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

Rivista semestrale

VI - (2) - Luglio - Dicembre 2026

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 - (2) - Luglio - Dicembre 2026

# Indice


Editoriale ..... 6

Teoria e Tecnica Psicoanalitica ..... 8

Ascolto del paziente non nevrotico e setting analitico ..... 9
Maria Teresa Colella

Declinazioni della clinica nel trattamento degli adolescenti ..... 18
Una lettura de *Psicoterapia evolutiva dell'adolescente*
di G. Pietropolli Charmet, S. Bignamini, D. Comazzi
Laura Fattori

Trauma e dissociazione: processo clinico e cambiamento ..... 27
Una lettura di Philip M. Bromberg, *Clinica del trauma e della dissociazione: Standing in the Spaces*, Trad. It. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007.
Giulia Brolato

Casi clinici ..... 40

Dalla comprensione della psicopatologia al trattamento analitico ..... 41
Una lettura di *Lavorare con i pazienti difficili* di Franco De Masi,
Bollati Boringhieri, Torino, 2012
Daniela Cassano

Interfacce ..... 56

Corriamo insieme: un'esperienza gruppale con genitori ..... 57
di bambini e ragazzi con disabilità.
Irene Benenati, Marco Sciutto, Emanuela Serri, Giulia Siddi, Francesca Virdis

Formazione ..... 68

Metodo dell'intervisione guidata ..... 69
Mario Perini e Andrea Pistone

Recensioni ..... 80

*Lo strappacuore* ..... 81
B. Vian, Gli Alianti, Marcos y Marcos, Milano, 2009, ristampa 2023
Recensione di Ilaria Saracano

A.Psi.C. ETS
Associazione Psicoanalisi Contemporanea ETS

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

### Diretttrice Responsabile

Daniela Cassano

### Diretttrice Editoriale

Morena Danieli

### Redattrice Capo

Laura Fattori

### Comitato Scientifico di A.Psi.C.

Maria Baiona
Stefano Calamandrei

### Redatttrici

Giulia Brolato
Chiara Pugnetti
Mirella Rostagno
Ilaria Saracano
Daniela Settembrini

A.Psi.C. ETS
Associazione Psicoanalisi Contemporanea ETS

## Hanno dato il loro contributo a questo numero:

### Irene Benenati

Psicologa e Psicoterapeuta, Socia di A.Psi.C. ETS.

### Giulia Brolato

Psicologa e Psicoterapeuta, Socia fondatrice di A.Psi.C.

### Daniela Cassano

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

### Maria Teresa Colella

Psichiatra, Psicoanalista, Membro Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana (SPI) Full Member dell'International Psychoanalitycal Association (IPA) Segretario Scientifico del Centro Torinese di Psicoanalisi.

### Laura Fattori

Psicologa e Psicoterapeuta, Socia fondatrice di A.Psi.C e A.Psi.C. ETS.

### Mario Perini

Psicoanalista SPI, Psichiatra, Consulente di organizzazione, Direttore scientifico de IL NODO Group.

### Andrea Pistone

Psicologo e Psicoterapeuta membro de IL NODO Group – Gruppo CISPOS.

### Ilaria Saracano

Psicologa e Psicoterapeuta, Socia fondatrice di A.Psi.C e A.Psi.C. ETS.

### Marco Sciutto

Psicologo e Psicoterapeuta, Socio di A.Psi.C. ETS.

### Emanuela Serri

Psicologa e Psicoterapeuta, Socia di A.Psi.C. ETS.

### Giulia Siddi

Psicologa e Psicoterapeuta, Socia di A.Psi.C. ETS.

### Francesca Virdis

Psicologa e Psicoterapeuta, Socia di A.Psi.C. ETS.

# Editoriale

Benvenuti alla lettura del nuovo numero della nostra rivista.

Per la Sezione *Teoria e Tecnica* ospitiamo l'articolo di Maria Teresa Colella dal titolo: *Ascolto del paziente non nevrotico e setting analitico* che tratta il tema dell'ascolto analitico in contesti particolari, esterni alla stanza d'analisi, quali: ambulatorio, ospedale, comunità, carcere e di come leggere in questi ambiti la dinamica transferale e la comunicazione inconscia. L'articolo è tratto dal seminario che la dottoressa Colella ha tenuto per A.Psi.C. a Torino il 14 marzo di quest'anno nell'ambito dei *Percorsi di Psicoanalisi Contemporanea*. Il secondo contributo è di Laura Fattori ed è tratto dal ciclo di lettorati organizzato da A.Psi.C.sul testo di G.Pietropolli Charmet, *Psicoterapia evolutiva dell'adolescente.* Utilizzando come fondamento la teoria dei Codici di Franco Fornari, vengono analizzati i compiti evolutivi dell'adolescente e le peculiarità della terapia analitica con questi pazienti. Il terzo contributo è di Giulia Brolato, tratto dallo stesso ciclo di lettorati e basato sul testo di Philip M. Bromberg dal titolo: *Clinica del trauma e della dissociazione.* Vengono descritte la prospettiva interpersonale relazionale di Bromberg, la molteplicità degli stati del sé, la possibile declinazione patologica quando essi vengono dissociati, il concetto di *enactment*.

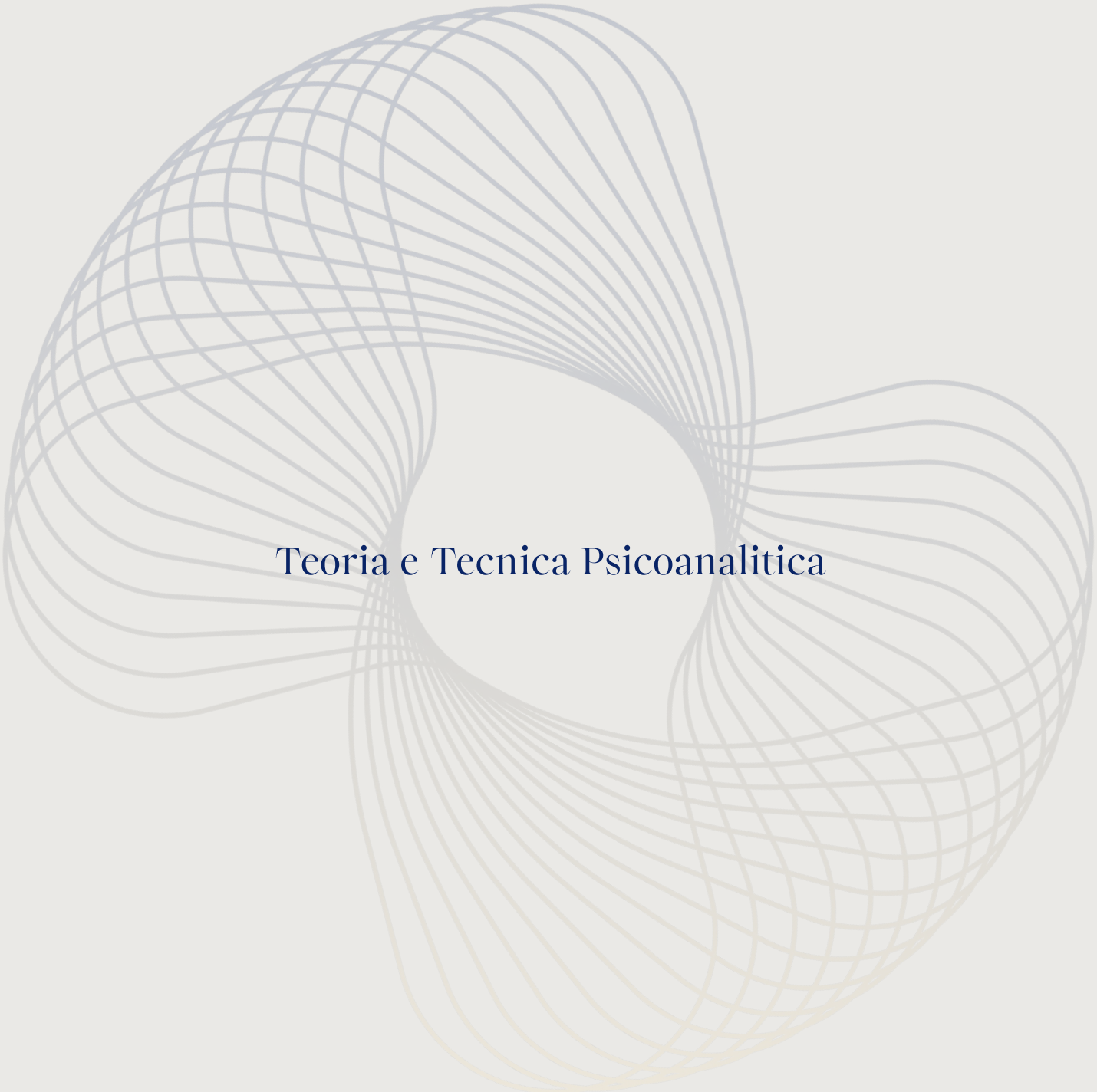
Per la sezione *Casi clinici*, trovate la lettura fatta da Daniela Cassano del libro di Franco De Masi: *Lavorare con i pazienti difficili*, sempre tenuta in occasione del ciclo di lettorati organizzato da A.Psi.C. Vengono delineate le caratteristiche dei pazienti definiti difficili con alcuni riferimenti specifici alle varie fasi della terapia analitica.

Per la sezione *Interfacce* viene riportato il lavoro condotto da alcuni psicoterapeuti soci di A.Psi.C. ETS in gruppi di auto-mutuo-aiuto con i genitori di ragazzi con disabilità (il progetto è intitolato: "Corriamo insieme"). Vengono analizzate da una prospettiva psicanalitica le complesse problematiche legate ai vissuti dei familiari di questi pazienti.

Per la sezione *Formazione*, Mario Perini e Andrea Pistone descrivono le caratteristiche di funzionamento e gli obiettivi dei gruppi di intervisione, quale strumento dedicato ai professionisti della salute ed ai gruppi che si occupano di assistenza psico-sociale. Per la sezione *Recensioni* Ilaria Saracano recensisce il libro di Boris Vian *Lo Strappacuore*, Marcos y Marcos, Milano, 2009. Attraverso la dimensione del romanzo surreale vengono affrontate tematiche di grande interesse analitico quali il desiderio, il limite, la separazione, l'individuazione e l'alterità.

La Redazione vi augura una buona lettura.

Daniela Cassano
*Direttrice Responsabile*



# Teoria e Tecnica Psicoanalitica

# Ascolto del paziente non nevrotico e setting analitico

Maria Teresa Colella

Appartenendo a quella categoria di psicoanalisti che, accanto al lavoro svolto nella *stanza d'analisi*, lavorano anche *fuori* di essa, nell'Istituzione psichiatrica, la mia riflessione sulla sofferenza psichica è andata negli anni concentrandosi sulla ricerca della caratteristica essenziale per cui *l'ascolto* di quel *particolare paziente i*n quel *particolare contesto* (in ambulatorio, in ospedale, in comunità, in carcere, cioè *fuori* dalla stanza d'analisi) si possa considerare un *ascolto analitico* e possa essere letto e trattato alla luce della dinamica transferale e della comunicazione inconscia.

In questo scritto intendo riflettere su questo particolare problema.

Negli anni della formazione professionale, sia psichiatrica secondo un modello fenomenologico, che psicoanalitica (con l'analisi personale, la frequenza dei seminari di training SPI, le supervisioni ed il regolare aggiornamento teorico), mi ha guidato una domanda fondamentale, che ancora oggi continua a risuonare in me, una domanda che riguarda la comprensione profonda della follia come dimensione umana, che può manifestarsi sia nei momenti di *non-sense* nelle persone cosiddette 'sane' *(M. Milner: La follia rimossa nelle persone sane, Borla, 1992)* sia nei quadri psicotici, dei pazienti cosiddetti 'gravi', che necessitano di un trattamento integrato medico-farmacologico continuativo, psicologico e riabilitativo.

Il prof. Eugenio Borgna, psichiatra fenomenologo novarese, scomparso nel dicembre 2024, non perdeva occasione di ricordare nei suoi libri e nei suoi seminari che il termine *follia* deriva dal latino *follis*, che significa *guscio vuoto* e che per i Greci antichi la *follia* era la sorella sfortunata della *poesia*, come a sottolineare che alla base di entrambe le esperienze vi fosse un funzionamento mentale simile, un funzionamento non razionale, ma emozionale e creativo, il cui scopo era quello di trovare nuovi significati a vissuti emotivi profondamente disturbanti, attraverso relazioni nuove e originali tra gli eventi per giungere a nuovi pensieri, metafore, idee, associazioni, modelli non convenzionali di riflessione e di immaginazione della propria sofferenza.

Le logiche della follia appaiono però estranee al senso comune e spesso alludono a significati nascosti e misteriosi agli occhi del terapeuta, che può coglierla per via intuitiva, affettiva ed empatica, facendola risuonare dentro di sé.

Ma quali sono le caratteristiche dei pazienti gravi?

I pazienti gravi, in una prospettiva pulsionale, sono quei pazienti sostanzialmente esclusi dal **metodo analitico classico** descritto da Freud negli Scritti tra il 1912 ed il 1914 (*Consigli al me-*

*dico nel trattamento psicoanalitico; Ricordare, ripetere e rielaborare*), i cui parametri sono rappresentati *dall'insight* ("dov'era l'Es, ci sarà l'Io"), dal ruolo centrale dell'interpretazione e dalla regola fondamentale (quella delle libere associazioni del paziente e dell'attenzione fluttuante del terapeuta).

Sono quei pazienti, *sia di area nevrotica grave*, che manifestano conflitti su tematiche di colpa, vergogna e di aggressività, *sia di area non-nevrotica*, il cui mondo interno, in termini di organizzazione strutturale e di difese primitive, esprime una psicopatologia pre-edipica, quella del bisogno e del deficit, piuttosto che quella del desiderio e del conflitto (tipici della psicopatologia di area edipica).

Il lavoro teorico-clinico di Melanie Klein ha inaugurato la prospettiva relazionale e, insieme a quello fondamentale di Wilfred Bion e di Donald Winnicott, ha aperto alla cura psicoanalitica dei pazienti psicotici. Successivamente il contributo di Kernberg e di Kohut allo studio dei pazienti borderline e narcisistici dal vertice della Psicologia del Sé, le riflessioni dei Baranger sulla situazione analitica (che hanno portato alla nascita del Modello di Campo), l'approfondimento del concetto di Setting ad opera di Josè Bleger e le osservazioni feconde provenienti dalle area concettuale dell'intersoggettività, concetto cardine dell'*Infant Research*, (John Bowlby, Boston Group, Daniel Stern e altri), hanno costituito lo sfondo teorico della ricerca psicoanalitica contemporanea sullo sviluppo psichico e sull'origine del disturbo mentale, in un continuo confronto e dialogo aperto con gli altri saperi, in primis con le Neuroscienze (vedi ad esempio il dibattito sul ruolo dei neuroni-specchio come substrato biologico dell'empatia).

La clinica delle patologie gravi pone, dunque, una sfida continua alla comprensione del funzionamento intrapsichico, interpsichico ed interpersonale, dei pazienti gravi, i tre livelli di funzionamento e di comunicazione della mente in relazione.

I pazienti gravi sono quei pazienti che hanno una capacità di simbolizzare (cioè di attribuire significati) molto compromessa, un funzionamento psichico primitivo, scisso e/o dissociato e mostrano gravi difficoltà nelle relazioni con gli altri. Appaiono, infatti, avviluppati in rapporti di dipendenza non evolutivi e prigionieri di una intensa sofferenza psichica *che viene da lontano*, ma che è alimentata da emozioni negative vissute nell'attualità del loro contesto familiare e sociale; una sofferenza che, declinata in modo personale e soggettivo, prende la forma dei sintomi: dell'angoscia, del delirio, del comportamento aggressivo, dell'inibizione melanconica.

Sono pazienti complessi, con un profondo disturbo nell'integrazione del Sé e dell'Oggetto e nell'Organizzazione di Personalità: pazienti psicotici, schizofrenici e bipolari, borderline e narcisisti; sono pazienti profondamente danneggiati e con un funzionamento individuale e sociale deficitario di vario grado; alcuni ad esempio sono profondamente regrediti e non riescono a vivere da soli o a lavorare ed esprimono sia bisogni sanitari che assistenziali per i

quali si configura la presa in carico nel Servizio Pubblico.

Nella relazione di cura, poi, questi pazienti manifestano bisogni concreti; sono richiedenti con modi spesso rivendicativi e disperati, come se fossero privi dell'esperienza interna di ricevere il soccorso, di cui sentono invece drammaticamente l'urgenza. Verso il terapeuta assumono spesso un atteggiamento critico ed inquinato dal sospetto o quanto meno dalla sfiducia, mentre, inconsapevolmente lo mettono alla prova e lo fanno sentire come loro stessi si sono sentiti (e si sentono), trattati nell'ambiente traumatico in cui hanno vissuto: impotenti, insignificanti, inascoltati. Incontriamo questo tipo di pazienti, ovviamente con un gradiente diverso di gravità e gravosità, non solo nei servizi Pubblici, ma sempre più spesso nei nostri studi privati.

Di che luogo/cornice (*setting*) abbiamo bisogno per accogliere, ospitare, contenere e garantire una cura integrata di questo tipo di sofferenza?

Solitamente il luogo dove paziente e terapeuta si incontrano – lo studio privato, la stanza di un ambulatorio, il corridoio di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, la comunità, la sezione di un carcere– assume una funzione speciale per noi analisti: chiamiamo questo luogo/cornice *setting*, le cui caratteristiche sono contemporaneamente *materiali – di costanza spazio–tempo* – e *immateriali – di assetto interno.* È in questa *cornice, e grazie ad essa,* che può prendere voce – dolente o tempestosa – l'interiorità privata del paziente. È il setting che rende possibile alla sofferenza del paziente, per quanto regredita, disorganizzata e bizzarra possa apparire, di prendere forma nell'ascolto risuonante e nel contatto benevolo e non giudicante del terapeuta, dove viene riconosciuta e rispecchiata, per poi poter essere trasformata.

Ancora qualche parola sul *setting*: ogni processo terapeutico, per dispiegarsi nel tempo, necessita di una dimensione di costanti, sia 'interne' che 'esterne' al terapeuta: l'insieme di queste 'costanti' costituisce quello che chiamiamo *setting terapeutico.*

Nel panorama degli sviluppi contemporanei dei principali concetti teorici e tecnici psicoanalitici indotti dalla clinica, quello di *setting* assume una rilevanza centrale per accogliere e trattare la sofferenza psichica di area non nevrotica. Ne tratteggio di seguito sinteticamente le tappe.

Il **setting psicoanalitico classico** è inteso come l'insieme invariante delle regole del trattamento analitico e comprende: il mantenere la costanza dei parametri spazio–temporali (durata costante della seduta e dell'intervallo tra le sedute), l'uso del lettino e l'uso della regola fondamentale (quella delle libere associazioni e dell'attenzione fluttuante).

Esso può risultare non adatto alla cura dei pazienti gravi, perché non in grado di tollerare un certo grado di frustrazione insito in questo tipo di *setting* e una comunicazione basata essenzialmente sull'interpretazione.

Sono, infatti, pazienti bisognosi di contare su una *presenza viva* di un terapeuta disponibile a '*stare un passo indietro e un po' più in basso* [Borgogno F., 2004, commento a *Introiezione e Transfert* di Ferenczi S. (1909), *comunicazione personale*] cioè di un terapeuta capace di mettere al centro della cura la relazione, la verità soggettiva del paziente e la sua esperienza affettiva, piuttosto che la propria persona e il bisogno di seguire una tecnica rassicurante.

Per questi pazienti è dunque fondante l'**assetto mentale** dell'analista **(**il **setting interno)**, un assetto di ascolto "rispettoso" (Nissim Momigliano L., 1975), la sua capacità di cogliere e identificarsi con la loro sofferenza, la sua disponibilità ad immedesimarsi in essa per far risuonare il punto di vista del paziente e creare l'atmosfera favorevole al dispiegarsi di altri fattori terapeutici fondamentali, fattori non-interpretativi, tra i quali: il riconoscere e il condividere l'esperienza emotiva vissuta dal paziente, il dare un significato condiviso alla sua storia e alle relazioni familiari e il provvedere, da parte del terapeuta, in uno spazio mentale continuativo, alla funzione di contenimento delle angosce primitive. In quest'ottica, come la madre usa la propria mente per accogliere i bisogni e le ansie non pensabili del bambino, per dare ad essi un nome e trasformarli in contenuti mentali (attraverso la *rêverie* e la funzione alfa), così l'analista si lascia permeare dalle identificazioni proiettive del paziente, trasforma le forti tensioni emozionali, che attraversano il campo, in sentimenti tollerabili e apre la strada a nuove possibilità di rappresentarle e quindi di raccontarle.

Il tema del *setting interno*, concetto che indica proprio la capacità del terapeuta di interiorizzare la funzione analitica – cioè è la mente stessa dell'analista che diventa il luogo che rende possibile il processo terapeutico – è molto discusso dalla psicoanalisi contemporanea e assume una particolare rilevanza quando il *setting esterno* non può essere mantenuto stabile (come nel modello classico: stanza, lettino e regole concrete) e la cornice è continuamente infranta dagli agiti, aggressivi e non, del paziente o, più semplicemente, si pone ad esempio la necessità di fare delle sedute da remoto.

In sintesi, il *setting* non è solo un dispositivo tecnico, ma uno spazio psichico dell'analista che accoglie e contiene gli aspetti più primitivi della mente del paziente; ha a che fare con la sua disposizione all'ascolto, con la *rêverie*, con il contenimento delle emozioni intense (senza contro-reagire alle pressioni relazionali) con il mantenere nella sua mente, anche in condizioni instabili, una funzione analitica, cioè un modo di pensare in termini di Transfert/Controtransfert e un modo 'particolare' di ascoltare: con 'attenzione liberamente fluttuante' (Freud) e 'senza memoria e senza desiderio' (Bion).

L'idea di *setting interno*, termine coniato esplicitamente dall'analista britannico Michael Parson negli anni 2000, deriva dalle elaborazioni di molti psicoanalisti tra cui:

*Josè Bleger*: che ha formulato la teoria del setting come 'non processo' (definito come ciò che rimane costante e permette al processo psichico di emergere). In quest'ottica il setting è descritto come la *parte muta* del processo analitico, *muta* perché non viene percepita né analizzata, ma rimane sullo sfondo come un qualcosa di ovvio (e diventa visibile e 'parla' solo quando si altera) e *muta* perché contiene ciò che della mente del paziente non può essere ancora rappresentato e pensato. Per Bleger, infatti, nel setting si depositano gli aspetti primitivi, simbiotici e indifferenziati della psiche, che riemergono sotto forma di sintomi, crisi di ansia, di rabbia, confusione e *acting out*, quando il setting cambia, anche solo per l'assenza dell'analista.
*Donald Winnicott* ha parlato di setting come ambiente assegnandogli una funzione di *holding* analoga a quella che svolge la madre per il suo bambino.
*Wilfred Bion* ha messo in relazione le funzioni del setting con la funzione della *rêverie* e del contenimento materno, fondamentale per la nascita del pensiero (funzione alfa e concetto contenitore/contenuto).

Ritornando alle caratteristiche dei pazienti gravi, un'altra qualità che definisce la caratteristica di gravità del paziente sta nella sua estrema difficoltà (o incapacità) a dire come si sente e ad esprimere i propri pensieri: difficoltà di parlare, ma anche di ascoltare senza distorcere la comunicazione con meccanismi paranoidi. Non sono dunque l'interpretazione ed il *working through*, ma la stessa *situazione analitica* (concetto che include il setting e la persona dell'analista) a essere considerati i fattori fondamentali del cambiamento terapeutico.

In quest'ottica, paziente e analista sono pensati come due persone che interagiscono entrambe con la propria storia ed il proprio modo di essere: il potenziale cambiamento avviene, in primo luogo, nella mente e nel cuore dell'analista, nell'incontro di un dolore altro che risuona come esperienza viva nella relazione: potremmo dire che il sintomo pesca nell'Inconscio del paziente, ma si esprime e si modifica nello spazio intersoggettivo dell'incontro con l'analista.

Un ruolo pionieristico, lungo questa linea di ricerca, assume il contributo di Sàndor Ferenczi che continua a fecondare una visione del processo analitico che mette al centro la *partecipazione affettiva dell'analista* (Borgogno F., 1999) una visione che dà valore alle esperienze reali, negative e traumatiche, nella genesi del disturbo psichico e quindi anche alla relazione reale che il paziente vive con il proprio terapeuta.

Il contesto relazionale che ci accoglie alla nascita e nel quale viviamo, accanto alla dimensione pulsionale e costituzionale, permea il nostro modo di essere, a partire dalla relazione fondante con i genitori: una relazione che dovrebbe essere di nutrimento, di sicurezza e di sostegno alla nostra vita fisica e psichica.

A dire il vero i bisogni di riconoscimento e di rispecchiamento, permangono tutta la vita e accompagnano la faticosa missione del divenire, con tempo e con pazienza, quello che già

sentiamo di essere, secondo i nostri *talenti* (Heimann P, 1989) attraverso il faticoso processo di soggettivazione (Winnicott D. W., 1945).

Come insegna l'esperienza clinica, a volte in modo drammatico, lo sviluppo emozionale dei nostri pazienti non segue i percorsi fisiologici e naturali della crescita, ma i percorsi tortuosi della patologia che derivano dall'impatto traumatico delle relazioni precoci.

E proprio seguendo le vicissitudini e i blocchi di questi percorsi, la psicoanalisi contemporanea ha esteso l'interesse teorico al di là del 'contenuto' intrapsichico del paziente (la fantasia inconscia della Klein, per intenderci) e ha spostato l'attenzione verso la qualità del 'contenitore' psichico (concetto sviluppato da Bion e Winnicott tra gli anni '50 e '60) inteso come la nostra capacità di rappresentare le esperienze (interne ed esterne) e le emozioni correlate e di simbolizzarle in contenuti mentali che possono essere espresse in parole e quindi narrate e condivise.

È la capacità stessa di pensare, che nasce e si sviluppa nella relazione con l'oggetto primario, da un equilibrio tra presenza ed assenza, frustrazione e soddisfacimento dei bisogni (Bion W. R., 1961), che può continuare a espandersi in una relazione terapeutica 'sufficientemente buona' (cioè prevedibile) e fondata sull'ascolto della risposta del paziente alla comunicazione di un terapeuta ben lontano dal modello ideale di neutralità che, a dire il vero, neanche Freud praticava!

Una *estensione* del setting, senza perdere l'orientamento analitico, è necessaria nella cura dei pazienti gravi. Così scrive Di Chiara: "*Sappiamo che in un certo numero di casi il campo non riesce ad essere circoscritto nel setting quanto basta perché possano svolgersi i lavori richiesti*" (Di Chiara, 1997).

È riconosciuto in letteratura che con le patologie gravi sia indispensabile ampliare il setting duale e spesso includere attivamente nella squadra terapeutica i familiari e le altre persone significative per il paziente.

Ripensare una cura ad orientamento analitico per il "paziente difficile da raggiungere" (Joseph B., 1975) [con l'interpretazione] può significare quindi arricchire la terapia di *strumenti non analitici*, ma efficaci per mantenere i livelli già precari di funzionamento e prevenire ulteriori deterioramenti.

Strumenti terapeutici quali, ad esempio, l'uso dei farmaci e l'impiego di programmi psico-sociali di riabilitazione (come l'affiancamento di una figura educativa con funzione di Io ausiliario), strumenti da pensare in modo analitico, cioè come mediatori di rapporto, e da integrare (in primo luogo nella mente del terapeuta) con il significato soggettivo (e inconscio) che i sintomi assumono nella storia di quel paziente.

La *qualità analitica* si ritrova dunque nel trattare le comunicazioni e i comportamenti dei

pazienti come connessi alla vita mentale inconscia, rimossa e non-rimossa e alle memorie implicite traumatiche.

Abbiamo imparato dall'esperienza clinica che non sempre è possibile comprendere sul momento la portata di tali connessioni e non sempre appare opportuno renderle esplicite in forma di interpretazione, sia per il contesto in cui operiamo, sia per il livello psicopatologico in cui il paziente si trova. Le storie di vita dei pazienti traumatizzati ci mettono in contatto con veri e propri disastri relazionali, dei quali sentiamo controtrasferalmente tutto l'orrore terrificante!

Di fronte a tali sofferenze facciamo molta fatica a non essere completamente catturati e bloccati in esse e risulta molto difficile mantenere un pensiero vivo, fondamentale per uscire dalla dimensione paralizzante del trauma e trasformarla in una dimensione di movimento ('psicodinamica'), in un 'cammino ascoso' che ci porti insieme al paziente a "riveder le stelle", per dirla con l'efficace metafora dantesca.

Il problema, la complessità e difficoltà in tali relazioni di cura non sta, dunque, solo nell'attraversare emotivamente la dimensione traumatica e nel renderla pensabile e condivisibile nel racconto, ma sta a mio avviso proprio nel continuare a non rimestare nell'orrido pentolone del trauma, nello stabilire una volta per tutte che, da un certo punto di vista *è tutto vero ed è successo*, ma provare a muoversi da quella posizione e andare avanti insieme al paziente, a concentrare tutte le energie psichiche e fisiche sul dilemma del come uscire a *riveder le stelle*.

Quali cieli si aprono sui nostri pazienti e su di noi con loro non è dato sapere a priori, anche se l'esperienza ci insegna che alcuni scenari mantengono sempre un carattere più o meno *fosco*.

Ma chi può dirlo! Certe volte la capacità di resilienza appare sorprendentemente pervicace!

Concludo con le parole di Dante:

*Lo duca ed io per quel cammino ascoso*

*Intrammo a ritornar nel chiaro mondo;*

*(...) E quindi uscimmo a riveder le stelle.*

– Dante, Inferno, Canto XXXIV

## Bibliografia


Baranger W. e Baranger M. (a cura di) (1990). *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale* (1969), Cortina, Milano.

Bion W.R. (1961). *Il pensare: una teoria.* In Bott Spillius E. (a cura di), *Melanie Klein e il suo impatto sulla psicoanalisi di oggi Vol.1*, Astrolabio, Roma, 1998.

Bion W.R. (1975). *Seminari Clinici*. Cortina, Milano, 1987.

Bion W.R. (1961). *Esperienze nei gruppi*. Armando Editore, Roma, 1971.

Bleger J. (1966). *Psicoanalisi del setting psicoanalitico*. In Genovese C. (a cura di), *Setting e processo psicoanalitico*, Cortina, Milano, 1988.

Borgna E. (2014). *La fragilità che è in noi*, Einaudi, Torino.

Borgogno F. (1999). *L'elasticità della tecnica come progetto e percorso analitico di Sàndor Ferenczi*, in Borgogno F. (a cura di), *La partecipazione affettiva dell'analista*, Franco Angeli, Milano.

Borgogno F. (2004). *Ferenczi oggi*, Bollati Boringhieri, Torino.

Bromberg P.M. (2007). *"Parla, che riesco a vederti!"*, in *Clinica del trauma e della dissociazione*, Cortina, Milano.

Conrad J. (1917). *La linea d'ombra*, Einaudi, Torino, 1993.

Correale A. (1991). *Il campo istituzionale*, Borla, Roma.

Correale A. (2001). *Borderline - Lo sfondo psichico naturale*, Borla, Roma.

Di Chiara G. (1997). *La formazione e le evoluzioni del campo psicoanalitico*, in Gaburri E. (a cura di), *Emozione e Interpretazione*, Bollati Boringhieri, Torino.

Garcia Badaracco J.E. (2003). *Ferenczi e la psicoanalisi contemporanea*. In Borgogno F. (a cura di), *La partecipazione affettiva dell'analista.* Franco Angeli Editore, Torino, 2003.

Heimann P. (1979/1980). *A proposito di bambini e non più bambini*. In *Bambini e non più bambini*, Borla, Roma, 1989.

Joseph B. (1975). *Il paziente difficile da raggiungere*. In Bott Spillius E. (a cura di), *Melanie Klein e il suo impatto sulla psicoanalisi di oggi*, *Vol.2*, 1998, Astrolabio, Roma.

Kaës R., (2012). *Il Malessere*, Borla, Roma, 2013.

Klein M. (1946). *Note su alcuni meccanismi schizoidi* (1946). In *Scritti*, 1978, Bollati Boringhieri, Torino.

Kohut H. (1971). *Narcisismo ed Analisi del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1976.

Milner M. (1987). *La follia rimossa nelle persone sane.* Borla, Roma. 1992.

Nissim Momigliano L. (1975). *Come si originano le interpretazioni nello psicoanalista.* In *L'ascolto rispettoso*, Cortina, Milano, 2001.

Nissim Momigliano L., Robutti A. (a cura di) (1992). *L'esperienza condivisa*, Cortina, Milano.

Pontalis J.B. (1997). *Questo tempo che non passa*, Borla, Roma.

Racamier P.C. (1986). *Lavoro incerto* in Racamier P.C. e Taccani S., *La crisi necessaria*, Franco Angeli, Milano, 2012.

Rinaldi L. (a cura di) (2003). *Stati caotici della mente*, Cortina, Milano.

Winnicott D.W. (1945). *Lo sviluppo emozionale primario*. In *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*, Martinelli, Firenze.

Winnicott D.W. (1974). *Gioco e Realtà*, Armando Editore, Roma.

# Declinazioni della clinica nel trattamento degli adolescenti
## Una lettura di *Psicoterapia evolutiva dell'adolescente* di G. Pietropolli Charmet, S. Bignamini, D. Comazzi, 2010

Laura Fattori

*A Sofia,*

*collega preziosa,*

*amica affettuosa,*

*scomparsa troppo*

*presto*

Questo articolo riprende e amplia l'incontro tenuto il 21 aprile 2026 nell'ambito del ciclo di lettorati "Percorsi di Psicoanalisi Contemporanea – Nuove declinazioni del trattamento".

La scelta di questo testo si pone in ideale continuità con il volume di Franco Fornari (2024) discusso nella precedente edizione del ciclo di lettorati; mi sembra infatti che possa illustrare bene come la teoria dei codici affettivi trovi una valida applicazione clinica, facendo dialogare in maniera autorevole e convincente concetti teorici e teoria della tecnica, in particolare nel trattamento degli adolescenti.

La discussione si limiterà, per ragioni di tempo, ai primi capitoli, curati da G. Pietropolli Charmet, tuttavia non posso non consigliare caldamente una lettura individuale degli ultimi due capitoli, dedicati in particolare ad approfondire le specificità del lavoro clinico con i preadolescenti (S. Bignamini) e dell'intervento con gli adolescenti a rischio suicidale (D. Comazzi). Con l'occasione desidero ricordare con affetto e gratitudine la figura di Sofia Bignamini, con la quale ho avuto il privilegio di avere scambi enormemente arricchenti, sia umanamente sia professionalmente.

Nel corso di questa serata riprenderò i principali passaggi che in questo libro illustrano e giustificano le scelte tecniche conseguenti all'impostazione teorica originale, e le variazioni tecniche richieste rispetto al trattamento con i pazienti adulti, con l'ausilio di alcune vignette cliniche.

Nel primo capitolo, "L'adolescente deve simbolizzare", il professor Charmet espone il percorso che l'ha gradualmente portato a elaborare il suo modello di psicoterapia evolutiva, sen-

tendo di muoversi "*però ancora nel recinto della teoria e della pratica psicoanalitica*" (ivi, p. 19). Racconta qui che, dopo un incontro non del tutto soddisfacente con le psicoterapie brevi, trova nelle teorie di Franco Fornari un nuovo modello di funzionamento dell'inconscio, dal quale deriverà tutta l'impostazione teorica e tecnica del trattamento con gli adolescenti. Cito:

"*Ciò che caratterizza il funzionamento mentale dell'uomo (è) l'incessante processo di significazione di affetti profondi che aspirano a diventare simboli e complessi miti affettivi, destinati a diventare nel corso della vita convinzioni radicate, sistemi di rappresentazioni articolati e valori di riferimento nelle scelte promosse dai compiti che la crescita impone di affrontare*" (ibidem, p. 22). E, poco più avanti:

"*L'inconscio non si nasconde e i suoi contenuti non sono impulsi rimossi perchè ritenuti colpevoli, bensì esso aspira a rivelarsi e diventare pensiero consapevole in quanto è costituito da piani di scelte possibili che possono essere di enorme utilità nell'organizzare la sopravvivenza dell'individuo, della famiglia, dei gruppi, della specie umana*" (ibidem, p. 22).

L'ipotesi fondamentale è che, nel corso del ciclo di vita, vi siano particolari fasi di passaggio che attivano dei processi decisionali inconsci e che richiedono una riorganizzazione delle istanze sostenute nel mondo interno del soggetto dai vari codici affettivi (per una loro descrizione approfondita rimando all'articolo relativo al precedente lettorato). In particolare nella fase di passaggio all'adolescenza verrebbero rimessi in discussione, riorganizzati nei loro reciproci rapporti, il codice del bambino (con le sue istanze di dipendenza, cura, gratificazione) e il codice adulto (competente, responsabile, con un maggiore esame di realtà); mentre, con l'ingresso nella pubertà, vengono prepotentemente chiamati in causa i valori afferenti al codice maschile e al codice femminile, con tutti i compiti evolutivi legati alla mentalizzazione del nuovo corpo, all'identità di genere e all'orientamento sessuale.

Un prima conseguenza importante di questo approccio è che, di fronte a un adolescente in difficoltà, si evita un'immediata patologizzazione del problema, con una riduzione alle mere categorie psichiatriche, privilegiando invece una lettura evolutiva, che interpreta sintomi e condotte (anche gravi) come tentativi di risoluzione di una crisi legata al difficile superamento dei compiti evolutivi imposti dall'ingresso in questa nuova fase del ciclo di vita.

Possiamo assistere a due diversi tipi di conflitto interno. A volte "*il processo decisionale riguarda non solo il conflitto fra le istanze dei diversi codici e ideali dell'Io, ma anche le contrapposte modalità con le quali il codice femminile o maschile possono realizzare i loro compiti di sviluppo*" (ibidem, p. 29).

G. per esempio è una dodicenne che sta manifestando i primi segnali di un disturbo del comportamento alimentare di tipo restrittivo. Figlia di genitori separati da prima ancora della sua nascita, viene cresciuta da una mamma che nei suoi primi mesi di vita deve affrontare contemporaneamente il lutto per la fine della coppia, l'esordio di una patologia autoimmune e

la cura di una bimbetta difficile; e da un papà che interviene "per risolvere i problemi" e che, in linea con la sua attività di *mental coach*, affronta ogni questione con un approccio motivazionale riassumibile nello slogan "volere è potere". All'ingresso nella pubertà G. si trova di fronte alla minaccia di un destino di fragilità e debolezza testimoniato dal codice femminile rappresentato dalla figura materna, avendo viceversa interiorizzato i valori di un codice maschile di disciplina e di successo. In questo scenario è evidente che la restrizione alimentare le appaia perfettamente coerente con i valori di un codice maschile che sembra promettere un futuro meno angosciante, ed è quindi con autentico sconcerto che accoglie le preoccupazioni per la sua magrezza e gli inviti ad una alimentazione meno rigidamente controllata.

In altri casi l'adolescente può essere "*in conflitto con istanze diverse proposte dallo stesso codice di riferimento che però dispone di modi alternativi per cercare di contribuire alla costruzione della nuova identità*" (ibidem, p. 29).

Ad esempio F. è oggi un giovane adulto che arriva in terapia per problematiche di alcolismo e abuso di sostanze e, più profondamente, per un blocco importante nel suo percorso di vita, tale per cui nulla gli pare sufficientemente meritevole di investimenti vitali. È figlio di una coppia di tossicodipendenti, motivo per cui è stato cresciuto dai nonni paterni. La madre ben presto scompare dall'orizzonte, mentre il padre continua ad essere una figura presente seppure disprezzata. Nel percorso evolutivo di F. compaiono tre diverse versioni di un possibile codice maschile a cui ispirarsi o da cui viceversa allontanarsi radicalmente: il padre, appunto, con velleità da artista maledetto, irresponsabile ma per certi versi affascinante nel suo ribelle disprezzo delle regole; all'estremo opposto il nonno, severo, rigido, contemporaneamente fonte di un solido sostegno alla crescita ma anche dispensatore di giudizi umilianti; infine uno zio che sembra essere riuscito a trovare una via, seppur modesta, di realizzazione in campo culturale, ma che forse risulta troppo banale per essere un valido modello di identificazione.

Quando i compiti evolutivi posti dall'adolescenza risultano, per qualche ragione, troppo difficili da superare, i ragazzi vanno incontro ad uno scacco nel loro percorso di crescita, ma anche in questo caso l'Autore esprime, in poche righe, una differenza significativa rispetto alla psicoanalisi tradizionale: ciò che si sperimenta sarebbe "*un conflitto orizzontale che confonde più che suscitare colpa, angoscia, inibizione*" (ibidem, p. 33). Tocca al lettore riconoscere il riferimento a uno dei testi fondanti la psicoanalisi, quell'"Inibizione, sintomo, angoscia" (Freud, 1925) che descrive il funzionamento nevrotico.

In questo modello l'accento viene posto molto più sul futuro che sul passato: "*Gli psicoanalisti dell'adolescenza* – afferma Charmet – *debbono (...) diventare i restauratori del futuro e solo in seconda istanza gli archeologi del passato infantile*" (ibidem, p. 39).

Ad ogni compito evolutivo corrisponde una specifica angoscia da scacco e, se il blocco permane, un destino che per molti versi richiama le analoghe considerazioni di Meltzer (1992),

in particolare rispetto al rischio di rimanere figli per sempre laddove sia sperimentata un'i*m-passe* rispetto al fondamentale compito della separazione-individuazione. Quando il blocco riguarda la mentalizzazione del corpo pubere, il rischio è di una pseudo-adultità con un iperinvestimento di altre aree della personalità, come è ben noto per esempio a chi lavora nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare; quando il problema è nelle relazioni con i pari si può andare incontro a forme di isolamento (si pensi al fenomeno degli *hikikomori*) o di pseudo-adattamento; quando infine lo scacco è sperimentato nella fondamentale definizione del proprio ideale dell'Io, si può andare incontro a forme di lutto del Sè, mentalmente intollerabili, che possono esitare in attacchi al corpo con conseguenze anche letali.

Nel secondo e terzo capitolo, significativamente intitolati "Accogliere l'adolescente in crisi" e "Lo psicoterapeuta attivo", Charmet illustra come, a partire da questa originale lettura dell'inconscio e dei compiti evolutivi, la psicoterapia evolutiva comporti profonde variazioni tecniche, sostenute da altrettanto profonde ragioni cliniche.

Innanzitutto il setting, lungi dall'essere meramente una cornice formale di regole esteriori (che potranno anzi essere oggetto di contrattazioni e di una relativa maggiore flessibilità rispetto al lavoro coi pazienti adulti), diventa una funzione mentale del terapeuta, che si pone come primo obiettivo il sostegno alla crescita dell'adolescente, la ripresa del suo percorso interrotto. In questo compito è fondamentale mantenere una particolare neutralità, in modo da non essere guidati dai propri valori educativi, politici, estetici, etici. Citando, ancora una volta come *en-passant*, uno dei concetti più famosi di Bion (1970), Charmet parla di una specifica condizione dell'adolescente che "*favorisce l'assunzione da parte del suo interlocutore psicoanalitico di un funzionamento mentale privo di memoria dei patti sottoscritti con altre istituzioni e senza desiderio di educare o convertire o sottomettere o sedurre o riabilitare*" (ibidem, p. 44, sottolineature mie). L'adolescente deve innanzitutto potersi fidare, sentirsi in uno spazio libero ma non privo di rigore, perchè sa sicuramente smascherare atteggiamenti di compiacente benevolenza seduttiva.

All'interno di questo setting può aver luogo un tipo di trattamento del tutto peculiare, per illustrare il quale è ancora il caso di lasciare la parola direttamente a Charmet:

"*Il soggetto protagonista dell'analisi di codice non soffre di ricordi e non è condannato alla coazione a ripetere per non ricordare, ma soffre di miti affettivi, è posseduto da sistemi di rappresentazione che gli complicano molto la vita psichica e relazionale e perciò la meta del trattamento è di aiutarlo ad aumentare enormemente la consapevolezza del potere che hanno nella sua mente i miti affettivi ai quali ha consegnato la scelta dei comportamenti che dovrebbero garantire la sopravvivenza del sè e degli oggetti d'amore. (...) Allora "la metodologia del trattamento cambia perchè muta la cornice teorica all'interno della quale essa si dipana. L'obiettivo diventa sviluppare il più possibile la capacità riflessiva e la competenza*

*narrativa onde acquisire una nitida rappresentazione della qualità delle relazioni che i vari sè che popolano lo spazio interno intrattengono col mondo degli oggetti e le loro rappresentazioni mentali*" (ibidem, p. 52, sottolineatura mia). È evidente qui, per chi conosce le teorie di Fornari, il riferimento all'inconscio come centrale simbolica che elabora significati e prende decisioni, tanto più sane e mature quanto più guidate da una "democrazia degli affetti".

Da questo presupposto discendono a cascata una serie di altre conseguenze nella tecnica, a partire dalla pressochè totale rinuncia ad uno degli strumenti più tipicamente psicoanalitici, l'interpretazione di transfert; si tratterebbe di un dispositivo molto adatto con i pazienti adulti, ma del tutto inefficace con gli adolescenti, poggiando su requisiti di dipendenza e regressione nella relazione analitica. Anche l'arredamento della stanza, sostiene Charmet, dovrebbe viceversa suggerire un ambiente dove una coppia di menti si "mette a tavolino", lavorando insieme alla ricerca di significati e rappresentazioni più nitide.

In questo ambiente di lavoro diventa poco efficace un altro degli strumenti tradizionalmente associati al modello psicoanalitico, ovvero l'attenzione liberamente fluttuante dell'analista: viene invece richiesto alla mente del terapeuta uno sforzo attivo di immedesimazione empatica, nel tentativo di fornire una restituzione di senso in chiave di compiti evolutivi da superare. Cambia anche la posizione affettiva del terapeuta, chiamato a manifestare una forma di tenerezza rispecchiante e a fornire un sostegno narcisitico volto ad aiutare l'adolescente a "*crescere dalla parte giusta, cioè quella del desiderio non quella della paura*" (ibidem, p. 73).

In questa cornice il trattamento si sviluppa idealmente secondo un percorso che, a partire dalla ricostruzione dei miti affettivi familiari che orientano inconsciamente l'adolescente, li metta progressivamente e "gentilmente" in discussione, mitigandone la radicalità per poi "*raggiungere una capacità riflessiva che lo metta in condizione di rappresentare più nitidamente i propri sè alla ricerca di un'integrazione auspicabile*" (ibidem, p. 83). "*Il lavoro clinico ha come obiettivo primario quello di individuare quale sè stia parlando in quel momento, di quale compito di sviluppo, esprimendo quale stato affettivo della mente*" (ibidem, p. 82). Lo stile del terapeuta viene descritto come "*presente, attivo, propositivo, empatico*" (ibidem, p. 89), in modo da favorire un'alleanza di lavoro che possa generare un "*transfert positivo irreprensibile*" (ibidem, p. 90) ben diverso dall'idealizzazione: l'adolescente deve poter sentire di aver incontrato un adulto competente, autenticamente curioso di conoscerlo e sinceramente motivato ad aiutarlo a diventare se stesso. Questo richiede di assumere una posizione molto limpida rispetto alla relazione con il contesto (in primis la famiglia) e alla gestione del segreto. Qui Charmet cita psicoanalisti come Jeammet (1992), che parla di "spazio psichico allargato" e soprattutto i Novick (2009), i quali mettono in discussione l'utilità clinica di escludere i genitori dal lavoro tra terapeuta e adolescente nell'idea che questo possa favorire la sua separazione/individuazione. Al contrario, osserva Charmet, la loro esclusione risulta essere spesso un fattore di rischio rispetto all'interruzione del trattamento, potendo generare in loro

vissuti di colpevolizzazione per la crisi del figlio. Il loro "*esilio (...) esprime la convinzione che nè la madre nè il padre abbiano nessuna possibilità di rendersi utili, di capire, di imparare a pensare se hanno sempre agito e mai simbilizzato, di amare e soffrire insieme, cambiare modello educativo*" (ibidem, p. 95–96). Tornando all'ipotesi che, nel ciclo di vita, l'ingresso in pubertà richieda una diversa organizzazione dei codici affettivi nella mente adolescenziale, si può altrettanto sostenere che un analogo compito sia richiesto alla mente dei genitori, chiamati a ridefinire il loro stile educativo: modelli magari validi durante l'infanzia del figlio non possono più essere applicati *tout-court* in questa nuova fase. Inoltre, l'ingresso del figlio o della figlia in adolescenza inevitabilmente porterà anche i genitori a riconfrontarsi con i propri miti affettivi legati alla mascolinità e alla femminilità, alla paternità e alla maternità, o con le proprie personali modalità di gestione dei conflitti e del dolore mentale: si può dunque costituire un'occasione preziosa per fare una sorta di revisione e magari di ristrutturazione del proprio mondo interno.

Ricordo per esempio il padre di E., portato quattordicenne in consultazione per una timidezza considerata eccessiva e per il timore dei genitori che il figlio diventasse "un sottone" nelle relazioni con i pari. Parallelamente alla terapia con E. si era rivelato molto utile un lavoro di ricostruzione dei miti affettivi del papà, il quale, nato orfano del proprio padre (morto durante la gravidanza), mancava di riferimenti rispetto ai valori della mascolinità e dubitava costantemente della sua capacità di essere un buon genitore e di saper essere per il figlio un valido modello di virilità.

Ammettendo che la psicoterapia con gli adolescenti abbia intrinsecamente un valore educativo nel senso più vicino all'etimologia del termine, possa cioè accompagnare e sostenere nel percorso di crescita, può risultare utile, e anzi a volte necessario, costruire una sorta di èquipe allargata che comprenda e coinvolga gli adulti di riferimento, siano essi i genitori, i nonni, magari qualche insegnante, allenatore, educatore che svolga una funzione di "compagno adulto".

Però, diventa imprescindibile definire bene con il proprio paziente e con i suoi genitori un argomento cruciale, quello della gestione dei segreti e delle bugie, soprattutto quando riguardino aspetti potenzialmente pericolosi; sulla base della propria lunga esperienza clinica Charmet tende a incoraggiare nei genitori il mantenimento di una relazione di fiducia rispetto alla tentazione di aumentare i dispositivi di controllo. Anche nelle situazioni più allarmanti, come le minacce anticonservative, il terapeuta non si limita a mettere in atto misure di protezione, ma tenta di riflettere col proprio paziente per "*distillare la fantasia segreta, intercettare la segreta speranza che contiene e ipotizzare altre soluzioni per attuarla*" (ibidem, p. 104). La lunga esperienza clinica del suo gruppo di lavoro con adolescenti reduci da tentativi di suicidio renderebbe testimonanza del fatto che raramente negli atti anticoservativi ci sia un preciso desiderio di morte. Come illustra più compiutamente Comazzi nel capitolo da lui curato,

"*ciò che viene intimamente ricercato nel soggetto, per quanto sembri paradossale, sia sempre in qualche modo associato alla possibilità di nascita, o rinascita, di vita e di crescita. (...) Il confronto con l'idea della morte, intesa come nuovo oggetto da significare e rappresentare, con cui istituire una personale relazione di senso, è una tappa saliente del percorso evolutivo adolescenziale*" (ibidem, p. 202). Si ritiene non solo inappropriato, ma anche dannoso, in tale modello di intervento, lasciare i genitori del tutto all'oscuro e in preda all'angoscia, fuori quindi da questo lavoro di attribuzione di senso e di pensabilità.

É evidente, insomma, l'ampia rilevanza data al lavoro che va fatto con i genitori, possibilmente con il coinvolgimento di altri due terapeuti che vadano ad integrare l'èquipe, come testimoniano i due capitoli successivi: "La madre alla giusta distanza" e "Favorire il ritorno del padre". Nel mio lavoro clinico, ispirandomi a questo modello, ho progressivamente formulato un modo per spiegare ai genitori (soprattutto di pazienti preadolescenti) il motivo del loro coinvolgimento iniziale con alcuni colloqui, sia insieme che separatamente, e per fugare il loro sospetto che l'anamnesi abbia il segreto intento di svelare le loro inevitabili colpe educative. La terapia ha l'obiettivo di favorire e sostenere il percorso di separazione-individuazione del figlio non solo e non tanto in termini di maggiore autonomia e indipendenza da negoziare, ma nel senso di "separarsi dall'idea di me che penso abbiano i miei genitori"; e, contemporaneamente, di aiutare loro ad accettare e riconoscere un Sè nascente che può in parte divergere dai loro sogni; per fare questo è necessario un lungo e approfondito lavoro di analisi della cultura affettiva familiare, dei miti fondativi, di come cioè nella loro storia siano rintracciabili i valori espressi dai vari coinemi descritti da Fornari. Nel primo colloquio, che in genere vede la presenza di entrambi i genitori, diventa importante esplorare le loro rappresentazioni del problema del figlio, le eventuali ipotesi eziologiche; effettuare una raccolta anamnestica che faccia emergere non solo i dati clinici significativi, ma anche i miti affettivi intorno al nucleo familiare. Molto utile in questo senso chiedere per esempio come abbiano scelto il nome del figlio, perchè spesso ne derivano indicazioni importanti rispetto alle fantasie, alle aspettative, eventualmente anche al mandato implicito nei confronti del figlio.

I genitori di M., preadolescente giunta in terapia per un disturbo alimentare, per esempio, avevano scelto il nome di una santa a loro molto cara in quanto esempio virtuoso di compostezza, modestia, mitezza, misura; salvo poi trovarsi, inaspettatamente, alle prese con una bimbetta che, parole della mamma, "mangiava come un lupo" ed aveva un'energia quasi inesauribile. Nella lunga terapia con M. più volte abbiamo osservato come il disturbo alimentare, ma più generalmente il suo modo di essere nel mondo e di gestire le emozioni, riflettessero il desiderio inconscio di corrispondere il più possibile a quell'aspettativa genitoriale e di salvare la mamma da una fatica sentita come troppo dolorosa.

Ancora nel colloquio con entrambi i genitori risulta utilissimo esplorare lo stile familiare rispetto alla rappresentazione e gestione del dolore mentale, per capire quali risonanze possa

avere la crisi del figlio adolescente nella loro mente e, contemporaneamente, quale modello lui possa avere interiorizzato. E infine, ampio spazio, coerentemente con l'impianto teorico evolutivo precedentemente illustrato, va dato all'esplorazione del loro immaginario sul futuro del figlio e a come questo possa essere mutato con l'insorgere della crisi.

Nei successivi colloqui, svolti individualmente, c'è la possibilità di approfondire ulteriori aspetti, a partire dalla ricostruzione della storia della famiglia. Ispirandosi ancora una volta alle teorie fornariane che individuano nel parto-nascita il momento fondante la vita psichica, risultano particolarmente interessanti le fantasie di entrambi i genitori durante i mesi della gestazione e alla scoperta del sesso del nascituro; i confronti con i propri rispettivi modelli genitoriali; il modo in cui hanno integrato nel proprio mondo interno (oltre che nella riorganizzazione della propria vita) i codici materno e paterno. Non è raro che l'arrivo di un figlio abbia comportato, per lo più per le donne, una ridefinizione del proprio ruolo sociale e lavorativo, che richiede di essere elaborata.

La madre di V., per esempio, alla nascita della figlia si era trovata suo malgrado a rinunciare a una promettente carriera lavorativa e a un sicuro successo che l'avrebbero peraltro ripagata di pesanti mortificazioni rispetto al suo essere nata femmina. Aveva scelto di collocare tutto il suo investimento nel solo codice materno, e l'anoressia della figlia l'aveva resa ancora più dedita e sacrificale. Paradossalmente, la difficoltà per lei era ora, in una fase di progressivo miglioramento delle condizioni di V., trovare un nuovo senso al proprio ruolo, fare i conti con l'idea che la figlia non dipendesse più da lei per la propria sopravvivenza. In questo caso diventava fondamentale aiutare sia madre che figlia ad immaginare una possibile separazione.

Ampio spazio viene dato al confronto con la propria personale adolescenza, per rintracciare nel ricordo i compiti evolutivi affrontati e riconoscere le modalità con cui all'epoca erano stati superati. Ricordo per esempio il padre di R., quasi più stizzito per le acconciature e i *look* stravaganti e in qualche modo "aggressivi" della figlia sedicenne che non per alcuni suoi comportamenti blandamente trasgressivi; invitato a rievocare la propria adolescenza, e in particolare a rintracciare il modo in cui lui avesse superato il compito della propria individuazione, si era francamente stupito nel ricordare comportamenti decisamente più rischiosi, che aveva completamente dimenticato.

Si giunge in questo modo a un momento cruciale di questa prima fase di consultazione, quello della restituzione. Una vera e propria cerimonia, in qualche modo solenne nelle parole di Charmet, un incontro collegiale che riunisce tutti i terapeuti coinvolti, i genitori e in alcuni casi l'adolescente stesso, con l'obiettivo di "restituire senso ai gesti insensati", come recita il titolo dell'ultimo capitolo. Sebbene la parola restituzione sia piuttosto comune nel lavoro clinico, trovo interessante il duplice messaggio che veicola. "*Avendo rinunciato volutamente alla prospettiva di effettuare una diagnosi psicopatologica* - scrive Chamet - *e riproponendoci di effettuare un bilancio evolutivo ponendo una attenzione particolare sulle aree in cui ci sembra che alcuni compito di sviluppo siano rimasti bloccati con conseguente sofferenza*

*e assunzione di comporamenti compensatori, preferiamo utilizzare il termine restituzione, perchè consente di far riferimento sia alla donazione di senso (...), sia alla restituzione ai legittimi proprietari di ciò che si è capito del funzionamento mentale del figlio, ma anche delle reazioni e degli affetti suscitati nella madre e nel padre*" (ibidem, p. 160-161, sottolineature mie). Non si tratta certamente di un evento risolutivo, non sempre le comunicazioni saranno ben comprese o ben accettate, tuttavia in genere il momento della restituzione segna la conclusione della fase di consultazione e pone le basi, quando necessario, per l'avvio di un percorso di terapia evolutiva che si pone come obiettivo il superamento dell'*impasse* non solo da parte del figlio adolescente, ma anche dei genitori. Infatti, la donazione di senso permette di rinnovare in qualche modo la fiducia in un futuro possibile, tutto da costruire prendendo decisioni importanti che non saranno più guidate dall'angoscia genetica illustrata da Fornari, bensì da un codice genitoriale consapevole di dover favorire e sostenere la separazione e individuazione del figlio.

## Bibliografia


Bion W. E. (1970). *Attention and Interpretation.* Ed. it. Armando editore , Roma, 2010.

Fornari F. (1981). *Il codice vivente*, Bollati Boringhieri, Torino.

Fornari F. (2024). *Il sogno di Irma e il destino della psicoanalisi*. Introduzione e cura di A. Piotti, Mimesis edizioni, Milano-Udine.

Freud S. (1925). *Inibizione, sintomo, angoscia*, OSF X, Boringhieri, Torino.

Jeammet P. (1992). *Psicopatologia dell'adolescenza*, Borla, Roma.

Meltzer D., Harris M. (1992). *Adolescence*, Raffaello Cortina, Milano.

Novick K.K., Novick J. (2009). *Il lavoro con i genitori. I migliori alleati nella psicoterapia con il bambino e l'adolescente*, Franco Angeli, Milano.

Pietropolli Charmet G. (A cura di) (1987). *La democrazia degli affetti. Formazione psicologica in ospedale*, Cortina, Milano.

Pietropolli Charmet G., Bignamini S., Comazzi D. (2010). *Psicoterapia evolutiva dell'adolescente*, Franco Angeli, Milano.

# Trauma e dissociazione: processo clinico e cambiamento
## Una lettura di Philip M. Bromberg, *Clinica del trauma e della dissociazione: Standing in the Spaces*, Trad. It. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007.

Giulia Brolato

"*[...] credo che la nuova enfasi psicoanalitica sulla persona in un contesto interpersonale sia una forza vitalizzante che può rendere la psicoanalisi solo più aperta ai suoi continui sviluppi, e il suo potenziale per il trattamento delle patologie del carattere sempre più ampio.*"

(P. Bromberg, 2007, pag. 67).

**INTRODUZIONE**

In questo contributo si propone una lettura del testo di Philip Bromberg, in particolare soffermandosi su come la prospettiva interpersonale relazionale possa orientare il lavoro clinico con i pazienti nei quali è presente un significativo ricorso alla dissociazione difensiva.

La possibilità del cambiamento in psicoterapia si fonda innanzitutto sulla costruzione di una relazione terapeutica sicura, capace di rendere comunicabili e pensabili gli stati dissociati del sé del paziente. La prospettiva relazionale modifica così sia la comprensione della sofferenza psichica sia la posizione dell'analista, chiamato a partecipare in maniera maggiormente attiva al campo intersoggettivo, senza perdere la propria soggettività.

Secondo la prospettiva interpersonale relazionale a cui Bromberg fa riferimento, i pazienti che fanno ricorso massicciamente alla dissociazione difensiva non stanno semplicemente mettendo in atto un meccanismo di difesa isolato, ma proteggono l'integrità stessa del proprio Sé da una minaccia di disintegrazione.

Se consideriamo la mentalizzazione come la capacità di simbolizzare gli stati mentali consci e inconsci (Fonagy, 1991), nei soggetti nei quali tale capacità è gravemente compromessa, le interpretazioni utilizzate dall'analista nella metodologia classica psicoanalitica possono essere vissute come intrusioni e attivare angosce maggiori. La metodologia proposta si adatta, quindi, soprattutto a pazienti che utilizzano la dissociazione in senso psicopatologico e che appartengono a una certa tipologia di pazienti particolarmente in difficoltà nell'uso della simbolizzazione.

Bromberg considera come punto di partenza l'idea che la mente sia composta da una molteplicità di stati del Sé che si organizzano e si manifestano all'interno delle relazioni significative. La continuità dell'identità personale non deriva dall'assenza di discontinuità, ma dalla possibilità di riconoscere i propri distinti modi di essere, oltre che il sentire e lo stare con

l'Altro.

Nel corso dell'articolo verranno descritti, come selezione tra altri concetti contenuti nel testo di riferimento di Bromberg, in particolare il modello della mente come arcipelago di stati del Sé, la funzione difensiva della dissociazione nella normalità e nel trauma psicologico, la depressione identitaria e il narcisismo, il ruolo dell'*enactment*. Verranno inoltre prese in considerazione la capacità di sostare tra gli spazi o *standing in the spaces*, la negoziazione intersoggettiva e l'uso della *self disclosure* da parte del terapeuta.

In particolare, la riflessione conclusiva considererà la resistenza, all'interno della terapia, come espressione di uno stato legittimo del paziente, senza dare per scontato che egli desideri cambiare se stesso, soprattutto quando quell'unico modo di essere rappresenta l'unico *luogo* che conosce e che sente di dover proteggere dalle conseguenze per lui ancora ignote del cambiamento.

## PSICOANALISI INTERPERSONALE RELAZIONALE

Bromberg si è definito un analista relazionale interpersonale e ha spiegato la sua posizione teorica, partendo dal presupposto che già per potersi sviluppare e crescere, la personalità umana ha bisogno, fin dalle primissime fasi della vita, di incontrare un'altra persona. Questa presenza, che chiamiamo l'*Altro da sé*, va intesa come un centro distinto di realtà soggettiva, da riconoscere nel campo dell'intersoggettività.

Nell'incontro relazionale, i bisogni del Sé che emergono sono caratterizzati da continue oscillazioni tra necessità di stabilità e di evoluzione, di sicurezza e di spontaneità, di riservatezza e di appartenenza alla gruppalità. Nelle giuste condizioni relazionali si è in grado di negoziare in maniera simultanea continuità e cambiamento.

È importante partire da una considerazione da tenere sempre presente rispetto alla psicoterapia: la richiesta di aiuto di un paziente non implica necessariamente una disponibilità immediata al cambiamento. Chi intraprende un percorso psicoterapeutico è il portatore di un funzionamento e di un adattamento che hanno storia antica, che spesso sono sì dolorosi e non adattivi, ma che sostengono un senso di stabilità conosciuto. Occorre chiedersi non solo cosa possa essere modificabile per il paziente, ma anche che cosa questo paziente rischia di perdere, nel caso venisse messa in discussione la sua forma di protezione. Il cambiamento può diventare un pericolo per il paziente quando mina l›organizzazione interna che egli riconosce come propria. Attivare una resistenza quindi, in questo caso, non può essere solo considerato un semplice rifiuto della cura, ma un tentativo di proteggere e salvaguardare una continuità soggettiva percepita come fragile e precaria. Opporsi alla terapia tramite l›opposizione all›analista, ha un significato relazionale ed è questo significato che bisogna

andare a comprendere, prima che il cambiamento possa avvenire.

Metaforicamente, spiega Bromberg, la persona intrappolata all'interno di una casa che va a fuoco, potrebbe paradossalmente tirare le pietre al vigile del fuoco, opponendosi al necessario aiuto. Ogni paziente, quindi, deve costruire attraverso un *enactment* con l'analista, il suo personale significato del lanciare le pietre al soccorritore. Questo tipo di processo prende forma in una relazione terapeutica che sia basata sulla reciprocità, nella quale l'obiettivo non è salvare il paziente dall'esterno, ma comprendere con lui il vero significato del suo difendersi e del suo essere resistente. In qualche maniera, il terapeuta deve trovare un nuovo modo con il paziente di poter stare dentro all'edificio, senza dimenticarsi di essere un vigile del fuoco.

In questa prospettiva, la psicoanalisi interpersonale-relazionale non utilizza la sola formulazione di interpretazioni, ma offre un contesto nel quale paziente e analista esplorano insieme il modo in cui l'esperienza prende forma nella relazione.

Il lavoro terapeutico favorisce una maggiore capacità di osservare i propri modi ricorrenti di essere, sentire e rapportarsi agli altri. La domanda "*perché sto vivendo in questo modo*?" (Bromberg, 2007, p. 9), indica così l'avvio di un'indagine condivisa sul significato della sofferenza, anziché la ricerca immediata di una spiegazione definitiva.

Nel momento in cui un paziente e un analista si incontrano questo è possibile perché il paziente ha comunque scelto di mettere di fronte a sé un'ambivalenza, nel qui ed ora dell'avvio del percorso, tra essere se stesso ed essere *attaccato*, sia nel senso dell'attaccamento che della messa in discussione, all'analista. Per questo motivo il contesto terapeutico diviene "*un nuovo dominio di realtà nel quale possano coesistere la speranza di "essere ancora" e il terrore del "non me" (ibid pag.9).* Al non-me appartengono le parti rinnegate di sé del paziente, che derivano dalla relazione con i precoci oggetti di attaccamento.

Il processo terapeutico mira ad ampliare la possibilità di riconoscere stati del Sé prima separati, mettendo in relazione l'esperienza interna, la risposta dell'analista e la realtà condivisa. L'empatia consente di avvicinarsi al mondo soggettivo del paziente, mentre la prospettiva distinta dell'analista introduce una differenza che può essere pensata e negoziata. Il cambiamento nasce da questa tensione tra partecipazione e incontro con l'Altro.

## STATI DEL SÈ E MOLTEPLICITÀ

La proposta di Bromberg degli stati del Sé va oltre il concetto di Sé unitario, che però è comunque sempre un'illusione necessaria. *"La psiche non nasce come un tutto integrato ma è non unitaria fin dall'inizio - una struttura mentale che nasce e si evolve come una molteplicità di stati del Sé e che, con lo sviluppo, acquisiscono un sentimento di coerenza che regola la consapevolezza della discontinuità. Questo conduce all'esperienza di un senso coeso di identi-*

*tà personale e alla necessaria illusione di essere "un Sé"*(ibid, pag. 178).

Per rappresentare la complessità della mente, Bromberg propone l'immagine degli stati del Sé come simile ad un arcipelago. Ogni stato del Sé ha una propria voce, propri affetti e una propria memoria derivanti dalle configurazioni Sé-Altro. La molteplicità non è di per sé traumatica né patologica, ma lo diventa quando alcuni stati del Sé vengono separati rigidamente per proteggere la persona da esperienze affettive intollerabili in seguito al trauma. In queste condizioni gli stati emergono tendenzialmente uno alla volta, condividono in misura limitata tra loro memorie e affetti e vengono tenuti separati sul piano comunicativo tra loro, per evitare l'angoscia.

Può quindi esistere un Sé grandioso, di tipo narcisistico, che serve a proteggere l'individuo dalla vulnerabilità con le sue funzioni difensive di onnipotenza e di controllo volte a evitare la vergogna e la dipendenza. Può esserci un Sé vuoto e affamato, che è nascosto dietro alla grandiosità. Può esserci un Sé schizoide, volto a prevenire l'effetto sorpresa e la modifica che deriva dal mondo esterno e che funziona attraverso il ritiro, l'autoprotezione, la solitudine e il controllo assoluto del mondo interno. Può esserci un Sé bambino o traumatizzato che è lo stato del Sé più arcaico ed è il principale che può emergere durante le regressioni e nell'*enactment*. Tale Sé può essere la sede del trauma e della vergogna e, quando la relazione è sufficientemente sicura, può emergere nella sua vulnerabilità e con gli *enactment*.

La continuità personale non richiede che tutti gli stati del Sé siano costantemente presenti alla coscienza, ma che la persona possa riconoscerli come appartenenti alla propria esperienza. La funzione autoriflessiva rende possibile questo collegamento: consente di osservare un particolare stato mentale senza identificarsi interamente con esso, di coglierne i rapporti con altre configurazioni del Sé e di attribuirgli un significato. Tale capacità, che Bromberg associa all' "*Io osservante*" (ibidem, p. 10) può svilupparsi e consolidarsi nella relazione terapeutica.

## LA FUNZIONE ORGANIZZATIVA DELLA DISSOCIAZIONE DELLA MENTE E NELL'ESPERIENZA DEL TRAUMA

Nella prospettiva di Bromberg, la dissociazione partecipa al normale funzionamento della mente, ma può diventare patologica quando, a seguito del trauma, determina un isolamento tra gli stati, con un irrigidimento che impedisce la connessione e la comunicazione tra loro.

Come principale meccanismo che permette l'organizzazione della mente stessa *"la dissociazione non è patologica nella persona matura, ma può diventarlo. Il processo della dissociazione è basilare per il funzionamento mentale umano ed è centrale per la stabilità e la crescita della personalità: è un dono intrinsecamente adattivo che rappresenta la vera natura*

*di quello che chiamiamo consapevolezza. La dissociazione non è sinonimo di frammentazione"(ibidem pag.178). In questo caso ci può essere uno stato del Sé che resta in primo piano mentre gli altri stati restano sullo sfondo, ma sono comunque accessibili. Questo accade quando una normale* dissociazione ci permette di essere completamente immersi in un'esperienza come ad esempio un lavoro, la stesura di una relazione o una attività, senza che le altre parti del Sé diventino dei distrattori. Il sogno può essere inteso ad esempio, come il più familiare fenomeno di dissociazione: una normale capacità auto-ipnotica della mente e una normale attività dissociativa della vita quotidiana. L'utilizzo dei sogni in analisi può essere considerato un'esperienza transizionale che facilita la connessione tra i vari stati del Sé, disconnessi tra loro ipnoticamente, permettendo quindi alle voci non me degli stati del Sé di essere ascoltate e di trovare accesso all'Io. *"Il lavoro analitico con i sogni va dunque da un essere una storia "interpretata", all'essere uno spazio per la co-costruzione di una realtà transizionale tra paziente e analista- uno spazio in cui la persona che sogna la persona che riporta il sogno sono inclusi entrambi*" (ibidem pag. 242).

La dissociazione può anche definirsi come difesa da una relazione di attaccamento ambivalente. Riprendendo la teoria di Peter Fonagy del rispecchiamento e della sintonizzazione emotiva, se l'Altro, con il suo atteggiamento relazionale è imprevedibile e ambivalente, disconferma lo stato mentale del bambino proprio nel momento di un'attivazione affettiva che avviene all'interno di una relazione significativa, creando nel soggetto una sorta di diffidenza rispetto alla validità interna del proprio sentire, oltre che compromettere il suo senso di fiducia epistemica e relazionale.

Immaginiamo un paziente che durante l'infanzia abbia vissuto esperienze di rifiuto o di svalutazione proprio da parte della figura di attaccamento che magari alternava in modo ambivalente calore e freddezza emotiva. Poiché i momenti di vicinanza e quelli di rifiuto nell'attaccamento si alternano senza un filo conduttore, il bambino non riesce a integrare un'unica immagine di sé e può percepirsi in maniera scissa come o molto amabile o non degno, in un'alternanza ambivalente di affetti e vissuti, con il rischio della tendenza alla frammentazione. Quando la convinzione su cui si regge la sua identità del *se sono bravo sono amato* viene disconfermata dall'ambivalenza, il soggetto si trova confuso e può provare un senso di vuoto, perché ciò che non si struttura è una narrazione interna stabile di sé.

La dissociazione, in questo caso, separa le due esperienze incompatibili che vengono collocate in stati del Sé distinti: entrambi gli stati del Sé sono coerenti al loro interno, ma non vengono mai vissuti insieme. Quando è in rilievo il bambino amato, il bambino rifiutato può non esserci e viceversa, e quest'ultimo diventa la parte *non- me*. Quindi, la dissociazione interviene come una protezione dalla disorganizzazione, separando gli affetti e i significati che non possono essere contenuti insieme.

Infine, il carattere traumatico di un'esperienza tende alla disorganizzazione perché dipende dalla sua capacità di interrompere bruscamente la continuità soggettiva. Quando vengono meno i significati relazionali attraverso i quali la persona riconosce se stessa e il proprio rapporto con l'altro, l'esperienza può risultare non integrabile e accompagnarsi a un vissuto di perdita del senso di sé.

Inoltre, Bromberg sottolinea l'importanza di osservare e tenere presente in terapia la differenza tra dissociazione e conflitto, considerando quest'ultimo come accessibile solo dopo il trattamento della dissociazione: "*La capacità del paziente di muoversi dalla dissociazione al conflitto dipende dalla capacità dell'analista di mettersi in relazione simultaneamente con i numerosi Sé*, (del paziente) *mantenendo il tempo stesso un dialogo autentico con ognuno di essi*". (bidem pag. 191).

## LA DEPRESSIONE IDENTITARIA COME STATO DEL SÈ E IL NARCISISMO

Considerando quindi il fatto che gli stati del Sé possano prendere rilievo nella struttura identitaria e funzionare in maniera esclusiva, autonoma e separata da altri stati, può accadere che, per esempio, il terapeuta osservi durante il trattamento la presenza di un vissuto depressivo difficile da alleviare nel paziente, sebbene sia all'attivo un percorso terapeutico ben strutturato.

Bromberg propone l'idea che esista una depressione che non va considerata soltanto come un disturbo affettivo, ma come uno stato del Sé internamente coerente dotato di una propria storia, di specifici ricordi, di una sua realtà percettiva e di un particolare stile relazionale. "*Curare la depressione è un processo che non deve diventare un tentativo di curare il paziente da "chi è"* " (ibidem pag. 179).

La depressione, quindi, non è solo qualcosa che la persona sente ma qualcosa che la persona *diventa* ed è, in quei particolari momenti. Essa difende il senso della continuità del Sé e il tentativo del terapeuta di eliminarla può essere vissuto dal paziente come un attacco all'identità.

Quindi, anche se è doloroso, Bromberg invita a tener presente che nessun dominio di realtà del Sé deve essere scotomizzato, attaccato o destrutturato.

Il fenomeno della resistenza, in questo caso nel timore di perdere la propria identità depressiva, diventa più forte quando tutta la personalità risulta organizzata in maniera centrale attraverso una struttura mentale che è dissociata, a differenza di quello che accade nel conflitto, perché la sopravvivenza del senso di sé nella dissociazione viene considerata prioritaria, anche se è un Sé sofferente.

Anche il Sé grandioso del narcisista, così come la depressione identitaria, non viene inteso solo come una difesa che copre il conflitto, ma rappresenta uno stato del Sé stabilmente mes-

so in primo piano che offusca lo stato bisognoso di dipendenza e vulnerabilità e che viene tenuto separato come un "non- me": probabilmente è stato relegato nelle segrete della personalità da un attaccamento disfunzionale e ambivalente o da esperienze traumatiche.

Bromberg spiega che l'individuo narcisista è un individuo sofferente, bloccato sul piano evolutivo, che vive nel tentativo di controllare l'ambiente e gli altri attraverso la ricerca di conferme per il proprio Sé grandioso, e in questo modo si perde il pieno senso di coinvolgimento nella vita.

Nella personalità narcisistica "*l'esistere diviene una ricerca o un'attesa per quel momento che non è ancora arrivato, il momento in cui la vita vera e il vero amore avranno inizio. Il presente è sempre imperfetto in sé e di per sé*" (ibid. p. 43). L'esperienza di realizzazione si è legata all'uso dell'oggetto, L'Altro è finalizzato a questo scopo, perché il benessere soggettivo diventa l'obiettivo da raggiungere e non rappresenta semplicemente una qualità caratteristica del vivere. Nella ricerca della perfezione vi è l'implicita ricerca di approvazione, nel tentativo di non percepire la propria dipendenza e mancanza, aspetto che farebbe provare un profondo senso di vergogna. Bromberg propone l'idea che il narcisismo, in fondo, sia una sorta di "*pazzia inevitabile ed essenziale*" (ibidem, p. 43) capace di proteggere tutti noi dalla consapevolezza della nostra imperfezione, provvisorietà e mortalità.

Il problema centrale del narcisista è che sente di non vivere, impiegato nello sforzo del tenere a bada il desiderio di fusione e la tendenza all'isolamento.

Nella terapia la difficoltà che incontra il paziente narcisista è il rischio della non autenticità, nel bisogno di preservare un'immagine di Sé grandiosa ma comunque coerente al suo interno. La difesa non permette l'espressione dei propri reali sentimenti verso l'analista per timore del legame. Il rischio intollerabile è quello del fallimento di questo sé grandioso, più che il confronto immediato con il conflitto intrapsichico. Questo può rendere difficile un lavoro analitico di tipo tradizionale. La relazione significativa, infatti, può aumentare il senso di angoscia perché nell'ottica dell'assecondare il desiderio di fusione, il rischio è quello di perdere di vista il proprio Sé, unico conosciuto. In questo senso si può comprendere come in funzione del Sé grandioso, il paziente tenti di tirare le pietre al vigile del fuoco terapeuta che prova a salvarlo dal fuoco interno della solitudine degli affetti.

Il narcisista è dominato dall'angoscia dell'estraneo e dal timore di perdersi in lui. In questo senso il paziente, in una fase iniziale, non deve percepire alcuna minaccia per la sua *maschera* difensiva, in una relazione terapeutica fatta di massima empatia e di quel giusto grado di confrontazione che non attivi livelli di angoscia eccessivi.

Invece, nelle fasi successive della terapia l'analista può cominciare a esplorare una maggiore messa in discussione del Sé grandioso/maschera come non funzionale alla relazione, con l'obiettivo di arrivare nel tempo all'analisi del transfert in senso classico. Solo quando si

ridimensiona il timore di perdere il Sé grandioso, sarà possibile lavorare classicamente con il transfert, e l›interpretazione può diventare funzionale ad una maggiore acquisizione di consapevolezza della propria affettività.

*La vergogna*, nel momento in cui emerge, può rappresentare un attacco traumatico all'identità personale e, di conseguenza, attivare la dissociazione finalizzata a preservare il senso di sé. Può avere una forza più distruttiva dell'angoscia. Non sempre l'angoscia determina una dissociazione nell'immagine di sé, mentre la vergogna si caratterizza per un'alta intensità, quasi un'esperienza di tipo dirompente. Solo in un processo terapeutico nel quale questa esperienza traumatica può essere rivissuta anche attraverso l'*enactment*, questa forza può essere riconosciuta in tutta la sua intensità e può essere anche condivisa con un altro da sé, l'analista, che non lascerà necessariamente il paziente solo di fronte all'esperienza.

## ENACTMENT

L'*enactment* è un fenomeno di origine inconscia che racchiude vissuti e memorie traumatiche e può essere inteso come un processo comunicativo. Emerge nei vissuti condivisi tra il paziente e il terapeuta ed appartiene quindi alla relazione, non al solo paziente. Nell'*enactment* gli aspetti dissociati del sé, i non-me che non sono stati simbolizzati o integrati nella coscienza emergono in maniera evidente e chiedono spazio all'interno della terapia.

La terapia permette di mettere in scena un accadimento, come in un teatro in cui il palcoscenico è il campo relazionale: è importante sottolineare che è la diade a recitare inconsapevolmente, non il paziente da solo, come avviene invece nell'*acting out*. "*La collisione tra professionale e personale è spesso il materiale grezzo da cui prende forma l'enactment*" (ibidem, p. 18) e l'analista, di fronte a questo, può provare un senso di impotenza nel recuperare momentaneamente la propria capacità professionale e la linearità della relazione terapeutica.

Possono essere esempi di *enactment* lo spostamento dell'orario della seduta da parte del terapeuta in un particolare e faticoso momento del percorso per entrambi, che rompe una continuità; l'arrivo inatteso di un messaggio via *WhatsApp* da parte del paziente in cui comunica di voler invitare nella prossima seduta un amico o amica per aiutarlo a parlare di sé, o un altro accadimento che interrompa una sorta di linearità del processo. Altresì un gesto compiuto dal paziente come un atto *self cutting* che egli mostra, può essere considerato un *enactment*, se si inscrive all'interno del campo relazionale condiviso con l'analista, ed è attuato a seguito dell'aver percepito freddezza e distanza nel terapeuta.

L'*enactment* si deve sperimentare, vivere; può diventare verbalizzabile solo successivamente, ed è sempre un fenomeno duale. I domini dissociati del Sé possono raggiungere la simbolizzazione attraverso l›attivazione dell›*enactment* e, in seguito, questa nuova esperien-

za percettiva può diventare simbolizzata e rappresentata, all'interno del transfert e del controtransfert, attraverso l'uso della parola. L'*enactment* può offrire così un momento prezioso e talvolta trasformativo della relazione terapeutica.

## OBIETTIVO DELLA TERAPIA: STANDING IN THE SPACES, NEGOZIAZIONE E USO DELLA SELF-DISCLOSURE

*Standing in the spaces*, ovvero la capacità di sostare negli spazi tra i diversi stati del Sé è la soluzione che Bromberg propone per raggiungere un equilibrio identitario e una percezione coerente di sé.

Significa riuscire a trovare un modo di percepirsi *uno*, nell'ottica della necessaria illusione di un Sé integrato, pur potendo contemplare diverse sfaccettature della personalità derivanti dai diversi Sé che la compongono, in un sistema che coglie la connessione tra gli affetti e il pensiero su di essi, ed è maggiormente capace di simbolizzazione.

Per Bromberg la cura avviene all'interno dello spazio dinamico tra questi stati "a*ttraverso l'opporsi e l'essere contrapposto, il sostenere e l'essere sostenuto dell'analista da ogni aspetto dissociato del Sé del paziente, essi* (gli Stati del Sé*) oscillano -in un ciclo di proiezioni e introiezioni- tra il suo mondo interno e quello del paziente*" (ibidem, p. 229).

*Standing in the spaces* può anche essere intesa come l'abilità di sostare tra le diverse percezioni di sé, anche tra loro dissonanti, senza sentire di esserne travolti.

La terapia può essere intesa, quindi, come una negoziazione continua tra quello che il paziente porta, quello di cui ha paura e ciò che dissocia, oltre che a quello che sente nel qui ed ora della relazione.

La relazione terapeutica può funzionare all'interno di questo sistema teorico se l'analista diventa un oggetto utilizzabile, come lo intende Winnicott nell'essere utilizzato come oggetto soggettivo. L'analista deve essere umanamente affidabile e deve poter sopravvivere agli attacchi che il paziente gli rivolgerà a livello identitario, mantenendo un piede nel mondo interno del paziente e un piede all'esterno, senza perdere la propria viva presenza. Solo in questo modo, le parti che erano precedentemente isolate, le voci non-me possono trovare accesso a ciò che è la parola, al simbolico.

L'obiettivo della terapia è passare da uno stato dissociativo a uno stato conflittuale e il cambiamento può avvenire nel momento in cui il paziente comincia a osservare di avere eventualmente una parte di sé che potrebbe essere per **lui difficile da tollerare**, senza necessariamente identificarsi completamente con essa.

Rispetto alla tematica della *self-disclosure* ovvero quando il terapeuta utilizza la propria sog-

gettività e la condivide realmente con il paziente, Bromberg spiega che il dibattito è ancora aperto, poiché tale utilizzo è in contrasto con la richiesta di neutralità rivolta al terapeuta psicoanalitico.

Bromberg invita a tenere presente che, nel momento in cui un terapeuta decide di utilizzare la *self-disclosure* e quindi decida di auto-rivelarsi, lo debba fare sempre in funzione del paziente e finalizzata al processo terapeutico. È opportuno che, con l'aiuto dell'autoanalisi, il terapeuta cerchi sempre di limitare, riconoscere e rispettare il confine tra il bisogno narcisistico di esprimere i propri bisogni personali e l'utilizzo di queste autorivelazioni come elemento di stimolo all'interno del processo terapeutico. L'obiettivo è favorire l'identificazione e una maggiore comunicazione, osservando sempre se il paziente sia in grado di tollerare la soggettività dell'analista. Occorre, quindi, non utilizzare la *self disclosure* quando questa risponde a un bisogno del terapeuta, quando interrompe un processo transferale che è in divenire e quando rischia di diventare una forma di *acting out*.

**CONCLUSIONI**

Lavorare tenendo a mente la prospettiva interpersonale relazionale, per come ci indica Bromberg, significa soffermarsi non tanto sulla struttura narrativa che il paziente porta e sulla sua coerenza nel portarla, ma osservare i vari cambiamenti di Stato, osservare quelle che sono le *fratture* o disconnessioni tra gli stati del Sé, se vogliamo utilizzare la metafora della rete internet nelle sue disconnessioni o funzionamenti discontinui che si presentano all'interno della seduta nella sua ipotetica continuità, e sul qui ed ora dell'esperienza condivisa nella relazione terapeutica.

Per arrivare a lavorare sul conflitto interno con alcuni pazienti, bisogna prima partire dagli stati dissociativi del Sé, che spesso derivano necessariamente dalle esperienze traumatiche capaci di generare disconnessioni tra parti nella propria personalità che non comunicano tra loro, ma che prendono talvolta il sopravvento identitario.

Il concetto di resistenza trova nella visione di Bromberg, una validazione importante nel non dare per scontato che il paziente sia disposto a farsi cambiare dal percorso terapeutico. Proprio come può accadere in una casa che va a fuoco, potrebbe essere di grande stupore per il vigile del fuoco (lo psicoterapeuta) che si porta con intenzione salvifica, scoprire il fatto che la persona intrappolata dentro inaspettatamente gli tiri le pietre, per timore di perdere l'unica casa che ha, seppure questa stia andando a fuoco. Il cambiamento in questa prospettiva non coincide con un attacco diretto alle difese del paziente, ma con la possibilità di comprenderne la funzione protettiva e di trasformarle all'interno di una relazione sufficientemente sicura, nella cornice della psicoanalisi interpersonale relazionale.

Quindi, occorre rispettare questa resistenza e inizialmente lavorare in una co-costruzione fiduciosa e vicendevole di un campo intersoggettivo, cercando di essere attenti nel cogliere là dove il Sé si irrigidisce, dove si nasconde e si mimetizza e dove si manifesta magari con un cenno o attraverso il silenzio. *Standing in the spaces* è sostare, sia per il paziente che per il terapeuta, negli spazi del Sé alla sua ricerca, per permettere la visione più ampia possibile al paziente dell'arcipelago degli stati del Sé, per poi accedere in forma maggiormente simbolica al conflitto intrapsichico.

La cura non restituirà al paziente un'identità necessariamente ed esclusivamente unitaria ma gli permetterà di abitare il proprio arcipelago avendone maggiore contezza, e non sentendosi prigioniero ma sentendosi *uno* pur continuando a essere *molti*.

## Bibliografia


Bateman, A. e Fonagy P. (2005). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2005.

Brolato, G. (2025). P. Fonagy: La realtà psichica negli stati borderline. Una lettura alla luce della clinica contemporanea. *Psicoanalisi Contemporanea*. V-2-2025, pp. 73-82.

Bromberg, P. M. (2007). *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the Spaces*, edizione italiana a cura di V. Lingiardi, V. Caretti e F. De Bei, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Danieli, M. (2023). Riflessioni intorno a *Note su alcuni meccanismi schizoidi* (1946-1952). *Psicoanalisi Contemporanea*. III-2-2023, pp. 65-74.

Fattori. L. (2025). L'inconscio come centrale simbolica. Una lettura di Il sogno di Irma e il destino della psicoanalisi di Franco Fornari. *Psicoanalisi Contemporanea*. V-1-2025, pp. 60-70.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S. e Higgitt, A. C. (1991), *The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment*, *Infant Mental Health Journal*, 12(3), pp. 201-218.

Fonagy, P e Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina, Milano.

Fonagy, P. e Gergely G. Jurist E.L, Target M. (2005). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Pugnetti, C. (2024). L'inconscio come funzione simbolica. Una lettura di *Apprendere dall'esperienza*. *Psicoanalisi Contemporanea*, IV-1-2024, pp. 26-34.

Rostagno, M. (2024). Giocare per crescere. Una lettura di *Gioco e realtà*. *Psicoanalisi Contemporanea*, IV-1-2024, pp. 15-24.

Settembrini, D. (2023). "Riflessioni intorno ad *Analisi terminabile e interminabile*". *Psicoanalisi Contemporanea*. III-2-2023, pp. 51-64.

Winnicott, D. W. (1969). *The Use of an Object*, *International Journal of Psychoanalysis*, 50, pp. 711-716.

## Sitografia

www.raffaellocortina.it/scheda-libro/philip-m-bromberg/clinica-del-trauma-e-della-dissociazione-9788860301024-1146.html

www.areag.net/approfondimenti/clinica-del-trauma-e-della-dissociazione-standing-in-the-spaces/

# Casi Clinici

# Dalla comprensione della psicopatologia al trattamento analitico. Una lettura di *Lavorare con i pazienti difficili* di Franco De Masi, Bollati Boringhieri, Torino, 2012

Daniela Cassano

Questo articolo riprende il tema del lettorato tenutosi a Torino il 19 maggio 2026 nell'ambito del ciclo intitolato: *Percorsi di Psicoanalisi Contemporanea*.

*Lavorare con i pazienti difficili* di Franco De Masi è, secondo me, un testo base e la sua lettura è fondamentale per chi voglia dedicarsi al trattamento psicoanalitico di casi particolarmente complessi e impegnativi.

Che cosa intende l'Autore con il termine di "pazienti difficili"? Gli elementi che permettono di definire questa condizione sono:

- le costruzioni psicopatologiche,
- le difficoltà del paziente a tollerare la dipendenza analitica,
- le distorsioni del Super-Io.

Lungo la lettura delle pagine del libro questi tre aspetti sono ben delineati e chiariti teoricamente e attraverso la descrizione di casi clinici.

Una caratteristica a mio giudizio molto apprezzabile e sicuramente utile didatticamente è la capacità dell'Autore di effettuare sintesi efficaci del pensiero dei grandi psicoanalisti della storia, al fine di inquadrare i problemi e collocarli correttamente nell'ambito dello sviluppo del pensiero psicoanalitico.

In accordo con i principali teorici del pensiero analitico, De Masi attribuisce al trauma reale un ruolo determinante nello sviluppo di gravi patologie. Seguendo schematicamente gli sviluppi del pensiero di Freud a partire dalla sua prima teorizzazione, De Masi evidenzia come il trauma sessuale sia stato individuato inizialmente quale causa all'origine dell'isteria. In una fase successiva, Freud aveva posto in luce il ruolo dell'immaginazione nell'alterare i ricordi del passato e quindi la possibile origine fantasmatica più che reale del trauma sessuale. De Masi è tra coloro che pongono l'attenzione, invece, sul trauma reale e sulle possibili conseguenze sulla vittima. Sostiene per esempio, a proposito del caso di Dora (1901), che Freud si fosse concentrato sull'ipotesi dell'attrazione inconscia della ragazza nei confronti del signor K, senza considerare che una ragazza di 14 anni potesse essere infastidita e turbata dall'intrusione sessuale di un adulto. Secondo questa ipotesi, quindi, la base dello sviluppo patologico

sarebbe stata non il trauma reale, ma la fantasia di seduzione (pag. 34). De Masi sottolinea, al contrario, la realtà del trauma intrusivo subìto dalla ragazza.

Il trauma in generale diventa patogeno sulla base della sua intensità, dell'età e del livello di sviluppo più precoce di chi lo subisce. Fondamentale è il ruolo della madre (o chi per lei), quale barriera nei confronti di stimoli eccessivi. De Masi si riferisce a Masud Khan (1963) con la sua teorizzazione del *trauma cumulativo*, ove un ruolo molto importante è attribuito alle intrusioni da parte delle figure genitoriali (specie materne) quali causa di inibizioni o distorsioni dello sviluppo. Eventi traumatici molto precoci, al di là della capacità di ricordare (memoria esplicita), rimanendo totalmente inconsci, inaccessibili e non rappresentabili, sarebbero alla base degli sviluppi patologici più gravi. Anche Fonagy (1999) sostiene che psicosi e stati borderline derivano da traumi precoci non mentalizzabili. In questo modo il trauma è incorporato nella struttura dell'Io e ne determina il funzionamento. Vi può essere un meccanismo di rimozione o di dissociazione, quando occorre che un contenuto troppo traumatico venga separato in una parte della mente che lo renda inaccessibile per permetterle di continuare a funzionare.

I traumi vissuti nell'epoca infantile sono molto importanti nel determinare la gravità di alcune patologie. Gli sviluppi futuri sono determinati dalle capacità di reazione individuali e dalla presenza o meno di figure sostitutive in grado di offrire esperienze emotive di contenimento e riparazione. Risultati negativi delle situazioni traumatiche possono derivare anche dall'identificazione con l'aggressore. Il vuoto emotivo sperimentato a seguito del trauma può essere così profondo che, in una fase successiva della vita, quando la situazione inizia a migliorare (ad esempio durante la psicoterapia), il paziente può sentirsi angosciato e disorientato, rischiando così di danneggiare le sue parti vive.

Una spiegazione delle conseguenze negative del trauma, sottolinea De Masi, viene anche dal contributo delle neuroscienze. Esse hanno individuato l'ippocampo quale sede anatomica della memoria esplicita o dichiarativa che permette di riportare alla coscienza i ricordi. La componente emotiva della memoria traumatica si localizza invece nell'amigdala. La memoria implicita o procedurale (che riguarda i processi appresi meccanicamente, come ad esempio andare in bicicletta) ha la sua sede nei gangli della base e nel cervelletto. Nella memoria traumatica (Jacobs e Nadel, 1985), il ricordo si focalizza nell'amigdala su impulso di cortisolo e adrenalina (ormoni secreti in conseguenza dello stress). Questi riferimenti anatomici danno ragione del fatto che il ricordo traumatico, anche quando non si fissa nella coscienza, rimane indelebile nei suoi risvolti emotivi che rimangono fissati a livello dell'amigdala.

Un ruolo peculiare quale causa del possibile sviluppo di gravi psicopatologie è il trauma nella relazione primaria. Citando Bollas (1989), De Masi opera una distinzione tra destino e fato. Il destino è la tendenza potenziale dell'individuo verso la realizzazione della propria indivi-

dualità (l'*idioma* secondo Bollas). Il fato rappresenta le circostanze esterne che influiscono e determinano il destino del soggetto. Quando il fato colpisce, la persona danneggiata può perdere la percezione del suo destino, nel senso della capacità di vedere un futuro per sé e per le proprie aspirazioni; può rimanere rinchiuso nella coazione a ripetere, senza esserne consapevole. È questo che spinge molte persone ad iniziare un'analisi. Quando il paziente arriva in terapia il danno c'è già stato e, se non vogliamo semplicemente assistere (fare "il coro greco" dice De Masi), occorre riconoscere l'importanza dell'effetto del trauma in tutti i suoi aspetti, quindi quelli deficitari o distorti delle relazioni primarie e l'eventuale presenza di costruzioni psicopatologiche difensive, che nel tempo assumono grande rilievo. Per simbolizzare il trauma nella relazione primaria, il riferimento va a Green con la sua teorizzazione della *madre morta* (1983), quindi una madre che è presente fisicamente, ma, a causa della depressione, è assente mentalmente. Il processo di identificazione del bambino con una madre morta causa un buco psichico nel suo sviluppo mentale; il senso di sé non si sviluppa. In situazioni di grave deprivazione, ciò che fa la differenza tra uno sviluppo normale ed uno fortemente carenziato e patologico sono aspetti strutturali (genetici) della personalità e la presenza o meno di figure in grado di vicariare. Se queste figure non entrano in gioco, le parti malate dell'oggetto primario fanno intrusione nel Sé seducendolo, minacciandolo, confondendolo. De Masi ritiene che, dall'interpretazione di transfert (ad esempio "lei mi vede come suo padre") bisogna passare appena possibile con questi pazienti all'introduzione di elementi di analisi ricostruttiva. La ricostruzione, secondo De Masi, aiuta il paziente a comprendere il passato e rielaborare gli elementi traumatici, non appena diventa capace di mentalizzarli. Attraverso la partecipazione emotiva, l'analista diventa elemento indispensabile per la trasformazione. La relazione analitica favorisce il crearsi di un rapporto di dipendenza sana che sta alla base della crescita mentale in senso evolutivo.

Alcuni pazienti che hanno avuto un'infanzia traumatica non ne sono consapevoli in quanto si sono costruiti quale alternativa un mondo fantastico consolatorio che ha fatto perdere loro, almeno temporaneamente, il contatto con la realtà psichica. Queste strutture psicopatologiche fantastiche fanno deviare da una crescita normale. La persona può strutturare, ad esempio, a scopo reattivo nei confronti di abusi sessuali subìti nell'infanzia, comportamenti sessualmente promiscui senza provare alcun coinvolgimento emotivo.

I rifugi della mente, già teorizzati da J. Steiner (1993), costituiscono il rifugio del paziente che si ritira in un mondo privato, dissociato dalla realtà, pieno di figure immaginarie. Il sollievo, il piacere che deriva dal ritiro è un elemento di forte resistenza alla cura. Occorre riscoprire/creare nuovi oggetti interni alternativi a tali costruzioni fantastiche.

Una di queste forme di ritiro psichico può essere l'accanimento masochistico ed il rifugio nell'atteggiamento di vittima aggressiva e piena di rancore. È un modo per non elaborare il lutto e abolire i sensi di colpa. Consideriamo inoltre che la soddisfazione perversa rende più

difficile il cambiamento.

Nel quarto capitolo l'autore delinea le differenze tra difese e costruzioni psicopatologiche, che sono tra gli elementi caratterizzanti dei pazienti il cui trattamento è particolarmente difficoltoso. Il modello freudiano delle difese nasce dalla teoria delle pulsioni (principalmente si tratta di: rimozione, spostamento, sublimazione, formazione reattiva). Secondo il modello kleiniano le difese servono per espellere l'angoscia dell'Io (posizioni schizoparanoide e depressiva). Il meccanismo di difesa cardine è l'identificazione proiettiva. Secondo De Masi le costruzioni psicopatologiche dei pazienti difficili sono un modo alternativo e patologico di funzionamento mentale. Costituiscono un'alterazione radicale della struttura della personalità. La trasformazione da esse indotta è del tutto inconsapevole e pertanto non recuperabile attraverso l'analisi dell'inconscio (come invece lo sono le difese). La realtà, come definita dalla costruzione psicopatologica, si presenta come superiore a quella vera e molto più seducente per il paziente. Costruzioni di questo tipo si osservano nelle perversioni, nelle condizioni borderline e nelle psicosi.  Rosenfeld (1971) definisce come narcisismo distruttivo la condizione in cui vi è un'idealizzazione superegoica di parti profondamente malvagie del Sé in presenza di un Super-io perverso. Nei sogni dei pazienti che stanno cercando di uscire da questo stato, rileva De Masi, vi sono spesso bande di delinquenti che minacciano il paziente di rappresaglia per i suoi tentativi di affrancarsi da regimi totalitari, luoghi come fortezze o grotte nei quali il soggetto si ritira.

Il ritiro psichico è la forma più grave di costruzione psicopatologica. Alcuni esempi di ritiro psichico sono costituiti dal ritiro sensoriale, l'identificazione completa con personaggi immaginari, il ritiro sessualizzato, distruttivo. Si tratta di luoghi della mente attraenti nei quali il paziente non deve affrontare la realtà, è dominato da fantasie onnipotenti piacevoli, ogni cosa è permessa. Le conseguenze del ritiro sono il deterioramento delle relazioni oggettuali e l'inibizione dello sviluppo psichico. Il ritiro tende ad espandersi e sottomettere il resto della personalità. Si tratta di un luogo segreto che può emergere in analisi solo dopo diverso tempo. Esso crea dipendenza e svuota il resto della vita emotiva. Nell'infanzia, ad esempio, può accadere che il ritiro non venga riconosciuto da parte di genitori emotivamente carenti e dia luogo solo anni più tardi, in adolescenza, a sviluppi di tipo psicotico.

Il mondo della rete può favorire forme di ritiro psichico. Può favorire la diffusione di siti che hanno contenuti di tipo perverso (ad es. Pedofilo), che cercano attraverso la diffusione della loro ideologia consenso e nuovi adepti. Si possono creare identità false e disfarsene rapidamente. La vita virtuale può costituire una realtà sensoriale staccata, isolata, inaccessibile alla vita relazionale normale. Lemma (2010) sottolinea come la natura di spazio virtuale della rete superi la percezione del corpo proprio e altrui, le dimensioni spazio-temporali. Le differenze individuali tendono ad omogeneizzarsi attraverso identificazioni imitative. Vengono a scomparire le differenze tra mondo interno e mondo esterno, tra realtà concreta e fantasia. Si

realizzano identità mutevoli che rimangono scisse e non integrate. La dimensione segreta e consolatoria del ritiro nella realtà virtuale appare sempre disponibile e controllabile; non c'è ambivalenza né conflitto, a differenza dell'esperienza reale. Il ritiro psichico che si può generare è tutto occupato dall'esperienza sensoriale, non vi è spazio per una creazione simbolica, per uno sviluppo. Si crea una dipendenza che a poco a poco impoverisce le parti più sane della personalità. Non è Internet a creare la patologia, ma ne amplifica gli effetti quando essa è già esistente.

De Masi individua diversi tipi di ritiro. Il ritiro *sensoriale* è esemplificato con il caso di un paziente con il feticismo dei capelli lunghi. Esso risaliva ad un rapporto erotizzato con la madre di cui indossava la biancheria intima. Amava pettinare i lunghi capelli della fidanzata, oppure s'immergeva in fantasie di lunghe chiome e, durante questa attività, si masturbava.

Vi è poi il ritiro che consiste nel *vivere in personaggi di fantasia*. De Masi riferisce il caso di Agnese (pag. 71-72), una giovane di 18 anni che vive in un mondo di fantasie piuttosto macabre ispirate al personaggio di un cantante rock. Veste completamente di scuro ed esce pochissimo, non frequenta più la scuola da due anni. In questo caso il ritiro ha il significato di una ribellione contro il mondo che odia ed in particolare nei confronti della madre. Nel mondo immaginario, però, non ci sono solo figure idealizzate, ma anche entità minacciose e pericolose che a tratti diventano potenzialmente dannose per la sua stessa sopravvivenza e rischiano di inghiottirla.

Il ritiro *sessualizzato* si può verificare nella perversione, in alcuni pazienti borderline o psicotici. Infine il ritiro distruttivo si manifesta quando una figura delinquenziale viene idealizzata. Il paziente fa parte di una gang e ogni tentativo di uscirne provoca sogni angosciosi di vendetta.

L'ipotesi complessiva di De Masi è che il bambino destinato a divenire psicotico se non riceve adeguato accoglimento e/o se riceve atteggiamenti intrusivi da parte delle figure genitoriali, si rinchiude in una difesa protettiva che esclude a poco a poco il contatto con il mondo delle relazioni. Gradualmente, la parte ritirata e psicotica della personalità colonizzerà la parte sana. In terapia, l'obiettivo è riuscire a far comprendere al paziente questo suo funzionamento dissociato.

Il Super-io svolge, nei pazienti difficili, un ruolo minaccioso e persecutorio, contrario allo sviluppo mentale. Nella depressione melanconica si crea un circolo vizioso tra il continuo rimprovero all'oggetto per la sua mancanza d'amore (e pertanto responsabile di sadismo) e l'aspetto vittimistico della posizione di costante infelicità: il malinconico perseguita l'oggetto dal quale si sente a sua volta perseguitato. Il Super-io accusa l'Io d'indegnità e l'Io attacca il Super-io per la sua durezza.

Il Super-Io patologico è alla base di fasi di autoesaltazione e maniacalità che lasciano il posto

a pesanti sensi di colpa. Con questi pazienti, il rischio è che le interpretazioni vengano costantemente distorte.

L'Ideale dell'Io ha una declinazione particolare nei pazienti difficili. L'Ideale dell'Io ha un significato positivo per lo sviluppo nella misura in cui rappresenta una forma di narcisismo "benigno", secondo le teorizzazioni di Winnicott (1971) e Kohut (1971). Questi Autori, pur partendo da modelli diversi, hanno posto in luce il valore strutturante dell'idealizzazione del Sé e dell'oggetto, che ha un ruolo positivo in fasi precoci dello sviluppo. La distorsione patologica dell'Ideale dell'Io nei pazienti difficili viene esemplificata nella costruzione dell'idolo. De Masi porta l'esempio dell'idoleggiamento del pedofilo verso il mondo infantile. L'idolo richiede adorazione e sottomissione totale, perderlo significa precipitare nella colpa. "*Mentre l'idealizzazione è in rapporto con l'amore (un amore primitivo), l'idolo è venerato per il potere. Per questa ragione a sua volta esige e ottiene sottomissione*" (p. 86).

Il Super-io e l'Ideale dell'Io assumono le caratteristiche di organizzazioni psicopatologiche in grado di sottomettere l'Io seducendolo con promesse di onnipotenza, ma di fatto comprimendo sempre più la parte sana e togliendo al paziente ogni possibilità di sviluppo positivo e crescita mentale.

Nel settimo capitolo viene preso in esame l'inconscio. L'inconscio dinamico descritto da Freud ha alla sua base il concetto di rimosso: contenuti che non hanno accesso al sistema conscio-preconscio tramite la rimozione vengono conservati nell'inconscio attraverso tracce mnestiche. Nel quadro della seconda topica viene teorizzata una parte inconscia non solo nell'Es, ma anche nell'Io e nel Super-io. Melanie Klein apporta i concetti di fantasia inconscia (relazioni tra oggetti interni, fantasie corrispondenti, angosce e difese) ed il concetto di identificazione proiettiva. Con Bion l'inconscio diventa una funzione della mente, dice De Masi. Il concetto di rimozione viene sostituito con quello di membrana semi-permeabile. Per rendere conscio l'inconscio occorre lavorare sul confine tra veglia e sonno tramite la *rêverie*. Mentre la nevrosi è una patologia che riguarda l'inconscio dinamico e quindi ha a che fare principalmente con il rimosso, le strutture borderline o psicotiche implicano un'alterazione di quello che l'Autore chiama *inconscio emotivo-ricettivo*, cioè l'apparato mentale che simbolizza gli affetti, gli oggetti, il linguaggio. Esso rappresenta un sapere implicito, una memoria procedurale. Nel caso della psicosi esso è compromesso fin dall'inizio. L'inconscio emotivo-ricettivo non è biologicamente determinato, ma si sviluppa se l'individuo può crescere in presenza delle condizioni di accoglimento e cura adeguate. Nei pazienti difficili è alterata la funzione riflessiva (come definita da Fonagy e Target, 1996), per cui la capacità di associare è gravemente compromessa.

L'inconscio emotivo, nel caso della psicosi, è compromesso fin dall'inizio. Nel ritiro psicotico la mente viene usata non come uno strumento per intuire e pensare, ma come un "*organo*

*sensoriale che produce piacere*" (p. 101) e costruisce un mondo di fantasie che estromettono a poco a poco la libertà. In una fase ulteriore si popola di allucinazioni e deliri. I pazienti borderline oscillano tra l'adesione alla realtà e questo tipo di ritiro, i pazienti psicotici non escono da questa condizione. Per questo motivo sono definiti difficili, perché vivono in mondi difficili da raggiungere da parte dell'analista.

Nella seconda parte del libro viene trattata estesamente la patologia della sessualità nei pazienti difficili.

Scrive De Masi: " *Le sessualità perverse sono il risultato di deviazioni precoci dello sviluppo infantile che si strutturano come organizzazioni patologiche che cancellano le potenzialità evolutive. Per capire la natura della perversione è importante usare il concetto di sessualizzazione piuttosto che quello di sessualità*" (p. 105).

De Masi ripercorre sinteticamente lo sviluppo della teoria freudiana della sessualità nelle sue varie fasi. In un primo periodo, che si conclude con *Studi sull'isteria* (1892-95), Freud si interessa al desiderio sessuale rimosso come causa basilare della nevrosi. In una seconda fase, organizza una teoria generale dello sviluppo dell'individuo con alla base il concetto di pulsione che si esprime attraverso la libido. Nel primato del principio di piacere la sessualità si amplia e include ogni forma di piacere corporeo. La differenza tra normalità e patologia è di tipo quantitativo. Nel terzo periodo (Freud, 1920) vi è una svolta per cui la sessualità diventa espressione della pulsione di vita (*Eros*) che si oppone alla pulsione di morte (*Thanatos*). La forza unificatrice della libido si oppone alla pulsione di morte che tende a slegare, disunire, distruggere. Mentre per Freud è la sessualità che organizza la psiche, per M. Klein è la psiche che determina il tipo di sessualità. Le pulsioni affettive ed aggressive determineranno il tipo di sessualità, non viceversa. In particolare, un'osservazione fatta da M. Klein è di importanza basilare: quando il tono ansioso è troppo elevato, la sessualità non rappresenta una fonte di sviluppo, ma una fuga non relazionale, difensiva, consolatoria. I post-freudiani (Klein, Bion, Winnicott) hanno posto l'accento maggiormente sugli aspetti relazionali ed emotivi piuttosto che su quelli sessuali.

Kernberg (1995) sostiene che componenti perverse sono parte delle fantasie sessuali normali. Anche McDougall (1995) sostiene che la commistione tra normalità e perversione è connessa alle pulsioni pregenitali e all'organizzazione degli affetti interni primitivi. La posizione di De Masi si avvicina maggiormente a quella di Meltzer (1973), che differenzia nettamente la sessualità polimorfa da quella perversa e da quella immatura, facendo una distinzione netta tra primitivo e patologico.

De Masi sostiene che "*sono proprio i processi di sessualizzazione infantile a fondare il nucleo delle strutture perverse*" (p. 113). La perversione non ha origine dall'accentuazione della sessualità polimorfa infantile, ma rappresenta una frattura nello sviluppo normale e si caratte-

rizza per la produzione *di stati mentali sessualizzati* nell'infanzia a scopo difensivo (ciò che può succedere, ad esempio, in situazioni di grave deprivazione).

De Masi si sofferma anche sulle varie declinazioni del transfert erotico. Vi è una netta distinzione tra quello che egli chiama "*transfert amoroso o idealizzante*" e quello che chiama "*transfert erotico o sessualizzato*" (p. 118). Il primo ha il significato di un bisogno di legame affettivo di tenerezza che riflette passate interferenze traumatiche nei confronti del rapporto con le figure di riferimento. In questo tipo di legame c'è posto per la nostalgia, durante le separazioni, per l'idealizzazione dell'analista. Esso "*...indica l'iniziale capacità del paziente di* sognare *un rapporto affettivo e testimonia il suo ingresso in un mondo emotivo e relazionale*" (p.129). Il transfert amoroso può indicare la disposizione del paziente al cambiamento, alla trasformazione, all'attaccamento al lavoro analitico e come tale deve essere compreso e superato all'interno della relazione analitica. Ma il transfert amoroso può anche rappresentare una particolare forma di resistenza perché abbassa il terapeuta al rango di amante potenziale, scardinando le regole analitiche.

Il transfert sessualizzato ha una matrice diversa. Seguendo il pensiero di Winnicott (1971), emerge chiara la differenza che c'è tra il sogno, il suo rapporto con la realtà emotiva e con l'immaginazione creativa da una parte ed il ritiro nella fantasia dall'altra, che costituisce una realtà psichica parallela. La mente si ritira in uno stato di eccitazione sessualizzato. Tale condizione si riscontra nella perversione, in stati psicotici, nella tossicodipendenza. De Masi cita casi clinici di pazienti che tentano in modo esplicito ed insistente di proiettare la loro eccitazione sull'analista per coinvolgerlo, lo attaccano e lo ridicolizzano. Questi transfert costituiscono un grave ostacolo per l'analisi. Il transfert sessualizzato può causare reazioni controtransferali molto negative di allarme e rifiuto. L'analista si può sentire manipolato e minacciato. Il transfert di tipo delirante è il caso peggiore perché lo stato delirante è il risultato di un prolungato ritiro psichico in un mondo delirante che produce stati artificiali di benessere. Questa è la vera realtà per il paziente e non può essere messa in dubbio. Il lavoro analitico deve aiutare il paziente a sottrarsi al dominio di questa costruzione psicopatologica, rivelandone a poco a poco la presenza e la forza, lavorando in alleanza con le parti sane del paziente. L'interpretazione deve essere tempestiva e continuativa per evitare che lo stato psicotico colonizzi il resto della personalità.

Il capitolo 10 è dedicato alla pedofilia ed ai tentativi di curarla. "*La pedofilia mantiene la caratteristica propria della perversione di essere egosintonica, ossia di non essere percepita dal soggetto in modo conflittuale o colpevole*" (p. 132). Questi pazienti non si ritengono malati, pertanto di solito non richiedono una terapia, e, se lo fanno, spesso sono obbligati a farlo a causa di provvedimenti giudiziari. Al contrario, cercano spesso di ottenere consenso e validazione delle proprie condotte attraverso il proselitismo, ad esempio su Internet. C'è una spinta alla diffusione di comportamenti perversi e quindi anche pedofili data dalla possibilità offerta

dalla rete di divulgazione di materiale di vario genere. Ciò facilita la diffusione dell'ideologia e l'aggregazione di soggetti anche distanti tra loro, amplifica il messaggio e ottiene adesioni crescenti. Questa propaganda agisce nel senso di normalizzare tali pratiche, legittimarle e cancellarne l'aspetto di trasgressione e di colpa. La pedofilia è purtroppo diventata un fenomeno diffuso e facilitato dalle grandi differenze socio-economiche: la povertà di molte aree del mondo fa sì che l'infanzia dei deboli venga violata sistematicamente su base mondiale.

L'Autore distingue tra una pedofilia "romantica" ed una "cinica". La prima si fonda sull'idealizzazione del mondo infantile (porta quali esempi James Barrie autore di "*Le avventure di Peter Pan*" e Lewis Carrol che scrisse "*Alice nel paese delle meraviglie*"). In questi soggetti ci possono essere aspetti altruistici o capacità educative e creative verso i minori. Nella pedofilia cosiddetta cinica c'è il sadismo alla base dell'eccitamento. Il piacere deriva dall'esercitare violenza su di un oggetto sottomesso e la natura piccola ed indifesa del bambino si presta facilmente a questo ruolo. Non c'è alcun interesse per il mondo infantile e nessuna empatia verso le vittime.

Tra le caratteristiche dell'ideologia pedofila, dice De Masi, c'è il disprezzo per l'aspetto fisico e per il mondo psico-emotivo degli adulti. Il pedofilo aspira ad essere un ragazzo e condividere il mito dell'eterna giovinezza, recuperare attraverso il rapporto con i giovani una vitalità perduta o mai posseduta. Il mondo infantile viene travisato perché sessualizzato; l'affettività naturale dei bambini viene stravolta attribuendole delle connotazioni di tipo sessuale. Spesso si tratta di persone che hanno vissuto nell'infanzia un ritiro sessualizzato a seguito di un evento traumatico (ad esempio hanno subìto abusi di tipo sessuale). In altri casi non hanno subìto abusi, ma sono stati oggetto di pressioni seduttive da parte di una o più figure di accudimento o sono stati coinvolti in qualche modo nella vita sessuale dei genitori. Sono cresciuti nella convinzione che ogni bambino sia "normalmente" interessato ad esperienze di tipo sessuale.

De Masi descrive il lavoro analitico con un paziente, Michele, pedofilo omosessuale con componenti di tipo "romantico". Le sue fantasie a contenuto sadomasochistico risalivano all'infanzia; l'omosessualità era emersa in adolescenza; in qualche tentativo di rapporto sessuale si era scoperto impotente. Nell'infanzia aveva avuto un rapporto privilegiato con la madre rispetto ai suoi fratelli (una sorella maggiore e quattro fratelli minori, due maschi e due femmine). Nell'adolescenza questo rapporto si era incrinato perché la madre, anch'ella attratta dal mondo adolescenziale, aveva sviluppato un legame idealizzato con un coetaneo del figlio, considerato anche da Michele come bello e desiderabile. Da quel momento il paziente si era allontanato da lei. Il padre era una figura autoritaria e aveva instaurato con il figlio una relazione basata sulla paura e la sottomissione. Michele non aveva rapporti con coetanei o adulti, lavorava come educatore ed era ammirato dal mondo dell'infanzia-adolescenza, perciò spesso si proponeva come animatore di gruppi anche al di fuori dell'attività di lavoro. Erano

sempre presenti in lui anche aree di tipo sadico e masochistico dalle quali veniva sempre più soggiogato fino a temere di perdere il controllo. Fu questa paura a spingerlo a chiedere un'analisi. L'analisi con Michele durò per 14 anni a 4 sedute la settimana. Nelle prime fasi la stanza d'analisi era invasa dalle fantasie a contenuto sadico e masochistico del paziente e anche l'attività onirica aveva gli stessi contenuti. Nel transfert il paziente proiettava sull'analista aggressività e rabbia fino a suscitare in lui reazioni controaggressive; proiettava accuse di tipo persecutorio nei confronti di qualunque figura rappresentasse l'autorità: l'analista, i genitori. La dimensione pedofila assumeva per il paziente l'importanza di una verità rivelata. Il nucleo pedofilo rimaneva scisso dalla personalità e ciò facilitava la sua persistenza aconflittuale. De Masi individua tre fasi nel trattamento analitico di questo paziente: in una prima fase prevale la propaganda pedofila da parte del paziente e l'aggressione continua nei confronti dell'analista che viene visto come colui che cerca di privarlo del suo mondo fantastico. In questa fase l'analista cerca di contenere il paziente facendogli presente che egli è stato, fin dall'infanzia, un bambino sofferente. Nella seconda fase (dal sesto anno in poi) c'è la creazione di un idolo, l'idolo-ragazzo che in fantasia va a sostituire la madre; matura però la consapevolezza della dipendenza dal proprio idolo e la paura della disperazione conseguente ad una sua eventuale perdita. Nella terza fase il paziente vive nel gruppo degli adolescenti maschi, vuol essere uno di loro (De Masi nota come nell'adolescenza Michele fosse vissuto solo in compagnia di figure femminili – la madre e le compagne di scuola – e si fosse allontanato dai coetanei). Ma, progressivamente cresce la sua capacità di vedere i limiti del mondo da lui idealizzato. Il lavoro analitico è consistito nel rafforzare gradualmente la consapevolezza (che era inizialmente quasi del tutto sopìta) di vivere in una pseudo-realtà distorta. Il paziente fu progressivamente introdotto alla consapevolezza che l'analista poteva aiutarlo a capire che esiste una realtà diversa. Un segnale di decisivo cambiamento si ebbe quando il paziente iniziò ad avere rapporti con adulti non succubi nei suoi confronti. Il nucleo pedofilo non era scomparso del tutto, e si presentava in momenti di frustrazione e difficoltà, come per esempio durante le assenze dell'analista. Ma il paziente era in grado di collegare quelle fantasie alla costellazione emotiva che le aveva generate e ne comprendeva il significato difensivo o aggressivo. L'uscita dal mondo della pedofilia si ebbe quando Michele s'innamorò di un ragazzo diciottenne. La relazione con un oggetto d'amore separato e reale fu molto importante. Quando finì il paziente sprofondò nella depressione, ma ciò significò per lui l'abbandono del mondo dei ragazzi in favore delle relazioni con figure adulte. Il ricordo del mondo pedofilo è rimasto ben presente in Michele e potrebbe ancora riattualizzarsi in condizioni particolari. Tuttavia, esso è ora ben contenuto dalla consapevolezza maturata attraverso l'analisi.

Riassumendo le specificità della pedofilia, De Masi sostiene che la perversione pedofila è sostenuta da uno specifico nucleo delirante (*misconception*, secondo Money- Kyrle, 1968) in cui un oggetto altamente idealizzato, elevato ad idolo, prende il posto dei genitori. Il nucleo

pedofilo è scisso dal resto della personalità e questa scissione permette alle due parti di non entrare mai in conflitto. De Masi paragona il potere del nucleo pedofilo a quello della dipendenza tossicomanica e ciò spiega perché la terapia di questi pazienti sia lunga e faticosa.

Nel capitolo 13 De Masi si occupa dell'origine dell'aggressività e della distruttività. Sul concetto dell'aggressività opera una distinzione teorica tra due gruppi di pensatori. Al primo gruppo appartengono coloro i quali vedono l'aggressività come una componente innata della libido che spinge verso l'attività e la ricerca del piacere (Freud) o il rapporto amore-odio (di cui l'aggressività è una forma d'espressione) come base del funzionamento mentale (Klein). Al secondo gruppo appartengono coloro che considerano l'aggressività come esito di esperienze traumatiche (Anna Freud, Winnicott, Fonagy ed altri). L'aggressività è una reazione fisiologica ad uno stimolo o minaccia, ma diventa distruttiva se attacca oggetti buoni. La distruttività esprime indifferenza emotiva e porta alla deumanizzazione. La capacità di comprendere ed empatizzare con le emozioni altrui è una funzione della mente che si costituisce nella misura in cui questa stessa comprensione è stata messa in atto nei confronti dell'individuo, quando egli era bambino. Alice Miller (1980), psicoanalista svizzera, si è dedicata molto allo studio dei traumi infantili. Sostiene che un bambino non amato o maltrattato diventerà più facilmente un adulto abusante. Per sopravvivere in un ambiente altamente traumatizzante bisogna reprimere i sentimenti ed idealizzare gli aggressori. Questa Autrice si è interessata anche all'infanzia di Adolf Hitler e ha posto in luce come fosse stato un bambino spesso maltrattato e picchiato dal padre. De Masi sottolinea a questo proposito che un altro elemento significativo era stato, di converso, la sconfinata ammirazione che prima la madre e poi la sorella nutrivano nei confronti di Adolf. De Masi aggiunge inoltre che, oltre alla rilevanza dei traumi infantili nello sviluppo della distruttività, altro elemento fondamentale è la seduzione da parte di figure grandiose che portano a confondere il bene con il male. La perversione può facilmente sfociare in gesti criminali. Nei casi più gravi (ad esempio i serial killer) è la sofferenza inflitta alle vittime a causare uno stato mentale di orgiastico eccitamento; questo piacere è disgiunto dall'atto sessuale. Non c'è odio particolare per la vittima. È il legame tra crudeltà ed estasi mentale a rendere particolarmente pericolose queste perversioni.

Gli ultimi capitoli del libro si occupano delle difficoltà di trattamento specifiche delle diverse patologie che l'Autore definisce gravi.

Rispetto ai pazienti borderline, De Masi individua due aspetti in particolare. Il primo è l'intolleranza alla frustrazione e la tendenza a reagire in modo provocatorio e aggressivo, talora violento. Il secondo è che questi pazienti non comprendono il proprio e l'altrui funzionamento mentale per difficoltà di sintonizzazione emotiva, ovvero, deficit di funzione riflessiva, secondo Fonagy. I pazienti borderline mantengono un legame di tipo sadomasochistico con i propri oggetti traumatizzanti del passato. Non riescono a separarsi e rimangono vincolati in un rapporto di risentimento con continua riemersione dell'odio nei confronti degli oggetti

frustranti e delle loro proiezioni nel mondo reale. L'incapacità di questi pazienti di contenere e modulare le proprie emozioni fa sì che queste erompano con violenza nel setting, creando transfert e controtransfert spesso imprevedibili. Il lavoro quindi, sarà inizialmente per lunghi periodi deputato al contenimento di questi stati emotivi prima di poter cominciare ad attribuire loro un significato e poter entrare in dialogo con il mondo interno del paziente.

Riguardo alla psicosi, è convinzione dell'Autore che essa sia un processo a lento sviluppo, ha origini remote e s'insinua lentamente e subdolamente nella parte sana della personalità. Fa riferimento al concetto di Bion (1957) di parte sana in contrapposizione alla parte psicotica della personalità. A differenza della perversione, dove la parte sana viene comunque conservata e le due parti convivono senza annullarsi a vicenda, nella psicosi la parte malata tende progressivamente a colonizzare la parte sana. La costruzione delirante appare al paziente uno stato mentale piacevole al servizio della sua onnipotenza. Dell'esistenza di questi stati mentali non parla volentieri in seduta, per cui l'analista può per un certo tempo non rendersi conto della loro presenza. I pazienti psicotici hanno necessità di essere sempre trattati anche con una terapia farmacologica.

Le difficoltà nella cura nascono dal fatto che il paziente psicotico non usa la propria mente per capire il mondo, ma per produrre immagini sensoriali (allucinazioni). La precocità d'intervento (possibilmente nell'infanzia-adolescenza) è fondamentale perché, una volta emersa la psicosi con l'episodio di scompenso acuto, la malattia non è più eliminabile. L'esperienza delirante è il risultato di un ritiro dalla realtà iniziato nell'infanzia. De Masi concorda con Federn (1952) quando sostiene che il delirio non va interpretato, anzi con il paziente psicotico le interpretazioni non devono essere utilizzate per non aumentare la confusione e l'angoscia. Lo stesso vale per le libere associazioni che non vanno incoraggiate, ma limitate, perché il paziente psicotico è già assediato da un eccesso di immagini e significati. Nella psicosi emerge l'inconscio sotto forma di delirio ed è impossibile per il paziente dare ad esso un significato. Con i pazienti nevrotici si lavora per rendere conscio l'inconscio; con questi pazienti, al contrario, si cerca di facilitare il rientro del pensiero delirante nell'inconscio. Si cerca di proteggere il paziente dall'angoscia e di lavorare sull'Io residuo. Anche quando la cura ha un esito positivo, rimangono delle limitazioni che spesso il paziente si autoimpone per non correre rischi di ricaduta, come quando cerca di evitare esperienze emotive troppo forti che potrebbero destabilizzarlo.

Per quanto riguarda la tecnica terapeutica, una nota fondamentale viene posta da De Masi sulla differenza fondamentale che c'è tra sogno e delirio. Il paziente psicotico non è in grado di sognare perché non è in grado di simbolizzare. I sogni dello psicotico contengono immagini e sono molto importanti perché permettono a volte di individuare un delirio che si sta formando e poter intervenire terapeuticamente. Le costruzioni psicopatologiche come il delirio distorcono la percezione della realtà psichica fino a distruggerla. Ha origine una neo-realtà

(delirante) che si presenta come migliore e più desiderabile. Il delirio è difficile da smantellare perché si basa su una  forte percezione sensoriale. La mente diventa un organo sensoriale e la qualità del percepito ha le caratteristiche della percezione reale per il paziente. L'unica differenza è che tale percepito non è reale perché non è condiviso da altri. La percezione di tipo delirante altera la percezione della realtà esterna, di quella interna ed il senso di identità e continuità personale.

Quale esempio di successo della terapia De Masi porta il caso di Giovanni (p. 221) nel quale una lunga terapia ha avuto il risultato che, quando il delirio torna a presentarsi, il paziente è in grado di portarlo in analisi. Questo permette al paziente di svincolarsi dal potere che il delirio ha su di lui. La modalità di pensiero delirante è ancora operante, ma non è più minacciosa come prima; il paziente ha la chiave per poterne uscire. Lo smantellamento della forza del delirio si accompagna alla consapevolezza che permette al paziente di riconoscere l'esperienza delirante ove essa si ripresenti e possa essere trasformata e depotenziata. A tal fine non sono utili interpretazioni intrapsichiche o che riguardino il transfert (perché non c'è capacità di simbolizzare), ma chiarificazioni che permettano al paziente di capire come l'esperienza delirante modifichi la sua mente. La trasformazione psicotica avviene lentamente e spesso inavvertitamente con il progressivo incistarsi di elementi successivi per poi sfociare acutamente nella manifestazione di tipo delirante. De Masi sottolinea come il ritiro psicotico abbia delle connotazioni piacevoli inizialmente per il paziente. Egli non usa la mente per pensare, ma per produrre sensazioni (allucinazioni) dapprima piacevoli, poi fonte di angoscia. A livelli di maggior gravità, vengono creati mondi "altri" caratterizzati da benessere sessualizzato, piacere perverso, realtà deliranti. L'apparato mentale ne risulta danneggiato in modo da perpetuare l'angoscia psicotica.

In conclusione, la lettura di questo libro mantiene una grande attualità e utilità in quanto ci permette di avvicinarci alla realtà di pazienti la cui terapia è particolarmente difficoltosa e complessa. Ne emerge  la convinzione che, con i necessari accorgimenti, la tecnica psicoanalitica ha un preciso ruolo e significato nel trattamento di queste patologie.

## Bibliografia


Argentieri S. (2006). Travestitismo, transessualismo, transgender: identificazione e imitazione, *Psicoanalisi 2*, pp. 55–91.

Bion, W. (1957). Differentiation of the Psychotic from the non Psychotic Personalities, *The International Journal of Psycho-Analysis*, *38*, pp.266-75, trad. it. Criteri differenziali tra personalità psicotica e non psicotica, in W. Bion *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma, 1970.

Bollas, C. (1989). *Forces of Destiny. Psychoanalysis and Human Idiom*, Free Association Books, London, trad. it. *Forze del destino*, Borla, Roma 1991.

Chasseguet-Smirgel, J. (1985). *Creativity and Perversion*, Free Association Books, London, trad. it. *Creatività e Perversione*, Cortina, Milano 1987.

Federn, P. (1952). *Ego Psychology and the Psychoses*, Basic Books, New York, trad. it. *Psicosi e psicologia dell'Io*, Boringhieri, Torino, 1976.

Fonagy, P. (1999). Memory and Therapeutic Action, *The International Journal of Psychoanalysis*, 80, pp. 215-223.

Fonagy, P., Target, M. (1996). Playing with Reality, I, Theory of Mind and the Normal Development of Psychic Reality, *The International Journal of Psycho-Analysis*, 77, pp.217-33.

Freud, S. (1892–95) *Studi sull'isteria*, in OSF I, Bollati Boringhieri, Torino 1989.

Freud, S. (1914) *Osservazioni sull'amore di traslazione*, in OSF 7, Bollati Boringhieri, Torino 1989.

Freud, S. (1920) *Al di là del principio del piacere*, in OSF 9, Bollati Boringhieri, Torino 1989.

Green, A. (1983). La mère morte, in *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Minuit, Paris, trad. it. La madre morta, in *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*, Raffaello Cortina, Torino 2018.

Jacobs, W.J. e Nadel, L. (1985). Stress Induced Recovery of Fears and Phobias, *Psychological Review*, 92, pp. 512–31.

Khan, M. (1963). *The Privacy of the Self*. Hogarth Press, London 1974, trad. it. *Lo spazio privato del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1979.

Kernberg, O. (1967). *Love Relations*, Yale University Press, New Haven-London trad. it. *Relazioni d'amore. Normalità e patologia*, Cortina, Milano 1995.

Kohut, H. (1971). The *Analysis of the Self*, Hogarth Press, London, trad. it. *Narcisismo e Analisi del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 2002.

Lemma, A. (2010). An Order of Pure Decision. Growing up in a Virtual World and the

Adolescent's Experience of Being a Body, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *4*, pp. 691–714.

McDougall, J. (1995), *The Many Faces of Eros* Free Associations Books, London trad. it. *Eros. Le deviazioni del desiderio* Cortina, Milano 1997.

Meltzer, D. (1973). *Sexual States of Mind*, Clunie Press, Ballinluig, trad. it. *Stati sessuali della mente*, Armando, Roma 1975.

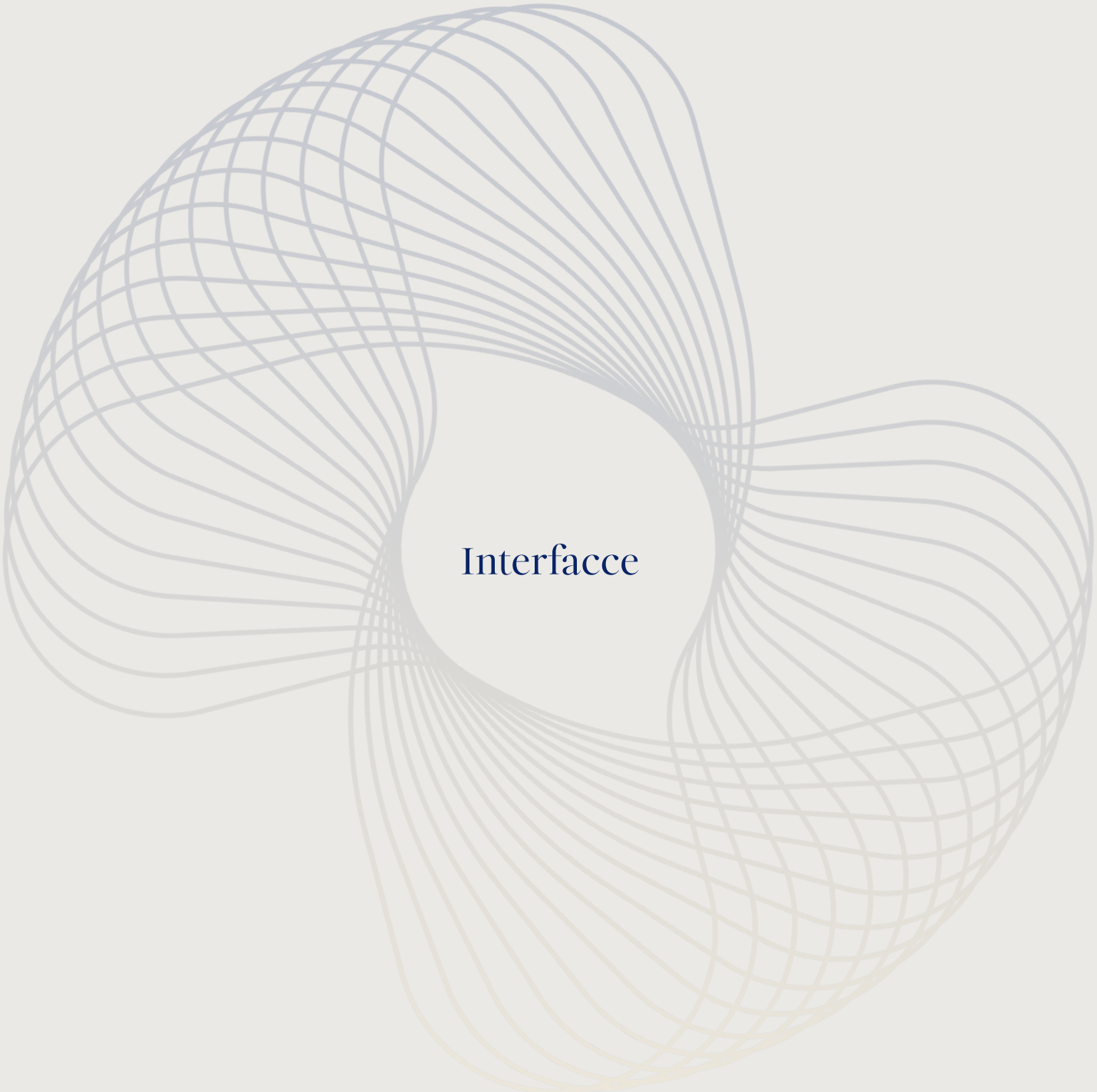
Miller, A. (1980). *Am Anfang war Erziehung*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, trad. it. *La persecuzione del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.

Money-Kyrle, R. (1968), Cognitive Development, *The International Journal of Psycho-Analysis*, *49*, pp. 691–98, trad. it. Sviluppo cognitivo, in *Scritti* 1927-1977, Loescher, Torino 1984.

Rosenfeld, H. (1971). A Clinical Approach to the Psychoanalytic Theory of Life and Death Instincts. An Investigation into Aggressive Aspects of Narcississm, *The International Journal of Psycho- Analysis*, *52*, pp.169-77.

Steiner, J. (1993). *Psychic Retreats. Pathological Organisations in Psychotic, Neurotic and Borderline patients*, Routledge, London, trad. it. *I rifugi della mente*, Bollati Boringhieri, Torino 1996.

Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*, Tavistock, London, trad. it. *Gioco e realtà*, Armando, Roma 1974.



# Interfacce

# Corriamo insieme: un'esperienza gruppale con genitori di bambini e ragazzi con disabilità.

Irene Benenati, Marco Sciutto, Emanuela Serri, Giulia Siddi, Francesca Virdis

## PREMESSA

Il presente contributo descrive l'esperienza del progetto "Corriamo insieme", un gruppo rivolto a genitori di bambini e ragazzi con disabilità fisiche e cognitive, condotto da due psicoterapeuti di formazione psicoanalitica. Il progetto nasce dall'incontro tra le associazioni *A.Psi.C. ETS* e *Maratonabili*, attraverso la mediazione dell'associazione *1 Caffè Onlus*.

*Maratonabili* è un'associazione costituita prevalentemente da genitori di bambini e ragazzi con disabilità fisiche e cognitive, che partecipano insieme ai propri figli a manifestazioni sportive, soprattutto podistiche, accompagnandoli lungo i percorsi e spingendo le loro carrozzine. La dimensione sportiva costituisce, per queste famiglie, un'importante occasione di partecipazione, incontro e appartenenza. All'interno di questo contesto comunitario già esistente nasce il progetto psicologico, proponendo uno spazio differente, nel quale poter sospendere temporaneamente l'azione e dare parola all'esperienza emotiva.

Il gruppo è stato proposto secondo i principi dell'auto-mutuo-aiuto, con l'obiettivo di offrire uno spazio di ascolto, condivisione e confronto tra genitori accomunati da esperienze di vita in parte simili.

Prima dell'avvio del gruppo, si è svolta una fase preliminare di tre incontri, realizzata insieme ad altri psicologi e psicoterapeuti dell'associazione *A.Psi.C. ETS*, che ha consentito di raccogliere e riconoscere la domanda dei genitori e di orientare il successivo dispositivo gruppale. Il percorso è quindi stato esteso, su richiesta dei partecipanti, per ulteriori sei incontri a cadenza mensile. L'aver dato una cornice teorica di riferimento e l'aver dato senso al progetto dei *Maratonabili* ha permesso ai genitori di individuare la propria ricerca di senso e li ha aiutati a formulare la richiesta di uno spazio nel quale far emergere e mettere in comune esperienze, conoscenze pratiche e difficoltà della vita quotidiana.

I primi tre incontri si sono articolati secondo una progressione metodologica specifica e complementare. Il primo incontro, di carattere prevalentemente frontale, è stato dedicato all'esplorazione condivisa con i partecipanti di quattro parole chiave fondamentali dell'esperienza "Maratonabili": il corpo, la relazione, il gioco e l'autonomia. Tali nuclei tematici sono stati scelti per la loro profonda interconnessione concettuale: ciascuna parola richiama, sostiene ed evidenzia le altre, offrendo una chiave di lettura integrata su come il movimento e lo sport costituiscano potenti catalizzatori di crescita, incontro e libertà. Il punto di partenza è il corpo che, superando la visione riduzionista che lo considera un mero contenitore biologico o la sede della sola fragilità fisica, viene riscoperto, in prospettiva psicologica ed antropologica,

come spazio d'esperienza, veicolo emotivo ed "incorporazione" di significati sociali e culturali. Attraverso i concetti winnicottiani di *holding* e *handling*, la dimensione corporea emerge infatti come il fondamento autentico del Sé. Nell'esperienza dei Maratonabili, il corpo della persona con disabilità si trasforma così da luogo di limite e dolore in un organismo "efficace", capace di comunicare, adattarsi, superare gli ostacoli e convertire lo sforzo in resilienza ed alleanza. Questa riscoperta e valorizzazione della dimensione corporea non avviene in un vuoto isolato, ma trova il suo naturale compimento nella relazione. Infatti, la corsa condivisa permette di declinare il legame interpersonale attraverso diverse prospettive interdipendenti, a partire da una relazione di fiducia paritaria in cui, tra *runner* e atleta, si instaura una sintonia autentica e non assistenzialista, dove l'affidamento fisico e motorio della sedia a rotelle si ricambia con l'energia e la motivazione emotiva dell'atleta. Tale legame si estende poi alla dimensione di gruppo e di comunità, dove l'appartenenza alla squadra offre un contrasto attivo all'isolamento e alla solitudine, trasformando la disabilità da barriera a punto d'incontro e cooperazione, e costruendo al contempo un'alleanza con le famiglie basata sul progressivo consolidamento della fiducia. È proprio all'interno di questa cornice relazionale e comunitaria che si apre lo spazio per il gioco. In sintonia con la teorizzazione di Winnicott sullo "spazio transizionale", il gioco rappresenta una dimensione di autenticità e libertà non orientata alla prestazione o alla misurazione del risultato. In un contesto quotidiano spesso medicalizzato, il gioco e lo sport inclusivo restituiscono alla persona con disabilità la gioia della partecipazione, svincolandola dall'etichetta del bisogno o della sola fragilità. Infine, l'intreccio tra corpo, relazione e gioco converge nella ridefinizione dell'autonomia. Inquadrata secondo i contributi della psicoanalisi, da Margaret Mahler a Donald Winnicott, l'autonomia non coincide con un'indipendenza isolata o un'autosufficienza radicale, bensì con la "capacità di essere se stessi all'interno della relazione". Nelle maratone dei *Maratonabili*, la persona con disabilità esprime un'autonomia condivisa e partecipativa; parallelamente, questo spazio consente ai genitori di sperimentare una "delega di fiducia" benefica che sembra permettere loro di rigenerare le proprie energie fisiche ed emotive, favorendo una rinnovata serenità e un migliore equilibrio all'interno del nucleo familiare. I successivi due incontri hanno privilegiato una dimensione partecipativa ed esperienziale, ponendo al centro il confronto diretto con e tra genitori e *caregiver*. Questo spazio di ascolto e condivisione ha offerto ai partecipanti la possibilità di dar voce e rielaborare le prime inevitabili difficoltà, paure, interrogativi e resistenze emerse a partire dal confronto con i temi del primo incontro.

Come vedremo, l'esperienza osservata mostra un andamento oscillatorio tra vissuti di impotenza, solitudine e rabbia, prevalentemente rivolta verso l'esterno, e momenti nei quali emergono speranza, riconoscimento reciproco, curiosità e percezione delle proprie risorse. Il processo gruppale sembra articolarsi attraverso un progressivo passaggio da una "somma di solitudini" a una dimensione di condivisione e appartenenza, nella quale l'esperienza indi-

viduale può diventare oggetto di un pensiero più ricco e complesso attraverso l'incontro con esperienze differenti.

Il contributo propone una lettura di tale processo all'interno della teoria delle relazioni oggettuali, assumendo in particolare il modello bioniano di contenitore-contenuto e il concetto di capacità di pensare l'esperienza emotiva. Il gruppo viene considerato come uno spazio potenzialmente contenitivo nel quale vissuti difficilmente rappresentabili possono essere condivisi e progressivamente resi pensabili.

Tale riferimento viene utilizzato per interrogare le modalità attraverso cui esperienze emotive intense possono trovare nel gruppo uno spazio di condivisione e di temporanea elaborazione, senza assimilare il dispositivo a un gruppo di psicoterapia.

## INTRODUZIONE

La nascita di un figlio con disabilità rappresenta un'esperienza complessa che può coinvolgere profondamente la dimensione individuale, familiare e sociale. Accanto alla specificità delle diverse condizioni cliniche e funzionali, i genitori possono confrontarsi con interrogativi relativi al futuro, alla possibilità di garantire al figlio adeguate condizioni di vita e di autonomia, alla propria funzione genitoriale e alla relazione con il contesto sociale.

L'esperienza della cura del figlio inoltre, può occupare una parte rilevante della vita quotidiana, con il rischio che il genitore finisca per identificarsi prevalentemente con la propria funzione assistenziale. In tale contesto possono emergere vissuti differenti e talvolta ambivalenti: preoccupazione, ansia, impotenza, rabbia, senso di colpa, solitudine, ma anche speranza e desiderio di trovare modalità nuove per affrontare la propria esperienza.

L'obiettivo del nostro intervento è consistito essenzialmente nel fornire, in un ambiente protetto e con l'aiuto di due psicoterapeuti, la possibilità di condividere tali vissuti con altri genitori accomunati da esperienze similari. Infatti, la condivisione può permettere di uscire da una dimensione esclusivamente individuale della sofferenza e consente di riconoscersi nell'esperienza dell'altro, allargando la propria prospettiva soggettiva.

La scelta di uno spazio dedicato ai genitori, separato dalla quotidianità, ha permesso di dare parola anche a esperienze difficilmente condivisibili al di fuori di una dimensione di appartenenza. Attraverso il confronto, alcune esperienze individuali hanno potuto essere riconosciute come comuni, mentre la presenza di posizioni differenti ha introdotto elementi di confronto.

Il presente contributo intende descrivere il percorso del gruppo e proporre alcune riflessioni teoriche sul processo gruppale osservato. Nel gruppo di auto-mutuo-aiuto, l'ascolto reciproco, l'espressione delle emozioni, la condivisione delle esperienze e la valorizza-

zione dei contributi individuali costituiscono gli elementi fondamentali del dispositivo. La presenza dei terapeuti non configura il gruppo come un gruppo di psicoterapia in senso stretto; la loro funzione è prevalentemente quella di facilitare il processo gruppale, osservare e restituire i principali movimenti del gruppo, sostenere il setting e favorire le condizioni affinché le esperienze individuali possano essere condivise e pensate insieme.

## PARTECIPANTI E SETTING

Gli incontri del gruppo, della durata di due ore, si sono svolti con una cadenza mensile. Hanno partecipato complessivamente undici genitori, con una presenza variabile tra cinque e otto partecipanti a incontro.

Una scelta condivisa nell'impostazione del progetto è stata quella di chiedere ai genitori di partecipare agli incontri senza i propri figli. Tale scelta aveva l'obiettivo di creare uno spazio specificamente rivolto ai genitori, distinto dalla quotidianità della cura e dalla presenza dei figli, favorendo una comunicazione il più possibile libera e spontanea.

La maggior parte dei partecipanti ha preso parte agli incontri in presenza, mentre alcuni hanno partecipato attraverso collegamento in videochiamata. La partecipazione in modalità ibrida è stata richiesta dagli stessi genitori e sostenuta dall'associazione *Maratonabili*, sia in considerazione della provenienza da altre regioni di alcuni genitori che avevano espresso il desiderio di partecipare al gruppo, sia per le difficoltà concrete e soggettive che, per alcuni, rendevano difficile lasciare i figli soli.

Tre padri hanno partecipato al percorso, mentre la maggior parte dei *caregiver* presenti erano madri. Uno dei padri ha partecipato con continuità a tutti gli incontri; la sua presenza costante ha contribuito a rendere maggiormente osservabili e nominabili, all'interno del gruppo, alcuni aspetti relativi alle difficoltà di separazione tra madre e figlio, alla delega della cura e alla possibilità per ciascuno dei genitori di non essere l'unico riferimento.

Al termine di ciascun incontro è stato chiesto ai partecipanti di individuare parole chiave, emozioni prevalenti e temi che li avevano maggiormente colpiti; questo materiale ha costituito un filo conduttore tra un incontro e l'altro e ha permesso, nella restituzione finale, di riprendere alcune tematiche e dinamiche di gruppo prevalenti nel percorso.

## CORNICE TEORICA: GRUPPO, RELAZIONI OGGETTUALI E PENSABILITA' DELL'ESPERIENZA

La lettura dell'esperienza proposta in questo contributo si colloca all'interno della teoria delle relazioni oggettuali e assume come riferimento privilegiato il pensiero di Wilfred Bion sul funzionamento dei gruppi e sulla trasformazione dell'esperienza emotiva in pensiero.

In questa prospettiva, l'esperienza emotiva non costituisce un elemento secondario rispetto al pensiero, ma rappresenta una componente fondamentale della vita psichica. La possibilità di trasformare l'esperienza emotiva grezza in un'esperienza rappresentabile e pensabile è alla base della capacità dell'individuo di attribuire significato a ciò che vive.

Il modello bioniano di contenitore-contenuto (Bion, 1972) offre dunque una chiave di lettura particolarmente utile per comprendere la funzione svolta dal gruppo. L'esperienza emotiva può essere inizialmente vissuta in una forma difficile da rappresentare e condividere; attraverso una funzione contenitiva, essa può progressivamente acquisire una forma che ne consenta la trasformazione e la pensabilità.

In questa prospettiva, il gruppo può essere considerato non soltanto come somma degli individui che lo compongono, ma come uno spazio relazionale nel quale le esperienze dei singoli vengono messe in contatto e possono, in alcuni momenti, acquisire nuovi significati. La funzione contenitiva non appartiene, quindi, esclusivamente ai conduttori. Nel gruppo di auto-mutuo-aiuto essa può essere progressivamente esercitata dagli stessi partecipanti attraverso l'ascolto, il riconoscimento reciproco e la condivisione di esperienze. La presenza dei terapeuti contribuisce a sostenere tale processo, favorendo la possibilità che la condivisione non si trasformi esclusivamente in una reciproca amplificazione della sofferenza, ma possa evolvere verso una maggiore differenziazione e capacità riflessiva.

## IL PROCESSO GRUPPALE

### *Gli incontri iniziali: dalla conoscenza alla condivisione*

I primi due incontri hanno avuto prevalentemente una funzione conoscitiva e introduttiva. Sebbene la maggior parte dei genitori appartenesse già all'associazione *Maratonabili*, non tutti si conoscevano direttamente e per tutti si trattava di incontrare i conduttori e di familiarizzare con un contesto differente da quello abituale dell'associazione.

Nel primo incontro è emersa prevalentemente una mappa di preoccupazioni condivise. I genitori hanno portato interrogativi relativi al futuro, alla crescita dei figli, alla loro autonomia, alla capacità della società di accogliere e sostenere le persone con disabilità. Sono emersi vissuti di fatica, di solitudine, in alcuni casi, di isolamento e di grande rabbia verso il mondo esterno percepito come non supportivo.

Espressioni come "*gira tutto intorno a lui*" e "*mi sento lui*" hanno cominciato a dare forma già nel primo incontro alla difficoltà di distinguere, nella vita quotidiana, i bisogni del figlio da quelli del genitore: la cura richiede spesso di anticipare bisogni, pensieri e movimenti dell'altro, fino a rendere difficile pensare a ciò che potrebbe appartenere a sé.

La condivisione iniziale ha permesso di riconoscere che tali preoccupazioni non erano esclu-

sivamente individuali, svolgendo una prima funzione di riconoscimento: ciò che poteva essere vissuto individualmente come problema personale veniva riconosciuto anche nell'esperienza dell'altro.

Nel secondo incontro si è osservato uno spostamento dalla posizione prevalentemente passiva e accusatoria verso il mondo esterno, ad una maggiore possibilità di interrogarsi su ciò che ciascuno poteva fare per modificare la propria situazione.

Grazie allo scambio nel gruppo, lo sguardo altrui ha potuto essere progressivamente descritto nella sua complessità: se inizialmente era vissuto come (parole del gruppo) "*morboso*", "*sporco*" o "*malizioso e discriminante*", ha iniziato a emergere anche la possibilità di riconoscere, dietro ad alcuni di questi sguardi, l'imbarazzo e l'incertezza di chi non sa come comportarsi nei confronti della persona con disabilità, così come la difficoltà, da parte della persona stessa, di interpretare e di rispondere a tale sguardo.

Parallelamente, ha iniziato a delinearsi un'identità gruppale: dalla semplice condivisione delle difficoltà si è passati progressivamente alla percezione del gruppo come possibile fonte di sostegno e di risorse. Particolarmente significativo appare il passaggio da una domanda caratterizzata dalla preoccupazione, *"come farò?"*, verso una posizione maggiormente orientata alla curiosità e all'apprendimento: *"chissà come faranno gli altri genitori?"*. Il cambiamento riguarda non soltanto il contenuto della domanda, ma la posizione del soggetto nei confronti della propria esperienza: l'altro non è più soltanto colui che condivide la stessa sofferenza, ma può diventare portatore di un'esperienza dalla quale apprendere.

Nel corso del confronto, il gruppo ha iniziato a svolgere una funzione concretamente generativa: le esperienze individuali sono diventate occasione per condividere strategie, accorgimenti e modi differenti di affrontare situazioni quotidiane.

Il passaggio tra i primi due incontri mostra quindi uno spostamento del fuoco: dalle preoccupazioni legate al figlio e al futuro verso la relazione con il mondo esterno e, contemporaneamente, verso la possibilità che l'altro partecipante non sia soltanto qualcuno con cui condividere la sofferenza, ma sia anche portatore di esperienze e di risorse differenti.

*Protezione, dipendenza e desiderio di separazione*

Nel terzo incontro, il gruppo permette un ulteriore spostamento dalla percezione di un mondo esterno prevalentemente non comprensivo o ostile, verso una maggiore attenzione ai propri vissuti e alle dinamiche interne alla famiglia. Il materiale si concentra maggiormente sulla tensione tra protezione e separazione. Elementi già presenti implicitamente nel primo incontro diventano più espliciti attraverso la metafora dell'"*edera*" portata da un genitore, utilizzata per rappresentare un legame percepito come fortemente adesivo, e attraverso il

tema della difficoltà di dire no o di lasciare il figlio con qualcun altro.

La paura che il figlio possa stare male quando viene lasciato solo mette in evidenza la difficoltà a tollerare la separazione e l'incertezza che essa comporta. Si delinea così una distinzione tra il prendersi cura del figlio, funzione concreta, conosciuta e necessaria, e il sostenerne progressivamente l'autonomia, che implica invece una maggiore capacità di tollerare l'incertezza, la distanza e la conseguente riduzione del controllo. In questo contesto compare la questione della sostituibilità: "*imparare a essere sostituibili*" non riguarda soltanto la delega di compiti, ma anche la possibilità per il genitore di non essere sempre indispensabile. La presenza continuativa di un padre nel gruppo contribuisce a rendere osservabile e nominabile questo tema, soprattutto rispetto alla difficoltà di alcune madri a delegare al padre o ad altri una funzione percepita come propria. Parallelamente, l'esperienza di un genitore separato dal partner mostra come la separazione, in alcune circostanze, possa aprire anche uno spazio personale lontano dal figlio, senza negare la funzione di protezione e di cura.

Nel confronto emerge il desiderio di recuperare uno spazio per la coppia genitoriale e la difficoltà concreta di realizzarlo, così come il desiderio di avere relazioni non esclusivamente centrate sulla famiglia.

Il gruppo consente di mantenere insieme posizioni contraddittorie: desiderare più autonomia per il figlio e temerne le conseguenze, desiderare di delegare e contemporaneamente sentirsi indispensabili, desiderare uno spazio proprio e non riuscire a separarsi. Più che una soluzione, il confronto rende queste contraddizioni nominabili e condivisibili.

*L'ambivalenza nella relazione di cura*

Nel quarto incontro emerge una rappresentazione maggiormente ambivalente dei figli. I partecipanti utilizzano immagini e metafore per descrivere la relazione con loro, ricorrendo, tra le altre, all'immagine dell'incontro precedente dell'edera che si espande minacciosamente, a quella dei "*dissennatori*" (personaggi della saga su "Harry Potter"), dei pesci "*piranha*". Tali rappresentazioni sembrano dare forma a esperienze relazionali complesse, nelle quali l'affetto e il desiderio di protezione convivono con vissuti di intrusività, di sopraffazione per le richieste continue, di fatica e di impotenza. La possibilità di utilizzare queste immagini sembra rendere più dicibile anche una componente aggressiva e ambivalente della relazione di cura.

Particolarmente significativa appare la difficoltà di comprendere e comunicare con il figlio quando questi non è in grado di verbalizzare: la rabbia del figlio, quando non viene compreso, può generare nel genitore impotenza e, contemporaneamente, un vissuto di colpa qualora questi non riesca a intervenire.

All'interno di questo scenario comincia ad emergere una rappresentazione del genitore non

più esclusivamente coincidente con la funzione di cura. Alcuni partecipanti iniziano a interrogarsi sulla possibilità di recuperare spazi personali, passioni e interessi che sembravano essere stati progressivamente messi in secondo piano.

Così, il gruppo diventa anche luogo nel quale può essere riconosciuta la perdita di alcune parti della propria identità e può emergere la possibilità di recuperarle. Le esperienze raccontate da altri genitori, che sono riusciti a ritagliarsi spazi personali, sembrano assumere una funzione di apertura e di speranza.

Nello stesso incontro tornano con forza anche i limiti del contesto esterno: barriere architettoniche e organizzative, difficoltà di movimento negli spazi pubblici e nei trasporti, esperienze di esclusione. Il materiale mostra quindi che la sofferenza è il prodotto di un intreccio tra dinamiche intrafamiliari e ambiente esterno.

*Coesione gruppale e intensificazione della rabbia*

Nel quinto incontro si osserva un incremento della coesione gruppale. La maggiore convergenza delle posizioni sembra accompagnarsi a una maggiore intensità affettiva sul versante della rabbia e dell'indignazione.

Il modo in cui viene nominata e rappresentata la disabilità diventa a sua volta oggetto di riflessione. Emergono tensioni tra il rischio di ricorrere a modalità rappresentative infantilizzanti o discriminanti e, sul versante opposto, quello di non riconoscere adeguatamente le differenze, le specificità e i bisogni delle persone con disabilità.

La rabbia verso una società percepita come non sufficientemente preparata e inclusiva costituisce un importante elemento di coesione. Al tempo stesso, il processo gruppale evidenzia un possibile rischio: quando l'identificazione reciproca diventa molto intensa, la condivisione della rabbia può ridurre temporaneamente lo spazio per la differenziazione delle esperienze individuali. In questo senso, la coesione del gruppo appare come un fenomeno ambivalente: può sostenere il senso di appartenenza, ma può anche comportare il rischio di un'eccessiva omogeneizzazione.

Verso la conclusione dell'incontro si osserva, tuttavia, un movimento differente: il gruppo torna a interrogarsi sulla possibilità di assumere funzioni di mediazione e intermediazione nei rapporti con il mondo esterno. Alcuni genitori si interrogano su come tradurre la propria esperienza per chi non conosce la disabilità e su come accogliere un aiuto quando viene offerto in forma realmente collaborativa, ad esempio attraverso la domanda *"ti serve aiuto? dimmi come fare"*. Anche questa posizione non appare come una competenza stabilmente acquisita, ma come una possibilità che il confronto rende pensabile.

Parallelamente, la rabbia viene progressivamente accompagnata dall'ironia e dalla leggerezza

condivisa, che sembrano consentire una modulazione dell'intensità emotiva e una maggiore possibilità di stare in contatto con contenuti dolorosi senza esserne completamente saturati.

*Sesto e ultimo incontro: la restituzione*

Il sesto incontro ha avuto prevalentemente una funzione di restituzione del percorso compiuto. A partire dalle parole chiave dei partecipanti, dalle emozioni prevalenti e dai temi individuati al termine di ciascuno dei cinque incontri precedenti, i conduttori hanno proposto al gruppo una rilettura trasversale del materiale emerso, organizzandolo intorno a tre assi tematici, denominati *"dal futuro vuoto alla comparsa del possibile"*, *"simbiosi/separazione, identità genitoriale"* e *"sguardo sociale, stigma e riconoscimento"*. Le denominazioni sono state scelte dai conduttori come forma sintetica per facilitare la restituzione e rendere riconoscibili alcune delle tematiche prevalenti nel corso degli incontri, senza voler esaurire la complessità e la molteplicità dei vissuti emersi nel gruppo.

I tre assi hanno consentito di ricomporre alcuni nuclei ricorrenti del percorso: la difficoltà di rappresentarsi il futuro e la possibilità di intravedere, attraverso lo scambio, aperture e risorse; la tensione tra cura e separazione, con le questioni relative alla delega, alla sostituibilità e alla possibilità di riconoscere uno spazio per sé oltre la funzione genitoriale; infine, il rapporto con lo sguardo sociale, le esperienze di stigma e discriminazione e la ricerca di modalità di riconoscimento della differenza. In questo modo, la restituzione ha permesso di mettere in evidenza la ricorrenza di alcune tematiche senza sovrapporle alla complessità e alla discontinuità dei vissuti emersi nei singoli incontri.

La restituzione è stata costruita utilizzando il più possibile le parole degli stessi partecipanti, con l'obiettivo di riconsegnare una trama delle esperienze attraversate dal gruppo. I partecipanti si sono riconosciuti nelle tematiche identificate.

La restituzione ha avuto una funzione di organizzazione e riconoscimento del materiale condiviso. Non ha tuttavia coinciso con una chiusura del processo gruppale: dopo i primi commenti sui temi restituiti, il gruppo ha continuato a confrontarsi, tornando ancora una volta intorno alla rabbia e al bisogno di condividere la propria esperienza. Questo movimento potrebbe essere letto come una riemersione, almeno sul versante delle tonalità emotive, di nuclei già presenti nel primo incontro: la solitudine, la fatica e il bisogno di trovare uno spazio nel quale sentirsi compresi da persone che condividono esperienze difficilmente comunicabili altrove. La restituzione ha organizzato una continuità del percorso, ma non ha esaurito il bisogno di confronto. Anche al termine dei sei incontri è rimasta viva la necessità di ritrovarsi per condividere esperienze difficili e per il desiderio di non sentirsi soli.

## CONCLUSIONI

L'esperienza del gruppo "Corriamo insieme" sembra essere attraversata da un movimento oscillatorio tra due polarità: da un lato l'impotenza, la solitudine, la rabbia e la percezione di un ambiente esterno non sufficientemente accogliente; dall'altro la speranza, la curiosità, il riconoscimento delle proprie risorse e delle possibilità di modificare la propria condizione. L'evoluzione osservabile nel corso dei sei incontri non va intesa come un processo lineare di elaborazione e integrazione dell'esperienza. Al contrario, temi e tonalità emotive già presenti all'inizio ritornano nel corso del percorso, anche dopo momenti di maggiore apertura e confronto.

La breve durata del percorso e la specificità del dispositivo non consentono di pensare il gruppo nei termini di un processo compiuto. Piuttosto, il materiale mostra momenti di maggiore apertura alla riflessione e alla condivisione, alternati a momenti di intensa rabbia, impotenza ed evacuazione della sofferenza. In questi ultimi, il gruppo sembra poter svolgere soprattutto una funzione di contenimento.

Attraverso l'ascolto reciproco e la presenza dei conduttori, le esperienze dolorose sembrano acquisire progressivamente una maggiore possibilità di rappresentazione. L'ascolto dell'altro non offre necessariamente una soluzione al proprio problema, ma suggerisce un'altra possibilità: una diversa modalità di vivere, interpretare e affrontare la stessa condizione.

Il sentimento della rabbia ha un significato ambivalente. Da un lato è una risposta emotiva intensa, giustificata dalla percezione di ingiustizia, incomprensione e di insufficienza del contesto sociale; dall'altro, se eccessivamente amplificata dalla convergenza gruppale, può ridurre la possibilità di pensiero.

Il passaggio dall'espressione della rabbia all'ironia e alla leggerezza può essere letto, in questa prospettiva, come un possibile indicatore di una maggiore capacità del gruppo di modulare l'intensità affettiva. L'ironia non elimina il dolore, ma può consentire di avvicinarsi a esso mantenendo una sufficiente tenuta psichica per poterlo rappresentare.

Parallelamente, la riflessione sulla relazione con i figli mostra un ulteriore movimento: il genitore può iniziare a essere pensato non soltanto come funzione di cura, ma come soggetto portatore di bisogni, desideri e identità autonome.

Il processo gruppale sembra quindi articolarsi su più livelli e svolgere diverse funzioni: contenere la sofferenza, favorire il riconoscimento reciproco, sostenere la differenziazione e ampliare la capacità di pensare l'esperienza.

Anche il passaggio dalla "somma di solitudini" a una dimensione di appartenenza va inteso in questo senso: non come superamento della solitudine, ma come possibilità di riconoscere che essa è condivisa e di disporre, almeno temporaneamente, di un luogo in cui poterla mettere in

comune. In questa prospettiva, il gruppo di auto-mutuo-aiuto sembra offrire uno spazio nel quale esperienze, emozioni e strategie possono circolare, sostenendo tanto l'identificazione quanto la differenziazione. La restituzione finale ha reso visibile questa trama condivisa, ma il fatto che il gruppo abbia continuato a confrontarsi sulla rabbia e sul bisogno di condivisione mostra come il processo sia rimasto aperto e circolare, lasciando emergere la persistenza del bisogno di uno spazio comune nel quale poter tornare a interrogare l'esperienza.

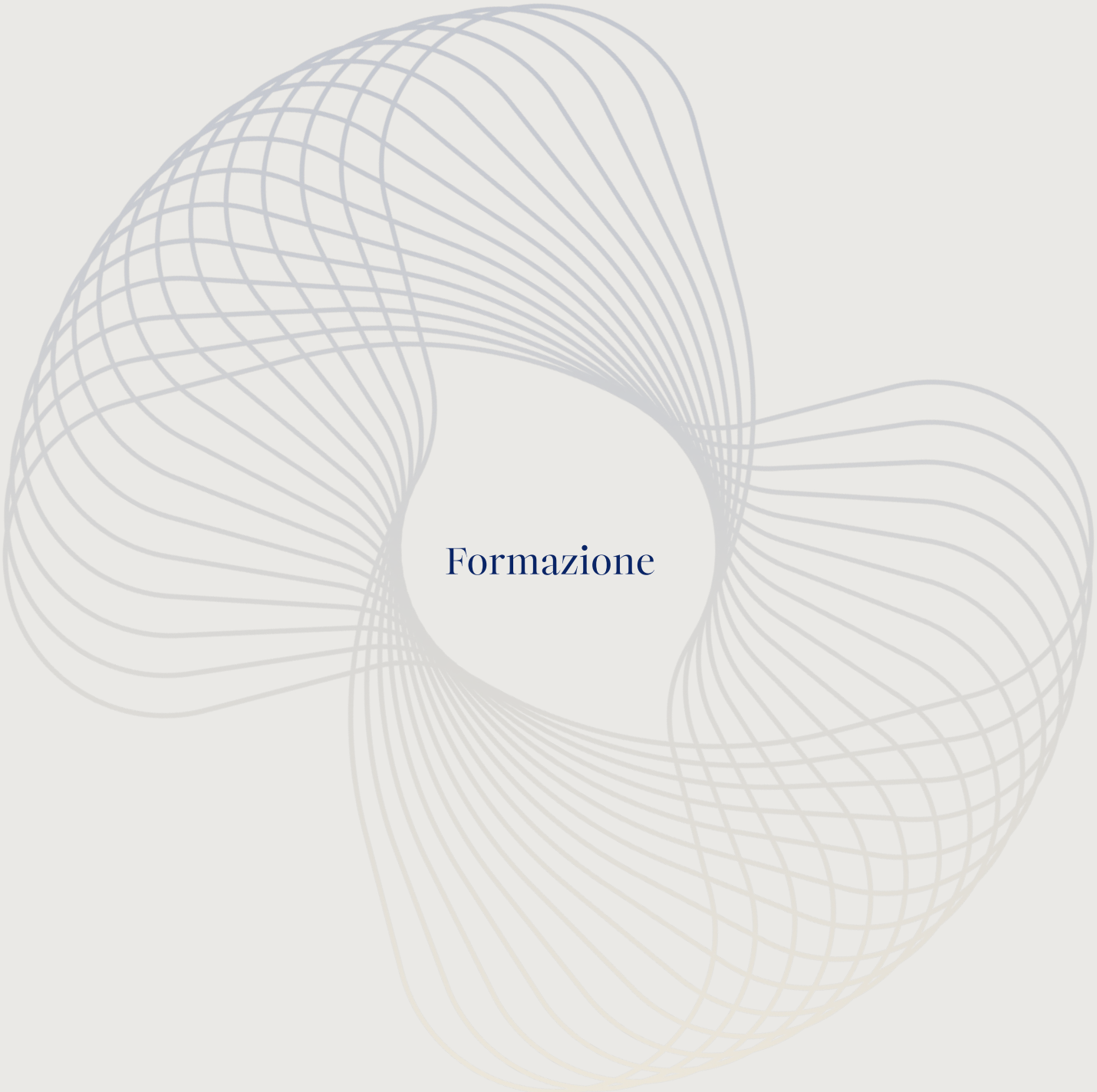
## Bibliografia


Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando Editore, 2001.

Mahler M., Pine F., Bergman A. (1975), *La nascita psicologica del bambino*, Torino, Bollati Boringhieri, 1978.

Winnicott D.W (1971), *Gioco e realtà*, Roma, Armando Editore, 2001.

Winnicott D.W. (1970), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando Editore, 2015.



# Formazione

# Metodo dell'intervisione guidata

Mario Perini (IL NODO group) e Andrea Pistone (Gruppo CISPOS)

L'intervisione è un **metodo di supporto di gruppo che può fungere da sostegno psicologico e operativo per i professionisti della salute e dell'assistenza psico-sociale operanti sul territorio o nelle istituzioni**, avendo la potenzialità di mobilizzare nel gruppo un clima di apprendimento cooperativo capace di offrire valide strategie di ricerca e di intervento sui casi in carico e sulle situazioni di criticità, oltre che di promuovere un accrescimento dell'esperienza e una crescita professionale e personale.
Nel gruppo di inter-visione guidato i partecipanti, affiancati da un consulente nel ruolo di **facilitatore**, hanno la possibilità di raccontare i "casi scottanti" in un clima di attenzione, rispetto e benevolenza, e di utilizzare le opportunità di **confronto**, **mentalizzazione** e **supporto tra pari** per imparare ad affrontare quei casi in modo più efficace e consapevole, con meno stanchezza e con minori costi emotivi.

Questo metodo si fonda su 3 pilastri:
1. **Verbalizzazione:** mettere in parole l'esperienza di disagio e la vicenda traumatica le rende più tollerabili e più trattabili (cfr. le ricerche sulla "medicina narrativa" e gli studi delle neuroscienze sugli effetti delle parole su struttura e funzione cerebrali).
2. **Condivisione:** parlare dell'esperienza in un gruppo di colleghi permette il confronto con le esperienze altrui, la riduzione della vergogna, della colpa, della solitudine o della rabbia (anche solo col rendersi conto che non si è gli unici ad aver provato quelle emozioni) e anche il trasferimento di soluzioni e strategie di coping.
3. **Apprendimento sull'uso delle emozioni** nella pratica clinica: il lavoro di gruppo aiuta a scoprire che le emozioni (del paziente come del curante) anche se possono creare problemi sono "intelligenti", cioè che se si riesce a tollerarle e ad esplorarle, forniscono orientamenti e informazioni preziose su ciò che sta accadendo nella relazione di cura.

## CARATTERISTICHE E COMPITI DEL GRUPPO

- Partecipanti: **da un minimo di 6 a un massimo di 12** (gruppi più numerosi rischiano di essere dispersivi o difficili da gestire).
- Il gruppo sarà a **struttura omogenea** per il comune lavoro di aiuto a persone malate o in difficoltà, e potrà esserlo anche quando abbia una composizione eterogenea per la presenza di diverse figure professionali.

- Il **gruppo** sarà preferibilmente **chiuso**, con un turnover molto limitato e a scadenze prefissate (ad es. dopo 6 mesi); un gruppo aperto, dove le persone possono uscire o entrare in qualsiasi momento, rischia di non permettere che si creino legami di fiducia e sentimenti di sicurezza e stabilità.

- La **continuità** del gruppo è essenziale per lo stabilirsi di un clima di stabilità e di fiducia: vanno previsti cicli, anche ripetuti, di 6–10 incontri come minimo, con **cadenza** da settimanale a mensile, della **durata** di 1 ora e mezza – 2 ore.

- Nel gruppo non c'è un supervisore o un conduttore esperto; al loro posto è presente in affiancamento ai membri del gruppo un **facilitatore**, ruolo che può essere svolto da un membro del gruppo stesso oppure da un consulente esterno.

- Al suo esordio il gruppo inizia con una **presentazione del metodo** da parte degli organizzatori o dei facilitatori e una presentazione dei partecipanti quando non facciano tutti parte di uno stesso team operativo.

- In ogni singola sessione **un componente del gruppo a rotazione espone un caso/problema** di particolare rilevanza in quel momento del proprio lavoro, privilegiando **casi clinici problematici o situazioni critiche** che hanno creato al presentatore stress e difficoltà, di tipo sia tecnico che emotivo. La presentazione, nel totale rispetto della privacy dei pazienti, sarà di tipo narrativo, basata sulla memoria del presentatore e fuori dagli schemi tipici del report sanitario, senza supporti come cartelle cliniche o slides.

- La **presentazione** fruisce di una **finestra temporale** ben definita, durante la quale chi presenta il caso deve poterlo fare senza essere interrotto da osservazioni o domande, per le quali ci sarà tempo in seguito. Gli altri membri del gruppo sono chiamati ad **ascoltare con attenzione e rispetto** e, terminata la presentazione, a intervenire condividendo le proprie fantasie e risonanze emotive, le proprie opinioni e le proprie ipotesi di lavoro. **Ci si attende che ogni membro del gruppo esprima il proprio punto di vista ed ascolti quello altrui**, portando la propria esperienza emotiva ed accogliendo quella degli altri.

- Il gruppo di intervisione è strutturato come **un confronto e un supporto "tra pari"**, dove la pariteticità – che **non vuol dire eguaglianza** dato che nel gruppo ci sono spesso professioni ed esperienze diverse – è una condizione più mentale che concreta perché implica per i partecipanti il porsi sullo stesso piano senza gerarchie professionali o il potere degli "esperti".

- Il **gruppo** è quindi **autogestito dai partecipanti** con una responsabilità condivisa per il suo funzionamento: ogni membro del gruppo si assume la responsabilità di prendervi parte attivamente e con assiduità.

- Il gruppo è un **aiuto a pensare**, un contenitore dedicato alla **riflessione**, alla

**discussione**, alla **condivisione** e al **confronto** che offre stimoli, occasioni di sostegno e di sperimentazione di possibili idee e progetti. Ciò è reso possibile dall'**accordo collettivo ad astenersi da giudizi, critiche ed interpretazioni**, che trasforma il gruppo in uno **spazio protetto e sicuro.**

- Il **focus** del discorso è posto **sulle emozioni legate alla relazione con il paziente ed al lavoro di cura**, quelle negative e dolorose ma anche le emozioni positive e le esperienze piacevoli. In ogni caso la negatività dell'esperienza riportata (errori, insuccessi, crisi, impasse emotive ecc.) non è un impedimento o un motivo di biasimo: la sua condivisione in assenza di giudizio la trasforma in un'**opportunità di apprendimento collettivo**, così come sono occasioni di apprendimento anche le differenze di esperienza, di punti di vista, di orientamento teorico.

## OBIETTIVI DEL GRUPPO DI INTER -VISIONE

- **Scambio di conoscenze ed esperienze** attraverso il rispecchiamento nell'esperienza dell'altro (v. empatia, neuroni-specchio), che favorisce per i membri del gruppo un percorso di **crescita** sia professionale sia personale.
- **Co-costruzione di un "disegno del problema"**, grazie all'allargamento della cornice di osservazione legato alla **molteplicità dei punti di vista**, che consente uno sguardo d'insieme sul problema da parte del gruppo e una **riflessione orientata alla ricerca di soluzioni** alle difficoltà riportate.
- **Accoglienza, ascolto e sostegno reciproco** (una specie di auto-mutuo-aiuto tra professionisti) attraverso lo sviluppo di sentimenti di unione e comunanza che aiutano a non sentirsi soli nella gestione delle emozioni proprie e altrui e a rassicurarsi sul proprio valore professionale.
- **Aumento della consapevolezza** su ruolo, contesto e problema, in particolare per quel che riguarda i limiti, i vincoli, le possibilità di interventi e di soluzioni.
- **Aumento del benessere** per riduzione dello stress e della fatica del compito di cura e per effetto della creazione di una rete professionale e culturale.

Gli incontri di intervisione sono momenti di particolare utilità, in cui i vissuti emotivi e gli aspetti teorici e tecnici emersi dalla condivisione di un caso clinico trovano nel gruppo un luogo di approfondimento e di creazione di senso. Il presentatore ne trova giovamento e di conseguenza questo ha effetti positivi sul paziente e sulla relazione terapeutica. Ma anche tutti coloro che partecipano agli incontri ne escono arricchiti e con spunti di riflessione importanti da tenere in considerazione nella propria esperienza professionale.

In definitiva questi gruppi sono un'occasione importante per

- **sperimentare nuove possibilità di autoformazione**
- **ridurre la solitudine professionale**
- **arricchire la pluralità dei punti di vista**
- **apprendere tecniche e strumenti dai più diversi orientamenti teorici**
- **migliorare la capacità di stare in ascolto dei propri clienti/pazienti e di stabilire e mantenere una efficace alleanza di lavoro**
- **costruire e condividere strategie per gestire i "pazienti (o le situazioni) difficili"**
- **ridurre la fatica del compito di cura, contenere lo stress e prevenire il burnout.**

I gruppi di intervisione qui descritti, basati su un **approccio di tipo psicodinamico/sistemico**, si differenziano da quelli noti come "gruppi di supervisione", con i quali sono peraltro pienamente integrabili.

### DIFFERENZE CON LA SUPERVISIONE

È esperienza comune, per un terapeuta che si trovi ad affrontare un caso complesso, richiedere un confronto ad altri colleghi. Questo confronto può avvenire secondo due modalità: la supervisione e l'intervisione. Quando si parla di **supervisione**, in genere si fa riferimento a una relazione tra due o più professionisti, uno dei quali è più esperto, che riflettono insieme riguardo al lavoro del meno esperto (o di un gruppo di meno esperti), con l'obiettivo di migliorare la qualità delle cure prestate e le capacità professionali del terapeuta (o del gruppo di terapeuti). Il concetto di **intervisione** implica invece un contesto nel quale più professionisti, con un livello di preparazione equivalente o anche diverso, riflettono intorno alle loro prassi, supportandosi reciprocamente nel miglioramento delle proprie competenze e nella qualità della vita lavorativa, eventualmente con l'aiuto di un facilitatore, che però non si pone come "l'esperto".

Ecco alcune caratteristiche distintive della supervisione, che la differenziano dall'intervisione:

- Nella supervisione esiste una **figura sovraordinata**, il supervisore, concepito come "**esperto**" e ritenuto in grado di aiutare il terapeuta (o il gruppo) da un punto di vista tecnico-diagnostico.

- Il processo di supervisione in teoria si può esaurire in un singolo incontro o in 2-3 sedute, a fronte di un bisogno specifico ed episodico, e quindi può anche **non** assumere quella dimensione di **continuità** che è invece caratteristica dei gruppi di intervisione.

– Nella supervisione di gruppo **il supervisore si basa sulle proprie teorie di riferimento** che vengono accettate dal gruppo.

– Nella supervisione c'è una maggiore **attesa di risoluzione dei problemi** da parte dei partecipanti che possono avere nei confronti del supervisore delle aspettative magiche e un atteggiamento di dipendenza.

– Il **supervisore** ha anche un ruolo di **moderatore/interprete delle dinamiche interpersonali** che si possono creare all'interno del gruppo.

– Può accadere che il supervisore dia un **giudizio** valutativo dell'operato di un membro del gruppo.

**RISCHI**

Il processo di intervisione come tutte le situazioni relazionali e terapeutiche comporta anche dei **rischi:** potrebbe, ad esempio, esitare in sessioni di gossip o di **lamentele** tout court, proprio per la dimensione confidenziale che il gruppo può assumere nel corso del tempo, un rischio che tuttavia può essere contenuto dalla struttura e dal setting del gruppo, che anche il facilitatore può contribuire a mantenere. Inoltre potrebbero esserci situazioni di **impasse emotiva** dovute a questioni (pratiche o metodologiche) che potrebbero non essere affrontabili se all'interno del gruppo non ci sono risorse o competenze sufficienti, da un punto di vista tecnico-esperienziale; in questo senso **è fondamentale che nel lavoro di intervisione ci si misuri con problemi e difficoltà che siano realisticamente affrontabili con le risorse effettive a disposizione del gruppo**, anche per evitare il pericolo di vederlo trasformarsi in una **riunione "sindacale"**.

Occorre fare attenzione alle **dinamiche interpersonali** che potrebbero influire sulla qualità dell'intervisione, soprattutto nei gruppi di lavoro naturali dove possono annidarsi antiche tensioni e rivalità, ma anche in quelli tra soggetti che non lavorano insieme: pensiamo ad esempio a personalità maggiormente attive che, assumendo ruoli protagonistici, potrebbero coartare quelle più passive e limitare negli altri partecipanti la libertà di espressione emotiva e di legittimità del proprio vissuto. Oppure, un partecipante potrebbe essere visto – e magari stigmatizzato – come "quello da aiutare" o "quello debole" e diventare bersaglio di azioni "terapeutiche" o di salvataggio, sbilanciando così la pariteticità del gruppo.

Una resistenza frequente nei gruppi di intervisione è rappresentata dal pregiudizio che un "pari" non possa essere veramente d'aiuto, perché, se ha lo stesso problema, vuol dire che non ha saputo risolverlo e se non ce l'ha allora non lo conosce e quindi il suo contributo è inutile.

La difficoltà maggiore nell'affrontare il processo di intervisione è proprio quella di **evitare le questioni tecnico-metodologiche**, perché l'ansia di "non dover sbagliare" ha rischiato spes-

so di portarci sulla strada del "cosa si deve o non si deve fare", invece di stare sulla dimensione emotiva derivante dal "fare".
Come si è detto, la **pariteticità nel gruppo** è una condizione più psicologica e mentale che concreta, nel senso che "porsi sullo stesso piano" è un modo di mettersi in relazione e non una condizione definita da una qualche gerarchia professionale. Per questo **non è necessario che tutti i componenti del gruppo di intervisione abbiano la stessa esperienza o la stessa formazione, ma che si pongano in una condizione di apertura verso l'altro, essendo consapevoli delle proprie pre-concezioni e sapendole mettere da parte**, co-costruendo una premessa comune per quel gruppo e sapendo quindi essere "presenti a quel contesto"; senza dimenticare ciò che si porta con sé dalla propria formazione (sarebbe impossibile), ma con la giusta disponibilità mentale ad utilizzare ciò che serve della nostra "storia professionale ed emotiva" e ciò che ha senso per quella situazione e per quel momento.
Dire questo non significa improvvisare una qualche forma di condivisione, senza professionalità, al contrario significa proprio avere una coscienza etica e del mestiere talmente profonda da non doversi ammantare di tecnicismi ed atteggiarsi a risolutori di problemi perché **si è in grado di stare sulle insicurezze proprie e altrui** (v. il concetto di "capacità negativa" in Bion) senza sentirsi minacciati nella propria identità di terapeuti, operazione ovviamente difficilissima per chi è alle prime armi, ma da avere sempre presente come obiettivo di un processo di intervisione.
Per questi motivi costruire un gruppo di intervisione, portarlo avanti e trarne beneficio emotivo è un'operazione molto delicata e complessa in cui ogni passo è fatto con l'aiuto dell'altro e in cui il rischio di inciampare è altissimo; necessita inoltre di una grande **capacità di coordinazione**, di **rispetto degli spazi** e di **empatia**.

### IL RUOLO DEL FACILITATORE

Come si è detto, negli incontri di intervisione non c'è un conduttore di gruppo né un supervisore, bensì un **facilitatore** che agevola il dialogo nel gruppo e l'emergere delle dinamiche che gli operatori si trovano a gestire nel loro lavoro di cura. Il facilitatore usa a questo scopo il pensiero associativo-analogico, lasciando poi che il materiale così emerso venga gestito direttamente dai partecipanti.
Nei gruppi di inter-visione destinati al supporto delle équipe di lavoro in ambito socio-sanitario il facilitatore

- **è di solito un consulente esterno, che, nel tempo, può essere sostituito da un membro del gruppo sotto la sua supervisione**;
- **aiuta un gruppo di lavoro** a comprendere gli obiettivi comuni e a pianificare come raggiungerli, in particolare **ad affrontare i casi e le situazioni difficili**;
- **ha un ruolo "neutro" e non-direttivo** poiché, diversamente da un "supervisore", non

assume una particolare posizione da "esperto" nella discussione, non guida il gruppo in una direzione definita, non dà giudizi né interpretazioni.

Le sue funzioni essenziali sono

- **Coordinare** – il facilitatore è un **organizzatore**
- **Coinvolgere** – il facilitatore è un **comunicatore**
- **Aiutare** – il facilitatore è un **agente di aiuto**
- **Attivare** – il facilitatore è un **motivatore**

### 1. COORDINARE (AREA DELL'ORGANIZZAZIONE)

Costruire un **setting**, un contesto composto da un duplice orientamento che valorizzi le **azioni** (il compito) e le **relazioni** (le persone). Nello specifico:

– Assicurare la partecipazione delle persone
– Strutturare contenuti, modi e tempi
– Spingere al lavoro di gruppo
– Creare climi più accoglienti e meno severi
– Definire compiti, decisioni, piani di lavoro

### 2. COINVOLGERE (AREA DELLA COMUNICAZIONE)

Attraverso il coinvolgimento dei membri del gruppo favorire una **comunicazione inclusiva e "circolare"** che, **nel processo di scambio interpersonale e gruppale, aggiunga alle prospettive personali la "prospettiva dell'altro"**, per un sistema fondato sul feedback e sulla negoziazione relativamente alle parole e ai fatti. In particolare:

– Parlare in modo circolare, con più cambi di turno
– Attivare il "ponte" sé-altro
– Ascoltare e favorire l'ascolto anche in condizioni difficili
– Sollecitare punti di vista diversi, feedback
– Gestire i conflitti in modo costruttivo e negoziale
– Stimolare la parola genuina, concreta e non esibizionistica

### 3. AIUTARE (AREA DELL'EMOZIONE)

Promuovere il concetto di **emozioni come risorse** – **anche nel caso delle emozioni negative** – e il vantaggio potenziale dell'**accettare momenti di difficoltà, di incertezza e di disagio**, la cui esplorazione condivisa può arrivare a trasformare le negatività e le resistenze in possibili passi di coinvolgimento, di sviluppo e di guida all'azione. In pratica:

– Mettere in conto le negatività (bio–psico–sociali)

– Riconoscere la centralità delle emozioni

– Accogliere, contenere e trasformare le difficoltà

– Incoraggiare la capacità di stare nell'incertezza senza ricorrere ad azioni o spiegazioni di comodo (cfr. "capacità negativa", Bion)

– Far nascere dal negativo qualcosa di utile per curare sé, l'altro e il gruppo

### 4. ATTIVARE (AREA DELL'APPRENDIMENTO)

Attivare nel gruppo la partecipazione delle idee e la concretezza delle azioni e dei risultati, motivando i membri a sviluppare il **desiderio di conoscenza** e l'**apprendimento basato sull'esperienza** e sui fatti, incoraggiando forme di mobilizzazione dinamica "dal basso" che apre la strada a nuove capacità e saperi. Di fatto:

– Aumentare gli apprendimenti di gruppo, anche dagli errori

– Creare ponti tra saperi teorici e azioni pratiche

– Aiutare a stabilire programmi fattibili e a concretizzare piani di azione

– Verificare l'avanzamento dei lavori

– Facilitare i processi collettivi e i gruppi di pratiche

– Stimolare la creatività

In definitiva le **competenze** di base di un facilitatore possono essere riassunte nei termini che seguono:

a) La **capacità di gestire un gruppo di lavoro** e di comprenderne le dinamiche essenziali
b) Un certo grado di **esperienza del contesto e del contenuto** lavorativo che caratterizzano il gruppo

c) La capacità di usare il gruppo come un "contenitore" solido, illuminato, sicuro e trasformativo per **accogliere le emozioni dei membri e utilizzarle per l'apprendimento**

I facilitatori sono sostenuti nel loro compito dal confronto con supervisori qualificati.

**LO "SPIRITO" E IL PROCESSO DEL GRUPPO DI INTERVISIONE**

Nel gruppo di intervisione **il gruppo è al servizio di chi presenta il caso**: sia i pensieri, le riflessioni che le risonanze emotive costituiscono una preziosa cassa di risonanza per il presentatore che in prima battuta viene stimolato dal gruppo a ri-considerare il caso con occhi e accenti emozionali diversi dai suoi, con lo **"sguardo dell'altro"**. Come si è detto l'obiettivo è quello di fornire a colui che ha presentato il caso un contributo utile a ri-pensare la relazione con quel dato paziente o con altri soggetti del processo di cura sotto il profilo sia dello scambio emotivo sia dell'approccio clinico in generale; pareri e consigli tecnici non sono vietati ma nemmeno incoraggiati, mentre non sono ammesse polemiche o giudizi critici.

Una volta chiariti al gruppo questi punti preliminari nell'incontro di avvio il facilitatore potrà illustrare le diverse fasi di articolazione del lavoro secondo un **programma** di questo tipo:

- Presentazione del caso: 10/15 minuti
- Domande, richieste di chiarimento da parte dei partecipanti: 15 minuti
- Discussione del caso nel gruppo (escluso il presentatore): 40 minuti
- Commenti del presentatore: 5/10 minuti
- Feedback del gruppo e confronto finale: 10/15 minuti

Oltre al compito di incoraggiare il dialogo e regolare lo scambio di pensiero nel gruppo, il facilitatore avrà quello di verificare il rispetto rigoroso dei tempi e più in generale del format. Ad ogni incontro saranno discussi 1 o 2 casi secondo il suddetto programma.

La prima fase del lavoro di un gruppo di intervisione – quella in cui il presentatore racconta la sua esperienza - somiglia molto a quella dell'accordatura degli strumenti prima di un concerto che però, in questo caso, consiste nel "suonare il proprio strumento", in base alla "nota" fornita dal presentatore. Nel primo "giro" di commenti i membri del gruppo sono sollecitati a esprimere quanto più liberamente possibile ciò che la presentazione ha evocato in loro. Tranne che non venga violata la fondamentale consegna iniziale di astenersi da critiche, giudizi o interpretazioni, è del tutto sconsigliabile che il facilitatore intervenga in alcun modo in questa prima fase, mentre è del tutto auspicabile che intervenga la maggior parte dei partecipanti. Ovviamente, a causa della grande differenza nei vari modi di approccio al caso (la più signi-

ficativa riguarda la dimensione cognitiva-emotiva), questa fase è piuttosto confusiva e va tollerata in quanto tale, resistendo alla tentazione di ricorrere a teorie o spiegazioni difensive che cercano essenzialmente di eliminare i sentimenti di incertezza.
Piuttosto il facilitatore non deve perdere di vista il fatto che **l'interlocuzione deve svolgersi fra i membri del gruppo e non orientarsi verso il presentatore** come talvolta accade, in particolare in quei casi in cui qualcuno ritiene di avere precisamente inquadrato la situazione e si offre di fornire subito la sua soluzione al presentatore. In sintesi, ancora una volta: il contributo più utile è sempre quello fornito dal lavoro del gruppo.
Nella fase successiva – dove il presentatore si apparta momentaneamente dal gruppo - da un lato si attivano le risonanze e le riflessioni su quanto è scaturito nella prima fase, dall'altro (talvolta ma non sempre) alcuni partecipanti improvvisano per così dire dei duetti o trii basati su una qualche sintonia di vedute o di vissuti. Se da una parte va assolutamente assecondato e favorito da parte del facilitatore il libero confronto che si sviluppa in questa fase di dialogo interno, d'altra parte la tendenza a convergere sia verso qualcuno con cui si conviene, sia verso chi tende ad assumere una leadership, va assecondata solo a condizione che vi sia l'evidenza che quell'aggregazione possa coinvolgere la maggior parte dei partecipanti. Dunque, in questa fase, il facilitatore è in buona sostanza un **regolatore del traffico**, volto ad evitare situazioni che producano "ingorghi": se il traffico scorre il presentatore inizia ad incamerare i primi spunti emersi dal gruppo. Oltre a questa importante funzione regolatoria, il facilitatore in questa fase potrà limitarsi a segnalare e commentare qualche reazione "controtranferenziale" dei partecipanti che possa favorire la comprensione di un qualche aspetto del caso presentato.
Nella parte finale del confronto il gruppo è animato dall'esigenza di mettere a fuoco e in qualche misura condividere ciò che possa risultare utile al presentatore del caso. Questo bisogno di "ricucitura" costituisce più una necessità di rassicurarsi sull'utilità del lavoro svolto di quanto non sia di effettiva chiarificazione per il presentatore. A questo riguardo è bene che il facilitatore abbia sempre ben chiaro che è davvero molto difficile prevedere cosa il presentatore "si porta a casa" dal lavoro del gruppo, persino quando egli stesso è convinto di sapere a cosa il gruppo sia approdato. Proprio per questa ragione **è molto importante che al presentatore sia lasciato un congruo spazio per restituire al gruppo ciò che ha appreso durante l'esperienza**.
In quest'ultima fase è il facilitatore ad essere al servizio del presentatore aiutandolo, se è il caso, a mettere a fuoco ed eventualmente a raccordare gli stimoli e le riflessioni che ha recepito e rimandato al gruppo.

******

*NOTA:* Trattandosi di interventi di "manutenzione ordinaria" del ruolo curante e di prevenzione dello stress lavoro correlato i gruppi di intervisione dovrebbero essere disposti e finanziati stabilmente dalle organizzazioni sanitarie.

## OSSERVAZIONI SUL FACILITATORE

Il facilitatore indubbiamente deve evitare di interpretare la dinamica del gruppo, di fare emergere cosa accade nel *qui e ora* del gruppo, le dinamiche nascoste... non deve svelare niente – anche se in qualche occasione ciò che accade nel gruppo può aiutare a comprendere qualche aspetto del problema di cui si sta parlando. Il focus dell'attenzione del facilitatore non è né sul presentatore del caso né sul gruppo, ma su ciò che ritiene possa essere utilmente messo a disposizione del presentatore da quanto via via emerge dai contributi del gruppo, nella consapevolezza che, come si è detto, **alla fine sarà il presentatore a valutare cosa portarsi a casa dall'incontro.**

La sua posizione è quindi piuttosto ai margini che non dentro il processo: non a caso stiamo usando l'espressione "facilitatore" e non "consulente". Nella nostra esperienza spogliarsi dei panni del consulente/conduttore per entrare in quelli del facilitatore non è facile come può sembrare: in teoria se il gruppo funzionasse fluidamente come un sistema di auto-mutuo-aiuto il facilitatore potrebbe anche non esserci, sebbene la sua competenza riguardo agli **aspetti emotivi impliciti nella relazione curante/paziente** – non quelli propriamente inconsci, ma piuttosto quelli celati, non-detti o poco consapevoli - possa risultare un utile sussidio per rendere i contributi del gruppo più fruibili per il presentatore. Quindi risponderemmo proprio di sì alla domanda: "ci si concentra sulla **fenomenologia delle emozioni** senza bisogno di comprenderne l'origine nascosta?"

Il facilitatore infine dovrebbe evitare di fare riflessioni di buon senso quotidiano (un po' banali anche se magari consolatorie) e mettersi invece al servizio di una importante funzione del gruppo, **apprendere dall'esperienza**, confidando che non ne mancherà l'occasione.

# Recensioni

## *Lo strappacuore*
## Boris Vian, Trad. it. di G. Turchetta, Illustrazioni di T. Doria

Collana: Gli Alianti, Marcos y Marcos, Milano, 2009, ristampa 2023.
Ed. originale: *L'Arrache-cœur*, Paris: Éditions Vrille, 1953.
ISBN: 978-88-7168-514-4

Recensione a cura di Ilaria Sarcano

Pubblicato nel 1953, poco prima della morte dell'autore, *Lo strappacuore* è un'opera difficile da classificare: romanzo surreale, satira feroce dei legami familiari e delle dinamiche sociali, ma anche esplorazione delle dimensioni più primitive dell'amore, della dipendenza e della vergogna. Attraverso una scrittura che intreccia umorismo nero, grottesco e surrealismo, Boris Vian costruisce un universo narrativo in cui questioni come il limite, la separazione, il desiderio e il rapporto con l'altro assumono forme estreme e, proprio per questo, particolarmente illuminanti.

Sono trascorsi più di vent'anni dalla prima volta che lessi il romanzo ma, allora come ora, ritengo che la sua lettura offra spunti di riflessione preziosi per chi, come me, ha scelto di intraprendere la professione di psicoterapeuta. Più che offrire una rappresentazione della pratica psicoanalitica, l'opera di Vian sembra interrogare alcune questioni che accompagnano inevitabilmente il lavoro clinico: il rapporto con il desiderio, il limite, la separazione, l'individuazione e l'alterità.

La vicenda prende avvio con l'arrivo di Jacquemort, (Giacomorto nella traduzione italiana), uno psichiatra senza passato, in un villaggio governato da logiche assurde e crudeli, dove assiste alla nascita dei tre figli (i Tremelli nella traduzione) di Clémentine e Angel. Attorno a questa nascita si sviluppano le vicende dei principali personaggi del romanzo: una madre progressivamente catturata dall'angoscia della separazione, un padre sempre più marginale nella vita familiare, la Gloria, traghettatore del Fiume Rosso che ha il compito di ripulire le coscienze degli abitanti dalla vergogna e dalle colpe per le atrocità commesse su bambini e animali, e uno psichiatra impegnato nella ricerca di una singolare «psicoanalisi integrale».

Al centro di questo universo narrativo si colloca Giacomorto, lo psichiatra senza passato che giunge nel villaggio proprio in occasione della nascita dei Tremelli.

Nel proprio apparire sulla scena del romanzo Giacomorto afferma:

*Io sono vuoto. Ho soltanto gesti, riflessi, abitudini. Io voglio riempirmi. Ecco perché psicanalizzo la gente. Ma la mia botte è come la botte delle Danaidi. [...] si certo, dentro di me conservo parole, contenitori, etichette; conosco i termini che servono a classificare le passioni, le emozioni, ma io non le sento. [...] Voglio fare una psicanalisi integrale* (pp. 25-6).

Fin dalle prime pagine, dunque, Giacomorto appare come un soggetto svuotato, un conteni-

tore in cerca di contenuti psichici e, proprio per questo, affermerà di fare un "*gran consumo*" di menti altrui. Giunto senza passato e senza memoria apparente nel mondo surreale creato da Boris Vian, il protagonista osserva, ascolta e tenta di assorbire le vite degli altri per colmare una mancanza che sembra costituire il nucleo stesso della sua esistenza. Giacomorto sembra rappresentare una deformazione paradossale della posizione analitica. Là dove il terapeuta è chiamato a tollerare il non sapere e l'alterità dell'altro, egli ricerca invece una forma di conoscenza totale che finisce per cancellare ogni distanza tra sé e l'altro. Il suo dichiararsi vuoto non apre alla possibilità dell'incontro, ma alimenta il tentativo di appropriarsi dell'esperienza altrui per colmare una mancanza interna. In questa mancanza e in questo appropriarsi dei desideri e delle emozioni degli altri, scompare, tuttavia, la possibilità di riconoscere l'alterità e si assiste ad una progressiva adesione alle folli regole della vita sociale de "il villaggio", luogo surreale, forse distopico, in cui, con il progredire della storia, anche il tempo si sfalda e si ricostituisce con una distorsione temporale segnalata dalle date poste negli incipit dei capitoli che passano, ad esempio, dal 20 maggio al 13 "giuglio" o al 59 "gemprile". Il personaggio principale può essere letto, quindi, come una riflessione feroce e al tempo stesso profonda sulle dinamiche del desiderio, della costruzione dell'identità e della dipendenza/indipendenza del soggetto. L'intento delirante di una psicoanalisi integrale si "accoppia" con un'altra figura che può incarnare il folle terrore dell'altro da sé e del mondo esterno: Clémentine.

Clémentine, la madre dei Tremelli (Noël, Joël e Citroën) incarna nel racconto di Vian, l'amore assoluto e totalizzante di una madre che non sa accettare la progressiva separazione e individuazione dei figli. Dopo una gravidanza quasi miracolosa e la nascita dei tre gemelli, Clémentine sviluppa un rapporto materno caratterizzato da un'intensa angoscia di perdita. Tale angoscia si manifesta già al momento del parto quando Clémentine afferma:

*Stanno per uscire. [...] Usciranno e mi faranno subito male e sarà soltanto l'inizio. [...] Passerà qualche anno, qualche anno e ogni ora, ogni minuto, ogni secondo forse sarà la meta finale, e tutto questo dolore sarà servito soltanto a questo e a farmi male per tutto il tempo* (p.16).

Il suo amore per i figli non assume la forma di una separazione progressiva, ma di un tentativo continuo di proteggerli dal mondo e dalla crescita stessa. Il mondo circostante viene vissuto come minaccioso e foriero di morte e distruzione e i suoi bambini devono essere protetti da tutto ciò, a qualsiasi costo e con qualsiasi mezzo. Un piccolo incidente a uno dei Tremelli porta Clémentine, prima, a chiedere al maniscalco del paese di ferrare i piedi dei Tremelli e, successivamente, a costruire una gabbia d'oro per i bambini. Clémentine incarna il versante materno dell'impossibilità di accettare l'alterità, tenta di preservare i figli in uno stato di dipendenza assoluta. Per sottrarsi a questo progetto di realizzazione reale di un'infinita fusionalità, i gemelli imparano progressivamente nuove strategie per sottrarsi al controllo materno. Vian introduce un elemento "fantastico": i bambini imparano a volare. Il volo

potrebbe essere letto come simbolo e metafora del processo di individuazione e separazione, i gemelli potrebbero incarnare l'irriducibile tendenza alla differenziazione.

In questo rapporto di fusionalità viene evidenziata anche l'impossibilità del padre Angelo a fungere da elemento "terzo". Fin dall'inizio il padre sembra aver abdicato al proprio ruolo: confinato, segregato e fisicamente rinchiuso dalla madre, già durante la gravidanza, sparisce sempre più dalla vita familiare.

Angelo svolge spesso la funzione di controcanto ragionevole. Di fronte al progetto di una "psicoanalisi integrale", egli coglie immediatamente il paradosso di Giacomorto: il soggetto che si dichiara vuoto manifesta in realtà un desiderio così potente da organizzare tutta la propria esistenza. In questo senso Angelo appare come l'unico personaggio capace di intravedere ciò che Giacomorto ignora di sé stesso. Il personaggio di Angelo potrebbe essere letto come un paradosso: se da un lato non può e non riesce a incarnare il ruolo paterno nei confronti dei figli, dall'altro pare l'unica voce ragionevole rispetto alle fantasie totalizzanti degli altri personaggi perché è l'unico personaggio capace di riconoscere e rispettare l'alterità e il limite.

Tuttavia la posizione di Angelo rimane prevalentemente riflessiva. Se è vero che Angelo è forse il personaggio che comprende meglio degli altri la necessità del limite, è altrettanto vero che ne evidenzia un'altra dimensione essenziale: sapere che il limite esiste non equivale a saperlo introdurre nella relazione.

Leggendo il romanzo appare evidente che il vuoto di Giacomorto, l'angoscia di Clémentine e l'impotenza di Angelo non trovano una reale possibilità di trasformazione. Se ciò è vero, quale destino assumono?

È proprio interrogando questa zona d›ombra del romanzo che si incontra la figura de La Gloria. Con questo personaggio Vian sembra spostare l›attenzione dal mondo interno dei singoli individui alla dimensione collettiva, suggerendo che ciò che non può essere riconosciuto o elaborato non scompare affatto. Al contrario, continua ad esistere e cerca una collocazione. Nel villaggio immaginato da Vian, tale collocazione sembra assumere la forma concreta di una persona destinata a farsi carico di ciò che gli altri non riescono a sostenere: La Gloria. La Gloria descrive il proprio lavoro in termini estremamente precisi e simbolicamente potenti:

*[...] Buttano Cose morte dentro quest'acqua perché io le ripeschi. Coi denti. Sono pagato per questo. [...] Mi forniscono la barca [...] e mi pagano in vergogna e oro. [...] Ho una casa. Mi danno da mangiare. Mi danno dell'oro. Molto oro ma non ho il diritto di spenderlo. Nessuno mi vuole vendere niente. Ho una casa e molto oro, ma devo digerire la vergogna di tutto il paese. Mi pagano perché abbia dei rimorsi al posto loro. Per tutto quello che fanno di male o di empio. Per tutti i loro vizi. Per i loro crimini* (p. 51-2).

La Gloria diviene così il punto di convergenza di aspetti rifiutati, dolorosi o vergognosi dell'e-

sperienza umana, una sorta di luogo psichico esternalizzato attraverso il quale la comunità tenta di preservare il proprio equilibrio. Si tratta tuttavia di un equilibrio solo apparente, poiché ciò che viene depositato in lei non è realmente trasformato né integrato, ma semplicemente allontanato dal campo della coscienza individuale e collettiva. La necessità di allontanare, proiettare e rifiutare tali contenuti è così potente che qualora un abitante del villaggio provi vergogna è costretto a prendere il posto e il lavoro de La Gloria.

Mi pare significativo che il personaggio deputato ad accogliere gli aspetti più indesiderabili della vita psichica e sociale sia chiamato "La Gloria". Il nome introduce una tensione tra ideale e scarto, tra ciò che può essere esibito e ciò che deve essere nascosto. Come se Vian suggerisse che la gloria di una comunità non si fondi soltanto su ciò che essa riconosce come proprio, ma anche sulla capacità di relegare altrove tutto ciò che minaccia la propria immagine ideale.

Le questioni sollevate da Giacomorto, Clémentine, Angelo e La Gloria accompagnano il lettore fino alle ultime pagine. Attraverso questi personaggi, Vian pare mettere in scena differenti modalità di sottrarsi al limite: il vuoto, la separazione, la vergogna e l'alterità. Forse è proprio questo uno degli aspetti più attuali del romanzo: ricordare che il limite non rappresenta soltanto qualcosa da comprendere intellettualmente, ma una realtà con cui ogni soggetto è chiamato a confrontarsi.

Non entrerò nel merito del finale, perché credo che una parte della forza del romanzo risieda proprio nell'esperienza di incontrarlo senza mediazioni. Si può però affermare che Vian non offra soluzioni rassicuranti: le domande sul vuoto, sulla separazione, sulla vergogna e sul limite restano aperte e continuano a interpellare il lettore ben oltre la conclusione del racconto.

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 - (2) - Luglio - Dicembre 2026