avanti: *“Ho fatto questo intervento sulla base di una teoria della relazione madre-bambino che tiene conto di un periodo di dipendenza assoluta, cioè di un periodo in cui il bambino non ha ancora separato la madre dai diversi aspetti dell'accudimento. Deve arrivare un tempo, nella storia di ogni bambino, in cui si affaccia l'idea di un riconoscimento della madre che provvede a lui. Naturalmente, se c'è una scissione ambientale, cioè se una madre e qualche congegno meccanico svolgono le funzioni dell'accudimento del bambino, allora il compito che il bambino ha di rendersi conto che i particolari dell'accudimento sono l'espressione dell'amore di una persona, diventa non solo difficile, ma davvero impossibile.”* (Ivi, pag. 34).

Il predominio dei criteri quantitativi nelle prime relazioni oggettuali non consentirebbe al bambino di sostare sufficientemente nell'area fusionale: una madre inadeguata a vivere ella stessa l'esperienza che sta attraversando non riuscirebbe a farsi usare come oggetto trasformativo accettando naturalmente la rinuncia temporanea ad una chiara demarcazione del confine del proprio sé. L'indisponibilità materna nel donarsi generosamente, *senza calcolo*, ma con calore e pienezza al contatto mentale e fisico non potrà fornire quell'ambiente necessario alle esperienze appropriate alle prime fasi dello sviluppo del bambino.

Seppure espressa diversamente mi pare concordante l'ipotesi di Ambrosiano e Gaburri (2005) secondo la quale la mortificazione dell'Io, vissuta dai pazienti ossessivi, consista in una mancanza di specificità nei modi di accudimento primari. Scrivono gli Autori: *“La paura di perdere l'amore è tanto più intensa quanto meno specifica è la risposta degli oggetti al bisogno di dipendenza del bambino. L'adulto aspecifico, identificato a massa con il gruppo, non può mettere a disposizione del bambino le risorse di rêverie, perché non concepisce e non ha sufficiente esperienza del lavoro psichico; il suo impegno consiste nel misurare la sua distanza dall'ideale condiviso, distanza che, in fantasia, minaccia la sua appartenenza e, dunque, la sopravvivenza stessa.”* (Ivi, pag.60). Siamo sulla strada di Ferenczi, Suttie, Fairbairn, Winnicott, Bowlby e Balint che hanno sottolineato, seppure con accenti e tradizioni teoriche diverse, quanto l'invalidazione del mondo soggettivo dell'individuo crei compiacenza, accomodamento patologico, alienazione e fenomeni di disintegrazione psicologica connessi all'usurpazione

del sentimento di essere soggetto della propria esistenza.

I pazienti ossessivi che abbiamo discusso appaiono abitati da un mondo di relazioni oggettuali antivitali e mortifere codificate da un rigido controllo che soffoca ogni emozione perché esplosiva e caotica. L'isolamento affettivo a cui essi si condannano può essere superato attraverso una paziente e ripetuta offerta di un ambiente – l'analisi – che faciliti la regressione e l'emergenza dei sentimenti traumatici e confondenti che appaiono al limitare di questa fase. L'analista che incontra questi individui mortificati nel loro diritto ad esistere potrà affrontare il loro isolamento e le loro ritualizzazioni ponendosi in ascolto di quegli elementi non ancora sufficientemente strutturati per essere riconoscibili: sensazioni, disagi somatici, immagini mentali e quant'altro percorra il campo emotivo in cerca di consistenza e parola ⁽¹³⁾. L'insorgere di *riverberi* controtransferali come l'unica traccia da poter seguire per raggiungere isole di affetti spesso sorprendenti, insieme ad una disponibilità piena dell'analista a *mettersi in gioco* nella relazione analitica, si confermano nella mia esperienza un valido contributo al trattamento dei pazienti ossessivi.

L'ORMA DI MARIO

Mario è un ventisettenne che ha chiesto l'analisi dopo il fallimento della sua carriera universitaria dovuto al fatto che ogni esame comportava un propagarsi incontrollabile di apprendimenti nozionistici che, poco alla volta, lo affondavano in una condizione di impotenza.

Fin dai primi colloqui diagnostici mi colpisce il fatto che i pensieri compulsivi che si manifestano da subito, hanno una speciale caratteristica di *estraneità al contesto comunicativo*: come se qualcosa, proveniente da un altro luogo relazionale, piombasse nella sua mente a scompigliare il lavoro di costruzione di un senso fra noi ⁽¹⁴⁾. Mentre racconta delle enormi difficoltà che incontra nel preparare un esame, si interrompe e mi dice: "*Mi scusi, ma devo andare a vedere se ho messo le chiavi nella tasca del cappotto... non me lo ricordo più*". Tornando pochi minuti dopo mi dice: "*Dove eravamo rimasti?*" ma ormai il clima di intensità emotiva che stava prendendo forma nella stanza d'analisi si è irrimediabilmente perduto.

Nei colloqui preliminari Mario mi racconta, con un tono distaccato e privo di emozioni, la sua vita fino ad allora. È figlio unico di una coppia di genitori abbastanza attempata: il padre è ingegnere collocato presso una grande industria e la mamma casalinga. E' cresciuto, dice Mario, secondo un programma educativo minuziosamente organizzato dai genitori al fine di fare anche di lui un ingegnere. In questa affermazione che suona come una tremenda accusa verso i genitori, non c'è alcuna coloritura emotiva: *come se non avesse potuto essere che così*. Dalla sua descrizione si forma nella mia mente l'idea di una famiglia chiusa, senza veri amici e rapporti affettivamente coinvolgenti, orientata da una mentalità del tipo *gli altri sono nemici o profittatori*: protetti dalla loro coesione e dal perimetro delle loro mura conducono una vita fatta di abitudini imm modificabili e certezze perentorie ⁽¹⁵⁾. Gli stessi legami con i pochi

parenti sono intossicati da odio e rivalità.

Mario non ha amici, ma rapporti strumentali con coetanei con i quali condivide la passione per i fumetti, una passione che pare più ispirata da una forma anale di *collezionismo* che dal gusto artistico.

Cogliendo nella sua crisi una vera sofferenza e uno spiraglio evolutivo, decido di prenderlo in analisi a quattro sedute: inizieremo dopo qualche mese.

Mario accetta di buon grado le regole del setting ed è sempre puntualissimo alle sedute: prima di sdraiarsi sul lettino però conduce una puntigliosa indagine volta a eliminare ogni piega del copridivano, poi, con un movimento anchilosato e rigido ⁽¹⁶⁾, si distende poco alla volta e inizia, con tono monocorde, a raccontare cronologicamente i fatti accaduti nella giornata e i pensieri loro connessi con grande concretezza e dovizia di particolari.

Le interpretazioni che tentano di scalfire questa corteccia vengono accettate e talvolta richieste come contropartita alle sue verbalizzazioni, ma non sortiscono altro effetto che un educato interesse di tipo puramente intellettuale o più o meno velate critiche alla mia *fantasiosità*. Il suo più ricorrente intercalare è “*se guardiamo bene...*” seguito da una scoraggiante sequela di precisazioni e dettagli che congelano ogni possibile movimento emotivo fra noi.

Un giorno, in quarta seduta, prima delle vacanze di Pasqua mi racconta: “*Ho riacquistato un numero di Tex Willer, il mio era sgualcito. E’ una bella storia: Tex deve abbandonare il suo amico Kit Carson e affrontare da solo una banda di ladri che vogliono rubare le terre agli indiani...*”.

Rivitalizzato dalla proposta di giocare sulla scena dell’analisi i personaggi del fumetto (che conosco bene) provo a dire quanto possa essere difficile lasciare un amico fidato in un momento in cui si avrebbe bisogno del suo aiuto. Mi muovo su un tipo di commento *nel transfert* piuttosto che *sul transfert*, ma la sua risposta che inizia con l’ormai abituale “*se guardiamo bene*” continua con una lunga specifica delle ragioni di opportunità per le quali Tex non avrebbe potuto fare altro che separarsi da Kit. Con buona pace del mio tentativo, riaffondo nella frustrazione e mi spengo emotivamente.

La relazione è pertanto governata da trasformazioni a moto rigido ⁽¹⁷⁾ che mantengono la scissione fra emozione e pensiero e non consentono alcuna reale trasformazione. I sentimenti controtransferali variano dalla noia al senso di frustrante impotenza e alla sensazione sempre più netta di solitudine nella stanza d’analisi: mi ritrovo talvolta ad usare lo stesso pensiero concreto di Mario fantasticando in seduta sui miei orari, sui minuti e ore di lavoro o, incredibilmente, sui chilometri della mia auto: è come se le *conte* e le forme di relazione matematica fra le cose prendessero il sopravvento sui rapporti vitali ⁽¹⁸⁾.

Nella vita di Mario tutto è assolutamente programmato e quantificato: torturato fin dal suo primo incontro dall’orario esatto della seduta, arriva a chiedermi di sincronizzare i nostri orologi. La negazione della vita mentale in Mario appare più evidente nella relazione con la fidanzata (che soffre di disturbi anoressici): vi è, nell’area delle relazioni intime, un totale

annichilimento dell'emozione sostituita da un rigido controllo quantitativo in relazione a modalità d'incontro, rapporti sessuali settimanali, numero e orario delle telefonate.

All'inizio del secondo anno di analisi compare un sogno che ci viene in aiuto: *“Un bambino è prigioniero della mafia svizzera che ha un'immagine molto per bene, ma dietro alla bella facciata e all'efficienza con cui si presenta nasconde furti, ladri e assassini. Il bambino infatti viene tenuto prigioniero in una bella villa sul lago di Ginevra che Mario ha visitato molti anni fa con i suoi genitori. Ogni mattina questo bambino deve seguire un programma benessere fatto di innumerevoli compiti e impegni sportivi faticosissimi”*.

Precedentemente Mario non aveva portato sogni: io considero la possibilità di produrre sogni un fatto molto significativo nel corso della sua analisi. Seguendo Winnicott (1965, pag. 64) e Ogden (2009, pag. 22) penso che la possibilità di sognare, per ogni paziente, sia la testimonianza di un lavoro psicologico profondo che si sta avviando. Mario inizia a *sognare se stesso* e così a dare valore emotivo alla sua esperienza di vita.

Egli sente di essere un bambino sequestrato da genitori di *facciata* che, senza far uso di violenza e costrizione evidente, hanno programmato il suo futuro come prolungamento narcisistico della loro esistenza.

Finalmente Mario inizia a riconoscere un'inquietudine rabbiosa e dolorosa che non si placa e non ha nome. La riconosce perché l'aveva già conosciuta adolescente, per un breve periodo, prima di liquidarla con la complicità dei genitori e della psicologa, che avevano stabilito si trattasse di *disturbi della crescita*. Questi consistevano in puntuali crisi di rabbia, apparentemente immotivata, durante i quali Mario in completo silenzio prendeva suppellettili e giocattoli e li lanciava contro le pareti. I genitori esterrefatti si erano rivolti ad una psicologa che, di fronte al mutismo di Mario, aveva archiviato il fatto.

E certamente erano *disturbi della crescita* tanto che allora, ricorda Mario, aveva elaborato un preciso rituale, mai realizzato, che consisteva nel compiere alcune cerimonie di pulizia del corpo e sistemazione degli abiti (sua madre non avrebbe sopportato l'eventuale disordine) per impiccarsi alla ringhiera del balcone di casa.

L'esplorazione intorno alle fantasie sottostanti questo ricordo ci ha consentito di recuperare l'idea di una scissione mortale (il cappio che stringe fino alla morte) fra il corpo, spesso ipocondriacamente investito ⁽¹⁹⁾, e la testa: fra le emozioni e il pensiero ⁽²⁰⁾. Compagno, come fotografie sfocate, ricordi della sua infanzia da cui emergono alcuni frammenti che si fanno significativi poco alla volta.

Il recupero del ricordo non ha per Mario, come per altri pazienti, solamente un valore ricostruttivo che deriva dal situare il paziente nella sua storia, ma consente all'analista di *cucire* il dato storico ad un significato emotivo alla luce delle vicende transferali. Questo lavoro con i pazienti come Mario che faticano a raggiungere una piena capacità di pensiero simbolico mi appare molto importante.

Mario non ha potuto costruire un suo modo di sentire: il suo *“se guardiamo bene”* (che segna-

la la comparsa del meccanismo di isolamento affettivo) usato spesso in opposizione alle mie interpretazioni, rappresenta il modo di pensare di sua madre che non poteva riconoscergli una sua propria originale possibilità di esistenza e di percezione del mondo: è una visione piatta che nega la ricchezza delle emozioni e stabilisce fra i fatti puri rapporti causali esterni. Compare un sogno in cui *il suo corpo si riempie di chiazze blu che segnalano la rottura dei capillari*, ma anche la sua difficoltà a contenere, dentro di sé, emozioni nuove e incomprensibili che lo invadono di dolore, rabbia e confusione. Emerge in questo periodo con maggiore rilievo e vivezza la figura della madre precedentemente offuscata dai racconti sul padre considerato da Mario un modello ineguagliabile. Proprio il ricordo di quanto la madre sia stata schiava di un ordine esasperato ed esasperante suscita un primo sentimento di confusa ostilità in Mario: *“In casa bisognava fare in modo da non lasciare tracce. Si ricorda quando Tiger (personaggio dei fumetti) cancellava le tracce del suo passaggio per evitare di essere scoperto? Mia madre sembrava volere cancellare ogni segno del mio passaggio, come se non dovessi esserci: le mie impronte, le gocce sul lavandino, l'ordine esasperato... forse voleva che fossi un soprammobile? Anche se, a ben guardare, aveva le sue ragioni...”*.

Ma ormai il suo *“a ben guardare”* non riesce più a metterlo a distanza dalle emozioni che lo minacciano.

A questi momenti si susseguono vere e proprie crisi di depersonalizzazione in cui Mario sembra non riconoscersi più, quasi diventasse *estraneo* a se stesso.

Tutto intorno a lui si fa confuso e pervaso da un sentimento di irrealtà che invade la stanza d'analisi sfibrando qualsiasi tentativo di mantenere fra noi un contatto significativo.

Nella seduta successiva ad un momento di particolare ostilità verso la madre che *“non mi ha mai lasciato vivere la mia vita e non si è mai curata d'altro se non della pulizia e dell'ordine”*, Mario arriva in forte ritardo, sembra disorientato, e racconta che è caduto dal motorino perché si era perso e non capiva più dov'era. Ha i calzoncini sguainati e una bruciatura sulla gamba a causa del contatto con la marmitta incandescente. Non riesce a stare sul lettino e passerà il poco tempo rimanente a lamentarsi del bruciore: *“Non riesco a pensare a nulla, mi brucia troppo la gamba”*.

Ovviamente (almeno per me) non ho fornito in quella seduta alcuna interpretazione, ma mi sono occupato con lui del suo dolore fisico e della necessità di rivolgersi al più presto al suo medico.

La sfida che Mario mi pone è quella infatti di proporre una psicoanalisi per lui, una risposta specifica alla sua domanda di esistenza e non, come spesso è avvenuto, funzionare inconsciamente come la madre che non tollera il disordine e il disturbo di un'esistenza diversa.

Nei periodi di maggior turbolenza emotiva Mario non sopporta di stare disteso sul lettino e riprende le *conte*: deve contare i passi fino al lettino e le strisce sul copridivano per poi sedersi esattamente in centro: operazioni che richiedono tempo e un certo grado di sopportazione da parte mia. Compaiono anche espliciti sentimenti di rabbia verso di me: *“Questa psicoanalisi*

non serve a niente, ma lo vede che sono solo più incazzato di prima? Dove sarebbe il vantaggio? Sono in crisi anche con F. (la sua ragazza) che ora non mi basta più ...”.

Finalmente, mi dirò, Mario mi disturba. Vuole qualcosa di veramente suo e arriva a chiedermi di togliere il copridivano per la sua seduta: ne ha fatta di strada da quando non sembrava neanche lasciare la sua orma sul divano dello studio.

Il crollo della difesa rappresentata dalla nevrosi ossessiva e la conseguente regressione, ci mettono in contatto con un magma emotivo confuso e incontrollabile, ben rappresentato da questo sogno: *“Sono sul ponte della Galeotta (una piccola imbarcazione di famiglia) e sto guardando Stromboli con la sua colonna di fumo... il mare si fa grosso e dal vulcano arrivano grandi pietre infuocate, non so dove stare. Scendo sottocoperta angosciatissimo e prego Aldo (il marinaio) di allontanarsi rapidamente. Sento rumori di pietre sopra la testa: ho paura che la barca non regga l’impatto e che andremo a fondo”.*

A lungo siamo rimasti con la nostra barca in un mare tempestoso, ma siamo sopravvissuti in qualche modo. Mario ha finito nel 2009 la sua analisi e nel frattempo ha conseguito una laurea triennale in una disciplina umanistica; ha lasciato la fidanzata precedente e ora frequenta una compagna di corso molto estroversa e forse, lui dice, troppo libera, ma molto affascinante. I genitori si sono ritirati nella casa di campagna e da là osservano basiti la nuova vita del loro figlio.

FRANCO E LO SGUARDO DI MEDUSA

Franco è un cinquantenne che ebbi in analisi per sette anni a quattro sedute. A differenza di Mario, più che sintomi ossessivi portò in analisi una vera e propria struttura ossessiva del carattere ⁽²¹⁾ Franco è un uomo alto, molto distinto e ordinato nel vestire, porta occhiali severi e nel distendersi sul lettino è rigido e attento a non sgualeciare l’abito: è tanto legnoso nei movimenti che sembra vestire una corazza. Ma è il suo sguardo che mi colpisce fin da subito: nei suoi occhi chiari e freddi c’è come una luce sinistra, qualcosa che mette soggezione; penso allo sguardo di Medusa che annichilisce e pietrifica chi la guarda negli occhi. E’ un medico molto scrupoloso e per questo ben considerato nell’ambiente. La sua vita è scandita da pratiche che rigorosamente si ripetono: dall’uscita col cane sempre alle stesse ore e con il medesimo percorso ⁽²²⁾ al suo soffocante modo di organizzare l’agenda del cosiddetto *tempo libero*. Il mondo che mi descrive è completamente organizzato: tutto sembra, almeno apparentemente, *tenersi* sotto l’egida del suo controllo. Solamente quando *“qualcosa va storto”* appare un sottile senso di angoscia che Franco compensa aumentando performativamente il controllo sulla realtà.

La ragione per cui chiede l’analisi è una profonda distanza che percepisce dagli altri: non riesce a sentire emozioni, non solo per i pazienti che sono *“lavoro”*, ma anche per la moglie e le due figlie adolescenti. Fin dai primi mesi dell’analisi vivo con lui uno strano fenomeno

controtrasferale: Franco mi racconta con dovizia di particolari i fatti relativi alla sua storia familiare, alle sue vicende di vita professionale e affettiva e io, incredibilmente, dimentico e confondo la cronologia degli avvenimenti, le date e quant'altro mi comunica. Le domande che faccio, nel tentativo di recuperare un certo ordine cronologico, mi espongono alla sua legittima riprovazione: *“Dottore, ho l'impressione che non mi ascolti! Mi chiede troppo spesso informazioni che le ho già dato”*.

Franco è sempre più dubbioso sulle mie capacità di ascolto e di interesse per la sua persona: *“Capisco che per lei sono solo lavoro, ma almeno lo faccia bene!”* e mi confronta, a mio totale svantaggio, con l'analista precedente con la quale a Roma aveva lavorato per cinque anni. Io rimango sempre più silenzioso e acquattato dentro la mia poltrona poiché sento che ogni mia verbalizzazione *può essere usata contro di me*. Un fenomeno davvero inquietante di chiara matrice sado-masochistica: mi sento mortificato e considerevolmente incapace.

Per uscire da questa penosa situazione controtrasferale, assecondo un clima di intellettualizzazione e controllo egoico del materiale che mantiene la temperatura della stanza d'analisi molto fredda e per nulla adatta ad un vero incontro trasformativo tra noi. Così interpreto la sua rigidità strutturale come difesa dalla relazione e con prosopopea simile alla sua, inanello ovvietà pseudo-analitiche ⁽²³⁾.

Siamo due spadaccini ingaggiati in una schermaglia nella quale talvolta *vinco io* e talvolta Franco.

Le mie interpretazioni sono ottuse e distanti: ad alto grado di teoria e basso grado di specificità e riconoscimento dei veri sentimenti che Franco cela dentro la sua corazza. Ho sul mio quaderno di appunti una nota del sesto mese di analisi che riporto:

Franco mi parla di come abbia litigato con l'amministrazione dell'ospedale nel quale lavora perché non riesce, pur avendone diritto, a posteggiare l'auto nella zona dedicata ai medici. Trova sempre il parcheggio pieno. Poi mi parla di suo padre, medico presso il medesimo ospedale, che aveva il parcheggio garantito, a qualunque ora arrivasse! Lui era riuscito a conquistarsi i privilegi che Franco non ha mai ottenuto: questo lo riempie di rabbia”, e prosegue: “... quando arrivava a casa mia madre era pronta con la cena calda e lo serviva di tutto punto. Per me non è così...”

Io dico qualcosa del tipo: *“È frustrante non poter prendere il posto di suo padre...”* e Franco parte con una digressione sul conflitto edipico che conosce perfettamente e declina con precisione il tema descrivendo i sentimenti di rabbia e invidia.

Annoto infine: *“C'è qualcosa che non va, forse avrei dovuto parlare del fatto che qui non c'è posto per lui? Non c'è stata nessuna trasformazione, sono caduto in un sentimento di impotenza e frustrazione per la distanza che il mio intervento ha causato”*.

E' proprio questo che intendo per interpretazione ad alto grado di teoria: il mio aver interpretato, nonostante la mia teoria esplicita fosse già allora diversa, il conflitto intrapsichico piuttosto che il *deficit* di contenimento relazionale che Franco percepisce in me. La mia scelta

interpretativa sortisce l'effetto che si commenta da solo. Con questo non intendo dire che il tema *classico* dell'Edipo non fosse presente: lo era con evidenza anche nella nostra relazione, ma in quel momento particolare aveva una funzione difensiva rispetto a materiale più primitivo e pre-edipico.

Questi momenti di consapevolezza, testimoniati in molte note di quel periodo, mi condussero ad esplorare la relazione sadomasochistica e le identificazioni inconsce materne.

Questo lavoro ci portò a vedere come Franco, identificato con una madre critica, svalutante e rigidamente dogmatica, mi spingeva ⁽²⁴⁾ a personificare un bambino spaventato, confuso e *mortificato* o un nemico da sfidare per la supremazia. Mi pare esemplare, in questo senso, la situazione descritta nel campo relazionale con Franco in cui a lungo la fantasia inconscia di coppia ha riattualizzato una relazione *fra una madre sadica e svalutante e un bambino piccolo e mortificato*: l'insight su questa configurazione ha mobilitato il campo e rotto la cristallizzazione antievolutiva.

Dice Franco: *“Lo sguardo! Era lo sguardo di mia madre che mi faceva sentire bloccato, stupido: come se mi paralizzasse e io non fossi altro che un coglione, un fesso incapace. Come se guardandomi negli occhi mi penetrasse e mi iniettasse del curaro: il farmaco che si usa per bloccare i muscoli. Quanto l'ho odiata!”*.

È lo stesso sguardo che mi sono sentito più volte rivolgere da lui nei colloqui preliminari e talvolta al suo ingresso in studio o al commiato.

Vivo sulla mia pelle, prima ancora che nella mente, ciò che Franco ha sofferto nella relazione con la madre che lo faceva sentire profondamente inadeguato e insufficiente: un legame insopportabile e annichilente così come a tratti abbiamo sentito reciprocamente il nostro.

Ora che le interpretazioni riguardano non solamente il *là e allora* del passato di Franco, ma anche il *qui e ora* della nostra relazione, le parole si fanno esperienza viva e condivisa pienamente tra noi.

Questa esperienza relazionale patologica ha dovuto a lungo riprodursi e soggiornare nella stanza d'analisi prima che fra noi qualcosa potesse cambiare. Questo *qualcosa* è prima di tutto un clima nuovo che l'analista percepisce come un allargamento del *senso di libertà e piacevolezza* nel lavoro con il paziente. A questo indicatore *climatico* del campo, ho imparato a prestare molta attenzione.

All'inizio del terzo anno di analisi Franco porta questo sogno:

“C'è un uomo nel mio reparto con il ventre aperto da una ampia ferita. Mi accosto con un sentimento improvviso di tenerezza e affetto: lo conforto e lo curo con grande disponibilità. I colleghi mi guardano stupiti: non è da lui, si dicono. E mi stupisco anch'io per questo coinvolgimento così distante dalla mia concezione del rapporto con il paziente”.

Così, Franco segnala non solamente una trasformazione da PS a D in senso intrapsichico, ma anche un importante movimento del campo che coinvolge l'analista capace ora di una disponibilità emotiva che supera l'aspetto professionale-lavorativo, di un assetto più autenticamen-

te riparativo nella relazione.

Ora possiamo guardare dentro la sua ferita, che è anche una fenditura nella sua corazza ossessiva, con un atteggiamento benevolo e veramente affettuoso e troviamo un bambino fragile e spaventato.

Franco dirà: *“Questa corazza che per anni mi ha difeso dagli altri è stata anche la ragione del mio non poterli sentire; credo di aver perso tante occasioni d’amore finora”*.

Ci concediamo ora di essere tutti e due meno *intelligenti e colti* e Franco inizia a dare voce ad un bambino triste e solo che troppe volte è stato valutato e giudicato piuttosto che accolto dai genitori e dai fratelli, tutti e due maggiori e in linea con la mentalità familiare. In questo periodo fecondo, ma molto delicato della sua analisi mi racconta:

“Ho fatto un sogno che mi preoccupa molto... sono in una stanza poco illuminata e con me c’è un bambino che si avvicina pericolosamente alla finestra. Io non capisco bene cosa voglia fare, ma mi allarmo e temo che voglia buttarsi dalla finestra. Allora mi avvicino e gli parlo, non so bene cosa dico, è come se fosse una canzoncina dei bimbi... ma riesco a dissuaderlo dai suoi propositi. Credo che si tratti di me e del bambino di cui parliamo qui in seduta, però io, fuori da questa stanza, non so proprio come fare a gestirlo: il mondo è difficile, spesso è imprevedibile e talvolta cattivo. E’ difficile fare a meno della corazza!”.

Come non capirlo? Come non provare vera commozione per questo cinquantenne che sta cercando una vita più piena e meno conformistica e, rotta la diga che lo proteggeva dagli altri, sopporta allagamenti emotivi e turbolenze affettive inedite nel tentativo di dare un senso alla sua esistenza prima anchilosata e spenta?

Il suo sarcasmo così caustico all’inizio dell’analisi si stempera in una forma di godibile, ironica e calda partecipazione alla dimensione tragica del destino umano.

Franco scoprirà poco a poco, tra oscillazioni anche forti, quanto sia rivitalizzante per il suo rapporto con la moglie e le figlie, un contatto meno protetto, in cui possano trovare spazio e accoglienza aspetti di sé imperfetti e fragili, ma spontanei e autentici.

L’analisi con Franco mi ha insegnato molto. Mi invia spesso sue notizie: ora è in pensione e segue con una organizzazione di medici ONLUS un gruppo di bambini etiopi cardiopatici.

COMMENTO AL MATERIALE CLINICO

Ho cercato di portare l’atmosfera del periodo iniziale dell’analisi di Mario durata circa sette anni.

La mia focalizzazione su questo periodo è legata alla convinzione che nell’analisi di un paziente ossessivo sia necessario fin da subito, pena il fallimento della terapia, fornire un trattamento in grado di mobilitare una capacità di *produrre un sogno su se stessi* ⁽²⁵⁾. Per tutto il primo anno di analisi con Mario non sono stato in grado di fare altro che riprodurre, in relazione al contagio emotivo del campo, una condizione relazionale in cui io corrispondevo

ad una madre inadeguata a generare *rêverie*, come dimostrano le fantasie controtransferali di tipo *quantitativo* che mi accadeva di fare in seduta.

Pur essendone dolorosamente consapevole, non riuscivo a sognarlo: il suo assedio alle mie capacità empatiche era pressante. Ma mi sentivo anche solo e frustrato e talvolta annoiato nel lavoro con Mario, incapace com'ero di disturbarlo e lasciarmi disturbare dalla sua esistenza. Qualcosa però è avvenuto forse anche in quelle sedute e ha prodotto il sogno della *mafia svizzera* che ha testimoniato la capacità di Mario di fare un *sogno su se stesso*. Questo sogno è stato possibile quando, metaforicamente e non, ho permesso a Mario di lasciare la sua orma e il suo *disordine* sul divano analitico.

Ho parecchie conferme dal materiale che Mario porta in seduta e dai miei vissuti controtransferali, di quanto non si sia mai sentito, nella relazione materna, un soggetto portatore di desideri propri e specifici, ma un oggetto narcisisticamente usato dalla madre per contenere le proprie angosce e per essere rassicurata ⁽²⁶⁾.

Nel lavoro clinico i genitori che vedo operare nella stanza d'analisi sono quelli iscritti nella realtà psichica di Mario; sono i genitori che riconosco nel modo in cui egli parla, sta in silenzio o ascolta le mie interpretazioni. Ciò significa che Mario (come tutti i pazienti) talvolta, funziona psichicamente nello stesso registro che è all'origine della sua identificazione alienante. L'annuncio della comparsa di questo funzionamento in seduta è il suo "*se guardiamo bene*". Possiamo ipotizzare che la rigidità del contenitore materno non abbia permesso a Mario una crescita emotiva spontanea, ma abbia deformato e superficializzato i suoi contenuti mentali producendo al tempo stesso una scissione drammatica fra pensiero ed emozione: il collasso di questo fragile equilibrio comporta l'irruzione di potenti turbolenze che inondano la stanza d'analisi con angosce annichilenti, rabbia, persecuzione e irrequietezza motoria.

La madre di Mario, per come viene vissuta in analisi, non si è necessariamente sottratta ai suoi *doveri* nei confronti del figlio, ma l'inadeguata capacità di *rêverie* potrebbe non averle consentito di offrire al figlio una sufficiente esperienza fusionale. Si tratta di quella stessa inadeguatezza di *rêverie* (incapacità di produrre un sogno) che io stesso sperimento nel primo periodo dell'analisi con lui.

Con Mario così come con Franco ho più volte vissuto controtransferalmente, prima ancora che pensato, il disagio di essere un bambino inadeguato o, altre volte, un genitore sadicamente svalutante: questo necessario attraversamento mi ha però consentito di trovare davvero il mio paziente e comprenderne più profondamente i bisogni.

Null'altro ci ripaga così pienamente della grande fatica del nostro lavoro.

Il lavoro con Franco mi ha altresì consentito di riflettere su quanto sia necessario riallineare continuamente la nostra teoria esplicita con ciò che realmente diciamo e inconsciamente pensiamo nel lavoro con i nostri pazienti (la teoria implicita) ⁽²⁷⁾.

Voglio segnalare a margine, poiché non è il tema di questo lavoro, l'importanza del rapporto fra le teorie implicite ed esplicite nell'analista ⁽²⁸⁾: quando le teorie implicite rimangono di-

namicamente inconscie, e in conflitto con quelle esplicite, si possono creare pericolose confusioni e scissioni nella mente dell'analista. Le teorie che sostanziano il modello operativo implicito dell'analista dirigono il suo lavoro interpretativo, ma queste possono, se il contesto teorico non è coerente, contraddirsi con le credenze esplicite causando conseguenze negative nella trasmissione dei contenuti mentali dell'analista al proprio paziente.

E' necessario un continuo lavoro sotto l'egida del controtransfert e *dell'ascolto dell'ascolto* (Faimberg, 1999) perché l'analista possa offrire spazio evolutivo al paziente e non *adattarlo* allo specifico modello teorico a cui fa riferimento. Questo è l'esempio che possiamo dare: offrire un modello relazionale in grado di generare pensabilità in un clima di rispetto per la soggettività dell'altro. Financo quando questi percorsi soggettivi si discostano dalla pretesa normalità del modello evolutivo della psicoanalisi ⁽²⁹⁾.

I funzionamenti ossessivi qui osservati sembrano, in linea con la teoria, esercitare la funzione di controllo di intensità emotive percepite come intollerabili. Questa funzione viene esercitata da un oggetto interno le cui caratteristiche sono in relazione con l'oggetto materno introiettato, un oggetto con qualità specifiche: controllo antivitale e incapacità di *rêverie*.

La madre di Mario non poteva tollerare il disturbo che veniva dal riconoscere l'esistenza del figlio e opponeva a questa una griglia soffocante di protocolli di comportamento, mentre la madre di Franco mortificava profondamente l'esistenza di un figlio *inadeguato* ai suoi bisogni narcisistici.

Dal punto di vista teorico, mi convince l'idea che l'oggetto superegoico di questi pazienti abbia una natura relazionale piuttosto che essere un prodotto endogeno di natura pulsionale. *Dalla teoria di un deficit relazionale primario discende il modo in cui lavoro*; se abbracciassi un modello del conflitto intrapsichico o un puro modello delle relazioni oggettuali i miei interventi sarebbero stati diversi e temo meno utili con queste patologie.

Elena, psicologa trentenne, chiede l'analisi per affrontare brucianti sentimenti di rabbia per motivi futili e senza apparente motivazione. Ben presto colleghiamo i suoi sentimenti rabbiosi alla separazione dei genitori avvenuta circa dieci anni prima, della quale ancora Elena incolpa il padre.

Nel secondo anno di analisi sviluppa, incontrando emozioni di rabbia e dolore particolarmente forti in seduta, "*sintomi ossessivi transitori*" (Ferenczi, 1912) che si manifestano in un repentino, ma indomabile, bisogno di contare e ricontare ciò che appare nel suo campo visivo: le pieghe delle tende, i libri sulla libreria, le striature sulla parete.

Dal punto di vista economico possiamo dire che il sintomo ossessivo transitorio ha lo scopo di difendere Elena da un eccesso di emozione incontenibile: ed è certamente vero, ma ciò che aggiunge l'intuizione di Ferenczi è la corresponsabilità della produzione sintomatica da parte dell'analista che non offre una risposta specifica alla paziente, che non è sufficientemente coraggioso per coinvolgersi totalmente nella relazione.

Per impegni professionali avevo disdetto una seduta precedente il weekend. Nella seduta suc-

cessiva Elena mi racconta di avere visto il padre il giorno prima a pranzo decisa a parlare chiaramente con lui di quanto la separazione l'avesse turbata e, come al solito, l'incontro era stato deludente perché il padre *“sempre inappuntabile”* e con voce calma e suadente le aveva detto che stava facendo quanto possibile per lei, anche pagandole l'analisi: ma lui aveva la sua vita da vivere ed era così innamorato della sua nuova compagna! Elena aveva ancora una volta dovuto rimangiarsi tutto... e fare *“buon viso a cattivo gioco”*. Col papà era sempre così: non poteva permettersi di arrabbiarsi e comportarsi come avrebbe voluto.

Il mio intervento fu generico e soprattutto difensivamente spostato fuori dalla stanza d'analisi.

Dissi, infatti, qualcosa su quanto Elena non potesse permettersi con il papà di esprimere ciò che sentiva di essere: una bambina piccola, addolorata e rabbiosa verso di lui... forse temeva di deludere le sue aspettative, lui sempre così “perfetto” e “ragionevole”..

Elena sta a lungo in un silenzio che io percepisco con un certo disagio. Finalmente mi dice: *“Ho staccato il contatto e sto facendo la conta delle pieghe della tenda. Sono già arrivata a ventisei, ma devo ricontare perché non sono sicura. Basta! La seduta è finita...”*.

Beh! sappiamo già cosa vuol dire fare la “conta”, penso fra me e me, e sono così stanco oggi... forse sento la fatica accumulata nel lungo weekend di lavoro e mi tornano in mente situazioni molto piacevoli vissute in quei momenti. Siamo ormai separati e soli, ognuno con i propri *pensieri*, quando mi viene in mente che Elena mi stava comunicando, prima della conta, che per dover essere compiacente con me (analista inappuntabile) non può dirmi quanto, in questo momento, le pesi il doversi sentire abbandonata anche da me, quanto ciò la faccia sentire piccola, dipendente e rabbiosa... Questa comunicazione riannoda il contatto tra noi.

Il lavoro con i miei pazienti mi ha riconfermato nel corso degli anni che, pur non coltivando affatto i miei limiti, questi ci sono e debbo farci i conti: ciò che vuol dire, tra l'altro, subire le identificazioni inconsce con oggetti inadeguati che si manifestano nel campo analitico e funzionare, seppure a tratti, come agente riproduttore del disagio di cui soffre il paziente.

Mi viene in aiuto ciò che dice Bion ad uno dei seminari di Rio De Janeiro: *“Se non fossimo esseri umani non varremmo niente come psicoanalisti. Se siamo esseri umani, sarebbe sciocco pensare di non avere i difetti che troveremo nei nostri pazienti. Speriamo di vedere, in analisi, il problema immediato del paziente, ma non c'è nessuno a cui l'analista possa rivolgersi per avere aiuto con gli errori che sta facendo. Possiamo solo sperare che i nostri errori siano limitati al minimo numero possibile. Prima o poi ci capiterà inevitabilmente di avere un paziente che stimola i nostri punti deboli. In altre parole, siamo gli analisti che il paziente non dovrebbe avere. Ma non sempre abbiamo i genitori del tipo migliore per noi, né i figli del tipo migliore per noi”* (1974, pag.239).

Più o meno transitoriamente ciò è accaduto: sono stato per i miei pazienti il genitore inadeguato (come io credo realmente siano stati i genitori dei pazienti che ho discusso), ma anche il bambino mortificato nella spinta vitale che essi stessi sono stati. Questa porosità mi ha però

permesso di condividere più intensamente la loro esperienza e cercare una risposta specifica ai loro bisogni.

Ciò che mi appare di particolare evidenza nella tecnica di lavoro con un paziente ossessivo è che l'interpretazione classica, la decodificazione simbolica e l'*insight* come suo momento ostensivo, non offrono sollievo e non producono efficace trasformazione, attivando semmai compiacenza, fraintendimento e pensiero conformista.

Se utilizziamo il contesto metaforico che ci offre il sogno della *Galeotta* di Mario possiamo dire che è possibile parlare con efficacia conoscitiva del mare e delle sue burrasche solamente dopo averle davvero affrontate insieme. Questa condivisione consente di offrire una risposta *specifica* al paziente che è stato derubato della possibilità di essere ontologicamente riconosciuto come soggetto della propria storia. Questa risposta *specifica* non può che procedere da un analista che si permette, al di là dei modelli teorici, una reazione profondamente soggettiva al paziente. In un lavoro del 2005, *La caducità addomesticata*, Ambrosiano e Gaburri scrivono: “*Il pensiero liberamente associativo dell’analista e la corrente di tenerezza sembrano offrire una prospettiva di trasformazione nell’approccio terapeutico ai pazienti ossessivi*” (Ivi, pag. 64).

Il pensiero associativo, secondo questi autori, nasce quando il paziente e l’analista possono affrancarsi dalle identificazioni a massa con l’oggetto patogeno e la sua mentalità. Essere-con il paziente, dunque, partecipando all’intensità confondente delle emozioni non metabolizzate che circolano nel campo, anche a costo di perdere i punti di riferimento più tranquillizzanti e facendo appello alla capacità negativa, sostare in zone relazionali ignote senza bussola. L’analista, per accedere autenticamente al mondo esistenziale del paziente, deve temporaneamente accettare, egli stesso, un certo grado di confusione e disturbo. Solo così potrà realizzare una psicoanalisi adatta a quel paziente.

La compromissione emotiva nella situazione interpersonale del campo analitico è lo snodo centrale della cura poiché nel campo, e non nel transfert, si riattualizza la rottura traumatica: la forza schiacciante del trauma curva la situazione analitica verso la sua riproduzione attualizzata che mette, inconsapevoli attori sulla scena, analista e paziente i quali condividono la condizione di essere, come nel sogno di Mario, sulla stessa barca.

“Qualcosa” – scrive Ferenczi nel 1932 – “*deve aggiungersi, affinché la consequenzialità intellettuale del possibile o del probabile si trasformi in un tutto omogeneo più solido di realtà necessaria, cioè evidente*” (Ivi, pag. 98).

Questo qualcosa è il *presentificarsi*, nell’esperienza viva dell’analisi, delle fratture relazionali traumatiche attraverso la condivisione delle tempeste emotive che si situano in quest’ area. Tempeste emotive, ma anche tempeste e reazioni somatiche del paziente e dell’analista chiamato sempre di più a occuparsi, nella stanza d’analisi, anche dei transfert somatici che si attivano potentemente nella relazione. Oggi, nella clinica il corpo, come vediamo, sta prendendo sempre più il suo spazio soprattutto per le patologie complesse e non avvicinabili della cura

classica. È personificare il senso letterale nella relazione con l'altro, il proprio corpo come sistema di significazione, come indicatore dell'inconscio, di ciò che avviene all'insaputa della nostra mente.

La coraggiosa rinuncia all'extraterritorialità dell'analista nella stanza d'analisi, ha inaugurato l'esplorazione di un territorio nuovo costituito dallo spazio esistente fra il soggetto e l'oggetto intesi come polarità, coinvolte allo stesso titolo, seppure con statuti ontologici diversi, in una vicenda umana che dev'essere vissuta pienamente, senza troppo calcolo e difese professionali perché possa costituirsi come autentica datrice di senso.

I miei pazienti ed io difesi solo dal guscio della nostra barca (*il setting*) non possiamo fare altro che condividere l'intensità della turbolenza alla quale siamo sottoposti. Rimanere insieme nonostante tutto: è questa la sfida che i pazienti mi lanciano per poter nascere finalmente a se stessi.

Note

1. Mantengo la dizione “Nevrosi Ossessiva” invece delle più attuali definizioni per sottolineare quanto le mie riflessioni siano interne e coerenti al corpus teorico della psicoanalisi.
2. *Osservazioni su di un caso di nevrosi ossessiva* (1909). Importante per il rapporto con il conflitto inconscio, il Super-Io che teorizzerà più avanti nel 1923 e l’ambivalenza nei rapporti edipici. In sintesi: ambivalenza, senso di colpa e punizione in relazione al conflitto edipico. Si tratta di un giovane giurista, certo Lanzer, tormentato da rituali ossessivi e dall’idea della tortura dei topi che temeva per il padre (morto) e per la fidanzata. Freud mette in evidenza il sentimento di ambivalenza nell’amore verso il padre e verso la fidanzata. Inizia a comprendere e utilizzare il concetto di transfert nella cura.
3. Cito solamente tre autori esemplari in questo senso: Shapiro (1969), Nagera (1976) e McWilliams (1994).
4. È di qualche interesse, in questo senso, l’esperimento compiuto alcuni anni addietro da Migone (1999) il quale, colpito dalla rapida remissione (ancora stabile dopo vari anni) dei sintomi di un paziente ossessivo in terapia per meno di tre anni, decise di pubblicare il racconto dettagliato del caso e discutere con diversi colleghi (anche analisti SPI) la ragione di quel successo inconsapevolmente raggiunto. I risultati furono vaghi e per nulla univoci e si rivolse allora al paziente ormai guarito il quale sottolineò quanto la qualità umana del rapporto con il terapeuta, il senso di vicinanza, l’accettazione non giudicante, la pazienza gli furono d’aiuto nel superare la malattia più che i contenuti interpretativi ricevuti dal terapeuta. Mancò nel resoconto del paziente, specularmente a ciò che era accaduto al terapeuta, una consapevolezza cognitiva, un modello esplicativo delle cause del miglioramento.
5. Ho affrontato questo tema nel lavoro: *Natura è cultura?* (2009).
6. L’uso, mediato dall’analisi dei bambini, di offrire interpretazioni nel transfert e non solo sul transfert.
7. Intendo “sintonizzazione” nel senso che ci indica Daniel Stern (1998).
8. Ripeto quanto già accennato: non si tratta di colpevolizzare i “reali” genitori inadeguati, ma comprenderne i riverberi nella propria inadeguatezza relazionale con il paziente: questa è ciò che intendo con reintegrazione non ingenua del reale nella stanza d’analisi.
9. Intendo errore in senso etimologico come derivato da errare, esplorare.
10. L’analista come agente provocatore inconscio del fallimento traumatico subito dal paziente e dallo stesso analista.

11. Questo l'aveva già compreso Freud con *L'uomo dei topi*.
12. Per il resoconto del caso di Frankie si veda: Berta Bornstein, "The Analysis of a Phobic Child" in *The Psycho-Analytic Study of the Child*, voll.3-4, Imago, London, 1949.
13. Come ho messo in evidenza nel caso di Mario (le mie fantasie quantitative ad esempio) e di Franco (l'annichilente sguardo di Medusa e la mia confusione intorno al suo materiale biografico).
14. Si tratta di ciò che Freud individuò come una delle caratteristiche salienti della nevrosi ossessiva: l'isolamento. Esso consiste nell'isolare un pensiero interrompendo le connessioni (almeno esplicite) con il contesto emotivo.
15. Concordo pienamente con Ambrosiano e Gaburri che scrivono: "Possiamo immaginare che le manifestazioni ossessive traducano, sul piano figurativo, l'esperienza di incontro con un nucleo familiare dominato da assunti di base non trasformati dal lavoro del lutto e della separatezza" (2005, pag.61). Per dirlo con questi Autori, il lavoro con Mario iniziato con una drastica rottura dall'identificazione a massa con la famiglia (il fallimento degli studi universitari) proseguirà, attraverso il lavoro del lutto, con una sempre maggiore disidentificazione e il riconoscimento di una piena soggettività: poter essere, Mario, semplicemente se stesso.
16. In questo movimento c'è tutta la riluttanza di Mario ad accettare la regressione e l'abbandono del controllo che comporta l'uso del lettino.
17. Il termine viene preso dalla geometria proiettiva e utilizzato da Bion nella sua teoria delle Trasformazioni (1965) per riferirsi a trasformazioni che manifestano poca deformazione tra l'oggetto originario e ciò che si è trasformato.
18. Si tratta, come discuteremo oltre, di una vera e propria formazione di sintomi transitori nell'analista che io intendo come contagio prodotto dal campo analitico.
19. Mario è sempre stato un bambino malaticcio.
20. Winnicott (1965) individua la caratteristica principale degli ossessivi nella separazione tra il funzionamento intellettuale e l'autentica esperienza personale. L'ossessivo, dice l'Autore: "*Afferma spesso di sentire la propria mente e il proprio corpo come due entità completamente distinte; egli tende a identificarsi con la mente, trattando il corpo come un bambino che fa capricci*" (pag.189).
21. Secondo Spaçal (1989) il carattere ossessivo è una struttura di personalità caratterizzata da fissazioni egosintoniche derivate da un accentuato erotismo anale, verso il quale le formazioni reattive costituiscono l'elemento difensivo che determina la rigida, stabile

e classica triade caratteriale: scrupolosità, ordine e pedanteria.

22. Ascoltando il suo racconto delle “passeggiate col cane” mi vengono in mente le famose passeggiate di Kant a Königsberg: la *rêverie* è interessante perché segnala, da subito, una mia posizione di inferiorità nei suoi confronti.
23. Meltzer le chiamava “interpretazioni di routine” (1975).
24. Trovo condivisibile la posizione di Bachant e Adler (1997): *“Specifiche caratteristiche dell’analista sono amplificate o generalizzate in modo da procurare al paziente quel che cerca nell’oggetto. Non è che il paziente trovi la realtà dell’analista: piuttosto egli costruisce una rappresentazione dell’oggetto intorno ad alcuni elementi reali – che ha bisogno di trovare – del carattere o dell’atteggiamento dell’analista”* (pag. 1108).
25. Bion (1992) parla di impossibilità di “sognare” come assenza di lavoro del sogno alfa: da questo punto di vista il paziente ossessivo non riesce a dormire, ma neanche a rimanere sveglio.
26. Questa percezione così “reale” di un oggetto genitoriale inadeguato non deve assolutamente portare l’analista a colpevolizzare i genitori del paziente. Una visione transgenerazionale dei fenomeni psichici aiuta l’analista ad evitare di funzionare nella logica della colpa persecutoria, come discuteremo più avanti.
27. Tuckett (2008) ha messo a punto un modo per riconoscere e descrivere i sottili modelli di lavoro che verosimilmente soggiacciono, a livello implicito, alle pratiche esplicite di lavoro dell’analista nella stanza d’analisi.
28. Ho il sospetto che inserti transgenerazionali di natura transferale provenienti dalla storia formativa dell’analista (propria analisi, supervisori, colleghi), se non ben elaborati, possano concorrere a creare difformità fra le teorie implicite ed esplicite dell’analista.
29. In questo senso è importante il lavoro di revisione compiuto da Barale (2006) sulla teoria psicoanalitica della “madre psicogena” (madre-frigorifero) del bambino autistico e il recupero del valore del “percorso evolutivo specifico” in queste patologie.

Bibliografia

- Abraham, K. (1907). “Il trauma sessuale come forma di attività sessuale infantile”. In *Opere*, vol. I, Torino, Boringhieri, 1997.
- Ambrosiano, L., Gaburri E. (2005). *La caducità addomesticata*. In Mangini E. (a cura di) *Neurosi Ossessiva*. Rivista di Psicoanalisi Monografie. Roma, Borla.
- Aulagnier, P. (1975). *La violenza dell'interpretazione*. Roma, Borla, 1994.
- Bachant J.L., Adler E. (1997). “Transference: co-constructed or brought to the interaction?”, *J.A.P.A.*, pp. 1097-1120.
- Balint, M. (1968). *Il difetto fondamentale*. Trad. it. Milano, Cortina, 1983.
- Barale, F., Ucelli, S. (2006). *La debolezza piena. Il disturbo autistico dall'infanzia all'età adulta*. In *Autismo. L'umanità nascosta*. (A cura di Mistura S.). Torino, Einaudi.
- Baranger, M. (1992). “La mente del analista: de la escucha a la interpretation”. *Revista de Psicoanalysis*, XLIX, pp. 174-193.
- Baranger, M. e Baranger, W. (a cura di) (1969). *La situazione analitica come campo bipersonale*. Milano, Cortina, 1990.
- Bion, W.R. (1965). *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*. Trad. it. Roma, Armando, 1973
- Bion, W.R. (1974). *Il cambiamento catastrofico*. Trad. it. Torino, Loescher, 1981.
- Bion, W.R. (1992). *Cogitations*. Trad. it. Roma, Armando, 1996.
- Bonomi, C. (1999). “Ferenczi and Contemporary Psychoanalysis”. In *Int. Forum Psychoanal.*, vol.7, pp. 79-96.
- Borgogno, F. (1999). *Psicoanalisi come percorso*. Torino, Boringhieri.
- Borgogno, F. (2001). *La lunga onda della catastrofe e le condizioni del cambiamento psichico nel pensiero clinico*. In *La catastrofe e i suoi simboli*. A cura di C. Bonomi e F. Borgogno. Torino, UTET Libreria.
- Bornstein, B. (1949). “The Analysis of a Phobic Child”. In *The Psycho-Analytic Study of the Child*, voll.3-4, Imago, London, 1949.
- Brosio, C. (2001). “La psicoanalisi dei fenomeni di campo”. *Setting*, anno VI, n.11, pp. 101-125.

- Brosio, C. (2005). *Trauma e fenomeni ossessivi*. In Mangini E. (a cura di) *Nervosi Ossessiva. Rivista di Psicoanalisi Monografie*. Roma, Borla.
- Brosio, C. (2009). “Natura è cultura?”. *Rivista di Psicoanalisi*, 55(1), pp. 243-250.
- Corrao, F. (1986). “Il concetto di campo come modello teorico”. In *Gruppo e Funzione analitica*, 7 pp. 9-21
- Fachinelli, E. (1979). *La freccia ferma*. Milano, L’Erba Voglio.
- Faimberg, H. (1996). “Listening to listening”. *Int., J. Psycho-Anal.*, vol.77, n.4. pp. 667-677.
- Ferro, A., (1996). *Nella stanza d’analisi. Emozioni, racconti, trasformazioni*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Ferro, A., (2002a). “Some implications of Bion’s thought: The waking dream and narrative derivatives”, *Int., J. Psycho-Anal.*, vol.83, pp.597-607.
- Ferenczi, S. (1908-1912). *Opere*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 1989.
- Ferenczi, S. (1932). *Diario Clinico*. Milano, Cortina Editore, 1988.
- Freud, A. (1966). “Obsessional Neurosis”. *Int. J. Psycho-Anal.*, 47, pp. 116-138.
- Freud, S. (1907). “Azioni ossessive e pratiche religiose”. *OSF*, vol. 4.
- Freud, S. (1909). “Osservazione su un caso di nevrosi ossessiva”. *OSF*, vol. 5.
- Freud, S. (1913). “Totem e Tabù”. *OSF*, vol.7.
- Freud, S. (1925). “Inibizione, sintomo, angoscia”. *OSF*, vol.10.
- Klein, M. (1932). *The Psychoanalysis of Children*. Trad. it. *La psicoanalisi dei bambini*. Martinelli, Firenze, 1970-1988, pp. 47 e seguenti.
- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?* University of Chicago Press, Chicago, Ill. Trad.it. *La cura psicoanalitica*. Torino, Bollati Boringhieri, 1986.
- Mangini, E. (2005). (a cura di). *Nervosi Ossessiva. Rivista di Psicoanalisi Monografie*. Roma, Borla
- Mc Williams, N. (1994). *La diagnosi psicoanalitica*. Trad. it. Roma, Astrolabio, 1999.

- Meltzer, D. et al. (1975). *Esplorazioni sull'autismo*. Torino, Boringhieri, 1977.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *Il visibile e l'invisibile*. Milano, Bompiani, 1969.
- Migone, P. (1999). "La terapia del disturbo ossessivo-compulsivo". In *Il Ruolo Terapeutico*, vol. 80, pp. 71-77.
- Nacht, S. (1966). "The interrelationship of phobia and obsessional neurosis". *Int. J. Psychoanal.*, 47, pp. 345-367.
- Nagera, H. (1976). *Obsessional Neurosis*. Aronson, New York.
- Ogden, T. (2009). *Riscoprire la psicoanalisi*. Milano, CIS Editore.
- Orange, D. (1995). *La comprensione emotiva*. Roma, Astrolabio, 2001.
- Orange, D., Atwood, G.E., Stolorow, R.D. (1997). *Intersoggettività e lavoro clinico*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 1999.
- Racker, H. (1960). *Studi sulla tecnica psicoanalitica. Transfert e controtransfert*. Roma, Armando Editore.
- Renik, O. (2006). *Psicoanalisi pratica per terapeuti e pazienti*. Trad. it. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2007.
- Rosen, V.H. (1963). "Variants of Comic Caricature and Their Relationship to Obsessive-Compulsive Phenomena". *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 11, 591-607.
- Rosenfeld, H. (1987). *Comunicazione e Interpretazione*. Torino, Boringhieri, 1989.
- Sacerdoti, G. (1987). *L'ironia attraverso la psicoanalisi*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Sandford, B. (1955). "Il bisogno di essere mantenuto di un paziente ossessivo".. In *Nuove vie della Psicoanalisi*. Milano, Il Saggiatore, 1966.
- Shapiro, D. (1965). *Stili Nevrotici*. Roma, Armando, 1969.
- Spaçal, S. (1989). *La nevrosi ossessiva*. In A.A. Semi (a cura di), *Trattato di psicoanalisi*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Speziale-Bagliacca R. (2005). *L'assedio e la breccia. Nota tecnica per l'analisi delle nevrosi ossessive*. In A.A. Mangini (a cura di), *Nevrosi Ossessive. Rivista di psicoanalisi Monografie*. Roma, Borla.

Stern D. (1998). *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*. Milano, Raffaello Cortina Editore.

Stolorow, R.D. e Atwood, G. E. (1992). *I contesti dell'essere*. Torino, Bollati Boringhieri, 1995.

Stolorow, R.D., Atwood, G.E., Brandchaft, B. (1994) (a cura di). *La prospettiva intersoggettiva*. Roma, Borla, 1996.

Tuckett, D. et al. (2008). *I modelli della psicoanalisi*. Roma, Astrolabio Ubaldini Editore, 2009.

Trevarthen, C. (1974). *The psychobiology of speech development*. In E. Lenneberg (Ed.), *Language and brain: Developmental aspects* (Vol. 12, pp. 570-585): Neurosciences Res. Program Bulletin.

Tustin, F. (1986). *Barriere autistiche nei pazienti nevrotici*. Roma, Borla, 1990.

Winnicott, D. (1965). *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*. Roma, Armando Editore, 1968.

Winnicott, D. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma, Armando, 1970.

Sulla violenza in Sanità.

Tra la violenza contro i curanti e la violenza delle cure

Mario Perini

La questione della violenza è oggi più che mai centrale nelle riflessioni sulla realtà sociale, sull'educazione, sulla politica, sulla qualità della vita lavorativa, sulla cittadinanza, in un momento storico segnato da scontri militari, politici ed economici, da persecuzioni religiose, da moti di piazza, aggressioni di gruppo e violenze private. Il tema è del resto molto più complesso di quanto a volte non si dica o non si pensi, tanto nei contesti collettivi così come nella vita privata, ed è di difficile interpretazione quando si verifica nei “luoghi di cura”, come gli ospedali, i pronti soccorsi, gli ambulatori dei medici di famiglia, le comunità terapeutiche. Spesso, da parte sia della pubblica opinione sia delle persone o delle istituzioni interessate, si tende a ritenere che sia sufficiente ribadire che le violenze non vanno tollerate, stabilire norme e sanzioni contro i comportamenti violenti e istituire dispositivi di sicurezza come sistemi d'allarme o posti di polizia. Decisioni come queste sono senza dubbio necessarie, ma è cruciale essere consapevoli che non sono sufficienti. Una prima considerazione è che, se la violenza negli individui, nei gruppi e nelle società è sempre esistita, come ci mostrano la storia e la comune esperienza (anche quella attuale, visto che siamo in tempo di guerra), ci si può chiedere se oggi il problema non stia tanto nell'aumento della sua forza o frequenza, quanto piuttosto nei cambiamenti culturali, nell'indebolimento degli argini educativi e nel tramonto delle istanze regolatrici – quelle che Kaës chiamava “garanti meta-sociali” – in primo luogo nella famiglia e nella scuola e poi anche nei contesti collettivi e oggi in particolare nel mondo del digitale e dei *social media*.

In secondo luogo dobbiamo constatare come i rischi legati a una cultura della violenza – soprattutto quando si indirizza al mondo della sanità – non consistano solo nelle aggressioni fisiche, ma anche nelle ben più frequenti aggressioni verbali e psicologiche, che possono tradursi in una vasta gamma di comportamenti, dalle frasi sgarbate alle espressioni di disprezzo della mimica facciale, dal linguaggio dell'odio su *Facebook* alle denunce penali. La violenza verbale può essere persino più nociva di quella fisica, come evidenziato dalle frequenti ricadute sugli operatori (depressioni, suicidi, abbandoni del lavoro) e, come dimostrato dagli studi neuroscientifici, degli effetti della parola sul funzionamento cerebrale.

Infine, vorrei segnalare un fattore di grande rilievo ma spesso ignorato o sottovalutato: la **violenza dell'istituzione**, che a volte reagisce a quella degli individui (come nel caso delle forze armate, del carcere o della pubblica sicurezza), ma altre volte nasce al proprio interno in modo del tutto spontaneo e imprevedibile, quando non sia addirittura intrinseca alla propria cultura di base, come nelle organizzazioni criminali, nel terrorismo e in certi estremismi

ideologici, ma a ben vedere in qualche misura persino nei mercati finanziari, nelle strategie energetiche e nelle politiche migratorie.

E a volte persino nelle istituzioni di cura e assistenza.

Prima di affrontare il tema specifico della violenza nei contesti sanitari occorre distinguere con chiarezza la violenza dall'aggressività, anche se spesso sono usate come sinonimi. Va detto in primo luogo che l'aggressività e l'odio, non diversamente da emozioni positive come l'amore, la tenerezza, la fiducia e la solidarietà, sono emozioni del tutto naturali e persino fisiologiche nella nostra specie. Per comprendere questa affermazione basterebbe osservare il comportamento spontaneo dei bambini piccoli in un nido, ad esempio quando qualcuno di loro si mette a giocare con il giocattolo di un altro bambino.

Senza una dotazione congenita di aggressività probabilmente non potremmo sopravvivere a lungo nemmeno in un contesto sociale sufficientemente sicuro.

VIOLENZA E AGGRESSIVITÀ

La globalizzazione indubbiamente ha reso la violenza un fenomeno assai più difficile da definire che in tempi passati: correnti violente e di sopraffazione si muovono velocemente ormai su tutte le reti che connettono luoghi, persone, risorse e istituzioni in ogni parte della Terra. La più clamorosa delle sue manifestazioni, la guerra, che ha devastato il pianeta per secoli fino a sfiorare l'olocausto nucleare e che sta tornando a minacciare gli equilibri planetari, è oggi un fenomeno più limitato, locale, mobile e per lo più di breve durata, o si trasforma in uno stillicidio di violenze quotidiane che durano decenni, oppure decorre sotterranea e insidiosa come il terrorismo, i traffici delle mafie o le operazioni dei servizi segreti. Ad essa, peraltro, si sono aggiunte le nuove guerre e violenze della post-modernità, quelle combattute con le armi dei mercati finanziari, delle risorse energetiche, delle migrazioni e delle politiche del lavoro, oltre alle violenze collettive erratiche, e più o meno ideologiche, di certi gruppi estremisti e in generale delle masse urbane impoverite e spaventate. Ad alcune di queste violenze le istituzioni della politica, della giustizia, dell'ordine pubblico e persino quelle del *welfare* non di rado rispondono con una violenza simmetrica: basti pensare alle risse a Montecitorio, alle crociate dei sindaci-sceriffi contro barboni e immigrati, ai pestaggi a cui indulge una frangia violenta delle forze dell'ordine, e, per restare nel territorio della salute, agli abusi nella contenzione fisica o farmacologica in psichiatria, alle sevizie inflitte agli anziani in certe case di riposo o ai disabili in certe strutture residenziali.

Per non parlare delle nuovissime forme di violenza organizzata ed agita sui *social media*, dal *cyberbullismo* alle sfide distruttive (le cosiddette *challenge*), dalle *sextortion* (i ricatti che utilizzano immagini erotiche rubate agli archivi privati) alle innumerevoli forme di "linguaggio dell'odio" che popolano la rete.

Credo che sarebbe utile, in via preliminare, considerare l'esistenza di forme diverse di aggressività – da quelle strumentali (per ottenere un risultato) a quelle identitarie (per separare se stessi dagli altri), da quelle impulsive (per scaricare una tensione) a quelle difensive (per proteggersi da un pericolo) o post-traumatiche (per evacuare il dolore dell'esperienza del trauma) – diversità che anche le neuroscienze tendono a ricondurre a differenti sistemi ormonali e neuronali.

Come già detto sarebbe opportuno anche tenere distinte l'aggressività e la violenza come assetti psicologici diversi, sul piano emotivo, cognitivo e comportamentale.

In questo senso la violenza potrebbe essere definita come *una forma di aggressività che assume nel suo sviluppo l'intento di arrecare danno alla vittima*. La componente violenta è accessoria e dunque possono esservi forme di aggressività prive di violenza, mentre è difficile immaginare una forma di violenza senza aggressività. Queste considerazioni ci permettono di intuire che se per garantire un ambiente sicuro la violenza dev'essere impedita, contrastata e punita, l'aggressività invece dobbiamo imparare a conoscerla per governarla e proprio per evitare che si trasformi in violenza.

VIOLENZA, NORME SOCIO-CULTURALI E DINAMICHE ISTITUZIONALI

L'esperienza della Storia – quella passata come quella attuale – ci parla di violenze che difficilmente possono essere rimandate alla sfera privata, ma puntano il dito direttamente sul ruolo del contesto politico-culturale e delle istituzioni. La violenza non è un prodotto impersonale della società, è figlia dell'uomo e delle sue zone d'ombra. Ma sono la società e le sue istituzioni a evocarla, a darle forma e direzione e soprattutto a moltiplicarla e a trasformarla in cultura.

La psicologia sociale considera la violenza come l'espressione di una dialettica tra la disposizione individuale all'aggressività e l'influenza di situazioni sociali competitive, deprivate o problematiche, capaci di generare esperienze traumatiche, disturbi dell'attaccamento e indebolimento del legame sociale.

In una delle sue ultime interviste Primo Levi diceva:

“Il seme di Auschwitz non dovrebbe rigermogliare, ma è vicina la violenza, è attorno a noi e c'è una violenza che è figlia della violenza. Ci sono legami sotterranei fra la violenza delle due guerre mondiali e la violenza a cui abbiamo assistito in Algeria, in Russia, nella rivoluzione culturale cinese, in Vietnam. La nostra società, insieme con i mezzi d'informazione (pur così necessari) ci dà la disseminazione della violenza. Dispone di meccanismi che la ingigantiscono” (Levi, 1986).

Da questo punto di vista sono impressionanti i dati delle ricerche – le prime delle quali risal-

gono ormai ad alcuni decenni fa – che esplorano i legami tra la violenza collettiva (dei gruppi, delle masse, delle organizzazioni, degli stati e delle società) e le norme socio-culturali esplicite e implicite che dominano il ventre molle delle nostre comunità, quello che potremmo chiamare l’“inconscio sociale”.

Prescindendo dagli ovvi risvolti giuridici, possiamo affermare che per lo più le azioni violente sono ritenute illegittime se infrangono le norme sociali correnti: la violenza della polizia quando risponde al fuoco dei criminali è vissuta come legittima, al contrario se spara a persone disarmate. Le norme sociali implicite e non scritte perciò possono legittimare alcune forme di violenza, talvolta persino quando la legge le ritenga un reato. È il caso, ad esempio, della “norma della reciprocità” che dal biblico “occhio per occhio” fino alle leggi USA che sanciscono il diritto privato al possesso (e all’uso) di un’arma, autorizza la vendetta come risposta a una violenza subita. Ci sono poi le norme sociali che in ogni parte del mondo alimentano la “violenza di genere”, ritenendo quasi accettabili le violenze se commesse dai maschi, in particolare contro le donne (che magari sono pure sospettate di essersele andate a cercare), o che in nome della “*privacy*” familiare giustificano molte delle condotte violente che si manifestano nello spazio domestico.

Particolarmente diffusa è poi la norma sociale, anch’essa implicita e non scritta, che giustifica la violazione delle regole e delle leggi che limitano l’aggressività, quando le persone facciano parte di un gruppo o si comportino come una “folla”. Gustave Le Bon e dopo di lui Freud e altri autori hanno esplorato le dinamiche comportamentali ed emotive dei grandi gruppi: quando una folla sia resa cieca dall’idealizzazione del capo o delle opinioni dominanti, dalla dismissione della capacità di pensare e dalla scomparsa delle istanze regolative (famiglia, scuola, norme sociali, leggi), allora la violenza di massa è pronta a dilagare come uno tsunami, sempre che non venga arruolata da qualche polo di interessi politico-economici che provi a trasformarla in uno strumento di potere.

Non definirei certo *Facebook* o *Twitter* istituzioni violente, eppure sono stati i *social media* negli ultimi anni a svolgere spesso un ruolo di “attrattore” di comportamenti violenti collettivi, mobilitando *flash mob*, raduni di piazza e risse di quartiere, o d’altra parte, su piani del tutto diversi, incitando sulla rete forme varie di *cyberbullismo*, persecuzioni mediatiche e linciaggi morali. Anche la carta stampata e la televisione hanno fatto la loro parte, ad esempio costruendo le cosiddette “macchine del fango” ai danni di questo o quel bersaglio pubblico. In entrambi i casi, come sappiamo, qualcuno ci ha anche rimesso la vita.

L’influenza del gruppo sociale – specie quello “di riferimento” – sul modo di pensare e sulla vita di relazione dell’individuo è nota da tempo, e per quel che riguarda la violenza sappiamo che il conformismo può anche portare alla messa in atto di comportamenti che gli individui da soli non adotterebbero. Il gruppo, specie se numeroso, offre la protezione dell’anonimato e della diffusione della responsabilità. A questo proposito sono state descritte le dinamiche di “contagio sociale” dove il “pensiero di gruppo” può operare come amplificatore delle tenden-

ze aggressive attraverso la prescrizione implicita di norme che definiscono il comportamento richiesto ai membri per essere accettati dal gruppo e poter continuare a farne parte. Il conflitto centrale è quello tra identità e appartenenza, e quando in un soggetto o in un gruppo (o a volte in un popolo) la prima è precaria e la seconda vitale, allora anche il ricorso alla violenza può diventare un prezzo accettabile.

Lo studio del conformismo e dell'obbedienza come effetti delle pressioni esercitate dal gruppo o da un intero sistema sociale ha prodotto evidenze anche sperimentali di quanto sia facile commettere o non impedire atti violenti, normalmente ritenuti inaccettabili, se solo qualche alibi di tipo culturale, ideologico o scientifico, ne offra una qualche giustificazione plausibile (come nel caso dell'assalto a Capitol Hill attuato a Washington il 6 gennaio 2021, dopo il discorso di Donald Trump ai suoi sostenitori). Nell'esperimento di Stanley Milgram, attuato nel 1961, diverse persone mature ed equilibrate finivano per somministrare dolorose scosse elettriche ad alcuni detenuti convinte di operare nel superiore interesse della scienza (in realtà nei macchinari non c'era corrente e le "cavie" erano attori addestrati alla simulazione). L'esperimento, che Milgram aveva condotto nel 1961, era stato avviato poco dopo l'inizio del processo contro Adolf Eichmann a Gerusalemme, anche come tentativo di rispondere alla domanda se fosse possibile che Eichmann e tutti i suoi complici stessero semplicemente eseguendo degli ordini.

Dieci anni dopo nell'Università di Stanford, a Palo Alto (California), Philip Zimbardo riprodusse fedelmente l'ambiente di un carcere e a scopo sperimentale lo fece gestire da 24 studenti universitari, scelti tra i più equilibrati e maturi, assegnando loro casualmente il ruolo del detenuto o quello della guardia e stabilendo una serie di regole molto rigide e spersonalizzanti. Dopo appena due giorni si verificarono i primi episodi di violenza, con intimidazioni, crudeltà e umiliazioni progressivamente sempre più incontrollate e destabilizzanti, finché l'esperimento non fu interrotto per evitare il peggio. Zimbardo ha attribuito questi esiti drammatici a un processo collettivo di "de-individuazione", in altri termini una perdita del senso di Sé e dell'identità personale, inghiottiti dal ruolo istituzionale e dalle sue richieste.

Parlare di violenza istituzionale significa descrivere un quadro complesso e multiforme, che si compone essenzialmente dei seguenti scenari:

1. **l'istituzione "infettata dalla violenza"**, laddove i comportamenti violenti che si esplicano nella vita istituzionale appaiono come forze "inquinanti" capaci di contaminare una cultura originaria sufficientemente sana. Possiamo immaginare che le organizzazioni "sane" operino come contenitori solidi, illuminati e sicuri, capaci di arginare le ansie e le emozioni tossiche in grado di generare violenza, come l'invidia, l'avidità, la paura, l'odio e la rivalità; ma può accadere che qualcosa – lo stress, le culture perverse, la riduzione delle risorse, le crescenti insicurezze provenienti dall'ambiente – le renda "malate" o "intossicate" indebolendone le funzioni regolative e aprendo la strada all'azione violenta come

evacuazione dell'ansia, della rabbia e del dolore.

2. **l'istituzione "violentata"**, ovvero colpita da un trauma catastrofico o cumulativo, che ne determina a lungo il destino, o in termini di malfunzionamento post-traumatico oppure di riproduzione "transgenerazionale" del trauma e della violenza. Gruppi e istituzioni possono diventare oggetto di violenze e di traumi, come hanno osservato diversi analisti. Vamik Volkan in particolare, a partire dalla sua duplice esperienza nella terapia istituzionale degli psicotici all'*Austen Riggs Center* e nelle dinamiche dei grandi gruppi sociali nel contesto della diplomazia internazionale, descrive come nelle organizzazioni e delle società traumatizzate la molla della violenza sia spesso rappresentata da un "trauma scelto", un evento assunto da un gruppo o da una nazione come ferita aperta e non rimarginabile, causa e significante di ogni difficoltà, memoria traumatica e "legato" di violenza da trasmettere attraverso le generazioni, come accade a volte ai bambini abusati.
3. **l'istituzione violenta vera e propria**, cioè un'istituzione dominata da una cultura organizzativa intrinsecamente violenta. Tralasciando l'ovvio riferimento alle organizzazioni criminali, alludo essenzialmente alle istituzioni narcisistiche e a quelle perverse. Le organizzazioni narcisistiche e le loro *leadership*, dominate da culture auto-centrate e poco attente ai bisogni degli altri, sono pronte a tutto per salvare i propri equilibri di potere e per schivare le responsabilità, per lo più scaricandole verso il basso, cioè sui collaboratori. Le derive paranoide o totalitarie o demagogiche a cui prima o poi danno luogo sono ideali terreni di coltura per lo sviluppo di comportamenti violenti, che si sostanziano nell'emergere dell'uomo della provvidenza, nei conflitti finanziari, commerciali o geopolitici, o viceversa nell'esplosione della rabbia delle piazze e delle masse contro la violenza dei mercati e delle politiche globali. Si ritrovano tra queste soprattutto le organizzazioni aziendali, quelle politiche e quelle a carattere etnico-religioso.

Tra le organizzazioni perverse, dominate dalla scissione e dalla frammentazione, dalle culture burocratiche o masochistico-sacrificali, dall'ossessione dei controlli e delle procedure e dalla confusione dei linguaggi, si annoverano soprattutto le istituzioni del settore pubblico e del *welfare*, dove la regola è dire una cosa e farne un'altra, ad esempio proclamare i valori della salute e praticare gli obiettivi della riduzione dei costi. Anche in queste organizzazioni si annida una rilevante violenza potenziale, e ce ne rendiamo conto quando a una nostra ragionevole richiesta non viene data alcuna risposta, o quando le norme che ci vengono imposte hanno una chiara valenza vessatoria, nella logica per cui le esigenze dell'istituzione non possono tener conto di quelle delle persone, che a volte neppure conoscono. La violenza istituzionale si esplica qui con modalità più attenuate, come una conflittualità cronica che produce rabbia, sfiducia ed egocentrismo, e che non trova argini per l'impossibilità di dar voce al malessere e per l'assenza di dispositivi orientati alla rego-

lazione dei conflitti; oppure si traduce in vere e proprie forme di “maltrattamento”, come le omissioni, il non-ascolto e le mancate risposte, le procedure assillanti, il cambio delle regole mentre il gioco è in corso, la colpevolizzazione degli insuccessi, le doppie verità e tutti quei modi ipocriti ed emotivamente neutri che mirano al silenziamento del soggetto o alla sua invisibilità, in pratica al suo “annientamento” con le armi della burocrazia.

4. **l’istituzione deputata a gestire, a reprimere o a occultare la violenza** che si genera altrove, nel tessuto sociale diffuso o in altre istituzioni come la famiglia o il luogo di lavoro. E’ il caso delle Forze Armate che la devono esercitare contro un nemico per difendere il Paese; della Polizia che la deve arginare o prevenire agendo contro chi viola la Legge o chi attenta all’ordine pubblico; della Legge stessa e del potere giudiziario che l’amministrano, sanzionando i colpevoli in nome del popolo e nell’interesse della comunità; del Sistema penitenziario che la contiene e la punisce; del Sindacato che la canalizza nelle rivendicazioni in materia di lavoro; della Chiesa che la rigetta come peccato; e anche della Psichiatria che la interpreta come sintomo di malattia e cerca di curarla o quanto meno di contenerla, a volte riesumando pratiche di tipo “neo-manicomiale”. Il problema di queste istituzioni è che la violenza diventa ben presto un “linguaggio istituzionale” che accomuna gestori e gestiti e che rischia di farle diventare violente come i loro “clienti”, con un processo mimetico di identificazioni crociate che Kaës ha chiamato “isomorfismo”. L’isomorfismo istituzionale tende a trasformare le istituzioni che devono gestire la violenza in istituzioni violente, giungendo talvolta a contaminare persino le funzioni di cura che vengono svolte al loro interno. Così, ad esempio, l’esercito si ritrova confrontato con i suoi periodici massacri “gratuiti”, i servizi anti-terrorismo con le proprie operazioni terroristiche, la polizia con gli agenti manganellatori, la chiesa con la pedofilia, la psichiatria con il suo storico dilemma a tenaglia tra la violenza della repressione e quella dell’abbandono.

VIOLENZA E ISTITUZIONI DI CURA

Dunque, se la violenza può costituirsi come una dinamica frequente della vita sociale e organizzativa è più che prevedibile che possa giungere a contaminare anche i contesti sanitari, che pure dovrebbero essere dominati dai valori del prendersi cura di chi ha bisogno, del perseguimento del benessere e dell’alleanza di lavoro tra curanti e curati.

Per uscire da un equivoco frequente, vorrei chiarire che le condotte violente delle persone, anche se sono espressione di modalità di relazione interpersonale alterate in senso delinquenziale o psicopatologico, non sono necessariamente un indicatore di delinquenza o di patologia psichica. I criminali e i paranoici sono spesso aggressivi – e questo è certamente un peso aggiuntivo per gli operatori dell’emergenza e quelli della salute mentale –, ma molte

violenze sono commesse da persone che non sono delinquenti abituali né portatori di qualche disturbo di personalità.

Un aspetto apparentemente paradossale – e per molti versi crudele – è stato il brusco viraggio di immagine e di atteggiamento che i professionisti della salute hanno subito nei tempi della pandemia, passando da una fase celebrativa in cui erano applauditi dai balconi come eroi e martiri moderni nella guerra contro il virus ad una fase di svalutazione rabbiosa, che li ha visti accusare delle morti da Covid come “untori” o assalire nei pronti soccorsi a coltellate o a male parole. Ho parlato di paradosso “apparente”, perché il fatto risponde a una logica emotiva abbastanza frequente, quella per cui la delusione di attese che non erano realistiche (in questo caso la sanità come baluardo magico e onnipotente contro l’epidemia) tende a trasformare l’oggetto idealizzato in oggetto denigrato non appena l’idealizzazione è smentita dai fatti.

Ma la violenza contro gli operatori sanitari e sociali non è una conseguenza della pandemia, è un fenomeno che la precede e che da tempo si è insinuato nel lavoro di cura, rappresentando uno dei suoi rischi più rilevanti, non solo per le conseguenze lesive sull’incolumità e sulla salute dei curanti, ma anche per l’impatto negativo sulle loro motivazioni (che può portare all’abbandono della professione o alla sua disumanizzazione) e in definitiva sull’efficienza delle prestazioni del sistema sanitario. Lo testimoniano in modo eloquente il “*quiet quitting*” (l’abbandono silenzioso dei posti di lavoro da parte di medici, infermieri e altri operatori) ed il collasso di tanti Pronti Soccorsi e di buona parte della sanità territoriale.

Cercherò di tracciare una mappa provvisoria degli aspetti del lavoro di cura che possono esporre i curanti (ma non solo loro, anche i pazienti, i familiari, i colleghi e i dirigenti) ad esperienze di violenza, subita, agita o assistita, sul piano fisico come su quello psicologico. Un primo aspetto riguarda la **percezione implicita e irrazionale della malattia e della morte come colpa**, una colpa del curante oppure del paziente o di entrambi. La sua origine risale a concezioni di tipo religioso, ma nella modernità ha ricevuto varie conferme di tipo culturale e anche istituzionale.

- Nella tradizione cinese i cosiddetti “medici scalzi” venivano pagati finché il paziente stava bene e smettevano di esserlo quando si ammalava.
- Nel film di Bergman *Il posto delle fragole* l’anziano medico pronuncia la frase inquietante: “Il primo dovere del medico è chiedere perdono”; perdono per che cosa? forse per la colpa di non essere capace di evitare la morte?
- Il Servizio Sanitario inglese (*NHS*) in un passato recente “puniva” con la sospensione della gratuità delle cure quei pazienti diabetici che non avevano seguito correttamente le diete o le terapie prescritte.

- Fino a poco tempo fa nelle cause per *malpractice* spettava al curante l'obbligo di dimostrare di non avere commesso errori invece che alla parte lesa quello di dimostrarne l'evidenza.

Come già accennato rispetto alle vicende della pandemia da Covid-19, l'idealizzare la medicina come onnipotente e salvifica comporta che di fronte a ogni anche minima smentita (successi parziali, errori, attese deluse) ne consegua inevitabilmente una presunzione di colpa, da cui discendono le reazioni scontate di accusa, sfiducia, svalutazione e aggressione, che i professionisti di solito si trovano a subire ma che possono a volte rivolgere spontaneamente contro se stessi, facendosi per così dire violenza da soli. Forse per questo la pratica della cura tende a generare in profondità sensi di colpa in chi vi si dedica.

Le responsabilità di questa incauta **idealizzazione della medicina** sono molteplici: a volte sono gli stessi curanti a presentare un'immagine di sé e della loro scienza come qualcosa di onnipotente e di magico di fronte ai pazienti, ma più spesso sono questi ultimi – e con loro anche la pubblica opinione – ad immaginarlo, ad aspettarselo o persino a pretenderlo, non di rado allineandosi con certe posizioni trionfalistiche assunte dalle istituzioni sanitarie, dai media o addirittura dalla letteratura scientifica. Per capire questo fenomeno basterà ricordare con quanta frequenza le concezioni sanitarie dei pazienti siano impregnate di elementi magico-irrazionali o di atteggiamenti infantili e narcisistici, quanto spesso le patologie vengano collegate con una propria colpa o un'azione malsana, oppure con un aggressore operante dall'esterno (un trauma, un virus o magari il medico di base), con quanta facilità una malattia, se non viene addebitata al sistema curante, possa trasformarsi in una punizione meritata, in un esonero dalle responsabilità, in una via d'uscita da un conflitto, in un'occasione di rivendicazioni, pretese, ricatti e risarcimenti. In questi contesti, gli utenti, pazienti e loro familiari, tendono spesso a viverli come “unici titolari” delle cure e delle attenzioni desiderate, senza riuscire a vedere che “esistono anche gli altri”, gli altri pazienti ma anche i curanti. Oltre che dalle aspettative del paziente i rischi di esposizione alla violenza sono accentuati da altri due aspetti della relazione di cura: **la prossimità e la continuità**. Quando la situazione diventa critica, per un insuccesso terapeutico o per un peggioramento del quadro clinico, i curanti che passano più tempo in contatti ravvicinati con i pazienti sono tendenzialmente più esposti alle reazioni aggressive di questi ultimi, ma anche più inclini a interagire aggressivamente con loro e talvolta anche tra colleghi. Queste condizioni possono verificarsi per tutti i professionisti della salute, ma in misura più elevata per coloro che, come si è detto, lavorano in regime di maggiore prossimità e continuità delle cure, cioè gli infermieri e il personale di assistenza, i medici di famiglia, gli operatori della salute mentale e quelli della residenzialità di tipo sanitario e socio-assistenziale. La relazione di cura e le emozioni correlate sono poi fortemente influenzate dalla qualità della **comunicazione** (verbale e non-verbale) e dal livello di fiducia reciproca che possono generare un'**alleanza di lavoro tra curanti e pazienti**. L'importanza della parola (e della sua coerenza con il linguaggio mimico e corporeo) nel lavoro

di cura è stata ampiamente documentata dalle recenti ricerche neuroscientifiche, dove si è scoperto che parole sgarbate, rabbiose, dispregiative e insultanti – per non parlare delle campagne d’odio lanciate sui *social media* – possono “ferire” non solo l’amor proprio ma anche il cervello e il corpo attraverso la liberazione di cortisolo e di altri “ormoni dello stress”.

Anche la **fiducia**, sentimento-base dell’alleanza terapeutica, non è un elemento scontato, si costruisce gradualmente nel tempo attraverso esperienze reciproche di rispetto, comprensione e gentilezza, dove un ruolo rilevante è svolto sia dai neuroni-specchio, motori dell’empatia, sia dai neuroni-occhio, che attraverso l’incontro degli sguardi promuovono nell’encefalo di entrambi gli interlocutori la produzione di oxitocina e con essa la creazione di legami di attaccamento e di affidabilità. Ma la fiducia può infrangersi per i motivi più svariati lasciando il posto a diffidenza e ostilità, come ad esempio nella comunicazione delle “cattive notizie” o nei casi di mancata aderenza alle prescrizioni o quando il paziente si rivolge anche ad altri curanti, magari persino al *Dr. Google*.

Tutto ciò ci insegna che le relazioni umane – e quelle di cura in modo particolare – devono attrezzarsi per affrontare anche le emozioni negative e per imparare a gestire gli inevitabili conflitti, allo scopo di impedire che il contrasto diventi inimicizia e guerra, degenerando in condotte violente e soffocando ogni possibilità di confronto e collaborazione tra curanti e pazienti, oltre a scoraggiare gli uni e gli altri dal continuare a credere nella sanità pubblica.

Un altro fattore che tende a sollecitare atteggiamenti aggressivi o violenti è il particolare **contesto sanitario**, laddove questo richieda ai curanti la necessità di prestare cure in situazioni di stress particolarmente intenso o di imporre all’utenza lunghi **tempi di attesa** prima di ricevere le cure e le informazioni necessarie. Mi riferisco alle aree critiche e a quelle dell’emergenza-urgenza, alle rianimazioni, all’oncologia, alle cure palliative e di fine-vita, ai luoghi della nascita e delle cure all’infanzia, al lavoro nel corso di epidemie, guerre o eventi catastrofici e ancora alla salute mentale e alla medicina del territorio. Un DEA dove siano avvenute delle aggressioni ai danni del personale curante sarà probabilmente per un certo tempo dominato da sentimenti di paura e di rancore, destinati ad incidere sulla qualità delle relazioni e degli interventi di cura, ma anche sulla coesione e sulla collaborazione tra curanti; un tipico esempio sono i contrasti tra medici di famiglia, medici della continuità assistenziale e medici del PS.

Nei “luoghi” della sanità più attraversati dallo stress i curanti possono sperimentare delle forme di aggressione messe in atto non solo dall’utenza, ma dalla stessa istituzione a cui appartengono, una sorta di “violenza istituzionale” che li espone al rischio di perdita del senso di Sé, dei propri valori e dell’identità personale, inghiottiti dal ruolo istituzionale e dalle sue richieste. È quella che oggi nell’ampio capitolo del *burnout* viene chiamata *moral injury*, danno morale.

Un esempio particolare di violenza istituzionale, che la psichiatria ha studiato a fondo nel suo sforzo di superare il suo passato manicomiale, è lo **stigma**, con cui certe culture etichettano

i comportamenti delle persone – e spesso anche le loro opinioni e le loro emozioni – secondo criteri prestabiliti che mirano a definire ruoli e personaggi negativi, disfunzionali o presunti colpevoli (veri capri espiatori) per confermare credenze e pregiudizi o per mantenere qualche forma di equilibrio utilitaristico e di potere. Tipico delle culture aziendali ipercompetitive – ma non infrequente anche in quelle del *welfare* – è il sanzionamento dell'ansia come segno di debolezza e di incapacità o l'interpretazione del dubbio come prova di incompetenza o di slealtà. Negli ambienti sanitari lo stigma colpisce tipicamente i curanti quando manifestano malessere, stanchezza, indecisione nello svolgimento del proprio lavoro o quando rivelano la propria contrarietà di fronte a certe scelte politiche aziendali. Anche per questo motivo medici, infermieri e altri operatori sanitari ben raramente chiedono aiuto in condizioni di stress, e meno che mai un aiuto di tipo psicologico, né lo accettano serenamente nelle occasioni in cui l'istituzione glielo offre; per un professionista della salute accedere ad uno sportello di supporto o chiedere il “bonus psicologo” oggi sembra ancora implicare qualche rischio per la propria reputazione.

Un ultimo capitolo – abbastanza complesso e delicato – riguarda quella che chiamerei la **“violenza implicita” nella cura**. Se pensiamo alla cura nei termini del *caring*, del prendersi cura di una persona che soffre e che ha bisogno di assistenza, ci vengono in mente solo azioni nel segno del soccorso, della sollecitudine, della vicinanza e della simpatia; ma noi sappiamo anche troppo bene come la *cure*, il trattamento delle patologie e l'esecuzione delle terapie, sia impegnativa anche per il paziente, che non di rado per poter ricevere aiuto deve accettare un certo grado di fatica e anche di violenza, e questo prescindendo dal fatto che la relazione di cura si fondi sull'aderenza e su un'alleanza di lavoro tra adulti consapevoli.

Le cure possono essere “violente” in molti modi diversi, per il fatto che possono

- infliggere dolore fisico e psicologico
- generare ansia, paura e insicurezza
- imporre limitazioni della libertà
- indurre situazioni di dipendenza e sentimenti di impotenza
- denudare il corpo, penetrarlo (con strumenti o con farmaci), ferirlo ed esporne l'intimità

In psichiatria, poi, la violenza della cura può anche concretizzarsi in alcune misure di coercizione e di controllo del comportamento o in pratiche terapeutiche che possono modificare la coscienza, i pensieri e persino i sentimenti dei pazienti. E il fatto che tutto ciò per lo più sia inevitabile e serva a migliorare la salute delle persone non elimina il rischio che in certi momenti la cura venga percepita come una violenza, come qualcosa di peggiore della stessa malattia; e che, di conseguenza, nella mente dei pazienti i curanti si trasformino in violentatori. Per concludere, possiamo chiederci in cosa consista una adeguata **protezione dalla violenza**

per gli operatori sanitari. Il tema, come sempre complesso, non tollera sbrigative semplificazioni come dire che basti aprire posti di polizia nei Pronti soccorsi, installare qualche telecamera o aggravare le pene per gli aggressori. Queste misure sono senz'altro necessarie, ma probabilmente non sufficienti se non si integrano con una serie di altri strumenti che proverò qui ad elencare.

1. Un **cambiamento della cultura organizzativa del sistema sanitario**, che sviluppi una maggiore responsabilità per il benessere e la sicurezza dei curanti e una maggiore consapevolezza di come essi si intreccino con quegli aspetti della cura che sono in rapporto con il limite, con la fatica, con i rischi, le sofferenze e le ansie legate all'esperienza della vulnerabilità fisica, della malattia, della cronicità e della morte; il tutto alla luce delle difficoltà operative attuali, che vedono operatori sempre più stanchi, soli e sovraccarichi, una pressione ad agire sempre più elevata e una sempre più scarsa attrattività delle professioni di assistenza e di cura.
2. Un **modello formativo e preventivo** per gli operatori sanitari che non si limiti alle procedure per la “gestione” degli eventi aggressivi o alla raccolta di dati e documenti, ma che favorisca la comprensione dei fattori in gioco negli episodi segnalati (Che cosa rende aggressivo un paziente o un familiare? Che cosa rende aggressivo un curante?), che migliori le capacità dei professionisti nella gestione dei comportamenti a rischio e nella lettura dei segnali che anticipano la risposta violenta, e che fornisca anche **spazi di riflessione** su ciò che la rabbia e le tensioni quotidiane evocano nel mondo interno e nel comportamento dei diversi attori coinvolti, siano essi utenti, curanti o dirigenti.
3. Una serie di **misure che promuovano sicurezza**, sia quella reale (dispositivi di protezione, vie di fuga, sistemi di allarme, personale di vigilanza, addestramenti all'autodifesa) ma anche quella percepita, cioè ambienti e contesti operativi sentiti come più sicuri – in particolare nelle zone d'accoglienza e d'attesa per l'utenza – grazie a una migliore educazione sanitaria del cittadino e ad una dirigenza fisicamente e mentalmente presente che si mostri autenticamente preoccupata di salvaguardare il benessere dei curanti e l'alleanza di lavoro con i pazienti attraverso un'organizzazione più sana e più sostenibile.
4. L'introduzione nel comune orario di lavoro per tutti gli operatori sanitari di **spazi d'incontro stabili**, regolari e tutelati, destinati a promuovere la condivisione, la riflessione, l'apprendimento cooperativo e il **supporto di gruppo** in un contesto regolato e sicuro, non giudicante ed esente dallo stigma, gestito con metodologie gruppali preferibilmente di tipo psicodinamico-sistemico, come quella dei *Gruppi Balint* e dei gruppi di intervizione e supporto tra pari.

I risultati attesi sono lo sviluppo di un clima di lavoro insieme autoprotettivo e protetto dall'i-

stituzione, dove gli eventi violenti – e lo stress che li alimenta – si riducano per numero e gravità e dove i professionisti della salute non siano costretti a difendersi da soli con meccanismi inadeguati, come la negazione del rischio, la proiezione della colpa, il masochismo sacrificale, la violenza simmetrica o la fuga dalla professione.

Anche gli utenti (pazienti, familiari, *caregiver* ecc.) andranno in qualche modo sensibilizzati sul tema, perché si rendano conto che spaventare i curanti li può rendere incapaci di prendersi cura di loro.

In un suo libro sulle dinamiche dei gruppi e delle organizzazioni Manfred Kets de Vries scrive:

“C’è una storia Sufi che racconta di un uomo che aveva notato un fastidioso bernoccolo sotto un tappeto. Provò in ogni modo ad appiattire il tappeto, lisciandolo, strofinandolo e schiacciando il bernoccolo, che però continuava ad apparire. Alla fine, frustrato e furioso, l’uomo sollevò il tappeto e, con sua grande sorpresa, ne uscì un serpente molto arrabbiato” (Kets de Vries, 2018, p. 151).

Per l’Autore – uno psicoanalista con grande esperienza di analisi delle organizzazioni – questa storia è una chiara metafora della necessità di andare a vedere e ad affrontare in profondità i problemi reali, perché restando in superficie si rischiano di ottenere solo risultati limitati. Ma tra le righe a me pare che dica anche un’altra cosa: che “appianare” le salienze e le criticità senza andare subito a guardare che cosa c’è sotto il tappeto, prolungando nel tempo il diniego del conflitto e il disconoscimento del pericolo, porta solo al loro “incattivimento”.

Il racconto Sufi non lo dice, ma io scommetterei che a quell’uomo il serpente deve avere morso la mano. I serpenti arrabbiati di solito diventano violenti.

Bibliografia

- Amati Sas, S. (2003). “La violenza sociale traumatica: una sfida alla nostra adattabilità inconscia”. International Conference “Clinical Sandor Ferenczi” Torino, 18-21 luglio 2002”; in *Ferenczi oggi*, a cura di F. Borgogno, Bollati Boringhieri, Torino 2003.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A Social Learning Analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bar-Haim, S. (2013). “Towards a professional ‘Magna Carta’ for psychoanalysis” (Report from the Conference “Psychoanalysis in the Age of Totalitarianism”, London Sept. 2012). <http://wellcomehistory.wordpress.com/2013/02/21/towards-a-professional-magna-car-ta-for-psychoanalysis/>
- Benhaim, D. (2010). “Freud e la violenza”. *Interazioni*, n° 1/2010, pp. 79-83.
- De Zulueta, F. (1999). *Dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche dell'aggressività*. R. Cortina Editore.
- Dollard, J., Miller, N.E., Dobb, L.W., Mowrer, L.H., Sears, R.R. (1957). *Frustration and Aggression*, Yale University Press. (Tr.it. *Frustrazione e aggressività*. Editrice Universitaria, Firenze, 1967).
- Erlich, H. S., Erlich-Ginor, M., Beland, H. (2009). *Fed with Tears – Poisoned with Milk: The Nazareth Group Relations Conferences*. Psychosozial-Verlag, Giessen.
- Fonagy, P. (2001). “The psychoanalysis of violence”. Paper presented to the Dallas Society for Psychoanalytic Psychotherapy, March 15, 2001. Publ. Website ‘Psyche Matters’. (<http://psychematters.com/papers/fonagy4.htm>)
- Fornari, F. (1966). *Psicoanalisi della guerra*. Feltrinelli, Milano. (3a ed. 1988).
- Fornari, F., Basaglia, F., Controzzi, G., Dell’Acqua, G.P. (A cura di) (1978). *La violenza*. Vallecchi, Firenze.
- Freud, S. (1912-13). *Totem und Tabu*, GW, 9. (Tr.it. “Totem e Tabù”. In: *OSF*, vol. VII. Boringhieri, Torino 1976).
- Freud, S. (1915). *Zeitgemässes über Krieg und Tod*, GW, 10, S. 333. (Tr.it. “Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte”. In: *OSF*, vol. VIII. Boringhieri, Torino 1976).
- Freud, S. (1921). *Massenpsychologie und Ich-Analyse*, GW, 13. (Tr.it. “Psicologia delle masse e analisi dell’Io”. In: *OSF*, vol. IX. Boringhieri, Torino 1977).
- Freud, S. (1929). *Das Unbehagen in der Kultur*, GW, 14 (Tr.it. “Il disagio della civiltà”. In: *OSF*,

vol. X. Boringhieri, Torino 1978).

Freud, S. (1932). *Warum Krieg?*, GW 15 (Tr.it. “Perché la guerra?” In: *OSF*, vol. XI. Boringhieri, Torino 1979). Trad. inglese “Why War?” in C. Covington et al. (eds) *Terrorism and War: Unconscious dynamics of political violence*. London, Karnac Books, 2002 (e corrispondenza con Einstein).

Freud, S. (1934–38). *Das Mann Moses und die monotheistische Religion*, GW, 16 (Tr.it. “L’uomo Mosè e la religione monoteistica: tre saggi”. In: *OSF*, vol. XI. Boringhieri, Torino 1979).

Green, A., (1990). *La folie privée. Psychanalyse des cas-limites*. Paris, Gallimard. (Trad. it. *Psicoanalisi degli stadi limite. La follia privata*, Cortina Editore, Milano, 1991).

Hopper, E. (2003). *The Social Unconscious: Selected Papers*. London, Jessica Kingsley.

Janis, I.L. (1982). *Group Think*. Boston, Mass., Houghton-Mifflin.

Jaques, E. (1976). *A General Theory of Bureaucracy*. Halsted, New York (Tr.it. *Teoria Generale della Burocrazia*. ISEDI, Milano 1979).

Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal. Constructions du groupe*. Dunod, Paris (Trad. it. *L'apparato pluripsichico: costruzioni del gruppo*. Roma, Armando, 1983).

Kaës, R. (2005). “Il disagio del mondo moderno e la sofferenza del nostro tempo”, *Psiche*, 2, 57–66.

Kernberg, O.F. (1993). “Paranoiagenesis in Organizations”. In *Ideology, Conflict and Leadership in Groups and Organizations*, New Haven, Yale Univ. Press 1998 (Tr.it. “La paranoiagenesi nelle organizzazioni”. In: *Le relazioni nei gruppi*, R. Cortina, Milano 1999).

Kets de Vries, M.F.R. (1989). “*Alexithymia in Organizational Life: The Organization Man Revisits the Human Relations*”, 42(12): 1079–93.

Kets de Vries, M.F.R. (2011). *Reflections on Groups and Organizations*. Jossey Bass, San Francisco.

Kets de Vries, M. (2018). *L'equazione della felicità*. Raffaello Cortina, Milano.

Levi, P. (1986). Intervista in occasione della pubblicazione de *I sommersi e i salvati*, Tuttolibri, La Stampa. Riportata in Poli, G. e Calvagno, G. (2013), *op. cit.*

Milgram, S. (1974). *Obedience to Authority*, Harper & Row, New York. (Tr.it. *Obbedienza all'autorità*, Bompiani, Milano 1975).

Poli, G., Calvagno, G. (2013), *Echi di una voce perduta. Incontri, interviste e conversazioni con Primo Levi*. Ed. La Stampa, Torino.

Puget, J., Kaës, R. *et al.* (1989). *Violence d'Etat et Psychanalyse*. Paris, Dunod. (Tr. it. *Violenza di Stato e Psicoanalisi*, Gnocchi, Napoli, 1998).

Segal, H. (1997). *Psychoanalysis, Literature, and War: Papers, 1972–1995*. Ed. J. Steiner. London: Routledge.

Stanziano, G. e Nunziante Cesaro, A. (2013). “Riconoscere la violenza”, *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, VII, 2 – Maggio–Agosto 2013, pp. 154–162.

Twelmlow, S.W. (2000). “The Roots of Violence: Converging Psychoanalytic Explanatory Models for Power Struggles and Violence in Schools”, *Psychoanalytic Quarterly*, 69 (4): 741–785.

Varvin, S., Volkan, V.D. (Eds) (2003). *Violence or Dialogue? Psychoanalytic insights on Terror and Terrorism*. London, International Psychoanalytic Association Publ.

Volkan, V.D. (2001). “Transgenerational transmissions and chosen traumas: An aspect of large-group identity”. *Group Analysis*, 34 (1): 79–97.

Volkan, V.D. (2006). *Killing in the Name of Identity: A Study of Bloody Conflicts*. Pitchstone Publishing, Charlottesville, Va.

Winnicott, D.W. (2005). *Il bambino deprivato. Le origini della tendenza antisociale*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Zimbardo, P.G. (2007). *The Lucifer Effect: Understanding How Good People Turn Evil*. London, Random House (tr.it. *L'effetto Lucifero: Cattivi si diventa?* Raffaello Cortina, Milano 2008).

L'oggetto e la fantasia nella relazione perversa. Una lettura de *Le figure della perversione* di M. Masud R. Khan

Daniela Settembrini

INTRODUZIONE E PREMESSA

In questo lavoro, svolto per il dottorato tratto da: “Le figure della perversione” di M. Masud R. Khan, ciclo di dottorati organizzato da A.Psi.C. e tenutosi a Torino il 27 gennaio di quest’anno, mi occuperò specificatamente delle perversioni e tralascerò gli altri assunti teorici presenti nel testo, contigui ma non assimilabili, come ad esempio le “esperienze perverse polimorfe”. Masud Khan, psicoanalista inglese di origine indiana, fu paziente e allievo di Ella Freeman Sharpe e di Donald Winnicott. Tra i suoi principali contributi teorici vi è il concetto di trauma cumulativo: Masud R. Khan (1963), partendo dalle teorizzazioni di Ferenczi, Winnicott, Spitz e Bowlby, offre una prospettiva sul tema del trauma a cavallo tra la tradizione delle relazioni oggettuali inglesi e una nuova prospettiva, più francamente relazionale. Risentite dell’influsso dell’opera di Klein, nonostante appartenga al gruppo di mezzo degli indipendenti inglesi e si riferisce alla concezione kleiniana di oggetto interno quando teorizza *l’oggetto interno idoleggiato e composito*. Un altro riferimento costante è a Winnicott: “Ho incominciato a scoprire nel mio lavoro clinico con gli adulti, che questi possono servirsi dello spazio onirico esattamente nello stesso modo in cui il bambino usa lo spazio transizionale che gli offre il foglio di carta per i suoi scarabocchi” (Khan, 1972, pag. 301).

Freud, come sappiamo, ha definito la perversione come il negativo della nevrosi. Isteria e nevrosi ossessiva sono i funzionamenti su cui nasce la metapsicologia freudiana, caratterizzate dalla coesione e dall’integrità dell’Io, dove il conflitto si colloca nella mediazione che l’Io si sforza di compiere tra le pulsioni e la realtà, attraverso meccanismi di difesa che rimuovono le istanze istintuali o inibiscono l’Io. Sappiamo che in questi casi la realtà può risultare deformata, ma l’Io non perde mai la sua integrità. Invece, Freud definì “nevrosi narcisistiche” quelle patologie in cui l’Io risulta compromesso e manca un sostanziale investimento sull’oggetto, come invece nelle “nevrosi di traslazione”, le uniche ritenute da lui analizzabili. I postfreudiani si sono occupati delle patologie dell’Io (Balint, 1950, Stone 1961, Winnicott 1955) e tra questi si colloca Masud R. Khan con lo studio sulle perversioni.

Nei *Tre saggi sulla teoria sessuale*, Freud evidenzia gli aspetti della perversione nella sessualità infantile, evidenziandone in particolare due: la relazione fragile tra pulsione sessuale e oggetto e l’idealizzazione della pulsione. Dopo Freud molti autori si sono occupati di perversione (Arlow, 1954; Fenichel, 1945; Glover, 1940-1959; Lorand e Balint, 1956; Rosen, 1964; Wiedeman, 1962) e tutti concordano sul fatto che non si assista semplicemente ad una regressione della pulsione a fasi pregenitali, ma che si tratti di una patologia dell’Io che

implichi meccanismi di difesa primitivi quali la scissione dell'Io e dell'oggetto, il diniego, la manipolazione onnipotente dell'oggetto, difese primitive di carattere schizoide. Questi autori, quindi, mettono la perversione in relazione con la psicosi. Masud R. Khan riprende la concezione di Glover il quale afferma che nella perversione la sessualità è utilizzata come tentativo di difesa dalla sofferenza psichica associata alla colpa, alla depressione, all'angoscia e dagli impulsi aggressivi, oltre che per preservare il senso di realtà minacciato da quantità eccessive di angoscia e di aggressività.

Tuttavia, sono necessari alcuni chiarimenti e puntualizzazioni per la fruibilità di questi argomenti e per la migliore definizione delle ricadute in chiave clinica.

Il primo: in psicoanalisi, distinguiamo la *perversione sessuale* (spesso oggi chiamata *parafilia* per eliminare gli aspetti moraleggianti dal termine) e la *perversione dell'Io* (o narcisistica). La perversione sessuale riguarda l'oggetto e le modalità del desiderio sessuale (es. feticismo, esibizionismo, sadomasochismo, voyeurismo), implica la negazione di un aspetto della realtà, ma non compromette totalmente il soggetto, per cui egli può ancora oscillare tra la posizione perversa e quella "normale". L'obiettivo è raggiungere il piacere attraverso modalità atipiche e la perversione sessuale può essere vista come una deviazione specifica della pulsione. La perversione dell'Io, invece, è una struttura più profonda che investe l'intera organizzazione del Sé, caratterizzata da una distruttività maligna, un rifiuto della legge simbolica, un uso strumentale dell'altro e una scissione che nega l'angoscia di castrazione, operando una sorta di "diniego" della realtà per controllare il godimento non necessariamente sessuale. Si tratta del dominio totale sull'altro, visto come oggetto da usare per rafforzare il proprio Io. La differenza chiave è che la prima è un'anomalia del *contenuto* del desiderio, la seconda una distorsione strutturale del *soggetto* stesso che influenza l'intera relazione con il mondo e gli altri, non limitata alla sfera sessuale, sebbene spesso si manifesti anche lì. Quindi molto importante è valutare quale sia la misura della perversione dell'Io nei pazienti, in particolare nelle personalità narcisistiche, schizoidi e nelle nevrosi del carattere.

Il secondo: riferendosi all'oggetto interno, Masud R. Khan distingue l'*oggetto composito* relativo alla introiezione di oggetti discordanti con il proprio Sé, in una sorta di precoce dissociazione a partire dall'infanzia, e l'*oggetto idoleggiato* che riguarda la possibilità di esteriorizzare gli aspetti discordanti del Sé verso l'esterno mediante gli agiti perversi.

LA TEORIA DELLO SVILUPPO DELLA PERVERSIONE E L'OGGETTO COMPOSITO

Masud R. Khan riprende la teoria di Winnicott (1948) relativamente al concetto di *riparazione*, ossia la tendenza dell'ambiente, e in particolare della madre, ad andare incontro all'onnipotenza del neonato adattandosi ai suoi bisogni, rispondendo alla sua creatività, ossia all'esigenza di modificare l'ambiente, modulando gli stimoli: ciò favorisce lo sviluppo armonico del Sé. Se questo processo non avviene o è carente, il bambino cercherà di far fronte all'ambiente

autonomamente e ciò produrrà scompensi nella differenziazione di Io ed Es e l'uso difensivo della tendenza alla riparazione.

A partire da tale assunto, Masud R. Khan, a fronte di un certo numero di analisi di pazienti perversi, postula una teoria dello sviluppo di questo quadro clinico e della relazione madre-bambino.

I perversi sono stati bambini molto amati dalle madri, con padri percepiti come non significativi. La madre si prodiga nelle cure, ma in modo impersonale e considera il bambino come una “cosa di propria creazione” (1979, pag.15) piuttosto che come una persona in crescita. Masud R. Khan definisce questa modalità “idoleggiamento” (*idolization*) distinguendolo dall'idealizzazione: l'idealizzazione è un processo intrapsichico influenzato dalla fantasticheria, mentre l'idoleggiamento è un “superinvestimento” di un oggetto esterno reale. “... *comporta lo sfruttamento mentale di componenti pulsionali e di processi psichici primitivi nel rapporto con un oggetto esterno reale, in questo caso il bambino*” (Ibidem, pag.15) ed è rinforzato da complessi atteggiamenti e funzioni dell'Io che includono investimenti dell'Es e li esaltano ai fini dell'idoleggiamento. Il bambino percepisce che la madre investe pulsionalmente qualche aspetto parziale di lui. Egli impara a tollerare questa dissociazione di aspetti del Sé e si forma quella che Masud R. Khan chiama una “coppia di complici” per mantenere questo “straordinario oggetto prodotto”. In seguito, intorno alla fase edipica, il bambino interiorizza questo sé idoleggiato creato dalla madre, la quale si rende conto dell'eccessiva intimità e improvvisamente ritira il suo investimento con un conseguente vissuto, da parte del bambino, di un trauma di separazione tardivo e quindi più dannoso, sentito come panico e minaccia di annientamento. La reazione è quella di fissare l'investimento sul Sé idoleggiato interiorizzato, nascondendolo al mondo. Secondo Masud R. Khan, altre caratteristiche di questi bambini sono l'assenza di gioco, di oggetti transizionali e della tendenza a collaborare. Sono empatici con gli stati d'animo delle madri, ma le inducono ad aumentare gli sforzi verso di loro, oltre che usare la riparazione verso l'oggetto interno-Sé idoleggiato.

L'autore riprende Paula Heimann (1952) in relazione ai suoi studi sulla formazione dell'Io a partire dalle prime introiezioni nella relazione con l'oggetto e, in particolare, il tema dell'introyezione dell'immagine di Sé idoleggiata dalla madre. Questo Sé idoleggiato è una creazione della madre che diviene oggetto interiorizzato dal bambino e deforma i rapporti futuri con il proprio Sé e con gli oggetti esterni. La carica pulsionale viene spostata dalla riparazione verso gli altri a questo oggetto idoleggiato. Tale meccanismo è messo in relazione da Masud R. Khan con la creazione dell'oggetto interno composito.

I perversi sono stati, secondo l'autore, bambini che hanno dovuto far fronte all'umore della madre (Winnicott, 1948) per poter così cominciare a far fronte alla propria vita. Questo capita spesso con pazienti che hanno avuto madri depresse, ma non è chiaro secondo l'autore perché sviluppino proprio un funzionamento perverso.

In adolescenza questi soggetti appaiono introversi, apatici, senza particolari desideri sessuali,

depersonalizzati, con personalità schizoide e con un bisogno latente della vita e del rapporto con gli altri che tuttavia non riescono a soddisfare, rimanendo ritirati con la sensazione di essere speciali e di dover essere scoperti, sentendosi contemporaneamente vuoti e pieni di desiderio.

Masud R. Khan riprende Winnicott (1951) anche rispetto al rapporto tra oggetto transizionale e perversioni: se nelle prime fasi di sviluppo il rapporto con la madre è carente e disturbato tanto da minare le funzioni dell'Io, quello che nell'infanzia è il rapporto con l'oggetto transizionale si trasforma in una relazione sessuale perversa con l'oggetto.

L'ipotesi proposta dall'autore per spiegare il funzionamento del perverso è che nelle fasi precoci di sviluppo ci sia stato un disadattamento specifico o un'eccessiva interferenza dell'ambiente materno a cui l'Io reagisce con una precoce capacità di lavoro mentale. Si creerebbe nel perverso un "oggetto interno composito" analogo all'oggetto transizionale di Winnicott per lo sviluppo normale.

L'oggetto interno composito è in relazione con quelle che Masud R. Khan definisce essere le tre caratteristiche della perversione:

1. la necessità della presenza di un oggetto esterno complice
2. la presenza nel soggetto di un sistema inconscio e inconoscibile di fantasie
3. la realtà di un'esperienza caratterizzata da spazio, motilità, vista e tatto

Riprende anche il concetto di dissociazione di Glover (1943) per cui esiste fin dall'inizio una funzione sintetica della psiche che consente, a seconda dell'evoluzione raggiunta, una minore o maggiore coesione dei nuclei dell'Io e che determina la forza o la debolezza dell'Io successivamente. Tradizionalmente, per comprendere il funzionamento dell'Io usiamo l'approccio economico, strutturale e dinamico a cui Glover aggiunge l'idea della fissazione totale ad una fase di sviluppo e la relazione globale dell'Io con l'ambiente. Masud R. Khan integra tale concezione mutuando Winnicott e parla di dissociazione entro "l'ambiente immediato e potenziale" del bambino nell'infanzia. L'assunto di tutto il saggio è che il perverso introietti nell'infanzia un oggetto primario dissociato (la madre, il padre o entrambi). Queste introiezioni dissociate nel corso dello sviluppo danno vita ad un "oggetto interno composito" intrapsichico corrispondente, come abbiamo detto, all'oggetto transizionale di Winnicott. Come afferma Winnicott, i fenomeni transizionali appartengono all'ambito dell'illusione alla base dell'esperienza, sostenuta dalla madre che, adattandosi ai bisogni del bambino, gli consente l'illusione del creare l'oggetto là dove lo desidera. L'autore postula che per il perverso questo non capiti e che egli debba sopperire fin dall'inizio a cure materne carenti o non adatte con un lavoro mentale precoce che fornisce una compensazione attraverso un duplice processo: *"idealizzazione dei frammenti di cure ambientali che corrispondono al suo bisogno, e intensificazione, per mezzo della fantasia mentale, di esperienze di allevamento parziali e inadeguate fino a comporre un collage, che definisco 'oggetto interno composito'"* (Ibidem, pag. 156).

Mentre l'oggetto transizionale è un oggetto esterno, pur sottoposto all'onnipotenza immaginativa dell'infanzia, l'oggetto interno composito del perverso è intrapsichico e da ciò ne deriva l'esigenza per il perverso di esternarlo attraverso le pratiche sessuali. Ma l'oggetto esterno non si presterà mai totalmente ad incarnare l'oggetto interno composito e da ciò deriva l'inevitabile disillusione. Per ciò l'effetto per il perverso non è tanto la depressione, quanto il dolore della delusione.

L'autore riprende Glover (1932) anche a proposito delle situazioni in cui l'erotizzazione della formazione perversa serve da difesa e autocura rispetto all'angoscia che per il perverso è terrore dell'annientamento e della disillusione catastrofica: egli si difende dalla disillusione attraverso il tentativo di avere un'*intensa* esperienza erotica che per lui, che non ha raggiunto la posizione depressiva, equivale a mettersi in relazione.

Richiama anche il concetto di Freud di "lavoro mentale", di idealizzazione dell'istinto nella perversione per la quale l'intensità sostituisce i sentimenti e gli affetti nella realtà interna e nelle pratiche sessuali. Per ciò il perverso è abitato da uno stato perenne di eccitamento fluttuante che ha una qualità maniacale e lo distoglie dal suo stato interno portandolo a cercare una persona esterna da strumentalizzare per poter vivere un'esperienza reale.

L'oggetto interno composito è il contrario della personalizzazione, per cui nel mondo interno del perverso non possono esistere altri oggetti interni. Questo oggetto protegge il perverso dall'essere completamente sopraffatto dall'intrusione dell'inconscio materno nella sua esperienza durante l'infanzia. Ciò avviene, come abbiamo detto, attraverso la dissociazione e quindi impedisce al perverso di arrivare ad un'esperienza autentica con il suo vero Sé o con un'altra persona: da qui l'alienazione del Sé. Il sadismo e l'odio, molto presenti, sono massicciamente negati e sono concepiti inconsciamente come il tentativo di rovesciare nel contrario la minaccia di essere annientati dall'oggetto, ottenendone il dominio onnipotente. Se il perverso mette in atto da solo le sue attività masturbatorie perverse, la situazione può sfuggirgli di mano, tanto da produrre esiti letali nella volontà di raggiungere l'esperienza sessuale completa.

Un caso specifico di dissociazione è quello tra elementi maschili ed elementi femminili della personalità: se tale dissociazione non viene risolta, il soggetto può avere relazioni sessuali eterosessuali soddisfacenti in assenza di un coinvolgimento affettivo e, viceversa, forme di intensa amicizia simili a innamoramenti fuggevoli. Questo coinvolgimento che l'autore chiama "promiscuità dell'io" limita fortemente la relazione eterosessuale e ha come scopo inconscio di evitare il rischio di una dipendenza e di quella che Anna Freud (1952) ha chiamato la "resa emotiva". La resa emotiva all'oggetto d'amore riecheggia la relazione precoce con la figura d'attaccamento che per questi soggetti significa una regressione pericolosa perché implica la minaccia all'integrità dell'io che perderebbe le caratteristiche personali e si confonderebbe con l'oggetto d'amore. Ciò è vissuto come una forma di "impazzimento" e viene quindi rifuggito dal soggetto che rifiuta qualsiasi relazione profonda.

Il ruolo della personalità patogena della madre

Secondo l'autore la patologia materna che predispone il bambino piccolo alla perversione, specialmente di tipo omosessuale, è una depressione manifesta o uno stato depressivo latente con ansia ipocondriaca e mancanza di una affettività autentica. Egli collega queste deduzioni cliniche al concetto di "simbiosi focale" di Greenacre. Richiama anche lo scritto di Winnicott: *La riparazione in funzione della difesa materna organizzata contro la depressione* (1955). La riparazione porta a una "identificazione con la madre" che nel perverso si manifesta attraverso la patologia dello sviluppo dell'Io corporeo: con una scissione lo sviluppo dell'Io mentale si dissocia dallo sviluppo dell'Io corporeo. Nell'Io corporeo si inscrivono gli stati d'animo materni: la preoccupazione ansiosa e ipocondriaca e l'insufficienza di un tono corporeo vivace. Il risultato è una precocizzazione dello sviluppo dell'Io mentale e lo spostamento della carica erogena verso la vivacizzazione della madre. Per l'autore il sadismo di questi pazienti deriva dalla mancata fusione con gli aspetti libidici a causa della carenza della funzione materna. In questo caso avremo una precoce forma di masturbazione usata come tecnica autoconsolatoria e difensiva dell'Io. Contemporaneamente si avrà un tornaconto secondario legato al provocare la risposta della madre. Anche qui riprende Winnicott (1948, pag. 114): *"Si vedrà come questi bambini, nei casi estremi, abbiano un compito che non potranno mai assolvere. Devono prima di tutto affrontare l'umore della madre: riuscire in questo compito significa soltanto riuscire a creare un'atmosfera in cui poter cominciare una propria vita"*.

DINAMICHE RELAZIONALI

In questi disturbi del carattere le difese non sono tipiche anche se si trovano scissione, diniego, proiezione, meccanismi fobici e ossessivi. I meccanismi difensivi non sono differenziati, si confondono con le tensioni dell'Es e gli stati d'angoscia sono diffusi. Emerge una struttura di personalità genericamente difensiva come spiegato da Winnicott in *La difesa maniacale*: *"Le caratteristiche della difesa maniacale sono la manipolazione o il controllo onnipotenti, e la svalutazione attraverso il disprezzo; essa si organizza in funzione delle angosce collegate alla depressione, che è lo stato d'animo che deriva dalla coesistenza dell'amore, dell'avidità e dell'odio nel rapporto tra gli oggetti interni"* (Winnicott, 1935, pag. 161).

In questo quadro le perversioni sono un tentativo di autocura (Gazzillo, Silvestri, 2008): Masud R. Khan teorizza che l'appagamento sessuale in questi soggetti è un'esperienza riparativa e di copertura contro stati di angoscia. La tendenza riparativa è nei confronti di una modalità precoce di relazione infantile come ripetizione del processo interiorizzato dal bambino, di trasformazione in idolo operata dalla madre come oggetto creato da lei. Bisogna comprendere come mai in questi soggetti la riparazione avvenga attraverso la sessualità, posto che non sembrano in genere manifestare pulsioni sessuali particolarmente intense e la sessualità

sembra essere articolata in una dimensione mentale e, in questo senso, programmata. Al di fuori della sfera sessuale questi soggetti si mostrano nelle relazioni freddi, meschini, privi di empatia e distaccati. Essi sono interessati a quelle che l'autore chiama le persone-cose (*thing-persons*) ossia chi non si pone come persona separata e predilige la comunicazione attraverso il corpo. Sono stati bambini che non hanno potuto manifestare apertamente neanche l'aggressività, sviluppando così meccanismi precoci di difesa dell'Io.

Altra caratteristica è che le perversioni sono pratiche poco in comunicazione con le fantasie psichiche, ma tendono ad essere più azioni stereotipate e ripetitive. Le perversioni comportano una sostanziale alienazione di Sé e la riparazione è rivolta verso il Sé come oggetto interno idoleggiato, idealizzato e oggetto di identificazione narcisistica per nascondere sentimenti di inferiorità e indegnità.

Per l'autore non sono perversioni né le fantasie perverse che non sono messe in atto, né atti brutali sadici o masochistici compiuti senza quella dimensione di lavoro mentale che costituisce da Freud in poi l'essenza della perversione, ossia la costruzione precisa e meditata dei passaggi del rituale, ad esempio le ritualizzazioni compiute nei *club* di *bondage*. Il perverso ha bisogno di un sistema di fantasie e di un oggetto che collabori a realizzarle per avere la percezione di un'esperienza vitale per il Sé.

Masud R. Khan non ritiene la perversione né l'inverso della nevrosi come si è ritenuto da Freud in avanti, né un tentativo di difesa dalla psicosi, ma piuttosto la messa in atto di una serie di atti compatibili con una personalità per altri versi normale che mette in scena qualcosa di paragonabile alla creazione artistica. A dire che il perverso non percepisce la sua perversione come una malattia analogamente alla nevrosi per il nevrotico o la psicosi per lo psicotico, qualcosa di estraneo alla sua personalità, non coglie il carattere patologico e non sente la perversione come estranea alla sua personalità.

Il perverso trasforma il legame sessuale in un interesse dell'Io. Masud R. Khan scrive:

“C'è chi fa l'amore per desiderio e chi lo fa con intenzione. Questi ultimi sono i perversi. Infatti l'intenzione, per definizione, implica l'esercizio della volontà e del potere per raggiungere i suoi fini, mentre il desiderio richiede mutualità e reciprocità per essere appagato” (1979, pag. 229).

Mentre nella letteratura psicoanalitica classica si parla di perversioni in genere in relazione alla presenza di pulsioni pregenitali, di un Io debole e dell'incapacità di tollerare l'angoscia rispetto ad un Super-Io arcaico, Masud R. Khan affronta la questione della *volontà attiva* (ad esempio del sadico) e della *volontà passiva* (ad esempio del masochista), di come queste si ritrovino accoppiate nelle relazioni perverse in una complicità simbiotica e di come una sia impossibile senza l'altra, mentre in terapia a noi ne arriva in genere solo una che è quella passiva della vittima. Caratteristica della volontà, attiva o passiva, è di mantenere una distanza dal proprio corpo e dall'oggetto e indifferenza nei confronti del desiderio. Ciò può impedire di cogliere quanto dolore psichico e rabbia, invece, ci sia, anche a causa della sessualizzazione

degli accadimenti.

“Mi sembra che la volontà attiva del pervertito (n. a.: usa pervertito solo per il sadico) operi solo in un'area di illusione in cui la vittima con la propria volontà passiva la richiede e l'appoggia. L'essere privo di potere produce nel pervertito la stessa rabbia e lo stesso panico che, in altre sindromi, l'essere privo di aiuto” (Ibidem, pag. 240).

Anche le fantasie sessuali della vittima svolgono un ruolo importante, ma sono sottoposte ad un meccanismo di scissione che contribuisce a mantenere un'impressione di “innocenza” che caratterizza la vittima della relazione perversa. La scissione rende la vittima noncurante della sua sorte, anche nei termini dei rischi, e *“la porta ad idoleggiare la volontà attiva del pervertito e il suo potere”* (Ibidem, pp. 242-243).

Khan mette a fuoco i modi con cui si esplicano i comportamenti perversi: “La tecnica dell'intimità” e “Il meccanismo del mettere in atto”. In quest'ottica intende le perversioni come la riattualizzazione delle nevrosi infantili.

La tecnica dell'intimità

Nella nevrosi il rapporto con l'oggetto è chiaro e il nucleo patogeno è costituito dal conflitto intrapsichico, nella psicosi si ha il diniego della realtà esterna a favore di esigenze pulsionali onnipotenti, mentre nella perversione “l'oggetto occupa una posizione intermedia: è non-Sé e tuttavia soggettivo” (Ibidem, pag. 24). E' considerato come separato, ma trattato come una creazione del soggetto, è necessario come essere separato, ma costretto ad aderire all'attività del perverso. *“E' sospeso a metà strada, in uno spazio che sta tra la realtà esterna e la realtà psichica profonda”* (Ibidem, pag. 24).

Anna Freud (1952) parlava di questa tipica modalità di relazione oggettuale nella perversione come prodotta dall'incapacità di amare e dal terrore di cedere alle emozioni. A partire da questi assunti Masud R. Khan spiega il dinamismo della tecnica dell'intimità. Attraverso casi di eterosessuali schizoidi e di omosessuali che avevano in comune un difetto di maturazione e integrazione dell'Io, rispetto a carenze nella relazione d'appoggio del bambino con la madre, egli postula che questi soggetti nel rapporto con l'oggetto esterno e l'oggetto interno, compreso il corpo, sviluppano un particolare clima emotivo: utilizza il termine nella doppia accezione di “intimità” (riferita al carattere profondo di una cosa), ma anche di “intimare” (mettere dentro, spingere, far conoscere).

La tecnica dell'intimità mira ad avere la collaborazione volontaria dell'altro negli atti perversi. E' il modo in cui il perverso costringe l'altro a diventare suo complice riattualizzando la nevrosi infantile e quindi attraverso la seduzione lo obbliga a attualizzare il blocco dello sviluppo e il trauma cumulativo (Khan 1963) che è alla base della nevrosi infantile e ha prodotto la diffusione dell'identità. La tecnica dell'intimità, che di fatto è un mettere in atto (*acting out*), si compone di una parte regressiva di soddisfacimento pulsionale pregenitale ritualizzata e di

un tentativo evolutivo di integrare processi psichici arcaici per arrivare ad un Io integrato e coerente che produca un senso di identità. Quindi, la perversione non è come la fobia fissata su un oggetto, ma su una attività.

Nevrosi, psicosi e perversione si distinguono per la modalità di relazione con l'oggetto, intendendo per oggetto, l'oggetto esterno, quello interno e il corpo inteso come oggetto di pratiche autoerotiche.

Il perverso ha una grande capacità di creare un clima che induce l'altro a partecipare volontariamente e a sospendere il giudizio in relazione alla colpa, la vergogna e la separatezza, per ottenere il massimo di piacere. Ciò riesce solo all'oggetto e non al perverso il cui Io mantiene sempre un controllo dissociato della situazione e che gode in senso percettivo di vedere il piacere dell'altro, identificandosi nell'altro, rimanendo comunque uno spettatore frustrato e bisognoso di ripetere l'esperienza all'infinito.

Il perverso rivela grande abilità nel porre l'oggetto esterno al servizio del proprio soddisfacimento pulsionale e questa abilità lo induce a sopravvalutare se stesso e ad attribuirsi grande sensibilità. Il soddisfacimento pulsionale però non è mai possibile, per l'impossibilità di abbandonarsi, di stare in relazione, per cui la pratica perversa è un gioco solitario. Ciò porta da un lato a ripetere compulsivamente l'esperienza e dall'altro a provare invidia e rabbia nei confronti dell'oggetto per l'idea che l'altro abbia questo soddisfacimento e quindi il perverso denigra e ferisce l'oggetto. Egli usa la tecnica dell'intimità in modo terapeutico, ma senza nessuna possibilità di riuscita. Ciò lo porta ad idealizzare i processi di scarica pulsionale che producono svuotamento, spossatezza e ritiro paranoide nei confronti dell'oggetto. Quando questo circolo vizioso si esaurisce e i tentativi di autocura falliscono, il perverso può arrivare in terapia.

L'intimità è un autoerotismo a due, *“è la riattivazione delle pratiche masturbatorie organizzata tra due persone quale compenso per quella carenza di cure materne che costituisce il prerequisito dell'autoerotismo e del narcisismo infantile (vedi Spitz, 1962)”* (Ibidem, pag. 28). Il postulato qui è che la capacità del bambino di godere di esperienze autoerotiche è condizionata dalle cure materne (Winnicott, 1948, 1956 a, Kris 1951, Lichtenstein 1961). Nella tecnica dell'intimità per l'autore si ripete la speranza di ciò che il corpo può ottenere, come nelle fasi precoci, attraverso una relazione di acquiescenza e aspettativa.

La fissazione nella perversione si colloca proprio nel momento in cui comincia a nascere la differenziazione tra il Sé e l'Io sotto la guida della madre. Questi accadimenti sono quelli che il perverso ripete con il suo oggetto sessuale quando lo manipola attraverso la tecnica dell'intimità.

Anche in relazione alla tecnica dell'intimità l'autore riprende il concetto di oggetto transizionale di Winnicott e teorizza che l'oggetto esterno assuma il ruolo dell'oggetto transizionale per il bambino. Riprende la descrizione che Winnicott fa dell'oggetto transizionale e le caratteristiche che gli attribuisce nel rapporto con il bambino: il bambino acquisisce diritti

sull'oggetto anche se ci sono limiti all'onnipotenza; l'oggetto che viene abbracciato e amato, ma anche odiato e aggredito, non deve mai cambiare, deve sopravvivere all'amore e all'odio e dare l'impressione al bambino di avere una sua vitalità. Anche se oggettivamente è esterno, viene percepito dal bambino anche come una sua creazione. Nel tempo va perdendo significato, non essendo propriamente né oggetto di un processo di lutto, né rimosso (Winnicott, 1951). Allo stesso modo, quindi, l'oggetto del perverso, per il suo atteggiamento acquiescente, può essere manipolato, saccheggiato, abusato, idealizzato, coccolato. Tuttavia, tale ripetizione non è mai riparativa ed evolutiva rispetto alle carenze materne. In ogni caso, queste attività del perverso con il suo oggetto sono caratterizzate da fissità, rigidità e quindi sono difese dell'Io praticamente inattaccabili durante la terapia. La mia esperienza segnala che spesso osserviamo le pratiche perverse in terapia "indirettamente", il soggetto non se ne occupa come di un problema, non ha un atteggiamento critico rispetto alle proprie condotte e può giungere in terapia per altre questioni.

Difese di questo tipo hanno come obiettivo di preservare l'individuo dal rischio di regressione verso la dipendenza dell'Io e, anzi, la tecnica dell'intimità ha come obiettivo che sia l'oggetto a regredire verso la dipendenza, in modo che il perverso possa mantenere un atteggiamento di distacco e dissociato.

La tecnica dell'intimità è vista anche come una variante sessuale della difesa maniacale per come l'ha descritta Winnicott (1935): diniego della realtà esterna, fuga dalla realtà interna, diniego di sensazioni di pesantezza, tristezza, depressione con il mantenimento del buon umore, uso del contrario rispetto alla morte, al caos, al mistero. Quindi, con la tecnica dell'intimità, alla luce delle difese maniacali, il perverso tiene lontani traumi e crisi intrapsichiche fuggendo verso l'oggetto esterno. Attraverso il mettere in atto, l'Io evita la depressione, l'impotenza, il terrore della dissoluzione.

Il meccanismo del mettere in atto

Il mettere in atto, che nella iniziale teorizzazione freudiana è identificato con una forma di resistenza e l'opposto del ricordare, assume via via nelle teorizzazioni successive significati sempre più ampi.

Qui Masud Khan ne parla, evidentemente, in stretto rapporto con la tecnica dell'intimità nella perversione e afferma che:

- permette all'Io di rovesciare una situazione intrapsichica pericolosa legata al bisogno proiettandola sull'oggetto e mantenendo la sua capacità di agire.
- Il terrore dell'abbandono si trasforma nel padroneggiare la situazione e l'oggetto; in più la colpa e la vergogna sono condivisi con l'oggetto consenziente e quindi neutralizzati; in ultimo il piacere che ne deriva è anti-depressivo.
- Il mettere in atto con la complicità di un altro attenua la desolazione della solitudine del

mondo interno; tiene a bada anche l'eccesso di eccitazione oltre che l'apatia e l'inerzia come difese contro l'aggressività e il sadismo inconsci.

- Il mettere in atto è anche un tentativo di riparare nei confronti di un oggetto reale dandogli piacere e quindi far fronte alla perdita di autostima causata dalle relazioni disturbate con gli oggetti dell'infanzia.
- Il mettere in atto è un meccanismo controfobico che consente al perverso di sfuggire al proprio mondo interno congelato, popolato da identificazioni arcaiche e relazioni parentali patologiche. E' il modo di evitare il collasso dell'Io e la regressione a stati psicotici. Questa è la ragione, secondo Masud R. Khan, per cui la perversione è più legata alla psicosi che alla nevrosi. A me sembra che un elemento centrale per cui la perversione è legata alla psicosi sia l'assenza di esame di realtà rispetto a tematiche specifiche: quelle legate all'azione perversa e al ruolo dell'oggetto.
- Attraverso il mettere in atto, il perverso tenta anche di padroneggiare le relazioni oggettuali arcaiche e primitive dell'infanzia.
- Il mettere in atto è un modo di imbrigliare e neutralizzare le pulsioni sadiche e aggressive arcaiche che altrimenti il perverso non sa come padroneggiare.
- Infine, il mettere in atto è il modo di comunicare con l'oggetto, anche se primitivo e disfunzionale, là dove nell'infanzia, pur in una dimensione di intimità, il perverso non ha avuto la possibilità di una comunicazione tra il suo vero Sé separato e la madre.

In definitiva, si tratta, per il perverso, di trasformare stati intrapsichici traumatici passivi in relazioni oggettuali in cui l'Io abbia un ruolo attivo, liberandosi di quantità d'angoscia e trasformando le relazioni interne arcaiche. La capacità di sfruttare le sue condotte in modo egosintonico fornisce la prova che il perverso ha raggiunto una certa integrazione e maturazione dell'Io. L'autore definisce l'Io del perverso più come un *collage* che come integrato e coerente e credo che questo spieghi come mai accanto ad aree che funzionano in modo nevrotico troviamo aree che funzionano in modo psicotico. Accanto alla forza dell'Io si trova la vulnerabilità e l'angoscia tipica è più di natura psicotica, avendo a che fare con il terrore della dissoluzione e disintegrazione dell'Io. La tecnica dell'intimità e del mettere in atto contribuiscono a mantenere un'identità con una idealizzazione dell'immagine difensiva reattiva del Sé, come in nessun altro disturbo del carattere.

“Le perversioni sono più affini al sogno di quanto non lo sia la struttura dei sintomi nevrotici” (Ibidem, pag. 35) e la tecnica dell'intimità consente di mantenere questa dimensione sognante coinvolgendo un'altra persona. Il problema clinico è che il perverso non riesce a uscire da questa dimensione di sogno come lo stesso Masud R. Khan ammette e quindi dal punto di vista della cura ciò rimane un grande problema.

PROBLEMI DI TECNICA

Masud R. Khan riassume i problemi di tecnica in :

1. come affrontare il mettere in atto (*acting out*)
2. come trattare il transfert
3. il controtransfert

Il mettere in atto

La dimensione del mettere in atto dipende dalla tenuta dell'Io e dalla quantità di angoscia interna. Nella perversione il mettere in atto è centrale nell'economia e nella dinamica dell'equilibrio intrapsichico. L'impulsività del perverso è connessa al rapporto con il Super-Io che qui viene tenuto a distanza, fino a creare, come afferma Fenichel (1945), un Super-Io parallelo che approva e idealizza l'istinto e gli agiti connessi, anche eventualmente in relazione ad adulti che avallano tali comportamenti. Poiché il contesto dell'analisi frustra l'agire in favore della verbalizzazione, risulta per questi soggetti un'esperienza particolarmente "traumatica". Non così il rapporto con il medico che, attraverso il contatto fisico, riattualizza le cure materne. La dimensione traumatica dell'analisi viene esasperata in senso masochistico tanto da ritenere l'agire un giusto sollievo. Evidentemente, però, la dimensione analitica fornisce al paziente la possibilità di riflettere sui propri agiti e individuarne il significato. Secondo l'autore il mettere in atto, regolato dal processo analitico, può essere terapeuticamente vantaggioso e può consentire di uscire dalla ripetizione, elaborandola, tenendo comunque conto degli aspetti di aggressività, fuga dalla dipendenza e diffidenza che assimilano la perversione al comportamento antisociale. Entrambi hanno in comune l'esperienza precoce di carenza dell'ambiente, come afferma Winnicott (1956 b).

Transfert e controtransfert

In senso transferale, il paziente percepisce qualsiasi movimento dell'analista di porsi quale oggetto separato come distruttivo e la richiesta è di accettazione totale. Il presentare il Sé idealizzato può corrispondere ad una sottile svalutazione del terapeuta, mentre nella identificazione narcisistica il paziente vuole intimità con l'analista piuttosto che una dimensione di lavoro clinico.

“Nella situazione clinica essi proiettano la loro disperazione sui piccoli dettagli degli inevitabili errori e incomprensioni dell'analista all'inizio del trattamento. Proprio per questo modo tipico di mettere alla prova fin dall'inizio l'analista e il processo analitico la traslazione del perverso è così difficile da affrontare e da stabilizzare” (Ibidem, pag. 28).

Il controtransfert, inteso come risposta del terapeuta alle dinamiche del paziente, è reso particolarmente complesso con questi soggetti per gli elementi antisociali e la patologia dell'Io corporeo, connessa alla patologia materna, che manifestano. Il paziente manifesta

continuamente ostilità e diffidenza, pretendendo tuttavia comprensione ed appoggio.

“Il diniego della dipendenza, la presenza di processi molto arcaici dell’Io-Es, l’enfasi fallica sull’azione e sull’attività, tutto ciò diretto contro la traslazione, suscitano inevitabilmente l’ostilità dell’analista. Una sessualità perversa si aggiunge a questo attacco al processo analitico, per natura contrastando con la nostra normale moralità sociale. E’ più facile simpatizzare con un essere umano inibito e sofferente invischiato nei suoi conflitti piuttosto che sentirsi in empatia con una persona antisociale che parossisticamente e furiosamente si abbandona alla propria sessualità primitiva e te la sventola in faccia. Mantenersi in contatto con l’impotenza dei pazienti, nonostante la loro onnipotenza; dar credito alla loro sofferenza e alla loro confusione in contrasto con il loro diniego maniacale e l’exasperazione della dimensione erotica; non reagire alle loro attività con interpretazioni indirette o tortuose miranti a colpevolizzare e basate più sulle nostre norme morali che sulla reale percezione della loro situazione psichica: questo è un compito molto pesante” (Ibidem, pagg. 121-122).

Dal punto di vista controtransferale, secondo l’autore, per resistere a quelle che definisce le “burrasche” di questi pazienti, è importante prendere contatto con l’odio e il disgusto che suscitano e poterlo manifestare in modo che i pazienti possano riconoscere il significato del loro comportamento e possano integrare le proprie parti aggressive, distruttive e rabbiose, nei confronti della madre, che abitualmente risultano scisse. Questi pazienti possono risultare particolarmente molesti e provocare masochisticamente in modo da essere rifiutati o rimproverati. Se nella relazione si insinuano gli aspetti moraleggianti del terapeuta o reazioni onnipotenti rispetto al controllo delle emozioni e del comportamento del paziente, questo può ingenerare in lui confusione o una sottomissione nevrotica. A questo proposito Masud R. Khan si rifà ad un celebre testo di Winnicott del 1947 che è *L’odio nel controtransfert*. Questi pazienti si sforzano di mantenere la qualità impersonale del transfert (Gillespie, 1952), hanno desideri di fusione erotica, attaccano in modo sadico il ruolo dell’analista e contemporaneamente hanno il terrore di perdere l’oggetto. *“Il paziente si trova così in un circolo vizioso difensivo: i suoi attacchi sadici alle “interpretazioni penetranti” danno origine alla paura di perdere il sostegno dell’analista e suscitano anche angoscia e un acuto senso di colpa. Dagli sforzi di confrontarsi con tali reazioni deriva un desiderio erotico realmente masochistico di sottomettersi al processo analitico, che viene sentito dall’Io come una castrazione e un annientamento totali. Il loro unico modo di controllare e di governare la situazione analitica è costituito dal mettere in atto e dalla scissione dell’intera affettività in due relazioni parallele”* (Ibidem, pag.123).

Si tratta di tollerare la messa in atto del paziente e questi movimenti avendo come obiettivo l’integrazione delle parti scisse attraverso l’interpretazione.

CONCLUSIONI

Se si collega la perversione a una patologia dell'Io legata alla dissociazione e all'uso di oggetti parziali, possiamo chiederci quanto di perverso ci possa essere nella dimensione contemporanea, non necessariamente ascrivibile a pratiche sessuali.

La perversione, nella lettura di Masud R. Khan (1982), non indica esclusivamente un comportamento sessuale, ma una modalità di controllare l'oggetto per evitare la dipendenza e la passività. Quindi, in quest'ultima accezione, diventa importante osservare nella contemporaneità quanto questo aspetto permei le relazioni interpersonali e la cultura dominante.

Le critiche a *Le figure della perversione* di Masud R. Khan si concentrano sulla sua visione focalizzata su una patologia precoce madre-bambino, che ridurrebbe la perversione a un trauma da separazione, oltre alla discussione sulla natura suggestiva dei suoi casi clinici, considerati "racconti crudeli". L'approccio di Masud R. Khan interpreta sadismo, feticismo e masochismo come difese dell'Io contro l'annientamento, piuttosto che come semplici deviazioni pulsionali. La sua teoria è stata talvolta criticata per il determinismo che riconduce la perversione esclusivamente a un legame distorto con la madre, che idolatra e poi bruscamente abbandona il figlio. Le sue teorie si inseriscono nel dibattito più ampio, in cui autori come McDougall, Kernberg e altri hanno offerto visioni diverse della perversione come struttura o meccanismo di difesa. In sintesi, le critiche evidenziano la sua prospettiva focalizzata sull'eziologia traumatica e la narrazione clinica, inserendo la sua opera nel dibattito psicoanalitico sui disturbi della personalità. Le critiche a *Le figure della perversione* poi, riguardano la validità della sua impalcatura clinica e la controversa condotta etica dell'autore, che ha gettato un'ombra retroattiva sulle sue teorie. A questo proposito si veda l'articolo di Wynne Godley dal titolo *Saving of Masud Khan*, uscito nel 2001 sulla *London Review of Books* in cui parla della sua analisi con Masud R. Khan. Questo articolo suscitò imbarazzo nella comunità psicoanalitica tanto che fu avviata un'inchiesta i cui risultati furono pubblicati successivamente da Anne-Marie Sandler nel numero 1/2004 dell'*International Journal of Psychoanalysis*. L'articolo, *Salvare Masud Khan*, si trova tradotto su *Psicoterapia e scienze umane*, 4/20025.

Bibliografia

- Arlow, J.A. (1954). "Report: Panel on Perversion; theoretical and therapeutic aspects". *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 2.
- Balint, M. (1950). "Nuove tecniche e nuove finalità terapeutiche in psicoanalisi". In *L'amore primario*. Guaraldi, Rimini, 1973.
- Bowlby, J., *Attaccamento e perdita*, Torino, Boringhieri, 1983.
- Fenichel, O. (1945). *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*, Astrolabio, Roma, 1951.
- Ferenczi, S., *Opere*, vol. I/III. 1906-1926, Raffaello Cortina, Milano, 1992.
- Freud, A. (1952). "A connection between the states of negativism and of emotional surrender". *Indications*, 1968.
- Freud, S. (1905). *Tre saggi sulla teoria sessuale*. In *Opere (OSF)*, Vol. 4. Boringhieri, Torino.
- Gazzillo, F., Silvestri, A. (2008). *Le figure della perversione: l'opera di Masud Khan*. In: "Psicoterapia e Scienze Umane", XLII, 4.
- Gillespie, W.H. (1952). "Notes on the analysis of sexual perversions". *Int. J. Psycho-Anal.*, 37.
- Glover, E. (1932). "The relation of perversion-formation to the development of reality sense". In *On the Early Development of Mind* (1956).
- Glover, E. (1940-1959). "The problem of male homosexuality". In *Roots of Crime* (London: Allen & Unwin, 1960; New York: Int. Univ. Press).
- Glover, E. (1943). "The Concept of Dissociation". In *On the Early Development of Mind* (1956).
- Godley, E. (2001). "Saving of Masud Khan". In *London Review of Books*. Trad. it. "Salvare Masud Khan". In *Psicoterapia e Scienze umane*, 4/20025, pp. 579/599.
- Greenacre, P. (1959). *Sulla simbiosi focale. Studi psicoanalitici sullo sviluppo emozionale*. Firenze: Martinelli, 1979.
- Heimann, P. (1952). "Certain functions of introjection and projection in early infancy". *Int. J.*, In *Developments in Psycho-Analysis*, ed. J. Riviere (London: Hogarth).
- Kernberg, O.F. (1996). *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. Trad. it., Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Khan, M. M. R. (1963). *Il concetto di trauma cumulativo*. In: *Lo spazio privato del sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1979.
- Khan, M. M. R. (1979). *Le figure della perversione*. Trad. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1982.
- Lichtenstein, H. (1961). *Identity and Sexuality: A Study of Their Interrelationship in Man*. J. Amer. Psychoanal. Assoc., 9.

Lorand, S., Balint, M. (1956). *Perversions: Psychodynamics and Therapy*. Random House, New York.

Kris, E. (1951). "Commenti e osservazioni sulle prime attività autoerotiche". In *Gli scritti di psicoanalisi*. Boringhieri, Torino, 1977.

McDougall, J. (1997). *Eros. Le deviazioni del desiderio*. Trad. it., Raffaello Cortina Editore, Milano.

Rosen, J. M. (1964). "An analytic ward for adult psychotic patients". *Curr. Psychiat. Ther.*, 4.

Spitz, R. A. (1962). *Autoerotism Re-examined: The Role of Early Object Relations in Somatic Self-expression*. Psychoanal. St. Child, 17.

Stoller R. J. (1975). *Perversione. La forma erotica dell'odio*. Trad. it., Feltrinelli, Milano, 1978

Stone, L. (1961). *The Psychoanalytic Situation*. International Universities Press, New York

Wiedeman, G. H. (1962). *Survey of Psychoanalytic Literature on Overt Male Homosexuality*. J. Amer. Psychoanal. Assoc., 10.

Winnicott, D. W. (1935). *La difesa maniacale*. In: Dalla pediatria alla psicoanalisi. Martinelli, Firenze, 1975.

Winnicott, D. W. (1947). *L'odio nel controtransfert*. In: Dalla pediatria alla psicoanalisi. Martinelli, Firenze, 1975.

Winnicott, D. W. (1948). *L'aggressione in rapporto allo sviluppo emozionale*. In: Dalla pediatria alla psicoanalisi. Martinelli, Firenze, 1975.

Winnicott, D. W. (1951). *Oggetti transizionali e fenomeni transizionali*. In: Gioco e realtà. Armando, Roma, 1974.

Winnicott, D. W. (1955). *La riparazione in funzione della difesa organizzata della madre contro la depressione*. In: Dalla pediatria alla psicoanalisi. Martinelli, Firenze, 1975.

Winnicott, D. W. (1956a). *La preoccupazione materna primaria*. In: Dalla pediatria alla psicoanalisi. Martinelli, Firenze, 1975.

Winnicott, D. W. (1956b). *La tendenza antisociale*. In: Dalla pediatria alla psicoanalisi. Martinelli, Firenze, 1975.

Dalla psicoanalisi epistemologica alla psicoanalisi ontologica:
i cambiamenti della tecnica.

Una lettura di: *Prendere vita nella stanza d'analisi*, di T.H. Ogden

Mirella Rostagno

QUESTIONI DI TECNICA

La psicoanalisi è un modello di riferimento per la cura della sofferenza psichica che ai nostri giorni si conferma efficace grazie alle sue valenze trasformative della struttura di personalità e del suo funzionamento: necessita, ovviamente, di un continuo aggiornamento sia in relazione alle continue scoperte neuroscientifiche sia in relazione ai cambiamenti della psicopatologia. Quindi è importante riflettere sulla teoria, sulla pratica clinica e, di conseguenza, sulla tecnica.

Nel panorama attuale della psicoanalisi ci si interroga sulla necessità di modulare il *setting* e i modi di intervento in funzione delle nuove forme di disagio psichico, dei nuovi stili di vita, della maggiore consapevolezza circa l'importanza del prendersi cura delle persone dal punto di vista emotivo-relazionale. Lo psicoterapeuta ad orientamento psicoanalitico si mette in discussione sul piano metodologico: quando deve usare il lettino, quando il vis-à-vis? Quanto deve parlare, quanto deve stare in silenzio? Meglio interpretare o meglio aspettare che il paziente arrivi da solo a dare un senso ai contenuti della propria mente? Si possono condividere i pensieri che nascono in seduta? Che interpretazione dare ai sogni? Potremmo continuare: sorgono innumerevoli le domande.

Dai tempi di Freud, i cambiamenti teorico-tecnici sono stati tanti, pur rimanendo indiscusse molte delle sue intuizioni sul funzionamento psichico che, anzi, recenti scoperte delle neuroscienze hanno confermato. La prima e la seconda topica continuano ad essere due validi modelli strutturali. L'inconscio esiste e i processi mentali sono per lo più inconsci; Es, Io, Super-Io trovano corrispondenza in aree cerebrali precise: l'Es nell'amigdala, l'Io e il Super Io nella corteccia prefrontale; la rimozione esiste e va ad arricchire le aree cerebrali della memoria implicita; ciò che avviene nell'infanzia lascia una traccia determinante nello strutturarsi della personalità più che non in altri momenti della vita; i sogni sono davvero il ponte con i contenuti inconsci della mente. I post-freudiani hanno arricchito e modificato la teoria originaria approfondendo la conoscenza della relazione madre-bambino, allargando la pratica clinica dal solo ambito delle nevrosi all'ambito delle psicosi e dei disturbi di personalità, adattando la tecnica alle diverse situazioni. A. Freud, M. Klein, D. Winnicott, S. Ferenczi, M. Mahler, J. Bowlby, W. Bion (per citare alcuni tra gli autori più conosciuti) hanno offerto modelli di riferimento teorici che hanno profondamente influenzato la pratica psicoanalitica e autori contemporanei come O. Kernberg, N. McWilliams, P. Fonagy hanno necessariamente

considerato nei loro lavori il contributo di quegli autori. Stare oggi nella stanza d'analisi implica per il terapeuta aver costruito un assetto interno di riferimenti teorico-clinici variegati che dialogano e si integrano tra loro; implica porsi in ascolto del paziente, cercando al tempo stesso di non occupare troppo spazio, di non saturare il campo relazionale, riconoscendo la dinamica del qui ed ora che ripropone un là ed allora transgenerazionale nel mondo interno del paziente. Il mondo esterno e quello interno del terapeuta incontrano in seduta il mondo esterno e quello interno del paziente ed entrambi rileggono la realtà esterna e la realtà dei vissuti in una nuova prospettiva. Ma che cosa succede in seduta? Che cosa significa stare col paziente? Come comunicano tra loro paziente e terapeuta? Come può la tecnica rappresentare i riferimenti teorici in una relazione che cura e permettere la trasformazione verso un miglior equilibrio nel funzionamento psichico del paziente? In seduta due menti e due corpi occupano uno spazio e un tempo, si crea un campo relazionale unico e irripetibile come nella diade madre-bambino; si giocano aspetti di realtà e di fantasia; memoria esplicita e memoria implicita, comunicazione verbale e non verbale hanno tutte una grande importanza. Nel *setting* si creano rappresentazioni condivise in un clima significativo, le reti associative inconscie si rendono manifeste nella loro complessità, portando in evidenza i nodi della sofferenza psichica; l'azione terapeutica si orienta a districare i legami tra affetti e rappresentazioni, intrecciandoli in un modo nuovo e più funzionale, rivelando i desideri inconsci e disconfermando le convinzioni patologiche. L'interesse degli psicoanalisti contemporanei si è sempre più concentrato sulla relazione che cura e sul campo in cui tale relazione prende vita con particolare attenzione agli strumenti tecnici a disposizione del terapeuta.

Tra gli psicoanalisti americani contemporanei sono significativi i contributi di Paul Watchell, Joseph Weiss, Fred Bush che hanno proposto ciascuno di arricchire la tecnica psicoanalitica con approcci teorici differenti: P. Watchell con l'approccio cognitivo-comportamentale-sistemico, J. Weiss con quello cognitivo, F. Bush dando più spazio all'attivarsi del paziente grazie all'alleanza con le consapevolezza dell'Io. L'esperienza emotiva correttiva, il sostegno affinché il paziente abbassi le difese, il ridimensionamento dell'*insight* e dell'interpretazione a favore del rispecchiamento e delle sottolineature, il test cui il paziente sottopone il terapeuta per comprendere se sarà in grado di bonificare le imago disfunzionali interiorizzate, sono diventati concetti consueti nella pratica clinica. In Italia, per citare alcuni tra gli psicoanalisti sensibili alla ricerca sulla tecnica, Roberto Speciale Bagliacca, Franco Borgogno, Antonino Ferro, Giuseppe Civitarese hanno dato importanti spunti di riflessione sul modo di stare nella stanza d'analisi e di interagire col paziente, dando più attenzione al campo analitico (TCA), agli aspetti onirici e creativi, all'importanza del corpo e in generale della comunicazione non verbale nella relazione terapeutica. In linea con tali autori Thomas Ogden offre un'altra occasione di ripensare la psicoanalisi; la sua proposta contribuisce all'evoluzione della pratica clinica e alla riflessione sulla tecnica.

THOMAS OGDEN

Nato nel 1946 negli Stati Uniti è psicoanalista e scrittore, sicchè nel suo lavoro integra psicoanalisi e letteratura sia per lo stile narrativo che utilizza nei suoi scritti sia per le riflessioni sulla comunicazione col paziente. Vive e lavora a San Francisco dove insegna psicoanalisi e scrittura creativa, disciplina per cui nel 2012 ha vinto il *Mary Sigourney Award*. Nel suo lavoro ha affrontato l'importanza dell'identificazione proiettiva nel processo terapeutico e nella cura dei pazienti borderline o affetti da disturbi di personalità: il paziente proietta nel terapeuta emozioni e vissuti incontenibili per poterli meglio controllare nell'altro e il terapeuta si sente invaso da vissuti non suoi che deve contenere per l'altro. Avviene un passaggio di fantasie inconscie tra paziente e terapeuta, questi vive una *rêverie* potente, si crea un campo interpersonale ed intrapsichico, talvolta disturbante o, potremmo dire, 'perturbante' che deve essere usato dal terapeuta come una bussola per orientarsi su ciò che sta avvenendo nella seduta. Le *rêverie* e i sogni che si manifestano in seduta sarebbero quindi il frutto non solo del mondo interno soggettivo di ciascuno dei componenti la coppia analitica, ma anche di una risultante intersoggettiva inconscia: il "terzo analitico".

Nella sua pubblicazione **"Prendere vita nella stanza d'analisi"** Ogden ripercorre il percorso teorico-clinico che l'ha portato a formulare il concetto teorico del 'terzo analitico'. Nella lettura dei sette capitoli è possibile avvicinare autori che hanno guidato il pensiero psicoanalitico e confrontarli continuamente con il loro modo di lavorare con il paziente. S. Freud, M. Klein, W. Fairbairn, D. Winnicott, W. Bion rappresentano un punto di riferimento costante per Ogden che richiama il loro pensiero, i loro costrutti teorici più importanti e rilegge il loro contributo alla luce di una prospettiva contemporanea. Analizzando il libro si possono individuare due filoni di riflessione: uno riguardante gli sviluppi che ha avuto nel tempo la teoria psicoanalitica nel presentare un modello del funzionamento mentale, l'altro riguardante i cambiamenti della tecnica psicoanalitica e del modo di stare in seduta della coppia analitica paziente-terapeuta. I due filoni si intrecciano man mano nell'esposizione dei capitoli e si chiariscono attraverso i casi clinici che Ogden presenta al lettore.

MODELLI DI FUNZIONAMENTO MENTALE E TECNICA PSICOANALITICA

Si è di fatto passati in psicoanalisi da un approccio epistemologico finalizzato al conoscere e al comprendere ad un approccio ontologico centrato sull'essere e il divenire. L'autore prende in considerazione i contributi di S. Freud, M. Klein, W.R.D. Fairbairn, autori che hanno permesso di delineare una concezione della mente come "apparato per pensare" ed individua invece in D. Winnicott e in W. Bion gli autori che hanno concepito la mente come un "processo vivente" nell'attuarsi dell'esperienza. Scrive Ogden: *"L'azione terapeutica che caratterizza la dimensione epistemologica della psicoanalisi prevede il raggiungimento*

della comprensione di pensieri, sentimenti ed esperienze corporee precedentemente inconse, che aiutano il paziente a raggiungere il cambiamento psichico. Al contrario, l'azione terapeutica che caratterizza la psicoanalisi ontologica prevede la creazione di un contesto interpersonale in cui forme di esperienza, stati dell'essere che prima non erano immaginabili dal paziente, per esempio, gli stati dell'essere legati all'esperienza con oggetti e fenomeni transizionali (Winnicott, 1971) e all'esperienza della comunicazione silenziosa nel cuore del proprio sé (Winnicott, 1963), prendono vita nella relazione analitica" (Ogden 2022, p. 29)

Se la psicoanalisi epistemologica comprende e spiega il significato inconscio dei prodotti della mente, la psicoanalisi ontologica mira a scoprire se stessi sul piano emotivo, mirando all'essere vivi e autentici. Stare nella seduta col paziente e condividere il campo relazionale intersoggettivo diventa l'occasione di vivere uno spazio transizionale in cui, come Winnicott ben spiega, si aprono prospettive di creatività. "Diventare grandi" è per Winnicott un percorso di identificazioni che prevede delle fasi, nessuna delle quali può essere saltata ed i sintomi dei pazienti sono il segnale di quegli aspetti del Sé che sono stati sepolti vivi e che l'analisi dovrà rivitalizzare. La domanda di Winnicott "come vorresti essere da grande?" trova risposte più progettuali nei ragazzi e più interne negli adulti che spesso devono fare i conti con parti di sé che, un tempo sepolte, non possono essere dissotterrate. L'augurio che Winnicott esprime con "Oh Dio, possa io essere vivo quando morirò!" pone l'accento proprio sull'importanza dell'essere. Per Freud era centrale rendere cosciente l'inconscio, ampliare il campo dell'Io là dove c'era l'Es; per Klein erano centrali il transfert e l'analisi delle fantasie inconse. Secondo Ogden sia Winnicott che Bion non fanno riferimento alle relazioni oggettuali, né fanno esplicito riferimento all'inconscio. Winnicott sposta l'attenzione dall'interpretazione del gioco della Klein all'importanza del giocare, Bion dall'analisi del sogno al sognare. Non c'è tuttavia un prevalere dell'essere sul comprendere: psicoanalisi epistemologica e psicoanalisi ontologica sono entrambi approcci necessari che si arricchiscono l'un l'altro, il comprendere se stessi attraverso la conoscenza della propria storia e delle relazioni oggettuali interiorizzate, il comprendere attraverso l'interpretazione delle dinamiche transferali e controtransferali si accompagnano al diventare grandi e al realizzare un sé il più autentico possibile. Ci si mette in gioco nella relazione paziente terapeuta, come afferma Winnicott (1971); *"La psicoterapia ha luogo là dove si sovrappongono due aree di gioco, quella del paziente e quella del terapeuta... Quando il gioco non è possibile, allora il lavoro svolto dal terapeuta ha come fine il portare il paziente da uno stato in cui non è capace di giocare a uno stato in cui ne è capace"* (p. 71). Come la madre sopravvive mentre il bambino la distrugge per creare l'oggetto, così il terapeuta si trova a sopravvivere all'esperienza analitica lasciandosi usare dal paziente. Secondo Ogden l'esperienza della distruzione della madre e la sua sopravvivenza non sono fantasie inconse ma realtà che si fissano nella memoria inconscia elaborata nella fantasia: la madre diventa distrutta perché è reale e sopravvive perché è reale. Allo stesso modo il paziente distrugge la realtà dell'analista che resta vivo perché è reale e nel corso della terapia il paziente deve

sviluppare la capacità di usarlo: l'oggetto reale viene distrutto ma non quello interno, così si entra in rapporto con l'oggetto e lo si usa. Se nell'analisi epistemologica il terapeuta è in ascolto delle paure, degli impulsi, delle fantasie e dei conflitti interpersonali e intrapsichici del paziente ed è attento ad interpretare le dinamiche transferali e controtransferali che si attivano nel continuum delle sedute, nell'analisi ontologica il terapeuta sta con il paziente, favorendo il suo diventare pienamente se stesso. Bion viene individuato da Ogden come un riferimento per l'analisi ontologica proprio perchè promuove un ascolto "senza memoria e desiderio" e privilegia l'essere con il paziente in una condizione di *rêverie*: *"L'essere ha soppiantato il comprendere; l'analista non arriva a conoscere, a capire o ad afferrare la realtà di ciò che sta accadendo in seduta, la 'intuisce', diventa 'una cosa sola' con essa, è pienamente vivo nello sperimentare il momento presente"* (Ogden 2022, p. 32).

Se nell'analisi epistemologica i sogni del paziente sono materiale da interpretare che lo mettono in contatto con i contenuti inconsci della mente, nell'analisi ontologica i sogni rappresentano l'occasione per il paziente di dare vita a parti inesprese e inesplorate di sé. Secondo Bion la stessa seduta diventa sogno della veglia e per Ogden paziente e terapeuta sognano insieme nuovi sogni. Per Ogden il terapeuta non ha conoscenza nè della propria esperienza né di quella del paziente, le due diverse soggettività costituiscono nella seduta uno spazio transizionale in cui si colloca la creatività. Afferma Ogden: *"L'impossibilità di conoscere l'esperienza di un'altra persona ha implicazioni importanti per il modo in cui parlo ai miei pazienti. Per esempio, cerco di non dire mai a nessuno di loro che cosa pensa e sente, per la semplice ragione che non posso saperlo; cerco invece di limitarmi a dire solo quello che io penso e sento. È importante aggiungere che questa non è una regola rigida che mi impongo. Piuttosto, come per quasi tutto ciò che ha a che fare con la relazione con i pazienti il modo in cui parlo con ciascuno, in ogni caso, dipende da ciò che sta accadendo tra quel particolare paziente e me in quel determinato momento. Nel parlare con un paziente di quello che sento e che sta accadendo emotivamente nella seduta, potrei dire qualcosa come: 'Mentre lei parlava (o stava in silenzio), questa stanza mi sembrava un luogo vuoto (o un luogo pacifico, o un luogo confuso e così via)'"* (Ibidem, pp. 70-71).

Ogni terapeuta crea quindi con il paziente uno spazio transizionale unico necessariamente legato al proprio stile di stare con il paziente; l'attenzione nella comunicazione si sposta dal che cosa dire (analisi epistemologica) al come dire (analisi ontologica): l'interpretazione lascia spazio alla descrizione. Il campo analitico che si co-costruisce tra paziente e terapeuta diventa centrale nell'esperienza delle sedute, si creano all'unisono contenuti onirici: il **"terzo analitico"**. Questo è il concetto più originale che Ogden presenta nel suo argomentare. Parlando del suo stare con il paziente, Ogden afferma di preferire parlare di come egli stesso si senta piuttosto di come si senta il paziente o meglio, preferisce riferirsi al clima emotivo relazionale che man mano si realizza in un particolare momento della seduta: *"Era il paziente, o ero io, o era qualcosa che abbiamo inconsciamente creato insieme ("il campo analitico") o il*

“terzo analitico? Quasi sempre, si tratta di tutti e tre: io e il paziente, come individui separati e le nostre co-creazioni inconsce” (Ibidem, p.71).

Non si parla più solo di dinamiche inconsce di transfert del paziente nei confronti dell’analista e di controtransfert dell’analista nei confronti del paziente. Il concetto di terzo analitico va al di là, implica un co-transfert che si crea nella specifica relazione paziente-terapeuta. Il terzo analitico individuato da Ogden è intersoggettivo, costruito in modo congiunto ma asimmetrico dalla diade paziente-terapeuta, è un soggetto inconscio che pur non sostituendo l’inconscio del paziente e l’inconscio dell’analista si crea nello spazio della relazione, favorendo la dimensione onirica e la possibilità di sognare. Il terzo soggetto inconscio ha vita propria ed è quindi il frutto emotivo dell’intersoggettività.

Ogden scrive: *“Vedo la teoria psicoanalitica non come una serie di regole, bensì come una serie di metafore che utilizzo per descrivere, e non per spiegare, a me stesso (durante e dopo una seduta) gli eventi della seduta”* (Ibidem, p. III). Arriva anche a presentare la tecnica come un ostacolo: *“Ogni analista deve trovare un modo di sognare la seduta con il suo paziente che sia unico per loro due. Adottare una “tecnica” impedisce che questo processo si verifichi, poiché rende la seduta impersonale, generica. Sognare la seduta non è qualcosa cui lavorare, ma piuttosto qualcosa che bisogna cercare di non ostacolare”* (Ibidem, p. 129).

Ogden riflette infine sul modo in cui parla col paziente, il linguaggio in seduta è secondo lui fondamentale nel rivitalizzare quelle verità emotive legate ad esperienze vissute come insopportabili dal paziente; anche il tono della voce e il clima che si crea nella coppia analitica sono determinanti per arrivare alla verità del vissuto. Egli individua tre modi in cui parla col paziente:

- il discorso diretto: serie di domande, risposte, affermazioni,
- il discorso tangenziale: dialogo che usa le metafore, le somiglianze, le immagini, l’ironia, il sentimento,
- il discorso sotto forma di *non sequitur*: forma estrema del discorso tangenziale che non è compreso dalla mente conscia ma è intercettato dalla mente inconscia; è il discorso intimo tra paziente e terapeuta *“che stanno generando e pensando insieme significati inconsci di cui solo loro sono al corrente”* (Ibidem, p. 164).

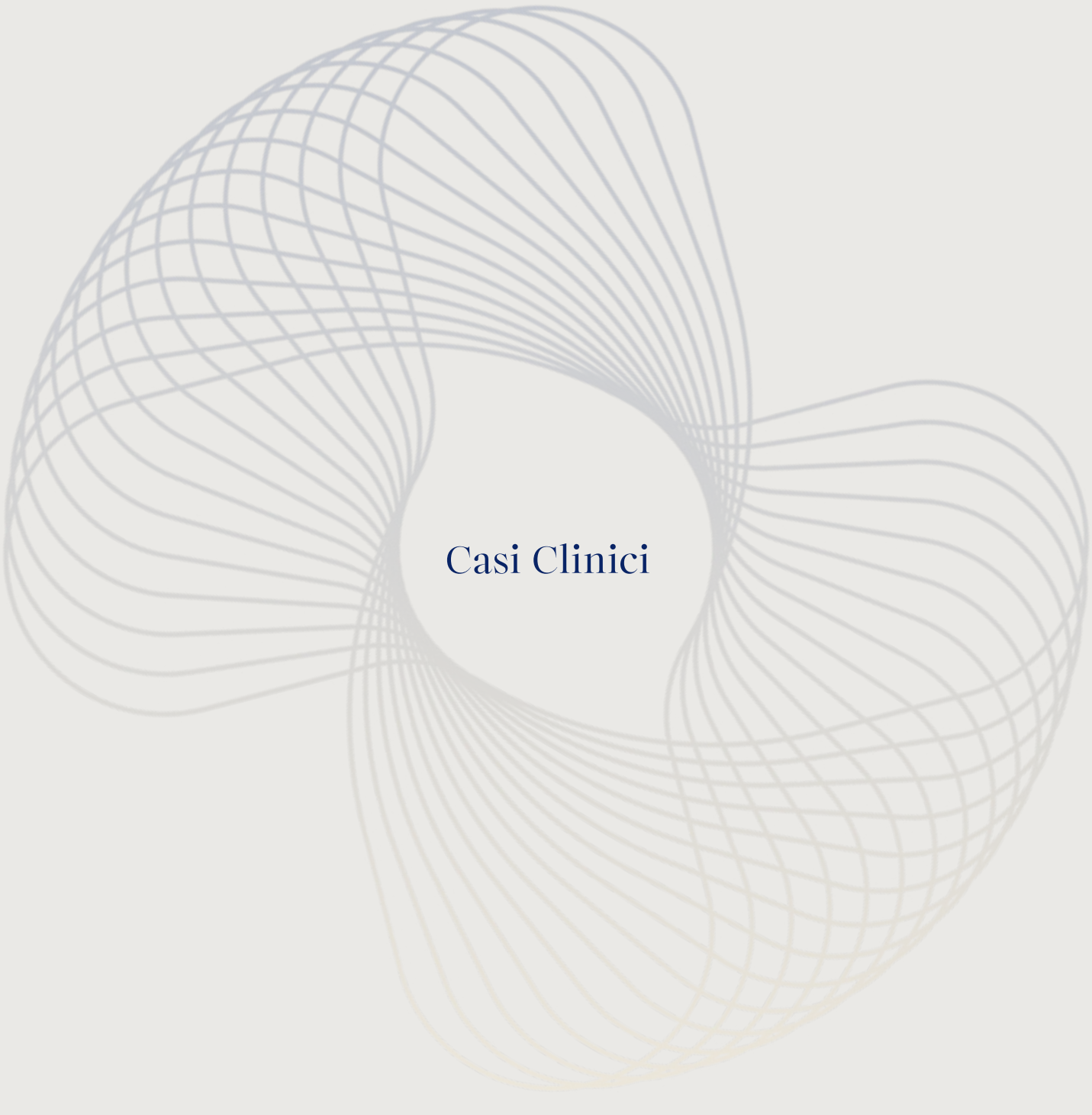
In conclusione, riflettendo sui contenuti proposti da Ogden riconosco di grande importanza il concetto del terzo analitico e trovo stimolanti le sue riflessioni sullo stare in seduta col paziente. Mi sovviene un antico proverbio italiano: “impara l’arte e mettila da parte”. Nella saggezza transgenerazionale esso racchiude l’importanza di apprendere e far tesoro al momento opportuno di ciò che si è appreso. Nell’ottica che qui abbiamo adottato leggendo Ogden, ritrovo la necessità per noi psicoterapeuti di passare attraverso l’esperienza del metodo e delle tecniche dei vari autori studiati per poter stare nella relazione con ogni paziente in un

modo unico e creativo, ispirati ma non gravati dallo stile altrui. Allo stesso tempo “mettere da parte l’arte” è un invito a concentrarsi meno sul che cosa fare o dire e a privilegiare il sentire, mettendosi in ascolto delle *rêverie* e dei sogni della veglia per rivitalizzare quello che è stato mortificato e sepolto.

Bibliografia

- Bion W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*, Tr. it. Armando, Roma 1972.
- Bion W.R. (1987). *Seminari clinici. Brasilia e San Paolo*, Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1989.
- Bowlby J. (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1982.
- Borgogno F. (1999). *Psicoanalisi come percorso*, Boringhieri, Torino.
- Borgogno F. (a cura di) (2004). *Ferenczi oggi*, Boringhieri, Torino.
- Bush F. (1999). *Ripensare la tecnica clinica*, Tr. it. Franco Angeli, Milano 2003.
- Civitaresse G., Ferro A. (2020). *Vitalità e gioco in psicoanalisi*, Raffaello Cortina, Milano.
- Fairbairn W.R.D., (1952). *Studi psicoanalitici sulla personalità*, Tr. it. Boringhieri, Torino 1970.
- Ferro A. (2006). *Tecnica e creatività. Il lavoro analitico*, Raffaello Cortina, Milano.
- Ferro A. (2007). *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*, Raffaello Cortina, Milano.
- Fonagy P., Target M. (2000). *Attaccamento e funzione riflessiva*, Trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2001.
- Freud S., *O.S.F.* Boringhieri, Torino 1967-1980.
- Gabbard G. O. (2005). *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*, Trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2018.
- Kernberg O., (1985). *Mondo interno, realtà esterna*, Tr. it. Boringhieri, Torino.
- Klein M. (1932). *La psicoanalisi dei bambini*, Tr. it. Martinelli, Firenze 1988.
- Klein M. (1975). *Scritti 1921-1958*, Tr. it. Boringhieri, Torino 2006.
- Mc Williams N. (2011). *La diagnosi psicoanalitica*, Tr. it. Astrolabio, Roma 2012.
- Mahler M. (1978). *Le psicosi infantili*, Trad. it. Boringhieri Torino 1985.
- Ogden, T. H. (1994). *La identificazione proiettiva e la tecnica terapeutica*, Tr. it. Astrolabio, Roma, 1994.

- Ogden, T. H. (1999). *Rêverie e interpretazione*, Tr. it. Astrolabio, Roma.
- Ogden, T. H. (2003). *Conversazioni al confine del sogno*, Tr. it. Astrolabio, Roma.
- Ogden, T. H. (2007). *L'arte della psicoanalisi*, Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2008.
- Ogden T.H. (2022). *Prendere vita nella stanza d'analisi*, Tr. it. Raffaello Cortina, Milano.
- Speziale-Bagliacca R. (2010). *Come vi stavo dicendo. Nuove tecniche in psicoanalisi*, Astrolabio-Ubaldini, Roma.
- Wachtell P.L. (1993). *La comunicazione terapeutica*, Tr. it. Boringhieri, Torino 2000.
- Weiss J. (1993). *Come funziona la psicoterapia*, Tr. it. Boringhieri, Torino 1999.
- Winnicott D.W. (1963). Comunicare e non comunicare: studio su alcuni opposti. In Caldwell L., Joyce A., a cura di (2012) *Leggere Winnicott* Tr.it. Franco Angeli, Roma, 2014.
- Winnicott D.W. (1971^a). Oggetti transizionali e fenomeni transizionali. In *Gioco e realtà* (1971) Tr.it. Armando, Roma, 1974.

An abstract geometric pattern composed of numerous thin, overlapping lines that form a complex, three-lobed shape. The lines are arranged in a way that creates a sense of depth and movement, with the central area being a lighter shade of gray. The overall effect is reminiscent of a stylized, three-lobed flower or a complex knot.

Casi Clinici

Il senso di impotenza

Stefano Ramella Benna

Questo lavoro segue alle riflessioni precedentemente sviluppate sul tema della delusione (Ramella Benna, 2024) e si pone l'obiettivo di esplorare un altro dei sentimenti che definirei “di seconda fila”, poiché vengono spesso citati come vissuti emergenti dal materiale clinico dei pazienti, ma non sempre hanno ottenuto, né ottengono, una costante attenzione dalla ricerca e dalla letteratura psicoanalitica. Ciò mi è parso particolarmente vero per il vissuto di impotenza, per il quale il concetto freudiano di *Hilflosigkeit* (Freud, 1923) sembra rappresentare il primo e ultimo vero riferimento teorico, lasciando poi lo spazio alle declinazioni dell'impotenza in ambito sessuale. Soltanto la psicotraumatologia, almeno in un certo senso, attribuisce all'impotenza una centralità fra i vissuti generati da traumi, lutti e perdite, limitandosi però a concepirlo come espressione di quella impossibilità di abbandonare il campo traumatico che caratterizza la persona che vi è imprigionata, con conseguente cronica sensazione di non poter agire.

Attraverso una serie di riflessioni e di associazioni con altri stati emotivi e, grazie a contributi teorici ispirati a visioni psicoanalitiche anche piuttosto differenti tra loro, cercherò di illustrare sinteticamente il senso di impotenza e di mettere in luce, per mezzo di alcuni stralci clinici, la centralità di questo vissuto nella storia di molti pazienti e nel loro trattamento.

Per una definizione di impotenza dal punto di vista psichico

La sequenza clinica che segue si riferisce a una situazione familiare da me seguita per molto tempo con un “formato variabile”, vale a dire affrontando volta per volta le molteplici domande di intervento di queste persone volte a dipanare problematiche relative alle relazioni familiari nel loro complesso, ai sentimenti all'interno della coppia e al disagio piuttosto profondo manifestato dal figlio unico di questi genitori.

T. era stato un figlio molto desiderato e difficilmente concepito, anche a causa di impedimenti organici e biologici della coppia. Vivace, estremamente stimolante e talvolta difficile da seguire, da parte di una madre molto ansiosa e di un padre affettuoso e presente, ma rigido e normativo, T. veniva descritto in seduta come un bambino assai sollecitante, di fronte al quale la madre non nascondeva la propria irritazione e, talvolta, una rabbia più esplicita, cui peraltro seguiva, dopo un certo tempo, un consistente vissuto di colpa.

Il coraggio con cui i genitori lo avevano cercato, riuscendo poi a metterlo al mondo, aveva lasciato – più esplicitamente nella madre, ma sotterraneamente anche nel padre – uno stato di costante allarme, probabilmente legato all'aver avuto l'ardire di tentare e ritentare, misurandosi con i dubbi di poter essere genitori adeguati. Nella madre, in particolare, questi

sentimenti alimentavano intense angosce di perdita, al limite del persecutorio, facendole addirittura temere di poter essere giudicata non genitorialmente capace e, quindi, di essere sottoposta a una sottrazione del bambino.

La capacità di simbolizzazione dei due adulti mi era sempre apparsa più fragile rispetto a quella del figlio, che già in età infantile può darsi avesse messo i due genitori “alla prova” dei suoi pensieri e dei suoi sentimenti.

Durante una serie di sedute in cui lavoravo congiuntamente con i tre membri della famiglia, emerse un importante ricordo di infanzia del figlio T. Il bambino, probabilmente tra i quattro e i cinque anni di età, in seguito a un suo comportamento, era stato sgridato dalla madre, invitato a giocare da solo e a pensare al rimprovero, poiché la madre si sentiva arrabbiata e, in quel momento, non era disposta a riaccoglierlo immediatamente. Trascorsi pochi minuti, T. aveva tentato un riavvicinamento alla madre, raggiungendola nella stanza in cui si trovava, ma, anche in quel momento, la signora, presumendo che il bambino potesse comprendere, lo aveva ulteriormente rifiutato, sostenendo che non era possibile ricongiungersi a lei, poiché ancora non si era ricostituito un clima di pace e di tenerezza. In altre parole, non era stata concessa al piccolo T. la possibilità di una riparazione.

Se la scelta materna di dilazionare il soddisfacimento e mantenere T. nella frustrazione, in un primo momento aveva costituito una mossa effettivamente produttiva e stimolante lo sviluppo del processo secondario, il permanere in questo assetto, bloccando il desiderio e la capacità del bambino di riparare, relegava il piccolo in uno stato-luogo del Sé in cui regnava l'impotenza, cioè il vissuto di non poter agire, di non poter fare nulla per incidere sulla realtà circostante. Di conseguenza, aveva preso piede la mortificazione autosvalutativa, con ricadute narcisistiche evidenti nel giovane adulto che avevo davanti in seduta; contemporaneamente, possiamo pensare che episodi di questo genere ⁽¹⁾ abbiano contribuito alla nascita delle paure di cui T. soffriva e che lo avevano condotto a un considerevole evitamento fobico, accompagnato da ritiro sociale e da sentimenti intensamente depressivi.

Penso che l'identificazione con il piccolo T. possa contribuire a dare una forma a ciò che intendo con “senso di impotenza” e che cercherò ora di definire più propriamente, sul piano psicologico e psicoanalitico.

Con l'espressione “senso di impotenza” intendiamo l'incapacità o impossibilità di percepirsi e diiversi capaci di operare, in un determinato contesto o come stato generale del Sé. Dal punto di vista psicologico, questo significato si traduce in una rappresentazione di se stessi come non in grado di agire, cioè di mettere in atto pensieri o comportamenti che possano apportare un cambiamento alla realtà, in riferimento a una specifica situazione o come tratto distintivo della personalità. Naturalmente, in senso relazionale l'impotenza riguarda il vissuto di non poter agire per cercare una modificazione nei pensieri, nei sentimenti o nelle condotte di un'altra persona.

La letteratura psicologica tende a riferirsi principalmente al concetto di *impotenza appresa*,

studiata da Seligman (1972) attraverso i noti esperimenti sugli animali, i quali acquisivano uno stato di inerzia se sottoposti a stimoli negativi. Dal punto di vista socio-cognitivo, l'esposizione ripetuta a esperienze negative può produrre nel soggetto la convinzione di non poter reagire, non avendo alcun controllo sulla propria vita e, quindi, la rinuncia alla ricerca di ogni tentativo di cambiare la situazione. Ne deriva, come sappiamo, uno stato psicologico di passività e rassegnazione, non di rado associato ad ansia e a sentimenti depressivi.

Dal punto di vista psicoanalitico, la dimensione critica dell'impotenza è affiancata, fin dai primi studi, da risvolti che si rivelano anche adattivi e produttivi, come si evince dal pensiero freudiano. Nello scritto del 1923, *L'Io e l'Es*, giungiamo alla declinazione più completa della seconda topica: in esso compare, come già accennato, il concetto di *Hilflosigkeit* – appunto traducibile con “impotenza” o “inermità” – il quale definisce lo stato originario e naturale del neonato, incapace di gestire i propri bisogni e di soddisfarli senza l'aiuto di un soggetto esterno, primariamente la madre. Successivamente, Freud (1938) utilizzerà lo stesso termine per definire lo stato psichico che investe colui che, mancando l'oggetto da cui ha ricevuto amore, ne attualizza la perdita, ritornando a quello stato originario di impotenza che già lo aveva caratterizzato nel periodo neonatale. Il senso di impotenza, pertanto, si lega anche al processo di elaborazione del lutto e ne alimenta lo sviluppo e la terminazione, poiché deriva dalla presa d'atto della perdita e della sua irreparabilità.

Inoltre, lo stato di impotenza, come specificato da Laplanche e Pontalis (1967), rappresenta per l'adulto il prototipo della situazione traumatica, da cui si genera l'angoscia. Il neonato, non ancora dotato di un apparato psichico in grado di gestire la tensione che deriva da uno stato di bisogno crescente, vive uno stato di impotenza che, di conseguenza, implica l'onnipotenza della madre e contribuisce sia alla strutturazione della differenza tra processo primario e secondario, sia alla costituzione delle basi relazionali necessarie alla nascita della mente. Parimenti, nell'adulto, tale stato prende forma nelle situazioni che rappresentano un pericolo interno, da cui il debordare dell'eccitazione e il generarsi dell'angoscia.

Il pensiero freudiano mi sarà di aiuto nello sviluppo dei temi che questo lavoro propone, sia nell'accezione primaria dell'impotenza, sia in quella che si riferisce all'angoscia della perdita. Non mi soffermerò, invece, sul significato sessuale dell'impotenza, sebbene sia proprio questo il senso più comune attribuito al termine (come si può verificare, semplicemente ricercando il termine “impotenza” sulla rete).

Torniamo dunque al bambino e allo sviluppo di una sua capacità di azione nell'incontro con la realtà. Il rapporto di totale dipendenza e passività di un neonato si trasforma nel momento in cui compie i primi gesti deittici. Nell'arco di tempo compreso tra i cinque mesi e i due anni, viene infatti acquisito dal bambino il principale di tali gesti, noto come *pointing*, o indicazione con il dito indice. Alla messa in atto di tale gesto, il bambino giunge alla capacità di trasformare il bisogno in desiderio e, in termini relazionali, sancisce la separazione tra Sé e non-Sé, da cui deriva un embrionale senso di potere. La psicologia psicoanalitica del Sé e

la successiva svolta relazionale si sono soffermate a lungo su tale passaggio, concentrandosi sulla formazione del Sé e sull'importanza dei concetti di azione e di *agency*. In particolare, quest'ultimo concetto, ampiamente sviluppato da Lichtenberg, Lachmann e Fosshage (2015), si può intendere come “*modulatore affettivo ed esperienziale con l'altro significativo e con sé, quale individuo soggettualmente attivo, intenzionale, capace di controllo sull'azione esplorativa stessa e diretta ad uno scopo, all'interno della propria nicchia ecologica*” (Boschioli, 2020, p. XIX). Il senso di *agency*, dunque, implica la capacità – e la percezione di tale capacità – di iniziare un'azione, di modificarla e di interromperla. È intuitivo, a questo proposito, il significato opposto rispetto al senso di impotenza, che possiamo comprendere anche come assenza di un senso di *agency*.

Non possiamo non collegare l'impotenza stessa alla sua polarità complementare, cioè all'onnipotenza. Il passaggio a una sana disillusione, partendo da un'onnipotenza fisiologica e necessaria da cui deriva, nel bambino, l'illusione di permanere proprio nello stato di assoluto bisogno che impregna l'impotenza primaria, costituisce il transito irrinunciabile per il raggiungimento dell'esame di realtà. Amati Sas (2021), a questo proposito, illustra in maniera particolarmente chiara la presenza normale di una onnipotenza del bambino, diretta a se stesso – *io, neonato, posso farmi capire dalla mamma senza sapere esprimere i miei pensieri* – e alla madre – *e la mamma può pensare i miei pensieri*. Nel rispecchiamento consistente in quell'empatia che Kohut (1971) individua come ingrediente fondamentale per la formazione del Sé e colloca nell'incontro tra il bambino e i suoi oggetti-Sé, primo dei quali la madre, si ha quindi il paradossale incontro tra un'impotenza primaria e l'onnipotenza che permette al neonato di sopravvivervi, poiché è attraverso essa che le sue comunicazioni inconse possono giungere alla mente della madre. Che poi noi si chiami tutto questo empatia, in senso kohutiano, oppure preoccupazione materna primaria, con Winnicott (1958), o ancora *rêverie*, con Bion (1962), non è cosa di poco conto sul piano teorico e anche clinico; ma qui mi limiterò a tracciare un filo tra questi concetti, senza ritenere che essi possano essere intercambiabili, senza rinunciare ad un'adeguata distinzione tra le diverse psicoanalisi, e tuttavia sostenendo quella comunicazione eclettica tra teorie di cui parla Speziale-Bagliacca (2010), e che sostiene e stimola la fiducia dei terapeuti nel proprio operato.

Il venire meno dell'onnipotenza coincide cronologicamente con la nascita di un senso di Sé agente e attivo. Quando diventa capace di farsi capire (prima con il *pointing*, poi con le prime parole, e così via), il bambino comprende – naturalmente a livello preconscious – che gli adulti non sono onnipotenti.

Se qualche forma di inciampo interviene in questo processo – ad esempio per effetto di una frustrazione anticipata, di una “gelata precoce” dell'onnipotenza; oppure per un permanere di essa oltre la fase necessaria, evitando qualsiasi esperienza di frustrazione ottimale e impedendo la trasformazione delle imago parentali idealizzate (Kohut, 1971) – il bambino, e poi il ragazzo e l'uomo, potranno sentirsi tragicamente impotenti di fronte alle difficoltà e al

rifiuto delle proprie aspettative, occasioni che la vita non risparmia, prima o poi, a nessuno. Con queste premesse, mi dedicherò ora ad alcune riflessioni che collocano il senso di impotenza all'interno della teoria e della clinica psicoanalitiche del Sé.

Senso di impotenza e rabbia narcisistica nella psicologia psicoanalitica del Sé

Mi muovo, per le successive considerazioni, all'interno di una specifica prospettiva sul narcisismo, che tiene conto della posizione classicamente kohutiana, secondo la quale il narcisismo stesso non è inteso come un investimento alternativo ed escludente l'amore oggettuale, bensì si configura come una sorta di linea parallela all'investimento sull'oggetto. Questa premessa attraversa tutta l'opera di Heinz Kohut e risulta particolarmente evidente nello scritto del 1971 e in quelli immediatamente successivi. Testualmente, Kohut sostiene: *“Noi siamo soliti pensare al rapporto tra narcisismo e amore oggettuale in un modo che corrisponde all'immagine dei livelli di un liquido in un tubo a U. Se il livello cresce a un'estremità, diminuisce nell'altra (...). Questi modelli di pensiero, però, dovrebbero essere abbandonati quando si rivelano inadeguati per organizzare i dati dell'osservazione”* (Kohut, 1972, p. 143). Un simile modo di concepire l'investimento narcisistico conduce, secondo lo stesso Kohut, a una specifica teoria della vergogna e della rabbia, all'interno della quale assume centralità la cosiddetta “rabbia narcisistica”, ovvero una speciale espressione della rabbia che nasce e si sviluppa tra desiderio di distruttività e ricerca della vendetta e che segue, particolarmente, a un'esperienza in grado di generare umiliazione, poiché ritenuta inaccettabile e fortemente lesiva del senso di valore personale. Come afferma ancora Kohut, la rabbia narcisistica può manifestarsi in numerose forme, ma tutte assumono uno specifico carattere psicologico, riferendosi a un particolare aspetto dell'aggressività: *“Il bisogno di vendetta, il bisogno che si ripari a un'ingiustizia, che si cancelli un'offesa con qualunque mezzo, è una coazione irremovibile, profondamente radicata, a perseguire tutti questi obiettivi, che non dà pace a coloro che hanno subito un'offesa narcisistica”* (Ibidem, p. 157).

Nella propria esperienza, chi è attraversato dalla rabbia narcisistica può quindi sentire il bisogno irrefrenabile – quasi violento – di riscattarsi e di vendicarsi, per ristabilire un'integrità nel proprio narcisismo ferito. Non è, questa, l'unica reazione possibile, in quanto è anche contemplabile la complementare rassegnazione e perdita di speranza, specie se la rabbia narcisistica diventa uno stato del Sé ripetuto, pervasivo e traumatizzante, come avviene ad esempio nei bambini in caso di malevolenza o di trascuratezza gravi ⁽²⁾. Quando, tuttavia, la realtà sociale ed esistenziale non è in grado di sostenere la mentalizzazione di tale rabbia o, ancor più, la sanziona, così come quando non pare possibile soddisfare alcuna azione, né interna né esterna, per raggiungere una pacificazione da essa, allora l'individuo rischia di sentirsi bloccato e senza via d'uscita; sente di non poter fare nulla per riappacificarsi, o riscattarsi, o consolarsi. Il sentimento dell'impotenza pervade allora l'Io. Se il senso di

impotenza è particolarmente profondo e paralizzante, poi, esso tende a infiltrare il Sé, cioè a danneggiare la complessiva percezione di un valore personale; il sano nucleo narcisistico è irrimediabilmente danneggiato. La persona non può più amare, né se stessa – contro cui rivolge la propria aggressività – né l’oggetto. Ecco perché la prospettiva kohutiana sul narcisismo si rivela preziosa, in relazione al senso di impotenza: se patogeno, esso inibisce non solo la capacità di agire, ma anche quella di amare e di potersi sentire amati.

La gamma delle possibili ingiustizie di cui l’individuo può essere vittima è molto ampia. Non immaginiamo esclusivamente torti o attacchi che siano un *vulnus* evidente ed esplicito (come un licenziamento ingiusto, o un trattamento punitivo immeritato), ma anche legami e patti relazionali sotterranei, preconsoci o inconsci, contenenti investimenti o difese che, silenziosamente, collocano colui che li riceve in una condizione di impotenza, spesso altrettanto inconscia. Come illustrerò successivamente attraverso il riferimento a casi clinici, ciò può verificarsi, ad esempio, laddove traumi o perdite intervenute nelle generazioni precedenti non siano state oggetto di una vera elaborazione e vengano pertanto trasferiti alla generazione successiva ⁽³⁾.

Naturalmente, per effetto di un ambiente relazionale primario in cui difettano consistentemente elementi di empatia essenziale (Kohut, 1971; 1977), è possibile che si collochino i precursori di una propensione eccessiva alla rabbia narcisistica, o addirittura di franchi disturbi narcisistici.

Il vissuto di impotenza tra colpa, vergogna e paura

Il legame tra rabbia e colpa è un tema da approfondire, per domandarci in quale punto del ciclo che collega i due sentimenti possiamo ipoteticamente collocare il senso di impotenza. Kohut è chiaramente ostile alla visione kleiniana, secondo cui la rabbia sarebbe considerata pulsionalmente radicata nel bambino e, quindi, un dato primario – considerazione da cui deriva, naturalmente, un trattamento analitico orientato in tal senso – ritenendola invece l’esito di una “*deficienza (patologica e patogena) da parte dell’oggetto-Sé*” (Kohut, 1977, p. 120). Sebbene qui, come già detto, non si assumano posizioni svalutative nei confronti di una psicoanalisi dalle visioni più classiche, questo elemento mi pare centrale per comprendere come l’annichilimento generato dall’impotenza possa ritrovarsi anche nel bambino su cui viene “scaricata” ⁽⁴⁾ un’incapacità genitoriale a rispondere adeguatamente alle sue esigenze emotive e affettive. L’impotenza dei genitori, o degli oggetti-Sé la cui comparsa avviene successivamente (ad esempio un insegnante), viene allora collocata sul bambino, che ne diventa il portatore attraverso l’identificazione. Anziché collocarsi nella madre, nel padre e negli adulti primariamente presenti, la capacità di ricevere identificazioni proiettive si trasferisce al piccolo, in un ribaltamento della responsabilità che genera un particolare senso di impotenza: quello di chi, prima inconsciamente e poi via via più consapevolmente, sperimenta l’impossibilità di liberarsi di tale bagaglio, quasi sempre senza riconoscere che non è proprio, e ancor più senza sentire il diritto di potersi lamentare, almeno quando gratificato

narcisisticamente dal riconoscimento esterno di una “maturità” che non gli corrisponde, che non dovrebbe essergli attribuita.

Dunque, nel ciclo rabbia-colpa-vergogna, dove collochiamo il senso di impotenza? Innanzitutto, se la rabbia non è riconosciuta come un sentimento legittimo, e se invece viene giudicata e sanzionata, genererà irrimediabilmente colpa. E il senso di colpa è marcatamente l'esito di un recinto da cui è difficilissimo fuggire, se non si ristrutturava complessivamente la visione del mondo ad esso legata. Lo chiarisce, a mio parere più di tutti, Speciale-Bagliacca (1997; 2010), recentemente oggetto di una lettura rielaborativa da parte di Pugnetti (2025). Pensare in termini di colpa permette di evitare il contatto con il dolore, ma al contempo costringe anche a tale prospettiva, con evidente perdita di libertà e con lo sviluppo di una visione scissionale e sanzionatoria del mondo (quando non, sul piano sintomatico, allo spettro delle manifestazioni ossessive, che sulla colpa notoriamente si edificano).

Non poter fare nulla per mentalizzare la propria rabbia, per canalizzarla, per sentirla rispecchiata e compresa e, in fondo, neppure per agirla, genera impotenza. Pensare alla propria rabbia come qualcosa che si produce non per effetto di una frustrazione più o meno legittima, ma come frutto di una tendenza inadeguata del Sé, implica la nascita di un vissuto di impotenza, da cui il senso di colpa. Parimenti, la considerazione della rabbia come emozione derivante da un torto o da un attacco esterno, ma che l'ambiente ritiene sia da evitare, in quanto inopportuna e non congrua a una rappresentazione “alta e matura” di sé, genera inevitabilmente un senso di colpa e di vergogna che l'individuo non sa come allontanare. Un trattamento terapeutico, quindi, dovrà essere in grado di liberare il paziente dal giogo dell'impotenza, aiutandolo a considerare i limiti della realtà (in cui sono inclusi i genitori) con una tolleranza più serena. In sintesi, dunque, il vissuto di impotenza può dipendere dal fatto di non sapersi liberare dalla colpa, così come il senso di colpa e la vergogna possono generarsi dal giudizio che la persona rivolge a se stessa in quanto attraversata dall'impotenza.

Rispetto alla relazione tra impotenza e vergogna, è intuitivo come quest'ultima possa indurre la persona all'evitamento delle situazioni sociali in cui il timore del giudizio e dell'umiliazione risultano particolarmente intense. Questa difesa evitante è più vicina alla paralisi e al congelamento, che non all'impotenza essenziale, ma può presentarsi in maniera così pervasiva da sembrare insuperabile, agli occhi di chi la prova; in alcuni casi, l'impossibilità di elaborarla psichicamente può tradursi in sintomi che impediscono, di fatto, la messa in atto di quell'attività capace di rendere attiva un'esperienza di passività.

Come ho già detto, nel senso comune – ben rappresentato dai risultati di una ricerca in rete – la persona impotente viene quasi immediatamente associata al maschio non in grado di sostenere un rapporto sessuale, a causa di un disturbo dell'eccitazione. In molti casi, questo sintomo è interpretabile proprio alla luce di quell'inibizione che deriva dalla paura o dalla vergogna, cioè dal timore di un fallimento e, di conseguenza, di una perdita di valore e di onore. Ho altrove approfondito questo tema (Ramella Benna, 2015), evidenziando il collegamento tra

l'impotenza sessuale psicogena e la ferita narcisistica nel maschio, con declinazioni differenti, a seconda delle personalità: per alcuni uomini, all'impotenza si associa prevalentemente la vergogna, per altri la colpa, per altri ancora la rabbia. Ma come conseguenza di questo tipo di disturbi – ivi compresa anche l'eiaculazione precoce – è praticamente sempre presente nel paziente uno smarrimento profondo, che coincide con la sensazione prima, e con la convinzione poi, che non riesca a fare nulla per superarli. Un'impotenza fisica, dunque, si trasforma in una rappresentazione di sé come persona impotente; questo è l'ostacolo più duro da affrontare durante il trattamento ⁽⁵⁾.

In termini più generali, sappiamo come la vergogna si palesi, prevalentemente ma non esclusivamente, allo sguardo degli altri. Steiner (2011) ha ben evidenziato questo elemento, sottolineando come l'impossibilità di sottrarsi alla vista altrui, vissuta da alcuni pazienti come umiliante, conduca a una mancanza totale di controllo su se stessi, esitando così in un vissuto di acuta passività. Il senso di impotenza che ne deriva, dunque, consiste nell'impedimento di un transito, cioè della trasformazione in attività di una situazione intrisa di passività. Anche Kohut (1972), a proposito della rabbia narcisistica, si sofferma sul bisogno di superare la vergogna attraverso il rendere attiva un'esperienza passiva, ma sottolinea anche come ciò possa condurre, in alcuni casi, al desiderio di sottoporre un altro alla stessa dolorosa ferita narcisistica cui il soggetto è stato destinato. Va da sé che, laddove aspetti morali, di responsabilità e di colpa proteggano il soggetto dalla messa in atto di questi comportamenti, l'impotenza si solidifica, diventando talvolta un muro invalicabile.

Oltre alla vergogna, naturalmente, possiamo incontrare nei pazienti il vissuto di impotenza di fronte a qualcosa che procura, altrettanto primariamente, un senso di pericolo e che, pertanto, genera paura. Le considerazioni di carattere psicotraumatologico sono scontate, in questo caso; essere, o essere stati, esposti a situazioni pericolose, in grado di far crescere un senso di precarietà e di insicurezza, frequentemente inchioda la persona spaventata alla parete dell'impotenza, la quale, in alcuni casi, risulta addirittura provvidenziale, sul piano difensivo, in quanto genera un'inerzia che permette di evitare conseguenze più gravi, specie quando si è vittime di un'aggressione o di una violazione per mano di un altro.

Ciò che possiamo chiederci, in termini di maggiore approfondimento, allora, è qualcosa sulla natura del sentimento che si associa al senso di impotenza, ovvero se questo sia più vicino alla paura o all'angoscia. È intuitivo, in ambito psicoanalitico, ricorrere allo scritto freudiano del 1925, pubblicato nel 1926, *Inibizione sintomo e angoscia*, poiché il fenomeno dell'impotenza risulta di per sé apparentato con quello dell'inibizione. Secondo Freud, l'angoscia rappresenta la reazione a una situazione di pericolo; i sintomi di carattere inibitorio si generano, pertanto, con la finalità di evitare tali situazioni, rappresentate in termini edipici dall'evirazione, ma che si estendono alla percezione, anche soggettiva, di un pericolo imminente, relativo al vivere o al morire.

Dove si genera, allora, l'angoscia, in relazione all'impotenza? Mi sembra che, anche nel lavoro

clinico, l'angoscia si collochi e prenda vita nello spazio psichico compreso tra impotenza e onnipotenza e, particolarmente, nella relazione antinomica di questi poli che rappresenta, soggettivamente, una situazione di pericolo. In altre parole, laddove il soggetto, per effetto di eventi e di contesti relazionali che lo hanno riguardato, non ha potuto elaborare quello che Racamier (1992) definiva "lutto originario", cioè la sana perdita dell'onnipotenza infantile primaria, il polo dell'onnipotenza risulta eccessivamente rappresentato nel Sé. Essa travalica, dunque, il limite di idealizzazione necessario, anche in età adulta, per lasciarsi trasportare dal flusso vitale, specie in prossimità di passaggi e di decisioni importanti nella vita, mettendo invece in crisi il crearsi, o il mantenersi, di un rapporto con la realtà complessivamente sano. Pertanto, chi mantiene nel Sé un nucleo di onnipotenza non neutralizzato, e quindi non ridotto a una giusta potenzialità, con una certa frequenza tenderà a sentirsi attraversato dal senso di impotenza, attivato sia in seguito alla frustrazione rispetto all'aspettativa, sia come antidoto psichico volto a difenderlo dal pericolo di agiti e di comportamenti lesivi della sua sicurezza. Un'ultima associazione, a questo proposito, rimanda infatti all'angoscia di castrazione, come fenomeno intrapsichico protettivo nei confronti del tabù (Freud, 1905); anche l'impotenza primaria (Freud, 1923) si configura come elemento di tutela del neonato, nei confronti delle sue pulsioni sessuali incestuose, grazie all'incapacità di mantenere un'erezione. Per Freud, dunque, l'impotenza primaria rappresenta il motore dello sviluppo della mente, poiché sostiene la nascita dell'Io, che avviene per differenziazione dall'Es, al fine di gestire il conflitto tra pulsioni di base e realtà esterna.

Funzione materna e funzione paterna nella clinica psicoanalitica dell'impotenza psichica

Ripartiamo dal concetto di impotenza come incapacità di mantenere un desiderio (Freud, 1912), per comprendere meglio la dimensione angosciosamente ossessiva del paziente che non sa se accettare la propria impotenza o negarla, a favore di un'onnipotenza in realtà non neutralizzata, e per questo illusoria. Il dilemma, come già descritto, impedisce di fatto al paziente di scegliere tra l'adeguatezza, con sottomissione impotente, e la ribellione onnipotente; un conflitto, questo, centrale nella nevrosi ossessiva (Spaçal, 1989). Ma, come sappiamo, il substrato psicopatologico sottostante alle ossessioni, per lo meno quando inquadrabili come sintomo, è la melanconia; pertanto, da questo punto di vista, molti pazienti attraversati dall'angoscia connessa all'impotenza presentano componenti depressive e ossessive.

Cercherò ora di sintetizzare alcune considerazioni sul trattamento terapeutico del senso di impotenza, alla luce di due brevi illustrazioni cliniche.

G. è un paziente sotto la trentina che chiede un trattamento in seguito a un evidente vissuto depressivo. Nella sua storia, sono presenti ben due lutti familiari intervenuti durante l'infanzia: quello della sorella maggiore, morta durante la fanciullezza in seguito a una patologia neuromotoria precoce da distocia di parto, e quello del fratello, primogenito della famiglia, a causa di un incidente stradale.

I primi anni di vita di G. dunque, sono segnati da un clima familiare pervaso dall'angoscia di morte, per affrontare la quale i genitori accolgono, da tempo, giovani in affidamento eterofamiliare.

I contenuti depressivi del suo materiale clinico sono dominanti in quasi tutte le sedute, così come l'oggettiva difficoltà nel ricercare il piacere, sia attraverso attività di svago e di interesse, sia attraverso la socializzazione, e soprattutto nell'ambito sentimentale e sessuale.

Il vissuto di impotenza, per G, è fortemente legato alla necessità di evitare l'angoscia che si genera nel suo personale, drammatico dilemma: in questo caso, accettare di non essere onnipotente equivale all'essere totalmente impotente, poiché il mandato sotterraneo a cui egli è chiamato a rispondere è quello di sostituire i fratelli morti; di essere talmente grandioso da permettere ai genitori di contenere il dolore. "Non mi sono mai sentito abbastanza", mi confessa, durante una seduta.

Egli non sa letteralmente come uscire da questo incastro, da una missione impossibile per chiunque, ma anche dall'annullamento dovuto all'identificazione con due morti e, al contempo, con il dolore e con l'aspettativa dei genitori. Non riesce a vedere alcuna via di scampo ed è quindi impotente, rispetto al suo percorso di necessaria soggettivazione.

Anche V. è bloccato di fronte a un doloroso fatto della vita: la sua compagna lo ha lasciato, sostenendo di non potersi sentire felice con lui. La rappresentazione del proprio futuro e l'investimento idealizzante erano così saturi da rendere il paziente incredulo davanti al limite e da spingerlo a negarlo. Il doloroso compito demandato all'Io, in questo caso, consiste nell'accettazione dell'impossibilità di riportare in vita non una persona, ma una relazione, accettando di non poterci fare nulla, e quindi di essere impotente nei confronti della realtà. Il tentativo di negare il reale alimenta speranze e illusioni infondate, ma non del tutto contestabili se ritenute, semplicemente, il frutto potenziale di un tempo futuro. Steiner (2020) si esprime, a riguardo, attraverso due prospettive che certi pazienti alimentano, nel loro mondo interno. La prima consiste nella convinzione che un giorno, presto o tardi, l'altro comprenderà, avrà una sorta di illuminazione o di ripensamento, e l'evenienza sospirata dal soggetto si verificherà; è dunque soltanto questione di tempo. La seconda, invece, si traduce nell'idea che basti poco, appena un dettaglio o una piccola svolta, perché lo scenario tanto atteso si ricostituisca: *if only...*, scrive Steiner, per dar voce a questo genere di difesa.

Così, aggrappandosi a queste due differenti forme dello stesso pensiero, V. lotta disperatamente, senza muoversi di un passo, e a ben vedere il suo perseverare non mira tanto alla riconquista della donna che lo ha lasciato – che pure gli manca, ma non fino al punto da giustificare una simile disperazione – quanto piuttosto alla cancellazione della inaccettabile mossa che la vita gli ha riservato. Dal materiale clinico, infatti, emerge come V. sia stato lasciato eccessivamente libero dai genitori, fin dalla pubertà; una libertà, la sua, evidentemente invidiata da amici e cugini, ma anche causa di una solitudine non facilmente individuabile, all'epoca. Ogni volta che egli desiderava intraprendere, e soprattutto sospendere, un'attività, nessuno glielo impediva e

non veniva aiutato a sopportare la frustrazione cui la vita lo metteva di fronte. Ogni volta che aveva destato l'interesse di una ragazza da cui era attratto, era riuscito senza particolare fatica a conquistarla. La fatica fisica che gli richiedeva il lavoro non rappresentava un problema per il suo corpo, prestante e capace di sforzo. In questo ambiente, non sufficientemente capace di esporlo a una responsabilità interpersonale o a una frustrazione ottimale, V. era cresciuto senza un autentico confronto con il limite e non aveva sviluppato né una visione soggettiva del mondo, né un gusto, una passione o un interesse personale che fosse in grado di caratterizzarlo. Così, al primo, impegnativo *no* da parte della vita, egli era crollato.

Ho scelto queste due illustrazioni cliniche, senza entrare nel merito dei singoli casi in modo approfondito, in quanto si tratta di situazioni relativamente semplici e prive di una franca psicopatologia, per lo meno di carattere strutturale; infatti, ho pensato che esse potessero dare l'idea di quanto possa essere diffuso il vissuto di impotenza nei materiali portati in seduta dai pazienti. Vorrei ora riflettere su alcuni elementi che, clinicamente, mi sembra possano aiutare il terapeuta ad affrontare questo nodo critico.

Innanzitutto, non è detto che il paziente sia in grado di riconoscere e verbalizzare la propria impotenza. Questo dipende non solo dalle sue capacità di espressione emotiva, ma anche dalla forza e dalla coesione del Sé, il quale deve essere in grado di sopportare e curare la ferita narcisistica derivante dal senso di impotenza stesso: quando le emozioni, troppo difficili da sentire e da pensare, rimangono a un livello di blocco presimbolico, lo scopo del lavoro terapeutico e analitico è quello di ascoltare tali elementi “*per favorirne lo sviluppo verso la simbolizzazione e il vissuto consapevole*” (Bezoari, 2025, p. 37). Talvolta è possibile lavorare per un riconoscimento diretto dell'impotenza da parte del paziente; altre volte, invece, è il terapeuta a dover intervenire dando voce al vissuto della persona con cui sta lavorando.

Detto questo, possiamo chiederci che cosa significhi prendersi cura del senso di impotenza in un paziente e, in particolare, ci troviamo a distinguere tra il tentativo di favorire una ripresa del potere, una riduzione dell'impotenza stessa (che non equivale *tout court* a un'alimentazione del senso di *agency*) e, infine, l'accettazione della situazione in cui il paziente si colloca, spesso associata anche a una ridefinizione del suo significato.

Laddove il senso di impotenza può essere affrontato attraverso la mobilitazione di alcune risorse presenti nel paziente, o grazie a un aiuto perché i pazienti le sviluppino, allora l'azione terapeutica può consistere nell'alimentare le capacità di azione. Il concetto di *agency* ci viene nuovamente in aiuto, così come quello di *Sé agente*, utilizzato da Stern (1985) per esprimere la sensazione di un bambino – che qui si estende al paziente anche adulto – di essere l'autore di azioni ben integrate, coerenti, espressioni di volontà proprie e non altrui. Aiutare il paziente a rappresentarsi dotato di *agency* e a contattare la propria volontà – intesa anche nel senso kohutiano di secondo polo del Sé (Kohut e Wolf, 1978) – costituisce un movimento verso l'alimentazione di un adeguato senso di potere nei confronti della realtà.

La riduzione del senso di impotenza, intuitivamente, si persegue attraverso l'alimentazione

del Sé agente, ma può essere ricercata anche ponendo l'accento proprio sulla dimensione sottrattiva verso la potenza della rappresentazione, anziché su quella additiva dell'incremento di potere. La prima azione, infatti, è più strettamente paragonabile alla funzione paterna, che si sostanzia in un'attenzione agli scopi, ai progetti, ed è volta ad alimentare la partecipazione e il confronto del bambino con il mondo e con l'alterità (Ramella Benna, 2015). Una funzione analitica più vicina al polo materno e primario, attenta al desiderio e al nutrimento narcisistico, si ha invece con interventi che si concentrano sulla riduzione del vissuto di impotenza, attraverso una spinta alla rappresentazione di sé come non intaccabile da parte delle difficoltà e degli impedimenti, che pure debbono essere affrontati, ma che è importante concepire come temporanei e relativi. In altre parole, quando il terapeuta spinge il paziente verso l'azione, così da permettergli di rappresentarsi e di sperimentare le proprie capacità, traduce il gesto paterno che esorta il bambino con un "Vai, vedrai che ce la fai"; quando, parallelamente, lo sostiene nel ridurre la propria paura di non riuscire, cioè di rimanere immobilizzato *dall'*impotenza e *nell'*impotenza, mette in atto una funzione materna, equivalente al contenimento e all'alimentazione del desiderio: "Non è nulla, ora passa, andrà tutto bene".

Trasversalmente a queste due linee parallele di intervento, esiste poi la strada dell'accettazione. Non penso che questa via debba essere concepita come alternativa ed escludente, rispetto alle precedenti, quanto piuttosto come una scenografia di sfondo, silenziosa e, al contempo, capace di attivarsi, per consentire l'elaborazione dell'onnipotenza primaria, passaggio indispensabile per garantire l'esame di realtà. Nella sua funzione potenziale, l'accettazione di una relativa e sana impotenza permette sia l'accoglimento di un senso realistico del tempo – non è possibile fissare un momento oltre se stesso, così come è illusoria la negazione dell'attesa – sia l'integrazione dell'incertezza e l'impossibilità di esercitare un controllo totale sull'alterità. Nella sua funzione emergente, fenomenica, la stessa accettazione dell'impotenza – questa volta non relativa, ma assoluta – si ha soprattutto nell'inevitabile dolore della perdita; particolarmente, quando alla persona tocca prendere atto che il proprio amore non basta a far sì che l'oggetto perduto torni e, quindi, a negare la definitività della morte.

Sul piano psicodinamico, l'attivazione delle vie di intervento che sono possibili nel trattamento del senso di impotenza si articola attraverso tre meccanismi, o processi, che corrispondono, in una certa misura, alle strade elaborative ed evolutive che ho descritto. Il primo di essi consiste nel rivolgimento in attivo di una situazione vissuta passivamente. Come già detto, Kohut (1972) ne parla in relazione al desiderio di vendetta e, da questo punto di vista, è necessario che il terapeuta non perda la propria vigilanza sul rischio di favorire agiti nel paziente; quando resi impotenti da un'angoscia di carattere traumatico, alcuni soggetti possono sentire molto forte la spinta a riparare l'oltraggio che hanno subito, per mano di un essere umano specificamente individuato oppure no. Ma quando la capacità di attivarsi non coincide con una ricerca deleteria di vendetta, quando essa non si traduce in una spinta a

danneggiare altri (peraltro non necessariamente gli autori del danno subito), essa rappresenta una strada per allontanarsi dallo stato di impotenza. Il rivolgimento in attivo si connette, come ho già detto, all'emergere della rabbia narcisistica che Kohut valuta positivamente nei casi in cui sussista un'apparente tranquillità del paziente con disturbo narcisistico, poiché il manifestarsi della collera va considerato *“un segno di scioglimento di una struttura rigida di personalità, e quindi come un segno di progresso analitico”* (Ibidem, p. 164). È intuitivo il legame del rivolgimento in attivo con la funzione paterna.

Più profondamente intriso di materno è invece il movimento supportivo del Sé che rende possibile il progressivo ritiro di quelle proiezioni e identificazioni proiettive su cui si edifica il senso di impotenza. Il venir meno della proiezione dell'angoscia su un oggetto esterno, infatti, può avvenire quando il soggetto è sufficientemente sicuro, o rassicurato, rispetto alla paura e all'angoscia che lo pervadono, potendo così riconoscere la natura difensiva delle difese primitive.

Ritirare le proprie identificazioni proiettive conduce, inevitabilmente, a sentirsi più soli, non disponendo più di un “piano d'appoggio” su cui trasferire parti inaccettate di sé, o semplicemente sentimenti o pensieri conflittuali. Uno degli esempi più immediati di questo processo è rappresentato dall'abbandono di una logica della colpa, così come descritta da Speziale-Bagliacca (1997; 2010). La copertura della colpa – che si differenzia, secondo l'autore, dall'assunzione di una responsabilità tragica – è infatti funzionale, in molti casi, a uscire dalla passività di un'impotenza di pensiero. Lo stato di impotenza psichica, blocco della percezione di una personale capacità di agire, si ritrova ad esempio in pazienti che, spesso già in piena età adulta, sembrano fissati, letteralmente ancorati, al ruolo assunto dagli errori educativi e relazionali commessi dai genitori nei loro confronti. Il desiderio di rivalsa è perseguito, in questi casi, attraverso una inscalfibile acredine, una sorta di malanimo intriso di rancore, mantenuto vivo in un'illusione di attività rivendicativa, così da lasciare maturare il proprio credito intergenerazionale senza accettarne una pur simbolica compensazione (6). In realtà, lo stato del soggetto, in relazione alle proprie origini, è tutt'altro che attivo, poiché il proprio sentimento, specie se frutto di meccanismi proiettivi, tiene in scacco il Sé, rendendo impossibile il suo sviluppo e, quindi, annichilendolo in una mascherata impotenza. Nel bisogno primario di una presenza non attiva, ma psicologicamente individuata, per poter soddisfare il proprio bisogno di vendetta, è ben visibile la stessa *psychische Hilflosigkeit* che caratterizza la mente ancora immatura.

Infine, ancora una volta trasversalmente, il lavoro terapeutico non può trascurare di orientarsi verso una costante ricerca e comprensione del limite, accettando il dolore che esso procura. L'ostinazione che talvolta pervade l'esistenza di alcuni pazienti, nei confronti di obiettivi da loro fissati e pensati come aprioristicamente possibili, può diventare un tormento senza sosta, fino a esitare in atti di grandiosità scissa, oppure in un tentativo valutativo di estrema rigidità e di marca ossessiva. Integrare i propri limiti e quelli altrui, accettare l'inevitabilità e

l'irreparabilità di alcune situazioni, significa affrancarsi da un senso di impotenza pervasivo, anche se il risultato di tale accettazione non coincide con il raggiungimento di tutte le proprie mete.

Prima di concludere con una riflessione di carattere sociale, oltre che clinico, vorrei ancora soffermarmi brevemente su due punti. Il primo riguarda uno specifico terreno di lavoro clinico, rappresentato dai sogni di impotenza; il secondo si riferisce al senso di impotenza che pervade il terapeuta, con specifici pazienti o in determinati passaggi del trattamento.

Sogni e senso di impotenza

Ho approfondito altrove il significato del sogno nel lavoro clinico contemporaneo, specie in una prospettiva psicoanalitica del Sé (Ramella Benna, 2022); in tale contesto, ho sviluppato particolarmente il tema dei cosiddetti *Self-state dreams*, espressione con cui Kohut (1977) definisce i sogni che contengono il timore che si verifichino condizioni interne minacciose per la continuità del Sé. Secondo Kohut, attraverso queste esperienze oniriche “... *i pazienti tentano di esprimere un disagio profondo e carico di angoscia, derivante da esperienze di stimolazione eccessiva, di tensione insopportabile o di minaccia del valore di sé*” (Ramella Benna, 2022, pag. 37).

È quindi comprensibile il pensiero secondo cui Kohut sottolinea l'incompatibilità dell'interpretazione con sogni di questo genere; non si tratta, infatti, di ricercare un contenuto latente, come avviene in una prospettiva classica, né di individuare nessi con accadimenti diurni, a meno che non sia il paziente a comunicarli, attraverso le sue associazioni. L'intento comunicativo e il valore intersoggettivo dei *Self-state dreams* si ritrova, peculiarmente, nel desiderio che l'analista ascolti e comprenda lo stato di angoscia, di timore di una frammentazione, e spesso di impotenza, che il paziente vive all'interno del sogno, poiché questo segnala una condizione vera e propria del Sé, che può essere di natura strutturale o transitoria.

Così, è possibile incontrare, in seduta, sogni volti a esprimere, e in una certa misura a cercare di elaborare, particolari stati di impotenza del Sé che prendono vita attraverso formazioni oniriche narrabili nella loro totalità o per mezzo di dettagli più circoscritti. Ecco un esempio classico: il paziente sogna il ritorno di una persona cara, morta nella vita reale; si illude della sua presenza, ma un attimo dopo questa scompare. Nonostante le sue ricerche, non riesce a ritrovarla, ma non si rassegna, mentre l'angoscia e la tensione crescono, rendendo il sognatore via via più consapevole della propria impotenza. O ancora, possiamo pensare alle scene oniriche in cui il protagonista, di solito il paziente stesso, cerca di parlare, ma la voce non esce; oppure cerca di muoversi, o anche di velocizzarsi, ma il corpo non lo segue. È implicito che a tali sogni possa essere anche attribuita una componente psicocorporea, spesso ritrovabile in afferenze somatiche e sensoriali dovute a un particolare stato fisico o all'ambiente reale in cui la persona sta dormendo, ma sul piano psicoanalitico è comunque

presente una condizione in cui il paziente cerca di reagire a un problema che sente come minaccioso e non riesce a farlo.

Diventa particolarmente interessante il lavoro sui *Self-state dreams* di impotenza quando questi, nel succedersi delle sedute, presentano trasformazioni anche lievi del contesto, dell'azione intraonirica e del senso di *agency*; in tali casi, può essere molto utile aiutare il paziente a rilevare gli elementi evolutivi dei sogni, sia per prendere atto delle transizioni in corso, sia per rafforzare la sua fiducia nei confronti della propria attività psichica preconsocia (Speziale-Bagliacca, 2010).

L'impotenza del terapeuta

Infine, come anticipato, un cenno particolare va al vissuto di impotenza del terapeuta. Su questo tema, molto è stato scritto, all'interno della ricerca sulla relazione analista paziente, osservata da diverse prospettive teorico-cliniche: gli studi sul controtransfert, così come quelli sul campo e sull'intersoggettività, sono tutti contributi irrinunciabili per comprendere lo scacco di impotenza reciproca in cui il paziente e il proprio terapeuta-analista possono trovarsi. In altri casi, può essere il paziente a generare unilateralmente un'impotenza del terapeuta – o almeno questo potrebbe costituire la sua difesa inconscia, così come il suo vissuto – neutralizzando qualsiasi tentativo di cura; e ancora, può essere il terapeuta che, ove incorra in attacchi sarcastici inopportuni verso il proprio paziente, specie se narcisista, di fatto renda l'altro una vittima impotente del proprio bisogno di volgere in attivo un'esperienza passiva (Kohut, 1972). Anche attraverso l'identificazione, intesa come processo complessivo e in contrapposizione all'empatia, è potenzialmente possibile che il terapeuta neutralizzi la soggettività del paziente, in quanto l'introduzione dello stesso, di fatto, segna la fine della sua esistenza come essere separato dall'altro. E ancora, più semplicemente, esistono pazienti che sono particolarmente difficili da trattare, non solo perché affetti da disturbi della personalità, ma anche in quanto cronicamente depressi, o colpiti da un disagio acuto, come accade, a titolo di esempio, con i disturbi del comportamento alimentare o di tipo ossessivo. In molti di questi casi, giungiamo, come terapeuti, a toccare con una certa frequenza il limite del trattabile e possiamo desiderare ferocemente di reagire, di aiutare il paziente che sembra irraggiungibile nel suo disagio; talvolta, anche di abbandonare il campo.

È dunque fondamentale che il terapeuta conosca e riconosca le forme e le espressioni del proprio senso di impotenza, così da evitare la passivizzazione compensatoria del proprio paziente, derivante dal potenziale senso di colpa per aver osato sfidare il disturbo, tentandone un trattamento (Campanile, 2026).

Interrogativi per chiudere

In questo lavoro, che certamente non mira a essere esaustivo, ho cercato di delineare non solo le caratteristiche del senso di impotenza sul piano psicodinamico e clinico, ma anche

l'evoluzione che tale concetto ha avuto nel corso degli anni, a partire dal pensiero freudiano fino alle più recenti correnti relazionali.

È proprio sul tempo attuale che vorrei soffermarmi per un'ultima, breve considerazione; una riflessione che poggia su aspetti non solo clinici, ma anche psicosociali. Penso infatti che la modalità con cui il vissuto di impotenza viene sperimentato e gestito, specie da adolescenti e giovani adulti, sia fortemente influenzato dalla rete, attraverso l'infinita disponibilità di realtà virtuali, e sia destinato a evolvere ulteriormente con lo sviluppo dell'intelligenza artificiale.

Viviamo in un tempo nel quale a una domanda si può cercare risposta in rete, ottenendola nel giro di pochi secondi. Vivremo, sempre più, in un tempo in cui si può chiedere a un'intelligenza artificiale di affrontare al posto nostro una fatica intellettuale, come una sintesi della letteratura su un certo argomento, o la composizione di un brano musicale. Mi chiedo, allora: quale destino avrà il concetto di limite? A quali sane costrizioni potranno ancora essere assoggettate l'onnipotenza e la grandiosità? Quanto sarà possibile evitare di negare la propria impotenza, se nessuno sarà più abituato ad accettare che esista qualcosa di impossibile? Forse soltanto le relazioni umane saranno destinate a rimanere il territorio all'interno del quale è possibile ricevere quei *no* che ci permettono di ridimensionare la nostra onnipotenza e, quindi, di crescere nel rapporto con la realtà.

Sul piano sociale, dunque, la questione dell'onnipotenza e dell'impotenza rappresenta anche un problema etico e questo è fortemente influenzato dall'evoluzione della tecnologia. Volutamente, ho scelto di non soffermarmi, neanche per trarre esempi clinici, sul vissuto di impotenza delle coppie che inutilmente cercano figli, ma è proprio su questo terreno che prendono vita i più ardui tentativi di vincere i limiti biologici. Non potendo vincere la morte – che ogni medico, di fatto, ha l'obiettivo di spingere più in là possibile – si cerca di dilatare al massimo l'età fertile e di favorire la transizione alla genitorialità anche in situazioni in cui l'infertilità non avrebbe consentito, un tempo, alcuna possibile soddisfazione. Ciò che questo comporterà, cioè quali saranno i sentimenti di questi figli in futuro, verso i propri genitori, non è ancora sicuro (Zoja, 2022). Ma probabilmente il crescere dell'onnipotenza e il decrescere di un margine di sana e opportuna impotenza stanno già procurando quel declino del desiderio di cui parla lo stesso Zoja, e che non si riferisce soltanto alla rinuncia alla sessualità da parte dei giovani, ma più propriamente a un ritiro di spinte vitali che ci consentono di desiderare ogni nuovo giorno. Siamo chiamati, come terapeuti e analisti, a non dimenticarne.

Note

1. Episodi presumibilmente consueti in famiglia. Quanto ricordato da T non rappresenta un evento isolato, bensì una sorta di interazione abituale nella relazione madre-bambino.
2. Per questa ragione, la presenza di una rabbia narcisistica è un elemento che mantiene un aspetto di sana reattività, quando adeguatamente modulata e non oggetto di agiti. Aiutare una persona, ancor più se un bambino, a riconoscere, a pensare e a valorizzare il potenziale reattivo della rabbia narcisistica costituisce un'importante linea terapeutica a sostegno della volontà di esistere.
3. Per una descrizione psicodinamica e relazionale di simili lutti non elaborati, nonché dell'evitamento di un lutto originario relativo alla sana perdita dell'illusione onnipotente esistente tra madre e bambino, si veda Racamier (1992).
4. Le virgolette a questo termine sono mie, poiché esso è lo stesso termine utilizzato da Kohut (1977) per esprimere la proiezione sul bambino dei sentimenti di impotenza genitoriale, e della conseguente commistione di rabbia, vergogna e colpa.
5. Nella terapia della coppia, particolarmente, si evidenzia nei pazienti questo specifico impasto di sentimenti, che passano dalla colpa e dalla vergogna – in senso più strettamente intersoggettivo, e rispetto al o alla partner – fino alla rabbia narcisistica, intesa come collera verso la vita e verso se stessi per essere stati destinati a tutto ciò.
6. Per un approfondimento sulle lealtà familiari invisibili che intessono i rapporti di credito e debito affettivo tra le generazioni, si ricorra al sempre attuale pensiero di Boszormenyi-Nagy e Spark, 1967.

Bibliografia

Amati Sas, S. (2021). *Intervista c/o Centro Psicoanalitico dello Stretto “Francesco Siracusano”*. youtu.be/RsguWFOE7AA?SI=

Bezoari, M. (2025). Di che cosa stiamo parlando? Esperienza emotiva e linguaggio nella situazione analitica. In D'Agostino G., Vigna-Taglianti, M. (A cura di), *Cinque studi sull'interpretazione*. Torino, Rosenberg & Sellier.

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

Boschioli, A. (2020). Introduzione all'edizione italiana. In J.D. Lichtenberg, F.M. Lachmann, J.L. Fosshage (2015). *Il Sé prende vita. Sviluppo, lavoro clinico e la mente errante*. Ed. It. a cura di A. Boschioli. Roma, Fioriti 2020.

Boszormenyi-Nagy, I. e Spark, G.M. (1967). *Lealtà invisibili. La reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale*. Roma, Astrolabio 1988.

Campanile, P. (2026). Comunicazione personale su *L'isteria, vista e ripensata ai giorni nostri*. Seminario del Centro Torinese di Psicoanalisi.

Freud, S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale. *OSF Vol. 4*. Torino, Boringhieri 1966-80.

Freud, S. (1912). Contributi alla psicologia della vita amorosa: 2. Sulla più comune degradazione della vita amorosa. *OSF Vol. 6*. Torino, Boringhieri 1966-80.

Freud, S. (1923). L'Io e l'Es. *OSF Vol. 9*. Torino, Boringhieri 1966-80.

Freud, S. (1926). Inibizione, sintomo e angoscia. *OSF Vol. 10*. Torino, Boringhieri 1966-80.

Freud, S. (1938). Compendio di Psicoanalisi. *OSF Vol. 11*. Torino, Boringhieri 1966-80.

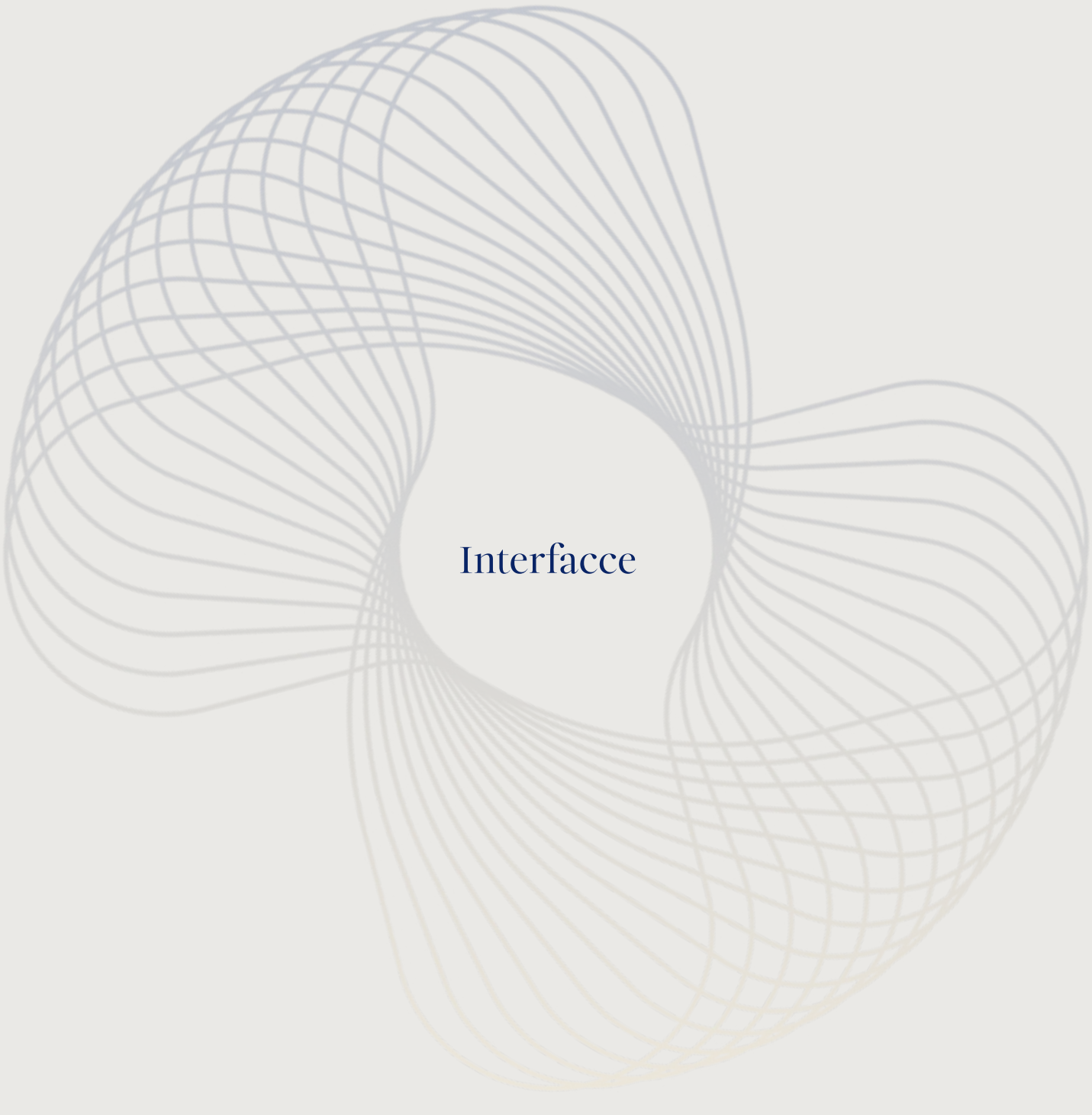
Kohut, H. (1971). *Narcisismo e analisi del Sé*. Tr. It. di S. Adamo Tatafiore. Torino, Bollati Boringhieri 1976.

Kohut, H. (1972). Riflessioni sul narcisismo e sulla rabbia narcisistica. In H. Kohut (1985), *Potere, Coraggio e Narcisismo* (a cura di C. Strozzer). Tr. It. di L. Baldaccini. Roma, Astrolabio 1986.

Kohut, H. (1977). *La guarigione del Sé*. Tr. It. di S. Adamo Tatafiore. Torino, Bollati Boringhieri 1980.

Kohut, H. e Wolf, E.S. (1978). Profilo riassuntivo dei disturbi del Sé e del loro trattamento. In H. Kohut, *La ricerca del Sé*. Tr. It. e cura di F. Paparo. Torino, Bollati Boringhieri 1982.

- Laplanche, J. e Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, PUF.
- Lichtenberg, J.D. e Lachmann, F.M., Fosshage J.L. (2015). *Il Sé prende vita. Sviluppo, lavoro clinico e la mente errante*. Ed. It. a cura di A. Boschioli. Roma, Fioriti 2020.
- Pugnetti, C. (2025). Aprire brecce per favorire il contatto col paziente. Una lettura di *Come vi stavo dicendo* di Roberto Speciale-Bagliacca. *Psicoanalisi Contemporanea*, V (2), pp. 10-18.
- Racamier, P.C. (1992). *Il genio delle origini. Psicoanalisi e psicosi*. Tr. It. di M. Xella. Milano, Cortina 1993.
- Ramella Benna, S. (2015). *Per voce maschile. Il Sé e gli uomini nella relazione terapeutica*. Roma, Alpes.
- Ramella Benna, S. (2022). *Arco notturno. Il sogno e il Sé*. Roma, Alpes.
- Ramella Benna, S. (2024). La delusione. *Psicoanalisi Contemporanea*, IV (1), pp. 36-54.
- Seligman, M.E.P. (1972). Learned Helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23, 1, pp. 407-412.
- Spaçal, S. (1989). La nevrosi ossessiva. In Semi A.A., *Trattato di psicoanalisi. Vol. II: Clinica*. Milano, Raffaello Cortina.
- Speciale-Bagliacca, R. (1997). *Colpa. Considerazioni su rimorso, vendetta e responsabilità*. Roma, Astrolabio.
- Speciale-Bagliacca, R. (2010). *Come vi stavo dicendo. Nuove tecniche in psicoanalisi*. Roma, Astrolabio.
- Steiner, J. (2011). *Seeing and Being Seen. Emerging from a Psychic Retreat*. London-New York, Routledge.
- Steiner, J. (2020). *Illusion, Disillusion and Irony in Psychoanalysis*. London-New York, Routledge.
- Stern, D.N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Tr. It. di A. Biocca e L. Biocca Marghieri. Torino, Bollati Boringhieri, 1992.
- Winnicott, D.W. (1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi: patologia e normalità nel bambino. Un approccio innovatore*. Tr. It. di C. Ranchetti. Firenze, Martinelli, 1975.
- Zoja, L. (2022). *Il declino del desiderio. Perché il mondo sta rinunciando al sesso*. Torino, Einaudi.

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 to curve around the central space. The overall shape is somewhat circular but with elongated, flowing edges. The lines are a light, muted blue-grey color.

Interfacce

Abitare l'inferno: desiderio, Altro e soggettività nella società complessa

Chiara Mortari

INTRODUZIONE: LA CITTÀ E L'INFERNO DEI VIVENTI

La riflessione sull'abitare la società contemporanea non può prescindere da una constatazione lucida e, per certi versi, spietata: se esiste un inferno dei viventi, è quello che abitiamo quotidianamente, che formiamo stando insieme (Calvino, 1972). Di fronte a questa realtà, il soggetto si trova davanti a un bivio esistenziale. La prima via, percorsa da molti per facilità, è l'accettazione passiva: accettare l'inferno e diventarne parte fino al punto di non vederlo più. La seconda via, che richiede un apprendimento continuo e un'attenzione vigile, consiste nel cercare e riconoscere chi e cosa, in mezzo all'inferno, non è inferno, per farlo durare e dargli spazio. In questo scenario, la lezione di Franco Basaglia risuona con forza, quarant'anni dopo la legge 180, per riattualizzare il suo contributo e dare un suggerimento: l'atto di resistenza più radicale non è la vittoria frontale, ma la capacità di convincere, dimostrare che è possibile costruire contesti altri e convivere, finalmente, nella differenza, anche nella nostra debolezza di minoranza. (Basaglia, 1979). A distanza di anni, la sfida etica proposta da Basaglia mantiene intatta la sua urgenza. Di fronte alla forza inamovibile del potere istituzionale e di una cultura dominante che tende a escludere, Basaglia ci ricorda che l'obiettivo non può essere la vittoria frontale, ma la trasformazione silenziosa e profonda. C'è una "seconda via" per attraversare l'inferno dei viventi, quella di chi si impegna a riconoscere che, poiché non possiamo sconfiggere un potere che vince sempre, dobbiamo avere il coraggio di convincere che la convivenza nella differenza è un'alternativa praticabile. Uscire dall'illusione di una vittoria frontale, significa accettare la sfida della modernità: generare nuovi sistemi di interazione e soggettività più inclusivi. È il passaggio dalla distruzione, alla cura degli spazi comuni. Forse nel tentativo di uscire da un'illusione meno onnipotente, possiamo pensare di attraversare la modernità cercando modi che rendono sostenibili i nostri desideri, per riconoscere nuovi sistemi di relazione, equilibri di convivenza più inclusivi e accoglienti di nuove soggettività. Forse questo può diventare il nostro atto di resistenza più attuale: non demolire il palazzo, ma cambiare le menti che lo abiteranno. Come le arcate di una città invisibile traggono la loro forza non solo dalla pietra, ma dal vuoto che le delimita, così la nostra soggettività si definisce attraverso l'accettazione del limite. Abitare la propria finitudine non è un atto di rassegnazione, ma di suprema intelligenza etica: è il passaggio dalla pretesa onnipotente dell'Io – che nell'era della prestazione consuma i paesaggi dell'anima – alla consapevolezza del "Noi". In questo spazio, il limite smette di essere un muro invalicabile per farsi soglia generativa, un vivaio protetto dove la mancanza non è più vissuta come colpa, ma come l'apertura necessaria affinché il

desiderio possa finalmente incontrare l'Altro. È proprio in questo “lasciar andare e afferrare”, in questo riconoscimento della reciproca incompletezza, che il bene comune smette di essere un'utopia distante per farsi architettura quotidiana, restituendo valore e stabilità alla durata dei nostri legami.

L'ARCHITETTURA DELLA CURA: LA STRUTTURA DI CALVINO E LA SOGGETTIVITÀ DI BASAGLIA

Il rapporto tra l'opera di Italo Calvinò e il pensiero di Franco Basaglia offre un terreno fertile per un'analisi psicodinamica della convivenza e della cura. Se nella città di Ersilia la costruzione di reti e strutture sistemiche funge da pretesto per l'integrazione, la metafora calviniana dell'inferno dei viventi diventa lo specchio del lavoro basagliano sulla deistituzionalizzazione. In un'ottica psicoanalitica, l'istituzione totale era “l'inferno” che negava la soggettività; l'intervento di Basaglia, tuttavia, non si limitava alla protezione, ma mirava a preservare spazi di umanità e a restituire all'individuo la capacità di emanciparsi attraverso la relazione. Come l'esploratore di Calvinò cerca “chi e cosa non è inferno”, così Basaglia ci ricorda continuamente che nella nostra debolezza di minoranza è illusorio sconfiggere il potere, ma insiste e ci sollecita a non abbassare la guardia, perché possiamo “convincere”. Questo atto di persuasione è, psicologicamente, il passaggio dalla posizione di oggetto del Potere (il “Potere” come sostantivo che schiaccia) alla posizione di soggetto del proprio desiderio. La città ideale, l'utopia, non è dunque un luogo fisico, ma una qualità della relazione che amplifica i tempi di vita, sottraendo il soggetto alla “celebrazione narcisistica dell'autosufficienza” per riconsegnarlo al legame sociale.

Siamo tutti interdipendenti e concepire questo significa ammettere che siamo tutti in debito gli uni con gli altri...siamo tutti vincolati al bisogno di cura! Riconoscere questa sorta di reciproco indebitamento, come dimensione costitutiva dell'umano, significa restituire dignità e giusto valore alla cura e a chi se ne occupa professionalmente. Solo allora riusciremo a mettere in pratica una serie di azioni, prassi multiprofessionali, mobilitazioni che, a partire dalle esortazioni basagliane, diventano ogni giorno più urgenti.

Ma che forma assume, oggi, l'architettura della cura tra le macerie dell'indifferenza? Prima di tutto rappresenta una parola d'ordine per l'età globale, che oggi più che mai, interessa le patologie del nostro tempo: il narcisismo, l'individualismo, la rivalità. Una parola troppo trascurata. La cura è stata svalutata perché relegata all'interno della sfera privata, quella della famiglia, quindi relegata a un aspetto riduttivo e parziale, escludendola dalla sfera pubblica, sociale, politica. L'assenza del valore della cura trova origine sostanzialmente nell'assenza del tema della relazione. Bisogna riabilitare la cura, ridarle un significato diverso, ridarle una dignità diversa, significa metterla al centro del pensiero e dell'azione. Perché la cura è stata così marginalizzata, relegata? La ragione sta nel rifiuto di una parte costitutiva dell'u-

mano che è la sua vulnerabilità, fragilità, dipendenza. E questo trova evidenti resistenze ad ammettere la nostra difficoltà ad accettare tutto ciò che ci mette in qualche modo a disagio. Significa partire dal presupposto che la cura è una dimensione irrinunciabile, fondamentale dell'umano, una categoria rimossa dall'egemonia dell'individualismo. Significa oltrepassare il mito dell'autosufficienza e pensare di andare oltre la scissione fuorviante tra “mettere l'altro al primo posto o mettere l'io al primo posto”. Non è questa la scelta opportuna: quanto piuttosto andare al di là di questa opposizione tra io e l'altro per imparare a pensare di essere “con” l'altro. Si è capaci di cura solo in quanto ci si riconosce bisognosi di cura. E in un tempo di legami fragili, di complessità sociale, prendersi cura dell'umano significa intraprendere l'instancabile ricerca di ciò che “non è inferno”.

LA PLURALITÀ DELLE SOLITUDINI E IL VUOTO DI SENSO DELLA NOSTRA SOCIETÀ

Recuperando l'imperativo kantiano, la cura oggi ci impone di riconoscere l'altro come un orizzonte ultimo, un fine inviolabile e mai un semplice ingranaggio nel sistema del profitto. Mentre l'ideologia della sopraffazione trasforma il mondo in una “città continua” che macina i propri abitanti in una gara per la visibilità, la cultura della relazione agisce come un lievito: rigenera il tessuto sociale e restituisce dignità alla soggettività.

La nostra epoca è marcata da un profondo senso di disorientamento e impotenza di fronte al mito della crescita e alla tracotanza dell'io, che erode il senso del “Noi” e dello “stare con”. Come nota Todorov (1995, p. 13), siamo drammaticamente convinti che «una pluralità di solitudini, non crea una società» ma l'itinerario che porta verso l'Altro, oggi, è spesso con/fuso. L'individuo globalizzato appare segnato più dall'angoscia che dalla ribellione, ripiegato su sé stesso e, come già citato, il concetto di “potere” scivola da verbo (capacità di fare) a sostantivo (il Potere come entità sovrastante). In questo contesto, l'isolamento e la solitudine convivono paradossalmente con un bisogno ossessivo di connessione e visibilità, sintomo di un vuoto di senso e di una difficoltà a significare il reale. Ci troviamo di fronte a una realtà dove la separazione e l'isolamento prosperano, pur in presenza di una spasmodica e ossessiva ricerca di connessione e validazione sociale: si alimenta parallelamente un'esigenza compulsiva di connessione e di incessante visibilità. Questo bisogno di apparire, (riconoscimento) non è che il sintomo esteriore di un intrinseco vuoto di senso che attanaglia l'individuo, traducendosi nell'incapacità di attribuire valore e significato fondante all'esperienza quotidiana e al reale: un'incapacità di attribuire valore ai nostri gesti quotidiani, modi di comunicare, stili di relazione, che spinge l'individuo a cercare rifugio in una superficie riflettente ma priva di profondità. In questo scenario di frammentazione, la dinamica sociale è mossa da quella che Todorov e altri definiscono la “lotta per il riconoscimento”: una tensione costante dell'essere umano verso la ricerca di una convalida che lo confermi come migliore o più forte dei propri simili. È una sfida senza tregua, che rischia di traghettarci – se non lo ha già fatto – in una

società dove l'apparire ha definitivamente eclissato l'essere, trasformando l'esistenza in una performance perenne.

ETIMOLOGIA E PSICODINAMICA DEL DESIDERIO

Questa deriva verso l'immagine riflette una frammentazione profonda: essa è l'espressione visibile di una crisi multidimensionale che investe tanto i sistemi espliciti quanto quelli sotterranei. La crisi di linguaggi, saperi, modelli sociali e legami affettivi altro non è che il collasso di strutture che reggono il nostro stare al mondo. Se la crisi dei sistemi visibili appare più semplice da affrontare, poiché i suoi elementi e i suoi vincoli sono facilmente accessibili e tematizzabili, è nella crisi dei sistemi sotterranei che risiede la vera insidia. Questi ultimi, che custodiscono le nostre epistemologie implicite e le teorie personali su come funzioni il mondo, presentano una specifica difficoltà di gestione perché, una volta incrinati, generano un disorientamento profondo. In questo vuoto di certezze, l'individuo si aggrappa alla *performance* proprio perché ha smarrito le coordinate interne per significare il reale. È questa la sfida etica che ci attende: non limitarsi alla manutenzione del visibile, ma intraprendere quella trasformazione silenziosa delle menti che sola può rendere i nostri desideri nuovamente sostenibili e il nostro abitare di nuovo autentico.

Per passare alla profondità del progetto, e trasformare la volontà soggettiva e il vuoto di senso che ci attanaglia, è necessario interrogare il concetto di desiderio per seguire traiettorie di analisi, così come ci sono state proposte, nelle teorie più accreditate. L'etimologia stessa del termine ci offre una chiave di lettura psicoanalitica: composto dal prefisso *de-* e dal sostantivo *-sidera* (stelle), significa letteralmente “privato di stelle”. Desiderare è dunque la tensione verso ciò che manca, il tentativo di rivedere le stelle perdute.

Sul piano intrapsichico, fin dal primo istante la vita è sollecitata da desideri che fungono da cartelli indicatori in un tragitto di gioie, dolori, unioni e separazioni. Come illustra Freud (1929), il desiderio rappresenta un tentativo di ricostruire la situazione ideale originaria della vita intrauterina, impressa in noi come ricordo della prima separazione dalle acque materne. Fin dalla nascita l'uomo è sollecitato a instaurare legami con le persone da cui dipende. Paradossalmente però, ogni individuo, quindi ciascuno di noi, solo quando si affranca da questa dipendenza, da questo bisogno di relazione, si emancipa divenendo autonomo. Questa relazione affrancata dalla necessità e dalla dipendenza diventa relazione autentica. Si potrebbe definire una relazione gratuita e capace di accogliere/restituire /dare e quindi, anche capace di amore (Mortari, 2018). È questa “nostalgia” strutturale che muove l'essere umano dall'infanzia verso l'adulthood, quando la nostra arcaica e primordiale esperienza relazionale si misura con la capacità di amare, l'ambiguità e il piacere degli affetti.

Nell'opera letteraria *Le affinità elettive* Goethe (1809) descrive una sorta di percezione dell'io dell'Altro, della sua identità, che può creare un'affinità con quella persona: quando viviamo

una situazione simile, in noi si replica quel fenomeno conosciuto come *affinità chimica*: «Certo! – intervenne il capitano – I casi senza dubbio più notevoli e interessanti sono quelli in cui l'attrazione, l'affinità, l'abbandono e l'unione si possono rappresentare come una specie d'incrocio; quelli in cui quattro sostanze, fino a un certo momento legate a due a due, vengono messe a contatto, abbandonano il loro legame precedente e si congiungono nuovamente. In questo lasciar andare e afferrare, in questo fuggire e cercare, si crede realmente di scorgere un destino superiore; si attribuiscono a queste sostanze una sorta di volontà e di arbitrio e si ritiene pienamente giustificato il termine tecnico di *affinità elettive*»⁽¹⁾.

Alcuni elementi si legano con delle sostanze a discapito delle altre e questo avviene perché il composto di partenza trova un'affinità maggiore con la nuova specie chimica che ben si amalgama nei componenti. Recuperando la metafora offerta dal romanzo, quasi una sorta di alchimia ci porta all'attrazione verso alcune persone rispetto ad altre, sollecitando l'instaurarsi di rapporti privilegiati. La psicologia ha molto studiato tali combinazioni, ricavandone l'idea che niente sia scontato nella ricerca dei nostri partner ideali ma comunque, il principio comune ineludibile, riguarda la prima esperienza d'amore e gratificazione ricevuta: quella con la madre e/o chi per lei. Dobbiamo andare all'origine del nostro sviluppo evolutivo per riconoscere come quel vissuto iniziale di relazione diventi modello interiorizzato⁽²⁾. È lì che si deposita quel nucleo di relazione che diventa il modello silenzioso su cui costruiamo il nostro stare al mondo e che ricerchiamo incessantemente, per similitudine, nei contesti quotidiani (Mortari, 2023). È proprio all'interno di queste esperienze rassicuranti, isole di stabilità emotiva che fungono da bussole interiori, che diventa possibile scorgere la «seconda via» indicata da Calvino: quelle forme di convivenza meno «infernali», dove l'Altro non è una minaccia alla propria *performance*, ma lo specchio necessario per ritrovare il senso del «Noi».

L'Altro come specchio: identità e relazione

L'itinerario di maturazione della personalità si snoda attraverso le interazioni quotidiane, sancendo il passaggio dalla dipendenza infantile all'autonomia e alla soggettività. In questo processo, l'Altro gioca un ruolo fondamentale. Come afferma Paul Ricoeur (1990), «è il confronto, l'accettazione dell'altro che permette la lettura di sé» (p. 410). Tuttavia, le relazioni possono essere fonte sia di gratificazione che di tormento, poiché relazionarsi significa confrontarsi non solo con l'altro, ma con il proprio corpo, il piacere e le frustrazioni della competizione. Il rischio odierno è che prevalga un «dover essere» (immagine, superficie) rispetto a un «dover fare» (azione, competenza). Questo «dover essere» impone limitazioni e sofferenze, costringendo l'individuo a gareggiare e a misurarsi in continuazione con grande dispendio di energie e risorse non sempre evidenti. Oggi si profila il rischio di una pericolosa inversione valoriale, in cui il «dover essere», inteso come la proiezione di un'immagine di successo e l'ossessiva cura della superficie, finisce per soppiantare il «dover fare», ovvero la dimensione dell'azione, della competenza autentica e della costruzione di valore. Tale pressione estetica e performativa genera un ambiente di costrizione e di ansia costante, svalutando l'autenticità

e imponendo all'individuo la necessità di competere in uno scenario di solitudine radicale, dove l'altro non è un compagno di viaggio, ma un potenziale rivale nella gara per la visibilità. Lo dimostrano bene i media, quando il “dover essere” si esaurisce nell'ossessiva proiezione di un'immagine di successo. Questa pressione performativa trasforma lo specchio dell'Altro in uno schermo freddo: l'Altro non serve più per “leggerci” dentro, ma solo per confermare la nostra superficie. Tale deriva impone limitazioni e sofferenze silenziose, costringendo l'individuo a una rincorsa affannosa verso standard di perfezione virtuale con un dispendio di energie psichiche immenso e spesso invisibile. In questo scenario, l'autenticità viene svalutata a favore della simulazione e l'individuo si trova a gareggiare in una “città invisibile” dove la connessione costante nasconde una solitudine radicale. Qui, l'altro cessa di essere un compagno di viaggio – un “tu” con cui costruire senso – per ridursi a un potenziale rivale o a un mero strumento di validazione sociale. Questa “estetica della prestazione” svuota il desiderio della sua forza propulsiva, rendendo i legami fragili e sottomessi alla logica dell'usa e getta. Se l'Altro è solo un voto o un “like” alla nostra immagine, svanisce la possibilità di quel riconoscimento profondo che è l'unica vera cura contro il disagio della civiltà.

LA MORALE DEL NOI E LA NECESSITÀ ONTOLOGICA DELL'ALTRO

Il contributo di Tzvetan Todorov si innesta in questo quadro come una risposta etica alla deriva solipsistica della modernità liquida. In una società segnata da una “pluralità di solitudini” che non riesce a farsi comunità, Todorov propone che il costume morale della civiltà coincida con le “virtù quotidiane”. Dal punto di vista della soggettività, questo significa riconoscere che l'altro non è un accessorio, ma una necessità estrema per la costituzione del Sé. “Ciò che è universale e costitutivo dell'umanità è che noi entriamo, fin dalla nascita, in una rete di relazioni interumane, dunque in un mondo sociale; ciò che è universale è la nostra comune aspirazione a possedere il senso dell'esistenza” (Todorov, 1998, p. 109). Il preoccuparsi per l'Altro non è solo un precetto morale, ma un atteggiamento pragmatico che condiziona il destino di ciascuno. In un mondo dove il profitto tende a quantificare i bisogni qualitativi, Todorov ci invita a una presa di posizione etica che rilanci il valore dell'accoglienza fuori dalle logiche di mercato. La sua prospettiva suggerisce che solo attraverso l'impegno verso la differenza e il riconoscimento della profondità dei valori umani si possa evitare il “baratro” dell'oblio, trasformando l'incontro con l'Altro da fonte di angoscia a fondamento della propria identità. È nella costruzione di una vita sociale che storicamente l'individuo è potuto affermarsi come “un principio ed un valore”, cioè come una *persona* in senso pieno: un essere non solitario ma sociale, costituitosi non contro l'altro ma insieme con l'altro, grazie alla *coniugazione di libertà ed uguaglianza*. In questo processo l'affettività non è un accessorio ma ha un ruolo essenziale nella realizzazione di questa dimensione sociale: sia per i sentimenti che partecipano alla costruzione della vita reale, che per l'emozione che si muove sempre

verso l'esterno (*e-movere*), pur attraversando il nostro mondo interno. Tuttavia, oggi questo movimento rischia di disperdersi in un “sociale indistinto” che si è elevato a primo, discutibile educatore. Todorov (1998) avvertiva che l'uomo non può realizzarsi senza lo sguardo dell'altro, ma precisava che questo sguardo deve essere “significativo”. In assenza di istituzioni intermedie – scuola, famiglia, comunità – che medino i contenuti e gli stili relazionali, l'affettività viene risucchiata dalla massa indistinta del *web*. Per fare un esempio, in assenza di istituzioni intermedie che mediano i contenuti, le modalità, gli stili di relazione, l'affettività, la massa indistinta del *web* può avere una funzione amplificatoria. Qui, il bisogno di riconoscimento analizzato da Todorov subisce una distorsione: invece di una ricerca di senso condiviso, si trasforma in una gara narcisistica per la visibilità ipermoderna. Per contrastare questo mix di individualismo e cinismo, è necessario che i sistemi educativi adottino modelli di alfabetizzazione emozionale. Non si tratta solo di trasmettere conoscenze, ma di fornire le competenze per abitare la complessità, trasformando la “lotta per il riconoscimento” in una prassi di cura. Come suggerito da Todorov, la vita comune è l'unica via per passare dalla sopravvivenza biologica all'esistenza etica: educare all'emozione significa, dunque, ricostruire quelle “soglie” dove l'io e il noi possono finalmente tornare a dialogare.

IL SACRIFICIO PULSIONALE E L'EROS SOCIALE: RILEGGERE IL “DISAGIO”

L'accento sulla “pluralità di solitudini” trova una radice profonda nella metapsicologia freudiana, in particolare nelle riflessioni de *Il disagio della civiltà*. Freud postula che il progresso civile richieda al soggetto una rinuncia pulsionale: per abitare la città senza soccombere all'aggressività primaria, l'individuo deve barattare una quota di felicità (intesa come soddisfacimento immediato dei desideri) in cambio di sicurezza. Tuttavia, nella società contemporanea questo patto sembra essersi incrinato. La “tracotanza dell'io” e il “mito della crescita” hanno trasformato la rinuncia in un vuoto di senso, dove l'isolamento non è più una protezione, ma una patologia del legame sociale. Se per Freud la civiltà è un processo al servizio dell'*Eros* – volto a legare insieme gli individui in unità sempre più vaste – la deriva odierna verso il “Potere” come sostantivo sembra favorire le spinte disgreganti di *Thanatos*. In questa prospettiva, l'isolamento non è più una protezione, ma una patologia del legame sociale. La pulsione di morte, oggi, si maschera da indifferenza e “liquidità” dei legami. Affermare la necessità di relazioni “sostenibili” e “autentiche” significa, in chiave psicoanalitica, rilanciare la funzione dell'*Eros* contro la pulsione di morte che isola e frammenta. Passare “dal destino al progetto” implica dunque un atto di volontà soggettiva: non subire passivamente il disagio della civiltà come un inferno inevitabile, ma reinvestire libido nell'incontro con l'Altro. Nel nostro tempo il procedere in questa direzione è tutt'altro che facile e per molti versi è stato preconizzato. Infatti, c'è un passaggio emblematico nel pensiero freudiano e nella sua rilettura che forse vale la pena attualizzare: «*Mentre l'umanità ha fatto progressi costanti nella*

conquista della natura e può aspettarsene di più grandi ancora, un analogo progresso nella regolazione umana della convivenza non può venire accertato con sicurezza ed è probabile che in ogni tempo, come di nuovo anche oggi, molti uomini si siano domandati se quel poco di civiltà che è stato acquisito meriti davvero di esser difeso". (Freud, 1929, p. 147). Certamente oggi ci interroghiamo sul valore dei nostri rapporti, ma anche sulle direzioni che possono dare alla ricerca degli equilibri di convivenza. In questo modo, l'accettazione del limite non è più solo una costrizione sociale, ma diventa la condizione di possibilità per un'esistenza felice, dove il riconoscimento reciproco funge da unico vero argine al baratro dell'insignificanza.

La trappola della visibilità e il paradosso dell'ascolto

La cultura dell'immagine e dell'apparire tipica della nostra epoca trasforma ogni spazio di vita in un palcoscenico. Questo imperativo alla visibilità genera un ambiente artificioso, dove l'individuo si sente obbligato a "mettersi in scena" piuttosto che a esistere semplicemente. L'autenticità viene svalutata a favore del compiacimento della propria immagine e la conseguenza diretta di questa deriva è una distorsione del legame: anziché orientare le risorse psichiche verso la costruzione di relazioni generative e "produttive di bene", l'energia libidica rifluisce verso un'affermazione egoica sterile. Banalmente tendiamo a scordare, rimuovere, o addirittura a negare con forza, la vulnerabilità intrinseca che ci costituisce: il bisogno strutturale dell'incontro con l'Altro per definire chi siamo. Ma che significa? Cosa cerchiamo in un rapporto? Le risposte non facili implicano uno spostamento dello sguardo, comportano il vedere non solo la superficie, ma ciò che attraverso l'altro si apre. Come afferma Edmond Jabès con un messaggio potente: *«La mediocrità quotidiana è il trionfo del soggetto metafisico, pieno, visibile, forte della sua pretesa. Gioco della verità prepotente e stupido, cui normalmente ci adagiamo [...]»* (1991, p. 13). Il "soggetto pieno" di cui parla Jabès è colui che non ha crepe, che non ha dubbi, che occupa tutto lo spazio con la sua voce. Al contrario, vedere oltre la superficie richiede un'operazione controintuitiva di "abbassare la voce": il vedere attraverso l'Altro, oltre la superficie. Non si tratta di imboccare la via della rassegnazione o dell'immobilità inerte, ma di creare uno spazio di vuoto necessario all'accoglienza. Abbassare la voce significa rinunciare alla pretesa di avere sempre l'ultima parola per imparare l'arte difficile dell'ascolto. Paradossalmente, in un mondo che urla per essere visto, il *so-stare* nella modestia del confronto diventa un atto di resistenza che restituisce dignità all'interlocutore e profondità al legame. In questo senso, entrare in rapporto significa smettere di subire l'inferno come un destino, per iniziarne il riscatto: un agire per la costruzione e manutenzione delle relazioni che ci permette, finalmente, di abitare la complessità non come solitudini parallele, ma come costruttori di un senso comune.

Verso un'etica della cura e del progetto

Questo cantiere relazionale non può poggiare sull'improvvisazione, ma richiede un nuovo orientamento del fare: un passaggio cruciale che ci conduce ad affrancarci dal peso di stereotipi, sospetti immaginari e identificazioni con le proprie mancanze. Un atteggiamento

pro-attivo, necessario per riscoprire il disegno delle proprie potenzialità, spostando il focus verso ciò che siamo capaci di fare, riconoscendo le nostre risorse. In un'epoca in cui la logica del profitto e della prestazione consuma i paesaggi dell'anima e rende i legami fragili e s/connessi, la risposta alla complessità – che consuma risorse naturali e sociali rendendo i rapporti precari – risiede nella costruzione di relazioni autentiche e sostenibili. È in questa assunzione di responsabilità verso l'Altro che il limite si fa soglia, traghettandoci dal peso della sopravvivenza alla dignità della scelta. Questo impegno, implica un posizionamento etico che richiama la solidità della pietra, evoca la leggerezza dell'aria e poggia le fondamenta su tre principali sguardi:

- Rifiuto della strumentalizzazione (oltre le città di vetro): seguendo il paradigma kantiano (Kant, 1785), la persona deve rimanere un fine, un orizzonte ultimo, e non un mezzo, un ingranaggio: l'ideologia della sopraffazione crea sconfitti, mentre la cultura della relazione arricchisce la vita. Se l'ideologia della sopraffazione trasforma il mondo in una “città continua” che macina i suoi abitanti, la cultura della relazione agisce come un atto di resistenza: rigenera il tessuto sociale e riconosce in ogni volto un fine inviolabile.
- La fecondità della soglia (elogio del limite): assumere consapevolezza del limite e adeguare i comportamenti per renderli produttivi di bene. Come le arcate di una città non esisterebbero senza il vuoto che le delimita, così accettare il limite non è una resa, ma la condizione stessa della forma. Abitare consapevolmente i propri confini permette di trasformare la mancanza in uno spazio generativo, un vivaio in cui il bene comune non è più utopia, ma architettura quotidiana.
- Durata *vs* Provvisorietà: contro la tendenza alla provvisorietà, siamo chiamati a promuovere la durata e la responsabilità nelle relazioni.

A conclusione di questa riflessione, e pur mantenendo l'analisi sul piano generale, desidero condividere un'osservazione fondamentale, un punto da cui sono partita e a cui ho sempre fatto ritorno, al di là dei diversi approcci teorici affrontati. In ultima analisi, il senso e il valore che ciascuno assegna alla propria esistenza, pur nelle diversità degli esiti di vita, si innesta invariabilmente su un'unica, medesima circostanza: il riconoscimento che ci consente di avere significato per qualcuno e, di conseguenza, per noi stessi. Questo principio non è un dettaglio accessorio, ma la base ineludibile che permette a ogni persona di orientarsi e affrontare con significato le successive stagioni dell'esistenza. Senza lo specchio dell'Altro che ci restituisce un'immagine dotata di senso, il soggetto resta prigioniero di quel “disorientamento” descritto in apertura.

Crescere in relazioni mature, dunque, significa imparare l'accoglienza e la cura, affrancandosi finalmente dalla necessità nevrotica che l'Altro risponda perfettamente alle nostre aspettative o colmi ogni nostra mancanza. È in questo scarto che il desiderio smette di essere nostalgia passiva per farsi motore di cambiamento. Solo trasformando i desideri in opzioni che dipendono dal nostro agire consapevole, e non da una pretesa sull'Altro, possiamo spera-

re di abitare una città, e una psiche, meno infernali. È questo l'impegno etico che ci attende: riconoscere l'Altro per ritrovare noi stessi, e insieme, far durare ciò che inferno non è.

Note

1. Goethe J.W. (1809). *Die Wahlverwandtschaften*. Trad. it. *Le affinità elettive*, Newton & Compton Editori, Roma 2004, p.50.
2. Mortari C. (2023). *Affetti s/connessi. Rigenerare sentimenti e legami nel tempo che divide*. Mimesis Editore, Milano.

Bibliografia

Basaglia, F. (1979). *Conferenze brasiliane*. Raffaello Cortina, Milano, 2000.

Calvino, I. (1972). *Le città invisibili*. Einaudi, Torino.

Freud, S. (1929). Il disagio della civiltà. *O.S.F.*, Vol. 10. Bollati Boringhieri Editore, Torino.

Goethe, J.W. (1809). *Die Wahlverwandtschaften*. Trad. it. *Le affinità elettive*. Newton & Compton Editori, Roma, 2004.

Kant, I. (1785). *Fondazione della metafisica dei costumi*. Trad. it. Rusconi, Milano, 1994.

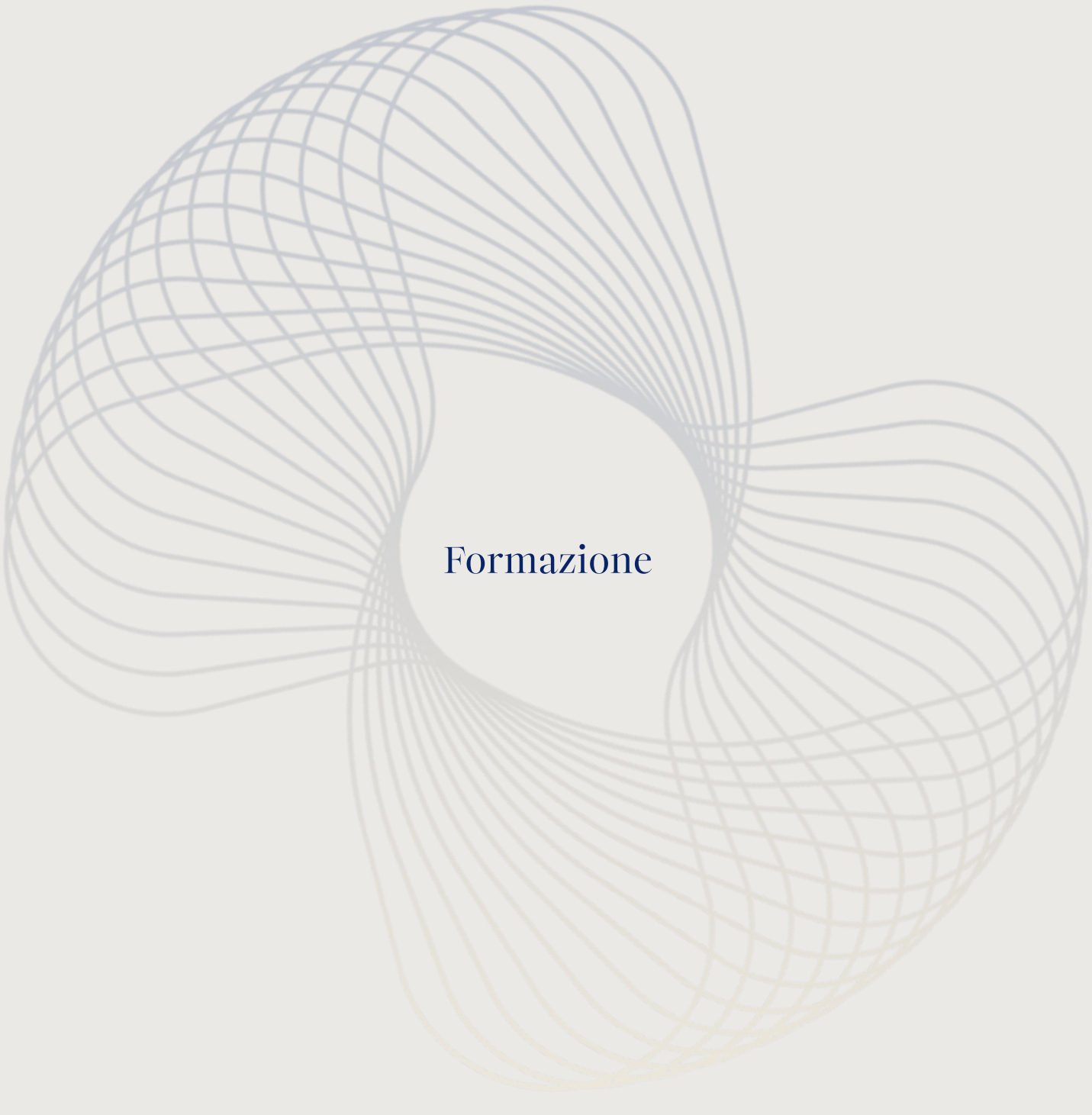
Jabès, E. (1991). *Uno straniero con, sotto il braccio un libro di piccolo formato*. A cura di A. Folin, SE, Milano.

Mortari, C. (2013). *Desideri sostenibili. Crescere in relazioni mature*. La Meridiana, Molfetta, Bari.

Mortari C. (2023). *Affetti s/connessi. Rigenerare sentimenti e legami nel tempo che divide*. Mimesis Editore, Milano.

Ricoeur, P. (1990). *Sé come un altro*. Trad. it. Jaca Book, Milano, 1993.

Todorov, T. (1995). *La Vie commune: Essai d'anthropologie générale*. Éditions du Seuil, Paris, 1995. Trad. it. *La vita comune. L'antropologia generale nel pensiero francese*. Pratiche Editrice, Milano, 1998.

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 to curve around the central space. The overall shape is somewhat circular but with elongated, flowing edges. The lines are a light, muted blue-grey color.

Formazione

Dalla fantasia alla realtà: la relazione uomo–animale come snodo terapeutico nelle psicosi gravi

Cristina Brunialti

I. INTRODUZIONE

Nel corso dell'ultimo decennio abbiamo condotto un percorso terapeutico innovativo con pazienti affetti da patologie psichiatriche gravi. L'esperienza si è svolta presso l'associazione del privato sociale "Sympatheia". Il progetto si è sviluppato complessivamente nell'arco di cinque anni, dal 2013 al 2017, all'interno di un contesto di privato sociale, comprendendo diverse attività di studio e sperimentazione clinica in setting gruppali che integravano arte, natura e relazione con l'animale. In particolare, il dispositivo clinico oggetto di questo articolo ha avuto una durata di circa sei mesi. Il lavoro con l'animale veniva realizzato in collaborazione con un centro cinofilo e l'équipe era composta da: due psicoterapeuti a orientamento psicodinamico, un artista e un conduttore cinofilo. Era inoltre prevista la presenza di un medico veterinario con funzione di osservazione, al fine di monitorare e garantire il benessere dell'animale, esposto a stimoli relazionali talvolta intensi. Un elemento centrale del dispositivo era rappresentato dal lavoro preparatorio e di elaborazione dell'équipe: prima degli incontri venivano svolte riunioni di confronto e supervisione tra pari; al termine di ogni incontro era previsto un primo momento di condivisione a caldo, seguito da ulteriori incontri di rielaborazione nei giorni successivi. Questo lavoro "dietro le quinte", fondato su un dialogo aperto tra professionisti di ambiti differenti, ha costituito una componente essenziale del dispositivo, favorendo la comprensione clinica e lo sviluppo del modello. La natura multidisciplinare e aperta dell'équipe ha rappresentato un elemento di particolare ricchezza clinica, pur implicando una significativa complessità nella gestione e nella tenuta del dispositivo gruppale.

Si ritiene importante sottolineare come il modello proposto, sia nei suoi contenuti clinici sia nella strutturazione dell'équipe e nell'integrazione della relazione con l'animale, risulti potenzialmente riproducibile anche in contesti più istituzionali, quali centri diurni o strutture residenziali, previa adeguata formazione e organizzazione del setting.

Tale esperienza si è fondata sull'integrazione della relazione uomo–animale all'interno di un *setting* analitico a orientamento psicodinamico. L'ipotesi clinica che ha guidato il nostro intervento si basa su un assunto condiviso da diversi modelli psicoanalitici contemporanei: se le psicosi si strutturano nelle fasi più precoci dello sviluppo, in un tempo pre-verbale in cui il Sé non ha ancora acquisito confini stabili e il pensiero simbolico non è pienamente operativo, allora la terapia deve poter agire proprio in quella stessa area primaria dell'esperienza (Bion,

1962; Bollas, 1987; Ogden, 1994; Stern, 2004).

Questa fase precoce dello sviluppo è caratterizzata da una relazione primaria non ancora simbolizzata, in cui il soggetto è esposto a vissuti di frammentazione, invasione o ritiro, e in cui le capacità di rappresentazione e di differenziazione Sé/Altro risultano fragili o disorganizzate. In tale prospettiva, il lavoro terapeutico non può limitarsi a un intervento verbale o interpretativo, ma necessita di dispositivi capaci di coinvolgere il corpo, l'affettività e la relazione concreta, offrendo un'esperienza di contenimento e trasformazione delle emozioni primitive. La relazione con un animale, nella fattispecie con un cane, si è rivelata, nella nostra esperienza clinica, particolarmente efficace nel riattivare dinamiche originarie della relazione primaria, permettendo l'emergere di processi di proiezione, introiezione e identificazione in un contesto vivo e relazionale. È importante sottolineare che l'introduzione del cane nel *setting* non è avvenuta secondo il modello della *pet therapy*, intesa come intervento di tipo prevalentemente educativo, ricreativo o di supporto emotivo. Al contrario, l'animale è stato pensato e vissuto come un vero e proprio apparato analitico, inserito in un campo gruppale strutturato, osservato e considerato a partire dai movimenti transferali e controtransferali che si attivavano tra pazienti, terapeuti e animale stesso.

Il cane, in quanto Altro vivente, corporeo e imprevedibile, ha costituito un polo relazionale non riducibile alla fantasia onnipotente del paziente, rendendo visibili le modalità di contatto, di evitamento, di fusione o di aggressività, e sollecitando processi di regolazione affettiva e differenziazione del Sé. In questo senso, il lavoro si è configurato come un'esperienza analitica complessa, in cui il controtransfert dell'*équipe* – individuale, gruppale e legato alla presenza dell'animale – ha rappresentato uno strumento fondamentale di comprensione clinica. Il quadro teorico di riferimento si fonda su contributi provenienti da differenti orientamenti psicoanalitici post-freudiani, tra cui il pensiero bioniano sul contenitore e la trasformazione degli elementi beta, le riflessioni di Bollas sulle esperienze emotive non simbolizzate, gli sviluppi relazionali e intersoggettivi di Ogden, la prospettiva evolutiva di Stern, nonché il contributo junghiano alla comprensione della psicosi come condizione caratterizzata da un'invasione dell'inconscio e da un funzionamento concreto delle immagini archetipiche. Questa pluralità di riferimenti teorici ha permesso di costruire un impianto clinico capace di leggere i fenomeni emergenti nel *setting* in modo integrato, senza ridurli a un unico modello esplicativo.

In questo lavoro presentiamo i risultati teorici e clinici di tale esperienza, articolata in due modalità operative: una centrata sull'elaborazione immaginativa e artistica della relazione uomo-cane (gruppo di controllo), e una fondata sull'incontro diretto e concreto con l'animale reale (gruppo sperimentale). Tuttavia, è importante precisare che, nel gruppo sperimentale, il lavoro immaginativo e simbolico ha accompagnato l'intero percorso terapeutico ed è stato affiancato, in momenti specifici, dall'incontro esperienziale con il cane e il suo conduttore. Nel gruppo di controllo, invece, la relazione uomo-animale è stata esplorata esclusivamente

attraverso la fantasia, le immagini e il lavoro artistico, senza la presenza dell'animale reale. Il confronto tra fantasia e realtà ha così rappresentato l'asse teorico e clinico dell'intervento, consentendo di osservare come l'introduzione dell'Altro vivente, reale e imprevedibile, accanto al lavoro immaginativo, favorisca il passaggio da una dimensione autoreferenziale a una relazione eterodiretta, costituendo uno snodo terapeutico centrale nel trattamento delle psicosi gravi.

2. CONTESTO TEORICO

2.1 PSICOSI, RELAZIONE PRIMARIA E FUNZIONE SIMBOLICA

Le patologie psichiatriche gravi, e in particolare le psicosi, sono state descritte da diversi autori come espressione di un fallimento precoce nei processi di strutturazione del Sé e della relazione con l'Altro. Tali disturbi si organizzano in una fase dello sviluppo in cui il pensiero simbolico non è ancora pienamente costituito e l'esperienza psichica è prevalentemente corporea, affettiva e pre-verbale.

Secondo Bion (1962), nei quadri psicotici risulta compromessa la *funzione alfa*, ovvero la capacità della mente di trasformare le esperienze sensoriali ed emotive grezze, non pensabili (*elementi beta*), in contenuti psichici dotati di forma e significato (*elementi alfa*). Tale trasformazione avviene originariamente all'interno della relazione primaria attraverso la funzione di contenimento: la madre, o la figura di accudimento, accoglie gli stati emotivi primitivi del bambino, li metabolizza nella propria mente e li restituisce in una forma tollerabile e pensabile. Quando questa funzione contenitiva fallisce, gli elementi beta non possono essere trasformati e vengono evacuati attraverso il corpo, l'agito o la frammentazione psichica, generando vissuti di angoscia senza nome e disintegrazione del Sé.

Secondo Jung (1954), la psicosi è caratterizzata da una profonda compromissione della funzione simbolica dell'Io, che non riesce più a sostenere la tensione tra gli opposti psichici – interno ed esterno, soggetto e oggetto, realtà e fantasia. In tali condizioni, l'Io perde la capacità di mediazione, e l'esperienza psichica tende a organizzarsi in modo concreto, scisso e polarizzato. Jung descrive questo funzionamento come una forma di “invasione dell'inconscio”, non tanto in senso quantitativo, quanto qualitativo: i contenuti inconsci non possono essere simbolizzati né tenuti in una relazione dialettica con la coscienza, ma vengono vissuti in modo immediato e letterale. In questa prospettiva, il riferimento junghiano non riguarda i contenuti archetipici in quanto tali, ma la perdita o la mancata costituzione della funzione simbolica, che nella psicosi rende l'immagine concreta e invasiva anziché mediatrice di significato.

La difficoltà fondamentale del paziente psicotico risiede, quindi, nell'impossibilità di tollerare l'ambivalenza e la coesistenza degli opposti, condizione necessaria per il funzionamento simbolico. In assenza di questa capacità, le immagini psichiche non assumono una funzione rappresentativa o trasformativa, ma vengono esperite come realtà concrete, corporee o per-

secutorie. In questa prospettiva, il lavoro terapeutico non può puntare direttamente all'interpretazione del contenuto, ma deve anzitutto favorire la costruzione di una relazione sufficientemente contenitiva, capace di sostenere gradualmente la tensione emotiva senza ricorrere alla scissione o all'agito.

Questa concezione dialoga implicitamente con il modello kleiniano del passaggio dalla posizione schizoparanoide alla posizione depressiva, nella misura in cui entrambe le prospettive individuano nella capacità di tollerare l'ambivalenza e l'integrazione degli opposti un passaggio cruciale per lo sviluppo del pensiero simbolico e della relazione con l'Altro.

Secondo Bollas (1987), molte esperienze emotive precoci non vengono rimosse e non giungono mai a una rappresentazione simbolica, poiché avvengono in una fase dello sviluppo in cui il bambino non dispone ancora di un apparato psichico in grado di pensarle. Tali esperienze si strutturano quando la funzione trasformativa dell'oggetto primario risulta insufficiente: l'ambiente non riesce a ricevere, contenere e restituire gli stati emotivi del bambino in una forma pensabile. In altri casi, si tratta di vissuti troppo intensi, disorganizzanti o precoci per poter essere simbolizzati, oppure di esperienze ambientali ripetute (climi relazionali, assenze, incoerenze) che agiscono in modo implicito senza mai diventare oggetto di pensiero. Bollas definisce questi vissuti come *unthought known*, conoscenze emotive che abitano il Sé senza essere mai state pensate, e che continuano a manifestarsi attraverso il corpo, l'affetto, l'agito e le dinamiche transferali, piuttosto che attraverso il linguaggio simbolico.

Ogden (1994) sottolinea come, nelle psicosi, i confini tra Sé e Altro risultino fragili o collassati, rendendo difficile la distinzione tra esperienza interna ed esterna. In tali condizioni, gli affetti e le immagini non assumono una funzione simbolica, ma vengono vissuti in modo concreto e immediato, spesso come intrusioni provenienti dall'esterno. Il pensiero risulta così compromesso, e l'esperienza psichica tende a organizzarsi prevalentemente sul piano corporeo e percettivo. In questo contesto, il controtransfert assume una funzione centrale: il terapeuta è chiamato a sentire nel proprio apparato psichico, e spesso anche sensoriale, ciò che il paziente non è ancora in grado di pensare o rappresentare. Sensazioni psicocorporee, stati emotivi grezzi e vissuti confusivi possono così emergere nell'analista come modalità comunicative primitive che richiedono di essere tollerate, contenute e trasformate. Il controtransfert non si configura, quindi, soltanto come strumento di comprensione, ma come spazio vivo di elaborazione che implica una revisione della posizione dell'analista, coinvolto in modo profondo nel campo intersoggettivo e affettivo della relazione terapeutica.

Stern (2004) ha mostrato come le fragilità psicopatologiche più profonde si strutturino nelle primissime fasi dello sviluppo, all'interno di una relazione ancora pre-verbale e corporea. Il senso di Sé si costruisce attraverso ripetute esperienze di sintonizzazione affettiva e di regolazione condivisa degli stati emotivi che permettono al soggetto di sviluppare un senso di continuità e coerenza interna. Quando tali processi risultano interrotti, incoerenti o eccessivamente disorganizzanti, l'esperienza emotiva non può essere integrata, dando origine

a fratture precoci nel senso del Sé. Nelle psicosi, queste fragilità diventano strutturali e si manifestano come difficoltà nella regolazione affettiva, nella percezione dei confini e nella simbolizzazione dell'esperienza. Inoltre, Stern sottolinea come la possibilità di trasformazione passi attraverso il “momento presente”, ovvero micro-eventi relazionali intensi, corporei e affettivi che precedono la rappresentazione simbolica e che possono offrire nuove esperienze di regolazione anche in assenza di un linguaggio condiviso.

Winnicott (1951) distingue tra l'oggetto transizionale e lo spazio intermedio dell'esperienza, due concetti strettamente connessi ma non sovrapponibili. L'oggetto transizionale è un oggetto concreto, scelto dal soggetto che svolge una funzione di mediazione tra il mondo interno e quello esterno, sostenendo il processo di separazione e la continuità affettiva. Lo spazio intermedio dell'esperienza, invece, non coincide con l'oggetto, ma rappresenta un campo psichico-relazionale in cui l'esperienza può essere vissuta come né puramente interna né puramente esterna. È in questo spazio che diventano possibili il gioco, la creatività e la simbolizzazione. Nelle psicosi, tale spazio risulta spesso fragile o non sufficientemente costituito, rendendo difficile l'uso simbolico dell'esperienza e favorendo modalità concrete o persecutorie di relazione con la realtà. In questa prospettiva, la presenza dell'animale e il lavoro artistico possono essere intesi non come semplici oggetti transizionali, ma come dispositivi capaci di contribuire alla costruzione di uno spazio intermedio condiviso, all'interno del quale l'esperienza corporea ed emotiva può essere gradualmente trasformata e resa pensabile.

2.2 Sintesi degli elementi comuni ai riferimenti teorici

Il riferimento ai diversi modelli teorici non intende proporre una sintesi eclettica dei contenuti, ma mettere in dialogo prospettive convergenti sul funzionamento pre-simbolico e corporeo della psicosi. Nonostante le differenze teoriche e di linguaggio, gli autori di riferimento qui considerati convergono su alcuni punti fondamentali che risultano centrali per la comprensione e il trattamento delle psicosi gravi. In primo luogo, tutti riconoscono che le fragilità psicotiche affondano le loro radici in epoche precoci dello sviluppo, in una fase pre-verbale e corporea in cui il Sé non è ancora strutturato e la simbolizzazione non è disponibile. L'esperienza psichica, in queste condizioni, tende a manifestarsi attraverso affetti grezzi, immagini concrete, sensazioni corporee e modalità relazionali primitive.

Un secondo elemento condiviso riguarda la compromissione della funzione mediatrice dell'Io e dei confini tra mondo interno ed esterno che nelle psicosi risultano fragili o collassati. Ciò comporta una difficoltà a utilizzare l'esperienza in modo simbolico e una prevalenza di modalità concrete, invasive o persecutorie di relazione con la realtà. In questo quadro, l'interpretazione verbale risulta spesso insufficiente o prematura, mentre assume un ruolo centrale la funzione di contenimento, regolazione e tenuta offerta dal *setting* e dalla relazione terapeutica.

Infine, tutti gli approcci considerati sottolineano il valore trasformativo dell'esperienza relazionale vissuta nel qui-e-ora, intesa come spazio intermedio in cui l'esperienza emotiva

può essere accolta, modulata e gradualmente resa pensabile. Il corpo, la sensorialità, il controtransfert e la dimensione affettiva condivisa diventano così strumenti fondamentali del processo terapeutico. In questa prospettiva, l'introduzione di dispositivi relazionali concreti, come la presenza dell'animale e il lavoro artistico, non rappresenta un elemento accessorio, ma una modalità coerente di intervento volta a ricostruire le condizioni minime per l'emergere di uno spazio simbolico e di una differenziazione del Sé.

3. METODO

Alla luce dei presupposti teorici delineati, il modello clinico è stato pensato come uno spazio terapeutico capace di operare su registri pre-verbali, corporei principalmente sensoriali e relazionali, laddove le modalità simboliche e narrative risultano fragili o non ancora accessibili. Il metodo adottato si fonda sull'ipotesi che, nei quadri psicotici gravi, il lavoro terapeutico debba prioritariamente favorire esperienze di contenimento, regolazione affettiva e differenziazione del Sé attraverso la relazione, prima ancora che attraverso l'elaborazione interpretativa.

Il *setting*, quindi, è stato strutturato come un campo multidimensionale, in cui la presenza dell'animale e il lavoro artistico sono stati integrati in modo stabile all'interno di un impianto psicodinamico, con l'obiettivo di offrire ai pazienti un'esperienza concreta e condivisa capace di attivare microprocessi di mentalizzazione progressiva. In questa cornice, il dispositivo gruppale, il corpo, la dimensione sensoriale e il controtransfert dell'*équipe* terapeutica hanno costituito strumenti clinici centrali per l'osservazione e la trasformazione dei vissuti emotivi primitivi.

A partire da tali premesse, l'esperienza clinica è stata articolata in due dispositivi distinti, differenziati dalla presenza o meno dell'animale reale, al fine di esplorare il ruolo specifico dell'incontro con l'Altro vivente nella modulazione dell'esperienza psicotica. L'animale non viene assunto come oggetto idealizzato o riparativo in sé, ma come presenza reale e imprevedibile, capace di introdurre limiti, frustrazioni e necessità di regolazione all'interno del campo relazionale.

3.1 INQUADRAMENTO METODOLOGICO E ORGANIZZAZIONE DEL SETTING

I pazienti coinvolti nello studio ($n = 15$) sono stati assegnati ai due gruppi secondo una modalità di distribuzione randomizzata, dando origine a un **gruppo sperimentale** ($n = 8$) e a un **gruppo di controllo** ($n = 7$). Entrambi i gruppi hanno funzionato come **piccoli gruppi chiusi**, mantenendo una composizione stabile per l'intera durata del percorso terapeutico. L'esperienza si è svolta nell'arco di **sei mesi**, secondo un modello di **terapia focale a orientamento psicodinamico**, per un totale di **12 incontri**. Gli incontri avevano una **frequenza**

bimensile e una durata di circa **due ore** ciascuno. Il *focus* terapeutico, condiviso e mantenuto costante lungo tutto il lavoro, era rappresentato dalla presenza nel *setting* della relazione uomo-animale e dai vissuti corporei, affettivi e fantasmatici ad essa connessi.

È importante precisare che **in entrambi i gruppi** è stato previsto un lavoro sull'immaginario, sulla fantasia e sulla rappresentazione simbolica della relazione con l'animale. La differenza tra i due gruppi non risiedeva, dunque, nella presenza o assenza del lavoro immaginativo, bensì **nell'introduzione, nel gruppo sperimentale, dell'incontro concreto con un animale reale**, nello specifico un cane, accompagnato dal suo conduttore.

Nel **gruppo di controllo**, la relazione uomo-animale è stata esplorata esclusivamente attraverso **stimoli visivi e immaginativi**: fotografie e brevi video raffiguranti cani in diverse situazioni (gioco, alimentazione, accoppiamento, interazione con altri cani e con esseri umani) venivano proiettati e utilizzati come materiale di attivazione fantasmatico-emotiva. A partire da questi stimoli, i pazienti erano invitati a lavorare in *setting* gruppale attraverso il **disegno a mano libera**, favorendo l'emergere di immagini interne, narrazioni implicite e vissuti affettivi legati alla relazione con l'animale.

Nel **gruppo sperimentale**, oltre a momenti strutturati di lavoro immaginativo e artistico analoghi a quelli proposti al gruppo di controllo, sono stati introdotti, in alcune sedute, **incontri diretti con un cane reale**, accompagnato dal suo conduttore. La presenza dell'animale vivo ha aggiunto una dimensione relazionale concreta, corporea e imprevedibile, che ha profondamente modificato il campo emotivo e gruppale, sollecitando nei pazienti processi di regolazione affettiva, attenzione all'alterità e modulazione del comportamento in funzione di un Altro non umano ma reale.

Gli incontri si svolgevano in una sala interna della struttura ospitante, adeguatamente predisposta per il lavoro gruppale e, nel caso del gruppo sperimentale, per accogliere la presenza dell'animale. In ogni seduta erano presenti stabilmente due **psicoterapeuti a orientamento analitico**, un **artista-terapeuta** e un **conduttore cinofilo** con formazione psicodinamica.

Un elemento centrale del dispositivo metodologico è stato il **lavoro preparatorio e continuativo dell'équipe**, composta da tutte le figure professionali coinvolte. La capacità del gruppo di lavoro di condividere osservazioni cliniche, vissuti emotivi e dinamiche controtransferali si è rivelata fondamentale per la tenuta del *setting* e del gruppo dei pazienti. In questa prospettiva, la stabilità, la coesione e la funzione contenitiva dell'*équipe* hanno rappresentato un prerequisito essenziale per sostenere l'intensità delle esperienze attivate, in particolare nei momenti di incontro diretto con l'animale.

Il dispositivo terapeutico si è così configurato come un **campo relazionale complesso**, in cui la dimensione immaginativa, il lavoro artistico e, nel gruppo sperimentale, l'incontro con il vivente reale hanno agito congiuntamente, rendendo possibile l'emergere, l'osservazione e la trasformazione di vissuti primitivi, corporei e pre-verbali.

I risultati sono da intendersi come ipotesi cliniche qualitative, coerenti con la natura esplora-

tiva del dispositivo e con la complessità del funzionamento psicotico.

4. RISULTATI CLINICI

I risultati emersi dal gruppo sperimentale mostrano un impatto profondo sul piano relazionale, corporeo ed emotivo:

- Attivazione emotiva intensa (pianto improvviso, regressioni motorie, risate incongrue, stati di eccitazione motoria) nel primo approccio con l'animale.
- Sviluppo di capacità empatiche: alcuni pazienti hanno iniziato a riconoscere emozioni nel cane (noia, rabbia, gioia), modulando il proprio comportamento in funzione dell'Altro.
- Contatto corporeo modulato: l'atto di accarezzare il cane ha attivato movimenti originari, con significativi riferimenti inconsci alla suzione, al battito, all'odore.
- Esperienza di fiducia: il cane è stato vissuto come presenza stabile, non giudicante, che "resta" accanto al paziente, senza pretese, senza rifiuto.

Nel gruppo di controllo, invece, si è osservata una buona attivazione dell'immaginario e della produzione artistica, ma con maggiore autoreferenzialità, resistenza alla condivisione e talvolta rigidità simbolica. I disegni hanno mostrato ricorrenze ossessive, immagini persecutorie o fusioni uomo-animale non differenziate.

5. IL CONTROTRANSFERT ANIMALE, ARTISTICO E GRUPPALE

Il controtransfert, concetto centrale nella pratica psicoanalitica, è stato descritto da Jung (1954) come la risposta inconscia del terapeuta ai vissuti del paziente, e da Bion (1962) come un processo dinamico che può offrire al clinico una via di accesso alle proiezioni inconscie del paziente. Nella psicoanalisi contemporanea, Ogden (1994) ha ampliato la nozione sottolineando la natura multidimensionale del controtransfert, includendo aspetti consci e inconsci, individuali e intersoggettivi. Nel nostro *setting*, abbiamo distinto il controtransfert in tre forme specifiche:

- Controtransfert animale: sensazioni arcaiche di fusione e istintualità evocate dalla presenza corporea del cane; identificazioni proiettive incrociate tra paziente, cane e terapeuta; l'animale come "specchio istintuale" delle emozioni del gruppo (Bollas, 1987; Abram, 1996).
- Controtransfert artistico: reazioni emotive e psichiche del terapeuta di fronte all'espressione simbolica e creativa dei pazienti; apertura a contenuti inconsci tramite immagini e metafore artistiche (Milner, 1970; Ferro, 2002).
- Controtransfert gruppare: vissuti emotivi che emergono dalla dinamica collettiva del gruppo, inclusi processi di identificazione, fusione e frammentazione (Kaës, 2007; Anzieu, 1985). Va sottolineato che, nella nostra ipotesi clinica, il controtransfert rappresenta un fenomeno unitario, una risposta emotiva e psichica del terapeuta all'interno del *setting*, che può tuttavia

manifestarsi e declinarsi in forme diverse a seconda degli stimoli e delle dinamiche presenti: animale, artistica, gruppale. Questa visione unitaria si allinea con le riflessioni di Ogden (1994), che considera il controtransfert come un processo complesso e multidimensionale, che integra reazioni consce e inconsce, singolari e collettive.

Inoltre, la letteratura psicodinamica recente evidenzia come il controtransfert, pur mantenendo un nucleo comune, possa articolarsi in modalità specifiche legate alla natura del rapporto terapeutico (Bollas, 1987), al materiale simbolico (Milner, 1970) o alla dimensione gruppale (Kaës, 2007). La nostra distinzione in controtransfert animale, artistico e gruppale, quindi, è una proposta clinica che mira a facilitare l'osservazione e l'intervento nel contesto complesso della terapia integrata uomo-animale e arte, e necessita di ulteriori approfondimenti empirici e teorici.

6. CONCLUSIONI

L'esperienza clinica condotta evidenzia come la relazione diretta con un animale attivi nei pazienti psicotici dinamiche relazionali profonde, corporee e pre-verbali. Tali dimensioni risultano difficilmente accessibili attraverso il solo lavoro simbolico o immaginativo. Tuttavia, è proprio l'integrazione tra l'esperienza concreta e la dimensione artistico-fantasmatica a produrre i cambiamenti più significativi.

I pazienti che hanno potuto alternare l'incontro reale con il cane a momenti di rielaborazione artistica dell'esperienza hanno mostrato un progressivo incremento della capacità di differenziazione del Sé, una maggiore organizzazione narrativa del proprio vissuto e una più ampia tolleranza delle emozioni complesse. La presenza dell'animale introduce nel campo terapeutico un Altro reale, concreto e imprevedibile, che rompe la chiusura narcisistica e sollecita un movimento verso la realtà condivisa. L'arte, dal canto suo, costituisce uno spazio transizionale intermedio, dove l'esperienza corporea può essere rappresentata, trasformata e simbolizzata.

Ne risulta un *setting* terapeutico multidimensionale, nel quale la presenza dell'animale e il lavoro artistico non assumono una funzione accessoria o ancillare, ma si configurano come canali essenziali di cura e di trasformazione, in cui anche il controtransfert dell'*équipe*, nelle sue dimensioni individuale, gruppale e legata alla presenza dell'animale, ha svolto una funzione clinica centrale di contenimento e cambiamento. L'incontro con il vivente – animale, umano, estetico – diviene così un dispositivo generativo che permette al soggetto psicotico di riscrivere, nel corpo e nell'immaginario, una relazione originaria con l'Altro. Il movimento regressivo attivato dal *setting* è inteso, in senso junghiano, come una regressione al servizio dell'Io, sostenuta e contenuta dal dispositivo terapeutico, e non come un ritorno disorganizzante a stati arcaici non mentalizzabili.

In questa prospettiva, la psicoterapia assume una forma “ecologica”, capace di includere nella

cura non soltanto le dimensioni intrapsichiche, ma anche quelle intersoggettive e interspecie, restituendo all'esperienza terapeutica il suo carattere profondamente incarnato, relazionale e vitale.

Pur nella consapevolezza dei limiti legati alla dimensione esplorativa e qualitativa dell'esperienza presentata, il lavoro apre prospettive di ricerca e di applicazione clinica ulteriori, invitando ad approfondire il valore dei dispositivi terapeutici integrati, corporei e relazionali, nella cura delle psicosi gravi.

Bibliografia

Abram, D. (1996). *The Spell of the Sensuous: Perception and Language in a More-Than-Human World*. Vintage Books, New York.

Anzieu, D. (1985). *Il contenitore psichico*. Borla, Roma.

Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. Karnac Books, London, 2004.

Bollas, C. (1987). *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. Columbia University Press, New York.

Ferro, A. (2002). *La mente analitica. Narrazione e trasformazione*. Raffaello Cortina, Milano.

Jung, C.G. (1954). La dinamica dell'inconscio. *Opere*, Vol. 8, Bollati Boringhieri, Torino.

Kaës, R. (2007). *Il legame inconscio: psicologia e psicoanalisi del gruppo*. Borla, Roma.

Kristeva, J. (1997). *La bestia prossima*. Donzelli, Roma.

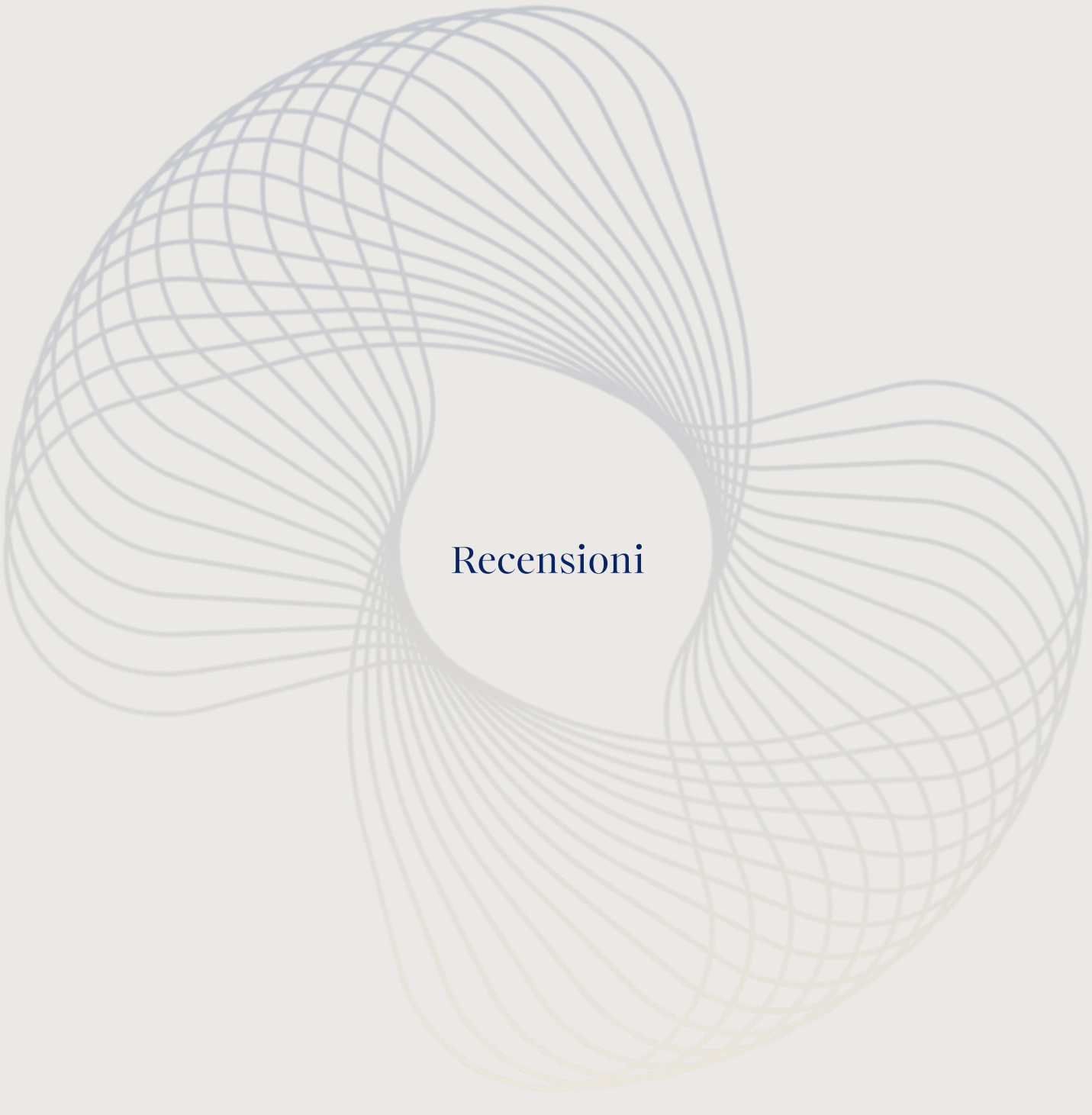
McDougall, J. (1990). *Teatralità del Sé*. Raffaello Cortina, Milano.

Milner, M. (1970). *On Not Being Able to Paint*. Routledge, London.

Ogden, T.H. (1994). *The Subject of the Unconscious: A Study in Psychoanalytic Metapsychology*. Routledge, London.

Stern, D.N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. W.W. Norton & Company, New York.

Winnicott, D.W. (1951). Oggetti transizionali e fenomeni transizionali. In *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma, 1974.

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 pattern is symmetrical and has a complex, woven appearance. The colors of the lines are a mix of light blue, grey, and light yellow, creating a subtle gradient effect.

Recensioni

Il declino del desiderio – Perché il mondo sta rinunciando al sesso

Luigi Zoja

Giulio Einaudi Editore, Torino, 2022

ISBN: 978-88-06-25173-4

Recensione a cura di Daniela Cassano

In questo testo l'Autore affronta un tema molto attuale sul quale la riflessione non si è ancora pienamente sviluppata, forse anche in ambito psicoanalitico. Zoja confronta la situazione odierna con epoche precedenti, in particolare con il secolo scorso che ha visto una grande liberalizzazione dei costumi sessuali alla quale ha contribuito in modo significativo la psicoanalisi, a partire dalle teorie di Freud. Molte pagine del libro sono dedicate a riferire i risultati di indagini, condotte in diversi paesi in tutto il mondo, volte a valutare i cambiamenti delle abitudini sessuali tra i giovani. Dai questionari somministrati si rileva un generale calo nella frequenza dei rapporti sessuali e, più in generale, un minor interesse per questo aspetto del vivere. Il calo generalizzato del desiderio nel secolo XXI è indubbiamente influenzato dal contesto generale in cui si sviluppano le relazioni.

L'Autore sostiene che la sessualità, come molte altre attività umane, non ha uno sviluppo storico lineare. L'atto sessuale umano contiene inscindibilmente un elemento biologico ed un elemento psicologico, il quale viene ogni volta modificato da immagini interiori, sentimenti, emozioni. Ciò fa sì che ogni atto sessuale, anche nello stesso individuo, non possa essere uguale ad un altro. La mente continua a crescere e modificarsi: è questo che rende anche l'attività sessuale sempre differente. Il desiderio non si genera solo attraverso l'*eros*, spinta interiore che scaturisce dal profondo della personalità, ma viene continuamente influenzato e direzionato dai modelli sociali predominanti.

Tra gli elementi di tipo socio-culturale che hanno una grande influenza ci sono quelli legati alla sfera degli interessi economici. Settori produttivi quali quelli dell'abbigliamento, della cosmesi, del *fitness*, dello spettacolo interferiscono in modo notevole su gusti e comportamenti. I nuovi modelli proposti continuamente, ad esempio da *influencer*, definiscono obiettivi e ideali di immagine di sé e di comportamento. Nella contemporaneità, i modelli vincenti esaltano la corporeità nei suoi aspetti di bellezza ed efficienza. Sono particolarmente gli aspetti relativi all'immagine corporea di sé, con il disagio per il proprio corpo, a costituire spesso un nucleo centrale di sofferenza. L'abbassamento dell'autostima è un problema molto diffuso tra i giovani in quanto l'aderenza ai modelli della cultura dominante basati sulla *performance* impone competizioni con se stessi spesso impossibili o quantomeno poco realistiche. La bassa autostima può spingere verso il ritiro, la rinuncia anche alla sessualità, alle relazioni, all'uscire di casa. Il desiderio non può più formarsi né strutturarsi.

Come il mercato ha via via soddisfatto sempre maggiori richieste di oggetti, così ci si aspet-

terebbe che la liberalizzazione sessuale (dalla repressione delle donne e dai sensi di colpa) sia in grado di migliorare sempre e comunque la soddisfazione anche in questo campo.

Tra gli autori che si sono occupati di questi temi (Reich, Fromm, Marcuse) Zoja cita in particolare il contributo in campo sociologico di Zygmunt Bauman, il quale, agli inizi di questo secolo, parla della rivoluzione erotica post-moderna. Essa ha prodotto lo sganciamento dell'erotismo dal rapporto con il sesso, nella sua funzione riproduttiva, da un lato, e dall'amore inteso come fedeltà esclusiva dall'altro. Ma, osserva l'Autore, la dimensione dell'*eros* che comprende gli aspetti emotivi, tra cui il desiderio, la fantasia, il mito e le tradizioni culturali del gruppo di appartenenza, ha radici profonde e non può essere eliminata in così breve tempo, continuando a sopravvivere nell'inconscio. La libertà totale di scelta dell'individuo è tale solo a parole, in realtà si trasforma spesso in una sudditanza che vede la sessualità ristretta al servizio dell'espletamento di funzioni corporee, senza fantasia e desiderio, quindi con poca soddisfazione ed entusiasmo.

Lo scambio sempre più diffuso di foto e video intimi, fino alle declinazioni offensive e lesive del *revenge porn* è un'altra peculiarità del nostro tempo, resa possibile dalla diffusione delle nuove tecnologie. La pornografia online è diventata per molti ragazzi la fonte principale di educazione al sesso. Tali modelli, dice Zoja, sono deleteri in quanto propongono una sessualità in cui l'uomo è sempre pronto e la donna sempre sottomessa. Sono assenti gli aspetti di libido e di tenerezza che sono fondamentali per una relazione veramente soddisfacente. Questi modelli possono risultare ansiogeni per i ragazzi ed umilianti e svilenti per le ragazze. Il risultato netto può essere quello di ridurre l'interesse verso il sesso.

La convinzione dell'Autore si basa sull'idea che la psiche contenga alcuni elementi universali e poco modificabili. Rifacendosi agli studi di Melanie Klein, Zoja osserva che il bambino, a partire dalla seconda metà del primo anno di vita, presenta un innato senso di colpa (*guilt*). In ogni essere umano, sostiene Zoja, esiste un *meccanismo d'inibizione innato*. È una base sulla quale s'innesteranno i divieti che il soggetto introietterà crescendo. I sentimenti di colpa e vergogna legati alla sessualità si sono affievoliti, ma non scomparsi del tutto. Entrano in gioco in situazioni come quelle causate, ad esempio, dal *revenge porn* e attaccano pesantemente l'immagine di sé. Le *app* di *dating* (siti per incontri online) sono molto utilizzate. In teoria rappresentano una semplificazione perché permettono di svolgere una conoscenza preliminare senza dover impegnare la propria presenza fisica, né gestire l'ansia di un incontro, aggirando l'imbarazzo derivante dal dover dare/ricevere un eventuale rifiuto in prima persona. Ma le possibilità di scelta così ampie possono essere ansiogene. L'avere a disposizione molte opzioni diverse, teoricamente tutte perseguibili, crea molta confusione. Ne scaturiscono l'imbarazzo della scelta, con il lavoro intellettuale che essa comporta, e la consapevolezza della possibilità di poter far sempre ancora un'ulteriore scelta, potenzialmente ancor più appetibile e gratificante. Una libertà potenziale così vasta può, paradossalmente, rendere più ansiosi ed insicuri. In cima ai criteri di desiderabilità non sono di solito i ragazzi/e più belli in assolu-

to, ma quelli che godono di maggior interesse e apprezzamento da parte della comunità dei pari. Ottenere pertanto un appuntamento con questi *leader* di classifica significa innanzitutto guadagnarsi la stima del gruppo di appartenenza e soddisfare quindi, soprattutto, un bisogno di visibilità e successo rispetto al gruppo.

Un'altra considerazione di grande interesse che l'Autore propone riguarda il concetto di rispetto e la sua traiettoria nella società odierna. Dal latino *respectare*, il termine significa "guardare indietro", cioè guardare anche ciò che c'è attorno e non solo davanti a sé, ai propri interessi personali. *"Questa dose di riguardo - per esempio, una gradualità segnata da qualche rito nel fare la conoscenza - era dovuta a tutti. Nella società iperconsumistica e orientata al denaro, il rispetto tende invece a essere riservato solo ai ricchi e ai potenti"* (p. 175).

Le relazioni implicano conflitti, contrattazioni, compromessi, richiedono una disponibilità a mettersi in gioco continuamente. Tutto ciò è dispendioso in termini di energie mentali e di fatica, senza considerare gli aspetti di offesa narcisistica che impongono cedimenti e rinunce. Zoja paragona le difficoltà della sessualità ad una sorta di *fatigue*, mutuando un termine spesso usato in medicina per definire situazioni di profonda astenia e perdita d'interesse con conseguenti comportamenti di ridotta iniziativa e depressione dell'umore. Il desiderio e l'*eros* non trovano più posto. L'auspicio è che nuove svolte culturali possano risollevare le sorti dell'affettività per ridarle il suo posto in quella che è una dimensione fondamentale dell'esistenza.

La lettura di questo libro è stata interessante per il tema trattato che pare essere molto presente nella clinica psicoanalitica della contemporaneità. Al di là dell'interpretazione del fenomeno che l'Autore ne propone riferendosi ad archetipi imm modificabili della natura umana, una tesi che può non essere del tutto condivisibile, il testo offre un'analisi puntuale e acuta delle problematiche relative al desiderio nella società di oggi e sottolinea l'imprescindibilità di questo per il mantenimento di buone relazioni emotive e sessuali.

Bibliografia

Bauman, Z. (2001). *On Postmodern Uses of Sex*. Trad. it. *Gli usi post-moderni del sesso*. Il Mulino, Bologna, 2013.

Zoja, L. (2022). *Il declino del desiderio – perché il mondo sta rinunciando al sesso*. Giulio Einaudi Editore, Torino



A.Psi.C. ETS
Associazione Psicoanalisi Contemporanea ETS

Direttrice Responsabile
Daniela Cassano

Direttrice Editoriale
Morena Danieli

Redattrice 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

Rivista semestrale

VI - (I) - Gennaio - Giugno 2026