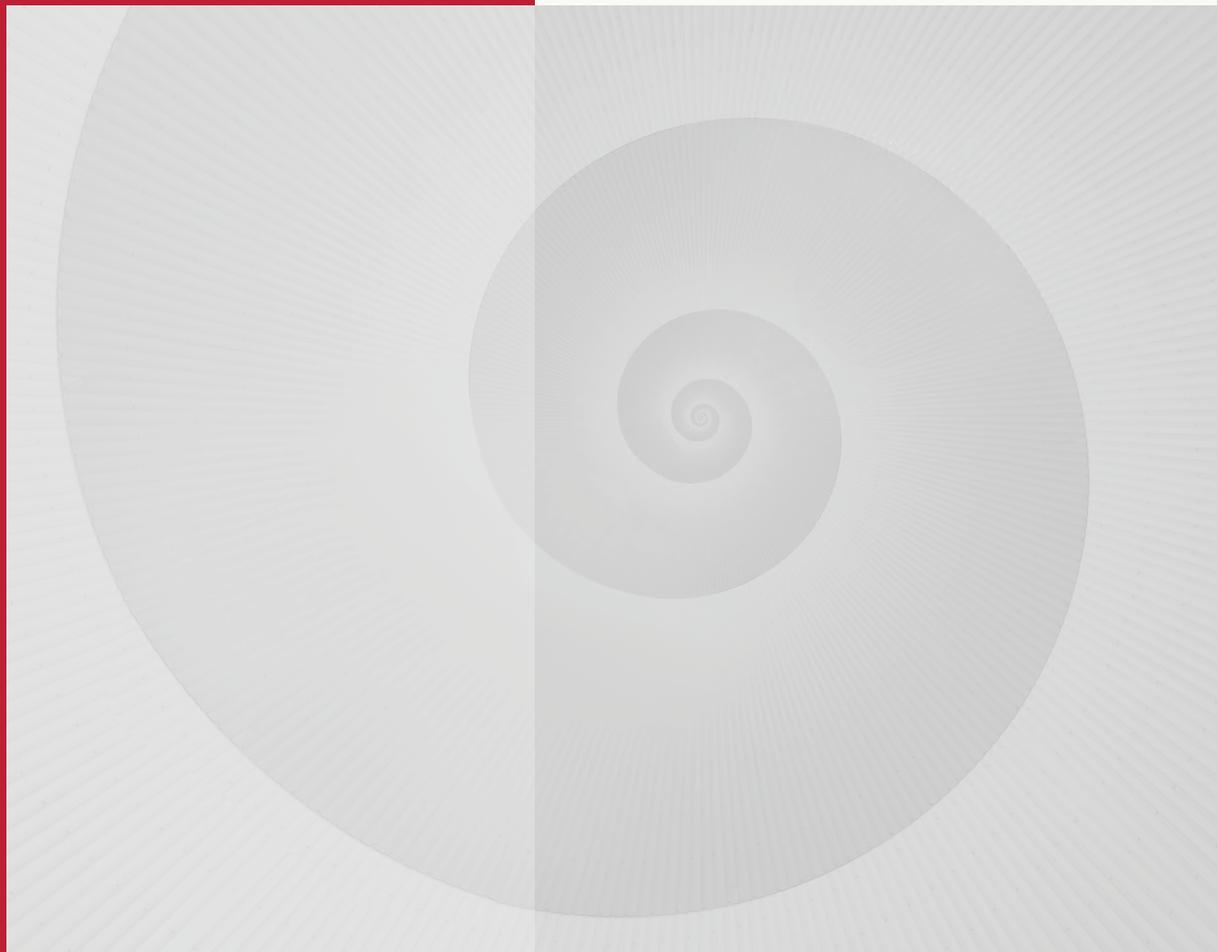


RICERCA PSICOANALITICA

Rivista della Relazione in Psicoanalisi

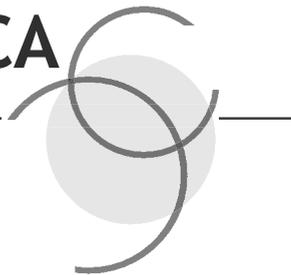
Journal of the Relationship in Psychoanalysis



RICERCA PSICOANALITICA

Rivista della Relazione in Psicoanalisi

Journal of the Relationship in Psychoanalysis



RICERCA PSICOANALITICA

Rivista della Relazione in Psicoanalisi | *Journal of the Relationship in Psychoanalysis*

Periodico quadrimestrale fondato dalla *Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione* (S.I.P.Re.)

Member of the *Council of Editors of Psychoanalytic Journals*.

Quarterly journal founded by the *Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione* (S.I.P.Re.)

Member of the *Council of Editors of Psychoanalytic Journals*

Direttore scientifico | *Editor-in-Chief*

Fabio Vanni

Comitato di Redazione | *Assistant Editors*

Attà Negri (Bergamo); Laura Corbelli (Repubblica di San Marino); Laura Polito (Parma); Silvia Papini (Milan).

Precedenti Direttori | *Former Editors-in-Chief*

Daniela De Robertis (1990-1997); Michele Minolli (1998-2009); Alberto Lorenzini (2010-2016).

Comitato Scientifico | *Editorial Board*

Neil Altman (New York); Beatrice Beebe (New York); Wilma Bucci (New York); Mauro Ceruti (Italy); Gustavo Pietropolli Charmet (Italy); Christopher Christian (New York); Steven Cooper (Boston); Margaret Crastnopol (Seattle); Elisabeth Fivaz-Depeursinge (Switzerland); Peter Fonagy (London); Pier Francesco Galli (Italy); Francesco Gazzillo (Italy); Leon Hoffman (New York); Elliot Jurist (New York); Vittorio Lingiardi (Italy); Gianluca Lo Coco (Italy); Sergio Manghi (Italy); Giuseppe Martini (Italy); Paolo Migone (Italy); Rosario Montiroso (Italy); Clara Mucci (Italy); Thomas H. Ogden (San Francisco); Donna Orange (New York); Sergio Salvatore (Italy); Adriano Schimmenti (Italy); Allan Schore (Los Angeles); Stephen Seligman (San Francisco); Roberta Siani (Italy); Joyce Slochower (New York); Charles Spetzano (San Francisco); Donnel B. Stern (New York); Edward Tronick (Boston).

Redazione | *Editorial Staff*

Paola Granata, *Journal Manager*

Claudia Castellano, *Production Editor*

Tiziano Taccini, *Technical Support*

Pubblicato da | *Published by*

PAGEPress Publications

Via A. Cavagna Sangiuliani 5

27100 Pavia, Italy

Tel. +39.0382.1549020 – Fax. +39.0382.1727454

info@pagepress.org – www.pagepress.org

Abbonamento stampa cartacea per il 2021 (3 numeri) | *Subscription printed edition for 2021 (3 issues)*

Italy € 70,00

Other countries € 105,00

Il pagamento deve effettuarsi a PAGEPress Srl | *Payment must be addressed to PAGEPress Srl*

- **Bonifico bancario | *Bank Transfer***

Banca Popolare di Sondrio, Agenzia 1, Pavia, Italy

IBAN: IT85Y0569611301000005086X83 - BIC: POSOIT22

- **Carta di credito | *PayPal; Credit Card***

pISSN: 1827-4625 | eISSN: 2037-7851

Stampa | *Printed by*

Press Up s.r.l., via E.Q. Visconti 90, 00193 Roma, Italy

Finito di stampare nel mese di agosto 2021 | *Printed in August 2021*

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 212, del 14 aprile 2010 - Quadrimestrale.

Direttore responsabile: dr. Camillo Porta.

Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004, n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano.

Licensee ©2021 PAGEPress Srl, Pavia

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL

-
- Corporeity, Empirical Research and Clinical Dialogue: Three Approaches for Renewal in Psychoanalysis** 261
 ■ *Attà Negri*

Focus 1: Corporeity and Psychoanalytic Practice

ARTICLES

-
- The Body and the Action of Narrating in Psychotherapy: Somatisation, Enactment and Consciousness Processes** 269
 ■ *Marina Amore*
- New Perspectives on Symptoms and Symbols in the Case of Clara and Their Role in the Treatment Process** 319
 ■ *Wilma Bucci*
- The Embodiment of ‘Us and Them’: Fascist Experience in a Traumatized World** 359
 ■ *Jon Sletvold, Doris Brothers*

Focus 2: Psychoanalysis and Research

ARTICLES

-
- Efficacy of Psychotherapeutic Treatments: Research Based on Clinical Practice** 387
 ■ *Gianluca Lo Coco*
- Clinical Research and Empirical Research** 419
 ■ *Emilio Fava*

WRITINGS

-
- Giving the Subject a Voice. Material Taken from the Longitudinal Observation of an Autistic Child** 459
 ■ *Maria Gabriella Pediconi, Luca Regini*

DIALOGUES ABOUT CARE

-
- Mary e ‘l’orologio biologico che fa tic tac’** 503
 ■ *Alessandra Micheloni*
- Commento al caso clinico di A. Micheloni** 513
 ■ *Giuseppe Martorana*

- Commento al caso clinico di A. Micheloni** 519
 ■ *Giulio Fabri Poncemi*

- Risposta dell’autrice ai commenti** 523
 ■ *Alessandra Micheloni*

LECTURES

-
- Freud, Sullivan, Mitchell, Bion and the Multiple Voices of International Psychoanalysis** 527
 MARCO CONCI
 ■ *Alessandro Musetti*

- Gang giovanili: perché nascono, chi ne fa parte, come intervenire** 531
 FRANCO PRINA
 ■ *Fabio Vanni*

GLANCES

-
- Ethos** 535
 ■ *Valentina Ridolfi*

TRANSFORMATIONS

-
- ‘Progetto Sum’: per la presenza sociale e la cura con il soggetto** 539
 ■ *Federico Buffagni, Francesca Durante, Maurizio Mistrali, Laura Polito, Sara Santi, Fabio Vanni, Giovanni Zorzi*

INDICE

EDITORIALE

- Corporeità, ricerca empirica e confronto clinico: tre possibilità di rinnovamento per la psicoanalisi** 265
 ▪ *Attà Negri*

Focus 1: Corporeità e clinica psicoanalitica

ARTICOLI

- Il corpo e l'azione del narrare in psicoterapia. Somatizzazione, enactment e processi di coscienza** 293
 ▪ *Marina Amore*

- Nuove prospettive sui sintomi e simboli nel caso di Clara e il loro ruolo nel processo terapeutico** 339
 ▪ *Wilma Bucci*

- L'incarnazione del 'noi e loro': l'esperienza fascista in un mondo traumatizzato** 373
 ▪ *Jon Sletvold, Doris Brothers*

Focus 2: Psicoanalisi e ricerca

ARTICOLI

- L'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici: per una ricerca basata sulla pratica clinica** 403
 ▪ *Gianluca Lo Coco*

- Ricerca clinica e ricerca empirica** 439
 ▪ *Emilio Fava*

SCRITTI

- Dare voce al soggetto. Materiali tratti dall'osservazione longitudinale di un bambino autistico** 481
 ▪ *Maria Gabriella Pediconi, Luca Regini*

DIALOGHI SULLE RELAZIONI DI CURA

- Mary e 'l'orologio biologico che fa tic tac'** 503
 ▪ *Alessandra Micheloni*

- Commento al caso clinico di A. Micheloni** 513
 ▪ *Giuseppe Martorana*

- Commento al caso clinico di A. Micheloni** 519
 ▪ *Giulio Fabri Poncemi*

- Risposta dell'autrice ai commenti** 523
 ▪ *Alessandra Micheloni*

LETTURE

- Freud, Sullivan, Mitchell, Bion and the Multiple Voices of International Psychoanalysis** 527
 MARCO CONCI
 ▪ *Alessandro Musetti*

- Gang giovanili: perché nascono, chi ne fa parte, come intervenire** 531
 FRANCO PRINA
 ▪ *Fabio Vanni*

SGUARDI

- Ethos** 535
 ▪ *Valentina Ridolfi*

TRASFORMAZIONI

- 'Progetto Sum': per la presenza sociale e la cura con il soggetto** 539
 ▪ *Federico Buffagni, Francesca Durante, Maurizio Mistrali, Laura Polito, Sara Santi, Fabio Vanni, Giovanni Zorzi*

Corporeity, Empirical Research and Clinical Dialogue: Three Approaches for Renewal in Psychoanalysis

*Attà Negri**

Ricerca Psicoanalitica is an open space for reflection, and welcomes all those who wish to renew and expose psychoanalytic thinking to data which comes from clinical experience and empirical research, and which, starting from clear epistemological repositioning, aims specifically to integrate subjectivity with interpersonal relationships within psychoanalytic theory and clinical practice. This number is a case in point offering the reader three very promising lines of thought for psychoanalytic reflection today.

The first focus, which we have called ‘*Corporeity and Psychoanalytic Practice*’, presents three articles that propose a decisive shift of the *talking cure* from the word to the body. It highlights the intrinsic embodied nature of mental functioning as it manifests itself and is experienced in the consulting room. Marina Amore (2021) and Wilma Bucci (2021b) take an interesting and detailed clinical case and propose a real paradigm shift in conceiving the mind as a set of multiple ways of processing experience, verbal and non-verbal, including sensory and somatic experiences. Consequently, psychoanalytic technique may shift to the point of considering that the body of the analyst is a probe capable of intercepting and exploring, among other things, the non-verbal signals of the patient’s experience and suffering. By doing so, analysis can reactivate that natural integrative process of the mind that, in multiple code theory (Bucci, 1997, 2021a) is called the referential process. Thus, an updated perspective coherent with the new neuro-scientific evidence emerges, which does not betray the essence of the psychoanalytic process, on the contrary, if anything, it extends, broadens and strengthens it. In conclusion, the article by Jon Sletvold and Doris Brothers (2021) interprets this embodiment of the mind in the us-them dynamic that is at the basis of the fascist experience - the term ‘fascist’ here refers not

*Department of Human and Social Sciences, University of Bergamo.
E-mail: atta.negri@unibg.it

only to the political and historical experience of fascism and nazism, but any identity experience that sets ‘us’ against ‘them’ and which occurs primarily on an emotional and embodied basis. This article, too, takes two interesting current clinical cases concerning patients who openly support a leader with fascist and populist tendencies; the description and interpretation of the non-verbal emotional dynamic which emerges in the clinical dialogue with these two patients not only helps to concretize once again the primarily embodied dynamic of our mind, but warns us that each one of us, in particular situations, could slip into rigid identity-related acts in everyday life, and with our patients. And we can only agree with the authors when they affirm that psychoanalysis, as a theory and as a clinical technique, is a powerful means of combating the ‘trivialization’ of the fascist experience in today’s context.

The second focus of the issue is ‘*Psychoanalysis and Research*’. For many psychoanalysts this has been, and still is, an irreconcilable oxymoron (e.g., Hoffman, 2009), whereas, from clear epistemological repositioning (e.g., Negri *et al.*, 2019) that redefines in complex terms the question of scientific knowledge we can derive a type of psychoanalysis able to approach empirical research data not with a sense of being under attack or distorted, but, on the contrary, as an opening into new perspectives and possibilities. Thus, in the first article, Gianluca Lo Coco (2021), after summarizing data from evidence-based research that confirm the effectiveness of psychodynamic treatment, proposes to integrate this ‘one-way’ or ‘top-down’ approach to research with one more consistent with clinical experience, defined as *practice-based research*. This second approach studies therapeutic change not by isolating the variables or reducing the complexity of the factors involved, but by accepting the challenge of studying the complexity of the therapeutic relationship as it unfolds and in its natural daily context. The second article of the focus, by Emilio Fava (2021), also proposes specific reflections and concrete ways to open the field of psychoanalysis, and more generally, psychotherapy, to data from empirical research and vice versa. This openness may in effect lead to surprises and disturb consolidated certainties, but it will certainly enrich those who would like their work to be closer to the actual reality of patients encountered in daily practice.

If the two focuses of the issue just described outline two possibilities for the renewal of psychoanalysis today, the new column, ‘*Dialogues about care*’, inaugurated in this issue, is the rediscovery of a well-known tradition - the favorite of psychoanalysts, starting with Freud. Alessandra Micheloni (2021) brings to our attention a case that well exemplifies the potential of an expanded and revised analytical technique. A technique which no longer focuses only on the verbal and the mental but listens to and interprets the patients’ experience that include the bodily and non-verbal elements as cardinal aspects through which analytic dialogue develops over time, and

thanks to which the awareness of the analytic dyad is raised recursively. It is important to know that the authors do not limit themselves to presenting a case, but engage in conversation with other colleagues who re-interpret it from different points of view. This is not to be underestimated: describing one's own case and discussing it publicly implies a certain amount of expository rigor and humility; it limits the risk of narcissistic self-satisfaction on the part of the analyst, and above all ensures that a subjective vision of the case does not turn into self-referential validation. Adopting this attitude of open, rigorous and genuine confrontation means leaving behind the shallows of both reductionism and absolute relativism, and instead appreciating subjectivity as a source of knowledge to the extent that, thanks to systematic intersubjective dialogue with other subjective points of view, we can go back to considering the data of experience as a guarantee of the plausibility of our clinical hypotheses. This mature open discussion on clinical cases is another formidable way forward for psychoanalytic thought that we have at our disposal in the current cultural and scientific context.

The issue concludes with the usual columns that present reviews of two recent books, the first, by Marco Conci, is about the history of psychoanalysis and some of the most important international psychoanalysts; the second, by Franco Prina, concerns youth gangs. There follows a comment on the psychological dynamic of the *Netflix* television series, 'Ethos', and the issue ends with a presentation of a project entitled *Sum*, an association that promotes educational, clinical and cultural actions based on a properly complex vision of the human being.

Enjoy reading!

REFERENCES

- Amore M. (2021). The Body and the Action of Narrating in Psychotherapy: Somatisation, Enactment and Consciousness Processes. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(2), 269-292. [doi:10.4081/rp.2021.289](https://doi.org/10.4081/rp.2021.289)
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science*. New York, NY: Guilford Press.
- Bucci, W. (2021a). *Emotional Communication and Therapeutic Change: Understanding Psychotherapy Through Multiple Code Theory*. Boca Raton, FL: Routledge. [doi:org/10.4324/9781003125143](https://doi.org/10.4324/9781003125143)
- Bucci, W. (2021b). New Perspectives on Symptoms and Symbols in the Case of Clara and Their Role in the Treatment Process. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(2), 319-337. [doi:10.4081/rp.2021.291](https://doi.org/10.4081/rp.2021.291)
- Fava, E. (2021). Clinical Research and Empirical Research. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(2), 419-438. [doi:10.4081/rp.2021.309](https://doi.org/10.4081/rp.2021.309)
- Hoffman, I. Z. (2009). Doublethinking our way to 'scientific' legitimacy: The desiccation of human experience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(5), 1043-1069. [doi:org/10.1177/0003065109343925](https://doi.org/10.1177/0003065109343925)
- Lo Coco, G. (2021). Efficacy of psychotherapeutic treatments: research based on clinical practice. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(2), 387-401. [doi:10.4081/rp.2021.261](https://doi.org/10.4081/rp.2021.261)

- Micheloni, A. (2021). Mary e 'l'orologio biologico che fa tic tac'. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(2), 503-512. [doi:10.4081/rp.2021.534](https://doi.org/10.4081/rp.2021.534)
- Negri, A., Andreoli, G., Belotti, L., Barazzetti, A., & Martin, E. H. (2019). Psychotherapy trainees' epistemological assumptions influencing research-practice integration. *Research in psychotherapy, psychopathology, process, and outcome*, 22(3), 397. [doi:org/10.4081/ripppo.2019.397](https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.397)
- Sletvold, J., & Brothers, D. (2021). The Embodiment of 'Us and Them': Fascist Experience in a Traumatized World. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(2), 359-371. [doi:10.4081/rp.2021.495](https://doi.org/10.4081/rp.2021.495)

Conflict of interests: the author declares no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 3 July 2021.

Accepted for publication: 6 July 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:586

[doi:10.4081/rp.2021.586](https://doi.org/10.4081/rp.2021.586)

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Corporeità, ricerca empirica e confronto clinico: tre possibilità di rinnovamento per la psicoanalisi

*Attà Negri**

Ricerca Psicoanalitica è uno spazio aperto di riflessione che accoglie chiunque voglia rinnovare e aprire il pensiero psicoanalitico ai dati derivanti dall'esperienza clinica e dalla ricerca empirica, a partire da un chiaro riposizionamento epistemologico e con l'obiettivo specifico di coniugare soggettività e relazione interpersonale nella teoria e nella clinica psicoanalitica. Questo numero ne è una dimostrazione e offre al lettore tre direzioni molto promettenti per la riflessione psicoanalitica odierna.

Il primo focus del numero, intitolato '*Corporeità e Clinica Psicoanalitica*', è composto di tre articoli che propongono un deciso spostamento della *talking cure* dalla parola al corpo, mettendo in evidenza l'intrinseca natura incarnata del funzionamento mentale per come esso si manifesta e viene sperimentato anche nella stanza d'analisi. Marina Amore (2021) e Wilma Bucci (2021b), con l'aiuto di un interessantissimo e dettagliatissimo caso clinico, propongono un vero e proprio cambio di paradigma nel concepire la mente come un insieme di molteplici modi di elaborare l'esperienza, verbali e non verbali, incluse le esperienze sensoriali e somatiche. Conseguentemente la tecnica psicoanalitica dovrebbe modificarsi fino a pensare il corpo dell'analista come sonda capace di intercettare ed esplorare, tra gli altri, anche i segnali non verbali dell'esperienza del paziente e della sua sofferenza. Solo in tal modo l'analisi riattiva quel processo integrativo naturale della mente che nei termini della teoria del codice multiplo (Bucci, 1997, 2021a) le autrici chiamano processo referenziale. Ne emerge una prospettiva aggiornata e coerente con le nuove evidenze neuroscientifiche, che non tradisce l'essenza del processo psicoanalitico, anzi, semmai la estende, la amplia e la potenzia. Conclude il focus l'articolo di Jon Sletvold e Doris Brothers (2021) che declina questa lettura incarnata

*Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università di Bergamo.
E-mail: atta.negri@unibg.it

nella mente nella dinamica del noi-loro che è alla base dell'esperienza fascista, intendendo con questo termine non solo l'esperienza politica e storica del fascismo e nazismo, ma ogni esperienza identitaria che oppone il 'noi' al 'loro' e che avviene primariamente su base emozionale ed incarnata. Anche questo articolo è corredato di due interessanti casi clinici attuali che riguardano pazienti apertamente sostenitori di un leader con tendenze fasciste e populiste; la descrizione e l'interpretazione delle dinamiche emotive non verbali emergenti nel dialogo clinico con questi due pazienti non solo aiuta a concretizzare ancora una volta la dinamica primariamente incarnata della nostra mente, ma ci mette in guardia rispetto alla possibilità che tutti noi, in situazioni particolari, possiamo scivolare verso funzionamenti identitari agiti e rigidi, nella vita di tutti i giorni e anche con i nostri pazienti. E non possiamo che concordare con gli autori quando affermano che la psicoanalisi, come teoria e come tecnica clinica, è un potente mezzo contro la 'banalizzazione' dell'esperienza fascista nel contesto odierno.

Il numero prosegue con un secondo focus intitolato '*Psicoanalisi e Ricerca*'. Per molti psicoanalisti questo titolo è stato, ed è ancora, un ossimoro inconciliabile (ad es. Hoffman, 2009), mentre a partire da un chiaro riposizionamento epistemologico (ad es. Negri *et al.*, 2019) che ridefinisca in termini complessi la questione della conoscenza scientifica è possibile giungere ad una psicoanalisi capace di confrontarsi con i dati provenienti dalla ricerca empirica senza che questa si senta attaccata o snaturata, ma, anzi, si apra a nuove prospettive e possibilità. Così nel primo articolo Gianluca Lo Coco (2021), dopo aver sintetizzato i dati provenienti dalla *evidence-based research* che confermano l'efficacia dei trattamenti psicodinamici, propone di integrare questo approccio '*one-way*' o '*top-down*' alla ricerca con uno maggiormente coerente con l'esperienza clinica, definito *practice-based research*. Questo secondo approccio studia il cambiamento terapeutico non isolando le variabili o riducendo la complessità dei fattori in gioco, ma accettando la sfida di studiare la complessità della relazione terapeutica nel suo divenire e nel suo contesto naturale quotidiano. Anche il secondo articolo del focus, di Emilio Fava (2021), propone riflessioni puntali e vie concrete per aprire il mondo della psicoanalisi, e più in generale della psicoterapia, ai dati provenienti dalla ricerca empirica e viceversa. Apertura che può portare sì a sorprese perturbanti le certezze consolidate in entrambi i campi, ma sicuramente arricchente per chi voglia rendere il proprio lavoro più aderente alla realtà del paziente in carne ed ossa che si incontra nella pratica quotidiana.

Se i due focus ora descritti delineano due nuove possibilità di rinnovamento per la psicoanalisi di oggi, la nuova rubrica '*Dialoghi sulle relazioni di cura*', inaugurata in questo numero, è la riscoperta di una tradizione ben conosciuta e amata dagli psicoanalisti, a partire da Freud. Alessandra Micheloni (2021) presenta un caso da lei seguito che ben esemplifica le potenzialità di

una tecnica analitica ampliata e rivista, non più incentrata solo sul verbale e il mentale, ma capace di un ascolto e lettura dell'esperienza del paziente che includa gli elementi corporei e non verbali quali elementi cardinali su cui il dialogo analitico si sviluppa nel tempo e grazie ai quali la consapevolezza della coppia analitica viene ampliata ricorsivamente. Ciò che è importate sottolineare è che in questa rubrica gli autori non si limitano a presentare il caso, ma si pongono in conversazione con altri colleghi che rileggano il caso da punti di vista diversi. Non è un'operazione scontata: descrivere un caso da noi seguito e porsi in conversazione pubblica su di esso implica una certa dose di rigore espositivo e di umiltà che limita ogni eventuale tendenza di autocompiacimento narcisistico dell'analista e soprattutto fa sì che la visione soggettiva sul caso non si trasformi in convalida autoreferenziale. Adottare questo atteggiamento di confronto aperto, rigoroso e genuino significa uscire dalle secche sia del riduzionismo che del relativismo assoluto, valorizzando invece la soggettività come fonte di conoscenza nella misura in cui, grazie al confronto intersoggettivo sistematico con gli altri punti di vista soggettivi, si ritorna a confrontarsi con i dati dell'esperienza come garanzia di plausibilità delle nostre ipotesi cliniche. Questo confronto maturo sui casi clinici è un'altra via formidabile di avanzamento per il pensiero psicoanalitico che abbiamo a disposizione nel nostro attuale contesto culturale e scientifico.

Il numero si conclude con le consuete rubriche che presentano le recensioni di due recenti libri, uno di Marco Conci sulla storia della psicoanalisi e di alcuni dei più importanti psicoanalisti internazionali e uno sulle gang giovanili di Franco Prina; segue un commento sulle dinamiche psicologiche presenti nella serie televisiva 'Ethos' di Netflix, e conclude il numero la presentazione del Progetto Sum, un'associazione volta a promuovere azioni formative, cliniche e culturali fondate su una visione propriamente complessa dell'essere umano.

Buona lettura!

BIBLIOGRAFIA

- Amore, M. (2021). Il corpo e l'azione del narrare in psicoterapia. Somatizzazione, *enactment* e processi di coscienza. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(2), 293-318. [doi:10.4081/rp.2021.289](https://doi.org/10.4081/rp.2021.289)
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science*. New York, NY: Guilford Press.
- Bucci, W. (2021a). *Emotional Communication and Therapeutic Change: Understanding Psychotherapy Through Multiple Code Theory*. Boca Raton, FL: Routledge. [doi:org/10.4324/9781003125143](https://doi.org/10.4324/9781003125143)
- Bucci, W. (2021b). Nuove prospettive sui sintomi e simboli nel caso di Clara e il loro ruolo nel processo terapeutico. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(2), 339-358. [doi:10.4081/rp.2021.291](https://doi.org/10.4081/rp.2021.291)
- Fava, E. (2021). Ricerca clinica e ricerca empirica. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(2), 439-458. [doi:10.4081/rp.2021.309](https://doi.org/10.4081/rp.2021.309)
- Hoffman, I. Z. (2009). Doublethinking our way to 'scientific' legitimacy: The desiccation of

- human experience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(5), 1043-1069. [doi:org/10.1177/0003065109343925](https://doi.org/10.1177/0003065109343925)
- Lo Coco, G. (2021). L'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici: per una ricerca basata sulla pratica clinica. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(2), 403-417. [doi:10.4081/rp.2021.261](https://doi.org/10.4081/rp.2021.261)
- Micheloni, A. (2021). Mary e 'l'orologio biologico che fa tic tac'. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(2), 503-512. [doi:10.4081/rp.2021.534](https://doi.org/10.4081/rp.2021.534)
- Negri, A., Andreoli, G., Belotti, L., Barazzetti, A., & Martin, E. H. (2019). Psychotherapy trainees' epistemological assumptions influencing research-practice integration. *Research in Psychotherapy, Psychopathology, Process, and Outcome*, 22(3), 397. [doi:org/10.4081/ripppo.2019.397](https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.397)
- Sletvold, J., & Brothers, D. (2021). L'incarnazione del 'noi e loro': l'esperienza fascista in un mondo traumatizzato. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(2), 373-386. [doi:10.4081/rp.2021.495](https://doi.org/10.4081/rp.2021.495)

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 3 luglio 2021.

Accettato per la pubblicazione: 6 luglio 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:586

[doi:10.4081/rp.2021.586](https://doi.org/10.4081/rp.2021.586)

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

The Body and the Action of Narrating in Psychotherapy: Somatisation, Enactment and Consciousness Processes¹

Marina Amore

ABSTRACT. – In this work the author explores some recent theoretical-clinical developments in psychoanalysis rendered necessary by a real paradigm shift in the conception of the mind-body relationship. In particular, she highlights how these developments call for a different perspective in our approach to the debate concerning the role that implicit and non-verbal processes play in the flow of dialogue and the development of consciousness. The author's voice is part of this debate. Referring to Wilma Bucci's Multiple Code Model as an observation platform, the author proposes to extend the concept of clinical dialogue to the multiple ways of processing experience, verbal and non-verbal, including sensory experiences and somatisation. This perspective implies the need to revise the analytic method itself, extending the concept of exploration. The illustration of a case shows how clinical dialogue can be structured in the therapeutic process defined by the author as 'somatic enactment', and how one can investigate it and understand it by expanding analytic technique in the direction of the proprioceptive and microanalytic exploration of bodily experience.

Key words: Body; consciousness; enactment; implicit; somatisation.

Introduction

The bodily sensations and somatic symptoms emerging in the here and now of the psychotherapeutic process constitute, for both members of the dyad, embodied expressions of affective experience that draw on the flow of non-conscious dialogue between therapist and patient. Their specificity has its roots in the history of subjective, affective development woven into the complex network of learned implicit relational procedures, and their subsequent re-transcription. As sub-symbolic forms of communication (Bucci, 1997) that orient the conscious and unconscious dialogue of the

*Psychologist, Psychotherapist; Faculty, Training and Supervising Analyst ISIPSÉ; Teacher, Supervisor and Head of the ISIPSÉ Specialization School of Psychotherapy-Milan Headquarter; IARPP and IAPSP Member. E-mail: marinamore07@gmail.com

¹The contents of this article, here reworked and integrated, appeared in a first version published in 2012 in the journal *Psychoanalytic Dialogues*.

analytic couple, these expressive forms can be defined as specific organizations of enactment.

Although they are normally present in clinical exchanges below the threshold of consciousness, for the therapist who has learned to intercept them among the multiple levels of clinical exchange and to make good use of them, sensory perceptions and somatic symptoms can become powerful engines of change. A dynamic clinical approach that also extends micro-analytical exploration (Stern, 2010) to the somatosensory experience, leverages body sensations and somatic symptoms as natural activators of what Bucci has defined the 'referential process' (1997), that is, capable of promoting processes of integration between the various normally dissociated levels of consciousness, between mental and bodily facts, between oneself and the other.

Therapist and patient can be predisposed to consider bodily sensations and symptoms as 'dreams of the body' which, like dreams of the mind, lend themselves to being explored and investigated together. In the clinical case illustrated here, neuralgia of the trigeminal nerve becomes the somatic expression of the impasse generated by the imminent therapeutic conclusion.

The paradigm is shifting

Psychoanalytic thought, like all contemporary Western thought, is undergoing a fundamental paradigm shift in the de-construction of the meaning originally attributed to the body and its actions. The process is still underway. Wilma Bucci's contribution to the process is formalised in multiple code theory (1997).

The idea that the body and actions are associated with instinctual expression and libidinal satisfaction is gradually declining as research broadens out into a variety of different fields (attachment theory, infant research, cognitive sciences, neuroscience, non-linear dynamic systems). Thus, acknowledgement of the intimate interconnection between bodily experience and the expansion of consciousness has been validated (McClelland & Rumelhart, 1986; Rumelhart & McClelland, 1986). Far from being an obstacle, with its specific structural and functional equipment, the body plays a decisive role in the elaboration of mental content. It is in this perspective that the nature of the mind has what is now termed an 'embodied' quality, drawing closer to the Eastern vision which has existed for millennia. Varela, Thompson, and Rosch (1993) pointed out that in the West knowledge was conceived of as a purely theoretical reflection and the exclusive property of the mind so that the concepts of mind and body travelled along separate paths. As a result, science was separated from experience while, at the same time, the effect of direct experience on knowledge was refuted.

Including the bodily register among the processes of knowledge implies,

on the one hand, freeing the concepts of language, consciousness and knowledge from one another (Jaynes, 1976) and on the other, detaching the concept of motor action from an excitement charge. As Bucci also points out (1997), our perception unfolds in simultaneous sensory-motor, cognitive, affective, organic and visceral representations of meaning. In this framework, from being a mere cradle of instinct, the body becomes the rooting base of the self-reflective experience (Aron, 2004), while the notions of acting-out and acting-in, considered lower forms of memory, are superseded by the concepts of *procedure* and *enactment* which contain the communicative potential of non-verbal exchanges between therapist and patient.

The recognition of the role assumed by direct experience in the process of change should inevitably predispose psychoanalysis to reconsider the theory of technique. In fact, in clinical work, as recognised by several authors, including Hopenwasser (2004), '*...physical sensation is a source of information historically devalued and often clinically trivialised*' (p. 318). I would add that such a position still hinders the development of a psychodynamic clinical practice capable of exploring the direct experience of the body. The inevitable consequence is a narrowing of the spectrum through which experience can be investigated, and a loss of opportunity to develop and integrate important aspects of analytic communication naturally organised in 'enacted' exchanges, *i.e.* in implicit and non-verbal performances.

The experiences which shaped my education as a person, even prior to my clinical education, were delineated in different settings but had in common the centrality of the bodily experience. My first approach to psychotherapy involved the treatment of somatic disorders based on a holistic view of the mind-body relationship. This afforded me the advantage, on undertaking psychoanalytic training, some years later, of appreciating the therapeutic value of including direct bodily manifestations in the observation of clinical dialogue. Much of my work has been devoted to broadening the focus of the multiple forms of interaction in the therapeutic process, focusing with particular attention on non-verbal exchanges. Among these are somatic, dysfunctional and non-somatic states. From the beginning of clinical practice this orientation meant identifying and validating a clinical approach that would be effective in directly intercepting implicit experiences and, at the same time, exploring them analytically.

For an extended perspective of clinical dialogue

Somatisation and relationship

Profound suffering keeps us anchored to painful experiences and tends to smother any reflection on the its meaning. When the body suffers, our

consciousness remains strongly attracted by and bound to the content of the sensory experience.

When a physical symptom enters the here and now of the analytic field it can easily compromise the reflective function of the mind. In an emergency, words - the essential tools for revealing the mind's content in analytic dialogue - cannot be activated to serve reflection and awareness whose nature requires long, slow rhythms hardly reconcilable to the urgency of pain.

Consistent with its theoretical-clinical model, analytic practice expects somatic symptomatology itself to testify to a dysfunctional and regressive organisation of the mind. Symptomatic states that alter the clinical dialogue modality are considered and treated as forms of resistance to the advancement of the analytic process and psychological growth. If physical suffering takes centre stage, the basic conditions necessary to promote exploration through free verbal association necessarily default: sessions of this nature are to be commented on and terminated.

Over the course of clinical practice I have been unable to corroborate the principle which draws a close analogy between somatic symptoms and resistance to the consciousness process. I have been struck, if anything, by the commitment of my patients to join me in my consulting room *despite* their physical discomfort. My silent acceptance and extended listening to fragmented words, disoriented by waves of pain and a state of physical incapacity, became the opportunity to explore and understand more intimately what was going on in my patients' bodies, often to the point of tracing their unconscious emotional source. Following the guiding principle of listening, I have always appreciated how somatic symptoms that hijack the patient's attention and clinical dialogue are themselves forms of free association. Under certain conditions, they represent the only path that can be explored, the only road open to promote the process of consciousness and psychic development, and a singular opportunity to establish a link between experience and its affective meaning. In these cases, we see the somatic symptoms acting as a subsymbolic codification which, if taken and explored, can usefully promote the processes of symbolisation. Bucci shares this opinion:

"To allow the re-symbolisation process to begin, in even a minimal form, the treatment of patients with trauma or somatisation would require a focus on those entities available to function as organising symbols within the patterns of emotion before they can make connections to other symbolic objects or other people. In this regard, the implications of the multiple code approach diverge from the psychoanalytic ones. Symptoms and actions can operate progressively to implement the symbolisation process, rather than being regressive, as the discharge model implies, and as is generally believed" (Bucci, 1997, p. 202)

Despite the decisive theoretical change that has sanctioned a true paradigm shift, psychoanalytic practice tends not to explore the intimate expe-

rience that each subject has of their own somatisation. This determines how such experiences are normally destined to remain unknown and not included in the analytic discourse. Historically, psychoanalysis has justified such a procedure in the belief that discomfort and/or somatic illness consume an enormous amount of narcissistic energy, leaving little left for transference and the analytic process. On this theoretical basis lay the conviction that somatisation processes are antagonistic to the processes of consciousness (Freud, 1914; Lefebvre, 1980; Sifneos, 1973). To borrow a metaphor from Robutti (1992) we could say that somatic symptoms keep the internal enemy hidden as does the Trojan horse. It may be the inability to imagine something new, *i.e.*, the failure of mentalisation, that causes 'relapse into the body'. Placed outside the world of symbolic meanings, the somatic symptom can *thus* be considered only as, '(...) *the signal that something has got out of hand, that a communicative fracture has occurred and the patient, 'weak from past experiences', is lost. With his symptom he seems to say: 'You are no longer the one who can treat me, my body is sick, I need another doctor'*' (Robutti, 1992, p. 199).

As I prefer to think of mental experience as intimately rooted in the body, I find it difficult to share the regressive and narcissistic vision of symptoms and somatic expressions evoked by the image of a 'relapse into the body'. How can one fall into one's roots? Although I share the idea that somatisation is often a sign of the subject's state of difficulty, as it would be for the analytic dyad - on being referred to the dyad - I find it more useful to assume that the difficulty lies in the establishment of analogical correspondences between the sensory experience and a verbal way of rendering its full meaning. When a satisfactory verbal correspondence is identified, the irreducible value of words allows us to overcome the greater distances drawn when the affective significance underlying the intention expressed by the body is not shared - as in implicit communication. The embodied word, saturated in its referential function, flies like an arrow, reaching distant places so quickly that the intimate meanings of the experience can reach otherwise unattainable ones. This may represent the most important function of human verbal communication.

If somatisation enters analysis, I do not necessarily consider that my patient and I have failed to attribute meaning to a fundamental experience. Failure to understand the meaning of events is always a possibility, even in the absence of somatisation. Rather, I wonder if, from the patient's point of view, the passage through a somatic representation of meanings is necessary for the expansion of consciousness; and, again, in what way are we, as an analytic couple, involved in this process of building useful and effective correspondences between the experience of the body and *the* words capable of communicating it in its entire, intimate complexity.

Somatisation, enactment and integrating experience

The concept of enactment in analytic literature, to whose definition Jacobs (1986) was the first to make a fundamental contribution describes a sort of dramatisation in which procedural interaction compensates for the difficulty or impossibility of using verbal codification for affective relational experiences. The enactment procedures, employed in a non-conscious way, develop for each of the interlocutors along the individual historical line of past relational experiences, but are solicited and reorganised in the self-other interaction of the moment, and condense the result of the active contribution of both partners (Lyons-Ruth, 1999). Many authors agree that enactment is the product of traumatic affects experienced in past interaction (Bromberg, 1998). Defensively dissociated from consciousness, these affects would invariably remain registered in the body's memory in the form of sensation-(re)action patterns and would be evoked by similarities between present interaction and the original traumatic experience. This form of interpretation emphasises the correspondence between enactment and difficulty in the mentalisation process, associating the mutual non-verbal and non-conscious influence of the patient and therapist to the dysfunction of the patient's mind and the analyst's unconscious collusion.

Following another line of thought similar to the one proposed for a re-visitation of somatisation, we can, by contrast, conceive of a more physiological view of enactment and define it as a functional process that presides over and guarantees the implicit exchange of non-verbalisable meanings (Amore, 2012). It would act in support of the implicit expression of all the meanings that have strong sensorial, though not necessarily traumatic, roots. This view puts enactment at the service of non-verbal intersubjective communication regardless of the mentalising ability of the subjects.

According to the Bucci model, enactment can be included within the frame that defines subsymbolic forms of implicit knowledge, which in this specific case operate by implementing knowledge through the organisation and reorganisation of action schemas. Within this framework, enactment appears as the natural precipitate of the continuous non-verbal elaboration of the lived experience, the result of a cross between the power of suggestion evoked by the present relational context and the reactivation of memories of past experiences placed in some analogic connection with the facts of the present. These experiences may include traumas as well as more generally incongruous states of self that have laid the foundation for dissociative defence activation; and they discover in the unconscious solicitation of the moment, the opportunity for reactivation. In addition to this, enactment can organise implicit and non-verbal communication even in completely new (Amore, 2012; Aron & Atlas, 2015) and consequently not yet organised self-with-other experiences. Furthermore, stimulated by the affectively sig-

nificant exchange of a present interaction, unprecedented procedural schemas are activated. From this moment, following the natural course of elaboration of a lived experience that Bucci defined as a 'referential cycle', the content of sense-motor schemas may at the same time propagate even mental representations which words will now be able to decode.

A perspective that identifies sense-motor schemas among the modes of subsymbolic expression of unconscious communication between subjects, allows us to recognise an organising function of enactment in orienting and regulating exchanges based on the emotional meanings of the interaction. Released from serving only defensively dissociated experiences, the function of enactment can then be repositioned in the natural ambivalence that Galimberti (1983) describes as '*and this, and that*'. According to the philosopher, it is ambivalence, not ambiguity, that establishes the nature of the body and human experience in their original plurality of meaning, and which restores a sense of its unity to being.

If enactment can be removed from the bond of dissociative defence, it remains true that dissociated affects have the possibility of expressing themselves only in the subsymbolic way of the body and its functions: motor, sensory, somatic or visceral. In this case, the traumatic quality of the reactivated memory will shape the meaning of the present experience, bringing the relational trauma back onto the scene. And thanks to the updating of the past onto the present through the configurations of enactment, the traumatic experiences become accessible and available to the analyst and the patient, and the subsequent work of joint elaboration and symbolisation becomes possible.

Although the concept of procedure invariably involves activation of the motor system, the concept of enactment could also be usefully released from discrete actions and be extended to all those relational configurations that focus on the intersubjective processes of sensory-motor and visceral self-regulation. Since enactment is articulated on the level of the non-conscious, we can also consider '*enactment*' to be the verbal reference of a non-verbal experience whose meaning is not known: as when a patient signals the emergence of a sudden sensation or physical discomfort during a session. When the non-verbal score organises its narration through sensory configurations and somatisations, we identify this specific form of staging as 'somatic enactment'. Its action is exerted on the body itself, amplifying the subsymbolic procedures that constitute the physiological substrate of emotions until it alters the optimal arousal parameters and, as a consequence activates self-correcting physiological adjustments to these alterations.

Sensory states and somatisation, as well as actions proper, can be considered part of the network of relational procedures influenced and regulated by exchanges in the here and now, and which in their turn will condition this exchange. In this same verbal exchange, we observe words floundering in an

effort to connect the patterns of emotion to their symbolic representation (Bucci, 1997, 2007). To support the need to share the complexity of sensory and somatic experience, we can see a continual flow of enactment (Jacobs, 1986) in the non-verbal score that underlies and embodies verbal discourse, so that even through words we continually act on one another (Bass, 2003).

Procedural interaction in the analysis room

Psychoanalysis has increasingly freed itself from the idea that the analysable patient should have an already organised mind despite being altered by conflict. The principle of psychoanalytic treatment has thus been re-coded to promote the organisation of the mind, a process which is now thought to continue actively throughout the life-cycle and is entrusted mainly to implicit communication (Arnetoli & Pacifici, 2004). In the constant flow of procedural exchange between analyst and patient, dissociated experiences - or simply those that are not yet integrated (Amore, 2012) - can occupy the analytic scene in various forms, including the somatic form (Jacobs, 1986). When the verbal translation of our emotions is challenging, somatic expression can be the most direct way to experience and represent some singular organisations of the states of self (Marty & M'Uzan, 1963). I agree with Bucci (1997) that patients' obsessive attention to their symptoms is the first step towards creating an association between the implicit subsymbolic process and the content of the emotional schema. Thus, it is vitally important in the analytic procedure for therapists to attune themselves, and their practice, to how patients seek to integrate their states of self.

When the symptom is partially the result of a repeated trauma that occurred in a period long past, I would stress that it also assumes the symbolic role of transition between past and present: if on the one hand, it builds on an element which is in some way involved in the original affective experience, on the other, it is stimulated by interaction with the analyst in the moment, as the clinical case will help me illustrate.

Exploring the sensory experience in the consulting room

Clinical practice in line with the new perspectives on psychoanalysis, attention to implicit and procedural functions should include the recognition of bodily processes as manifestations of states of self. These states constantly (re)organise themselves in the course of interaction for both interlocutors during a clinical exchange to support and facilitate re-transcription of implicit and procedural experience in which the sense of one's subjectivity is rooted (Stern, 1985; Edelman, 1989; Modell, 1990). As stated above, the

clinical experience led me to observe all the symptomatic reactions - psychic and somatic - as forms of enactment. In my mind, the concept of enactment is descriptive of the wide network of action-reaction procedures emerging from the continuous flow of interaction between self and other. Included in this complex network are both discrete motor actions directed towards a purpose, and physiological activation structured in recognisable and observable symptomatic form. Implicit and normally non-conscious, the network is functionally at the service of the subsymbolic modalities of knowing and communicating, inherent to, and necessary for the development of relational skills and an integrated sense of self.

In a situation in which a somatic state saturates the space for subjective experience, the understandable clinical difficulty understandably lies in accessing the reflexive function and the use of free association. I am convinced that very few analysts today would choose to suspend a session in which fluid thinking is impeded by the temporary impairment of self-reflection that accompanies intense somatic discomfort. However, I am equally convinced that, in many cases, the difficulty in integrating states of significant physical suffering with analytical exploration is avoided at its inception by a silent agreement between analysts and patients to keep the physical expressions of malaise out of the consulting room, so that patients avoid coming to sessions when they feel physically unwell. As Jacobs (1986) observed, even how the setting of the consultation room is arranged may be seen as an implicit communication between analyst and patient that suggests the analyst's exploratory predisposition. The patients - also implicitly, adhere, making their own contribution to the co-construction of an enactment in which there is 'agreement' on the avoidance of some areas of exploration in favour of others. Thus, patients adhere to the implicit terms of a 'work contract' where symptomatic, functional, or pathological experiences cannot be validated in clinical dialogue.

Even the most sensitively-tuned analytic couple whose verbal exchanges include the extended exploration of non-verbal experiences may struggle to understand the meanings organised in somatic states. Careful listening alone will not be enough, in many circumstances, to grasp and share the meaning of the somatic experience, an essential step in proceeding with the clinical work of reorganising the mind. In any event, an impasse is reached. In such circumstances, a knowledge of alternative routes by which to reach patients where they are becomes a clinical resource for therapists who need to be as close as possible to their patient's somatic experience. An initial intervention in this direction should enable our patients to draw an ever clearer map of the sensory experience in the here and now. I consider such a therapeutic choice consistent with what Antonino Ferro (1996) defined as 'respecting the patient's text': somatic expression can be considered one of the possible texts that the analytic process may need to explore.

My own way of intervening clinically to promote exploration of intense somatic expressions, as a means of intercepting their implicit content, is influenced by the conviction that the analyst is not required to resort to any techniques other than conscious observation of the content of the experience - a characteristic which is already part of analytic technique. However, I believe that practising using a variety of specifically-dedicated techniques can teach the analyst a great deal about the nature and complexity of mind-body interconnection processes. This is especially true if the processes are investigated from one's own experience.

In line with ideas expressed by Jacobs (2013), I firmly believe that as in any field of knowledge, the development of the proprioceptive skills needed to observe and recognise one's own non-verbal, sensory, procedural and physiological experiences, calls for specific learning consistent with the object of knowledge. I also agree with Jacobs that the acquisition of such a specific skill should be included in the training of every future clinical professional: the ability to tune in, with the utmost attention, to one's own somatic experiences is often a necessary prerequisite for picking up on and sharing the sensory experience of patients more intimately.

If the non-verbal is the object of direct observation analysts must have the sensitivity to intercept - from among the many forms of implicit expression acting during the meeting - the ones that are most useful in understanding the process taking place, beginning with their own. Therefore, to better grasp the patient's often subtle bodily manifestations, the analyst must be trained to intercept the echoes of his sensoriality and to use them as probes to initiate the exploration of the patient's experience of his own body. Sometimes, the analysts' sensory channel is also the main tool by which it is possible to intimately access and identify the non-verbalisable meaning of the patient's experience to initiate processing. In a disciplined frame of self-observation and self-reflection, the sensory track that informs the analysts' mind during interactions with a patient is made up of somatic states that belong intimately to them, and which are therefore also imbued with their emotional history. Equally important is the choice of *how* to use this sensory information in a clinical session, and I trust there will be an opportunity in the future to discuss this aspect which is no less important for the observation of somatic co-transference.

As with other areas of analytic exploration, the analysts' direct experience of interacting with their own and others' body signals is essential in developing and communicating the confidence and solidity required to gain patients' confidence in the relevance and usefulness of the process that they are preparing to undertake. Sometimes this process means that patients are faced with having to withstand the anxiety generated by a sense of extraneousness from their own body that often follows the amplification of proprioceptive sensations. As with mental content, the direction of attention pre-

disposes the patient and analyst to observe the implicit emerging in the here and now. Intercepting somatic states, recognising them, and reporting them to explore meanings, is certainly a more difficult task than handling thoughts or other mental content such as images or dreams since the sensations are much more fleeting. For this reason, attention to the non-verbal may mean that the analyst and the patient agree on a temporary renunciation of the more usual verbal exchange modality, to orient themselves towards a free focal perception of sensations, and only subsequently seek the best verbal coding to describe them effectively.

In my clinical experience, during an analytic encounter the directing of attention to present or emerging bodily sensations has often constituted an effective tool for detailed exploration, thus promoting the elaboration of an affective experience and, as a result, the organisation and re-organisation of the mind in individual subjects and the dyad. When patient and analyst concentrate their attention on somatic states and symptoms in the here and now of the encounter, and explore sensory representations pausing on the phenomenology of the experience without necessarily attributing any symbolic meaning to them, and mentioning only the phenomenology of the experience, analytic discourse evolves along the thread of a non-verbal score, anchored to those schemas of emotion which tend towards their organisation. When a sensory experience becomes the object of shared attention, the patient can be invited to stay in contact with the sensation to explore it in detail. Simply by observing, it will be possible to perceive the sensation with ever greater clarity. Often, this will tend to integrate spontaneously into the wider proprioceptive context, reclaiming, as if it were a sort of gravitational centre, the well-structured representation of bodily unity, highlighting its sensory solids and voids. Often, it will progressively change in intensity and amplitude until, at the end of the process, it is transformed into a sensation of a different nature.

The analytic dyad can agree on the merits of exploring sensory experiences - including physical symptoms - as if they were body dreams that can be investigated and understood on a par with mind dreams. Even in the initial phase of the therapy agreement I will usually inform my patients of the possibility of a focus on bodily sensations during analytic exploration. I introduce this point of technique by likening it to exploratory work on dreams where the focus is on eliciting details that are not clearly remembered on awakening. Just as a careful exploration of dream images can spontaneously promote access to emotion schemas (Fosshage, 1989) even the exploration of a sensation may of itself be a non-interpretative clinical intervention able to promote the activation of the referential function (Bucci, 1997), and thus favouring the integration of the sub-symbolic and the non-verbal symbolic systems leading to a mental representation of the experience.

Exploring symptoms as dreams implies that an elaborative rather than a

defensive process is at play. If we talk about the *embodied mind*, we implicitly associate it with a *thinking body*. Thus, it is helpful but also inevitable that we go beyond the representation of somatic symptoms as the expression of an attack on the relationship, or the difficulty of the dyad in identifying meanings, and evaluate the process as spontaneously oriented towards integration and connection between the parts. As in dream analysis one may witness a spontaneous organisation of meanings from apparently disturbing and non-significant elements; often the descriptive-perceptive observation of a sensation can implicitly and spontaneously modify the body's organisation, determining a transformation of state - just as it can help the patient overcome the acute phase of a disabling migraine during a session. At the same time, exploring sensations introduces to one's sense of self a new, shared experience which will be the context for an expansion of consciousness in a subsequent circumstance. Under different circumstances, however, thanks to meticulously descriptive language which is more easily supported by metaphorical associations, the sensorial focus will activate the emergence of non-verbal symbolic representations. Among them are images capable of embodying current emotions, or memories of lived experiences that share the quality of present emotions, in whole or in part. These images can set in motion conscious processing of the experience and can go as far as identifying the missing link to something that has not yet been integrated.

In clinical practice, not all patients are willing to connect with the proprioceptive sensation for the time necessary to observe it with meticulous attention. Since focused attention hyperbolically amplifies the sensation observed it is not easy for some patients to withstand the intensity without the fear of being overwhelmed by perception and the often automatic emotional reaction. In this case, the time required for the sensation to become clear enough to be described is not sufficient. In my experience, the analyst who has had the opportunity to experience the process himself is usually also able to support patients in tolerating the anxiety generated by the task. This result may be obtained over repeated sessions thanks to the analyst's progressive interventions which enable patients to acquire the confidence they need to orient their proprioceptive sensations, and to rest for a few seconds on the somatic state which surfaces to one's conscious attention during the flow of verbal discourse. We see the increasing ability of patients to acquire a clear and precise sensorial focus, testifying to a greater constancy in maintaining self-observation skills. At the same time, although conscious proprioception causes patients to witness unexpected changes in their body image, they gain a greater sense of security in the recognition of self-generated by the conscious integration of the changing, continuous, and not normally conscious flow of affect.

On their first visit to our consulting rooms, patients may already present chronic or acute somatic states, or the condition may emerge during the

clinical dialogue. In either case, dysfunctional somatic conditions which emerge during the hourly sessions should alert the analyst to the fact that an implicit appeal may be underway and that the analyst is the elected recipient. This appeal may mean we need to intercept the dissociated aspects necessary for the development of the sense of self, or the clinical process; or it may be that there is some difficulty in integrating the new procedural schemas, co-constructed with the analyst, with the former and more familiar representation of self. In both cases, we can expect some problems when drawing on the past or recent affective experiences deposited in implicit consciousness but not yet integrated into the self-image.

In these moments one may wonder whether the intensity of sensations or the patients' symptoms, in bringing into play specific, characteristic sensory impressions, also function as implicit relational procedures to promote contact between the analytic dyad and otherwise unintelligible unconscious content. Somatisation may also signal the urgent need to give priority to mind-body integration in the precise time window of the development of the sense of self. Whether we are dealing with dissociated memories that find echoes in transference, or new experiences for which therapeutic interaction urges the assimilation to the already known sense of self, we may find it necessary to manage an impasse with respect to the more usual procedures of narration through verbal clinical dialogue. This is the analyst's opportunity to validate narrative's different linguistic codes to accomplish the task of keeping as close as possible to the patient's experience in the ongoing dialogue. A rushed attempt to shift the experience to the verbal symbolic level usually turns out to be unprofitable and often risks weakening the meaning of the sensory or somatic representation, invalidating the only expression that can be accessed by the patient at that given instant of the clinical process.

The case of Clara

Clara, a young woman aged thirty, contacted me because she was having episodes of severe perceptual dysmorphism, including the sensation of 'emitting air from the eyes' as if they were two holes through which the air flows in and out of the body giving rise to the sensation of dispersing its vital essence. These episodes trigger violent emotional reactions which Clara calls 'panic attacks' during which she experiences the profound terror of losing the integrity of her body and dying. Given the severity of the symptoms at this early stage, I seek the collaboration of a psychiatrist colleague. The drug prescribed manage to control the frequency and intensity of the episodes and means that Clara can reach my consulting room. Reluctantly, she agrees to take the drug for no more than about three months but continues to carry it with her for more than a year.

The symptoms had first appeared the previous year after a second failed attempt to obtain a degree in humanities. Clara recounts that on both occasions she passed all the exams successfully but floundered during the writing of her dissertation. As far as the first course was concerned she states clearly that she lost interest in the qualification when the social opportunity to apply these specific skills to the world of work declined. As for the second attempt, her tone and vagueness in supplying the details of the story made it difficult for me to fully comprehend. Clara, stammering, told of an increasing reluctance on the part of her supervisor to follow her progress in the chosen subject with sufficient attention and care, and of her difficulty in continuing the work alone. Based on this information my theory is that the expectation of a grand ideal of perfection may have played a central role in the repeated failures. I seem to recognise the same organising principle emerging in Clara's other life stories where the underlying motif is a goal unfulfilled due to her severe and always unsatisfactory self-evaluation. This leads me to conclude that Clara needs a great deal of attention, approval, and confirmation to maintain an active, robust sense of self and that her relationship with the supervisor may have been distorted precisely by these affective conditions, which constitute optimal terrain to induce a dramatic and annihilating experience of abandonment.

At a later stage in our work, however, the narrative and the motivational framework are complicated by an episode of abuse. Clara's deep need for approval and acceptance meant that she could not escape from the sexual attentions that her professor - known for his questionable manner with students - had pressed upon her with increasing insistence in a period when he had wanted her collaboration on an academic project. The attention was unexpected and unwelcome and Clara had tried to brush him off minimising her embarrassment and hoping in her heart that the man would desist from his intentions. On the contrary, the time came when the man went a step further. Now, as she recounts this she states clearly and firmly her sense of shame at having been the passive object of the man's sexual pleasure, but when it happened Clara only remembers feeling a generally confused numbness. She had remained motionless for the duration of the act and took her leave at the proper time as if nothing significant had happened. The following day she duly turned up at the Department to discuss researching the material for her dissertation.

The strategy that Clara unwittingly puts into action to distance herself emotionally and to normalise what happened with her dissertation supervisor, however, is not sustainable because the man is cold and detached and becomes less and less approachable. Clara interprets this as contempt towards her for having been in some way sexually disappointing; she begins to feel obsessed and anguished by this thought. The first episode of dysmorphia occurs in this period. This deeply erratic affective state is reinforced

in the professor's presence and Clara limits her contact with him to a minimum in an attempt to regain control. Inevitably, the situation compromises the writing of the dissertation progressively, but definitively. Nonetheless, Clara continues to pay her university tuition fees in the hope that she might sooner or later pick up where she left off. In analysis, the possibility of simply asking another professor to supervise the dissertation comes up, but this is not feasible as far as Clara is concerned: how could she possibly justify this request after having been supervised by another for so long? Clara imagines this would mean laying bare her responsibility for the failure and revealing her shameful flaw.

The days go by, and for Clara with no goal to aim for, the affective states of anguish and panic alternate with states of emotional and sensory numbness - similar to those she experienced during the abuse - predispose her to fairly frequent promiscuous sexual relations, devoid of desire and pleasure. About a year after the abusive event, the first panic attack occurs following an episode of dysmorphism. Together, over time, we were able to piece together how the agitated, terrifying excitement of panic was totally fitting as a means to express Clara's erratic reaction to the complex dissociated emotions that had a tendency to resurface into consciousness; it was there that the more recent memory of the abuse was spontaneously interwoven with early childhood memories.

Clara told me at our first meeting about the disabling trigeminal neuralgia attacks which she had had since she was six years old. The symptom recurs regularly and seriously disrupts her life. However, it never affected our sessions during the entire course of analysis until, as we will see, the final phase. Rather, the neuralgia attacks afflict Clara between one session and another. When the symptom appears it can take more than twenty-four hours and repeated painkillers for the condition to resolve itself, and so there is little choice but to spend most of the day lying down waiting for the pain to pass. She says that even as a child during these attacks she lay on the sofa in the living room of the family home waiting for the drug her parents gave her to take effect. The spontaneous association with this childhood memory prompted me to ask her if she could tell me something more about how she experienced the pain in those moments and how she reacted to it. Without hesitation, but in a detached tone, Clara replies that it was not her habit to complain or cry; mostly she waited in silence, and in vain, for someone to come and comfort her. This is the first, but not the only time that during our exchanges I am aware of the consistency of a sense of annihilating loneliness that has marked and compromised the life of this young woman.

Clara is the second daughter of a couple who took an active part in the events of 1968. Both parents were very involved in their respective social projects and engaged little with their daughters and with each other, to the point that the couple were soon hit by a declared emotional and relational

crisis, never resolved in a *de facto* separation. From Clara's description, her mother appears to be unable to establish an empathic relationship with her younger daughter; she is easily unsettled by even the slightest physical suffering that Clara, like every child, happens to experience. One day Clara cut herself badly in a fall but her mother's reaction at the sight of her blood was so severe that her father and older sister had to resuscitate her, leaving Clara stunned, confused and lonely spectator of the family drama, while the blood trickled down her face. Very soon she learnt to minimise any discomfort in the presence of her mother. Her father, for his part, was intolerant of any requests made by his daughter for reassurance; such as to keep a small light on in his room during the night. In one of Clara's recurring dreams, in the early phase of our work together, she is a child lying on a sofa pretending to be asleep while being sexually abused by a couple of unknown adults who claimed to be her parents to the third parties present in the dream and to observers and witnesses outside the scene. During our dialogue the connection between the dream state and the feelings of insensitivity and strangeness that Clara experiences initially, during the abuse, and subsequently, in promiscuous sexual relationships, is evident to both of us.

Clara, an intelligent, alert, and cognitively bright child, was prematurely forced into an autonomy that defied all common sense. For a long time she perceived herself as stable, strong and courageous, and even a little presumptuous, thanks to her precocious skill in use words wisely. Since childhood, she resorted to linguistic categories such as 'enterprising', 'courageous', 'uninhibited', 'intellectual' to reconstruct a self-image in her mind and describe herself to others. Now Clara can no longer intercept such states and the effort to reconstruct an image of herself consistent with the linguistic categories of the past induces a sense of de-realisation. The first panic attack takes her by surprise as she observes the television image of two lovers kissing passionately. The intensity of the passion that she watches in an emotionally frozen state suddenly appears to her to be such a strange and inconceivable phenomenon that it triggers the first terrifying sensation of the interior crumbling of her sense of reality.

Ever since the consultation phase, although we speak in low tones and at a slow pace, the flow of words at our meetings is continuous and there are rarely any silences between us. Clara tries to regulate the strong internal pressure of sensations and emotions through intense verbal discourse, however, the verbal resource seems to have lost its power and potency for her. Words are never quite adequate to grasp and describe the 'dark' experiences that pervade her inner world. She experiences this limitation as if it were evidence of her being incomplete and flawed, and she fears that I may be so disappointed in her that I will decide to discontinue treatment.

After about a year of twice-weekly meetings, Clara is becoming aware of the traumatic nature of many of the interactions she experienced with her

parents. The consciousness of this increases her sense of fragility and emotional pain. There and then, in the meetings, we manage to regulate the tension but her anguish grows in intensity between one meeting and the next and becomes unsustainable at the weekends. Clara does not explicitly ask me to prolong our time together but I am alarmed at the desperate expression on her face when I see her out - it seems to implore more closeness and continuity of contact. We both know that the time between sessions seems too long for her and I propose intensifying the frequency from two to three times a week. As part of our new arrangement she may call me even at weekends if she has serious difficulty in self-regulating her emotional state. Clara did call me on occasion but with great parsimony and discretion.

The introduction of a third session helps us to better regulate her affective states. The rhythm of three meetings a week characterised the longest phase of the clinical process and also the most fertile for the emergence of traumatic memories and the deconstruction and reconstruction of the sense of self. More than ever, in this phase, I felt I needed to take particular care to keep my subjective self in the shadows as far as possible. Since the consultation phase, the inhibitory influence of even my facial expressions had been evident to both of us. Sharing this awareness meant that we set up our first twice-weekly setting agreeing to use the couch as the instrument which would allow Clara to feel less influenced and inhibited by my presence.

Indeed, as we had hoped the couch helps Clara in her effort to maintain more lucid contact with her multifaceted, intense, but at the same time - thanks to the dissociative defence - volatile inner experience. Clara is always attentive to every word that I utter and to the way I utter it, but the advantage of not being visible to her gaze is helpful in our clinical work and is often the subject of exploration and discussion in our dialogue. The couch provides Clara with a private space in which to feel protected in my presence - sheltered from the fear of severe judgment that, for a long time, she feared she would discern in my verbal and non-verbal expressions. During this phase, the most intense moments of our sessions are the welcome and the farewell: in the space and time between the threshold and the couch, and vice versa, I feel Clara's gaze inspecting my person in an almost feverish way as if it were a map with which to orient herself to intercept the point of access into acceptance. Sometimes, in our sessions' most distressing moments when she feels lost and without a border, I may be her only anchor to reality and then Clara turns her head as if looking for proof that I'm always sitting in my place, next to her.

The advantage of the couch as a safe place where Clara can feel protected in my presence is clear to both of us from the first session in the new setting. That is not all. In the course of our work, we find that the couch allows Clara to effectively protect me from her so that even I cannot see her face, and the frightened and frightening expression aroused by

her inner feeling of profound fragility. As we will see in a subsequent dream Clara is convinced she needs to save me from contact with her internal world.

Indeed, although the three-times-a-week rhythm reinforces in both of us a sense of confidence in our analytic work and its chance of success, I still have the impression that an unidentified feeling of caution holds us back. It seems to me that I am being led firmly towards some as yet unexplored places, but as Clara - trusting in my presence - is preparing to enter, an intense and impalpable fear stops us on the brink. Clara's implicit awareness of this shared process takes shape in a dream in which we ascend a high mountain together as if on a pilgrimage, to reach a sacred place with an imposing uncovered sarcophagus. Together we move closer to observe its contents, but as we draw nearer to the edge, Clara puts her hand over my eyes as if to protect me. It becomes clear for both of us during our exploration of the dream that Clara intimately experiences her inner world as a place which is not approachable and, therefore, not representable. She believes I may not tolerate seeing it, and may react as her mother did on seeing her blood. And if that were to happen Clara would find herself alone once again.

For a long time, during our sessions, we explore Clara's feelings of inadequacy. In this phase, I am aware that she has a strong need to reconnect with her body and when I feel she is sufficiently receptive to tolerating this contact with discomfort, I invite her to focus conscious attention on the bodily sensations co-present with her sense of inadequacy and to explore them. Accompanied by my voiced indications during the exploration, Clara directs her attention first towards one, then towards another part of her body, focusing on the areas where she perceives a disturbance - pain, contraction, cold, or isolation from adjoining areas - for the time it takes to clarify the nature of each sensation. As often happens with patients when they direct and focus attention on their bodies in my presence, Clara, too, observes the progressive reduction of the distance generally perceived between the awareness of self and the discomfort she experiences in her body. At the same time, this shared experience supports the containment of anguish generated by episodes of sensory dysmorphism that could emerge even during our explorations.

Clara becomes increasingly confident with the technique over time, so that in the course of an ordinary verbal exchange when her perceptions are confused, she automatically focuses on the bodily sensations she feels and explores them. She is now better able to maintain prolonged contact with unpleasant perceptions and observes with less distress the cracks that affect her tone of voice, her posture and rigidly controlled, restrained movements - the general awkwardness she feels when she becomes aware that she is *also* a body. At the same time, she wins the freedom to observe my body,

reflect on it and make observations, but also to point out to me how some of my expressions or postures intimidate her or make her suddenly feel insecure in her beliefs. In their turn, Clara's comments about the way she perceives my body and its expressions reconnect me to my corporality. In moments of great emotional intensity my leg muscles are often strongly contracted as if to ready me for a sudden leap forward: they are signals that connect me to my more or less constant state of alertness brought on by the intensity of the tension that I perceive to be Clara's underlying state, and which makes me fear the ever-present risk of a sudden psychotic breakdown. At other times, when the discussion concerns femininity, I perceive that my body is more solid - similar to how I felt during my first pregnancy. On these occasions, I know that Clara also perceives that I own more strength and solidity to protect her vulnerability.

After three years of our work Clara no longer has panic attacks, and even the neuralgia ceases to recur. She is not yet sufficiently sure of our emotional stability, however, and with each meeting the old fear of opening up and seeing her inadequacy confirmed in my gaze somehow still rears its head. However, we proceed steadily towards the goal of making unthinkable thoughts thinkable through the exploration of feelings, emotions and sensations emerging from awareness, or from the rich and agonising dream life that animates Clara's nights. We cautiously identify new representations of self that are closer to her more current life experience, and together we witness the gradual transformation of an isolated, insensitive and incommunicable sense of self into a self that is desirous and capable of establishing meaningful relationships. One Christmas she gives me a book by Clarissa Pinkola Estès (1992), *Women Who Run with the Wolves*, in which she writes: 'Thank you for giving me to life.' She settles into a stable romantic relationship and becomes a mother.

Nearly ten years on, at this point in our journey we both feel the need to reorganise our meetings to biweekly, and to sit facing each other. The transition is certainly partly conditioned by the advent of parenthood to which Clara dedicates her time with absolute devotion, but for the most part, it is related simply to the renewal of a more secure sense of self. She has become firmly confident in our relationship and confident in my emotional availability concerning her fragility. This awareness means that she is now eager to look at me, defying fears of seeing reflected in my face the negative judgments which she imagined and dreaded for so long. Now she can meet my gaze and finally tolerate seeing the reflection of her fragility and mine.

This latest setting change allows us to enter an intense phase of discussion and mirroring during which we appreciate the extent to which Clara has achieved an acceptable sense of integrity. Thus, against the distant background of my private thoughts, the idea that analytic work can begin to conclude emerges. Nonetheless, I am surprised when, finally, it is Clara who

says she is ready to set a possible ending date. Although Clara fears losing the benefit of my presence in her life, the desire for emancipation from our work, and to experience the effectiveness of having completed it, seems to be stronger. I am aware that she has achieved a level of cohesion that makes the planning of a conclusion completely realistic, however, the persistence of recurrent nocturnal episodes of sleep paralysis with their sinister and threatening atmospheres indicate that there is still some significant fragility at play which disturbs her sleep. When this occurs she has difficulty in regulating her affective state throughout the day and from the moment she wakes is in a state of confusion and insecurity about her future life plans, such as that of resuming and completing her university studies, which continue to remain on standby.

However, cautiously and at length we explore the costs and benefits of concluding analysis at this stage of the journey. Exploring my feelings it strikes me that this sense of alarm could be in part due to the schema of interaction that has long pervaded my relations with Clara with whom I have an affective connection; on the other hand, I am dealing with separation difficulties of my own in this period - the contemporary weaning from breastfeeding of my second daughter. I am faced with the prospect - desired but not without reluctant nostalgic overtones - of leaving behind forever an experience that represented for me a guarantee of intensity and deep emotional intimacy with both my daughters.

Taking a year's breathing space we finally fix a date (presumed) for our last meeting. We agree that if we are wrong Clara will always know where to find me. From that moment Clara is beset by a deep fear of leaving me, and the disruptive feeling of being the *bluff*, that she experienced for many years, resurfaces, albeit mildly. The neuralgia flares up between one session and another, as disabling as it was in the past, and drives Clara to despair. We are both aware of the link between the return of the neuralgia and the plan to conclude analysis. I feel awkward and struggle to understand: I imagine that there must be some aspect of her experience that we have not shared and/or understood, and I tell her so. It is evident, I say, that we have missed something important.

One day Clara arrives at the session in the throes of a severe neuralgia attack, and I register the exceptional nature of this fact. She sits in the armchair with her eyes closed and the fingers of her left hand resting on her temple. The tears flow as she communicates to me her sense of helplessness for the pain. I ask her to stay in the position she is in and to focus all her attention on the sensation of pain. Clara brings into focus the impression of '*a nail stuck in her temple*' as her fingers automatically press the point of contact. I urge her to maintain that pressure as she continues to observe the sensation in more detail. She then perceives more clearly that the sense of pressure is like a force that pushes outward from the inside, while the fin-

gers pressing against her temple are actually wanting to counter this force. While under observation the sensation of pressure progressively intensifies until it reaches a climax that Clara calls '*an explosion*' in her head, followed by '*a flash of blinding, white light*'. The flash of light gradually takes the form of '*a white box imprisoning my head*'. At this last image the sensation of internal pressure and pain fade away.

Now Clara moves between images. The box becomes a '*white room, empty and isolated from the rest of the world*'. She sees herself from behind, standing, child, in front of an old radio that she recognises as belonging to her grandparents. She is surprised by the memory. She is sorry while she wonders why her parents wanted to get rid of her. She observes herself turning the knob in search of frequencies. Then her attention falls on something that little Clara in the image is holding with her free hand abandoned along her side. '*Oh, my God... I didn't remember anymore! ... He's a little dog... my stuffed dog! I never parted with him... How did I forget him all these years?*' It is still there, with closed eyes, a hand on the temple that is now moving in a light massage. She smiles as she tells me emotionally how much comfort this object was able to give her in the many situations in which she felt, as a child, alone, scared and in danger. While she tries to reconstruct what happened to it, she suddenly remembers like the radio, one day she simply never found it. Her parents had taken the initiative to give it to her cousin because they considered her too old to play with the stuffed animal. She has no memory of mourning the loss of her soft toy at the time. To be sure, Clara did finally manage to cry when the memory surfaced in the consultation room.

By the end of the session the feeling of having reclaimed possession of an important part of her life replaced her neuralgic pain. I am deeply touched by the shared experience, and moved. Clara can surely see this from my wet eyes.

In subsequent elaborations of memory we reconstructed how her parents' removal of an object so fundamentally important for the regulation of Clara's sense of cohesion and security was experienced by her as a real violation of her body, a sort of amputation, which threatened its integrity, progressively compromising the development of the affective self-regulation function.

Conclusions

Within a theoretical framework that sees knowledge as integrally and synchronously distributed among mental and bodily processes, I propose a theoretical-clinical perspective in which intense sensory states and somatisation are considered and observed, on the one hand, as inherent to the non-

verbal mode of knowing of, and/or recognising experience; on the other hand, as *also* belonging to the network of relational procedures and the enactment process. When intense sensory states and/or somatic dysfunction emerges from the intersubjective body-mind system constituted by the analytic dyad, focusing on sensory impressions is a fertile opportunity to explore and integrate the emotional schemas which emerge into verbal discourse. Conveyed by these emotional schemas the meaningful relational experiences associated with them, at the time confined to elaboration at a sub-symbolic level, tend to surface into consciousness. The flow of process, in the end, automatically promotes the referential function and the integration to consciousness of the dissociated experiences.

The process is clearly delineated in Clara's shared clinical journey, and terminates with the emergence of a memory dissociated from the central value in the unconscious organisational processes of this young woman.

The neuralgic symptom, which, on the one hand, implicitly conserves memory of both the object and the sense of subjective integrity associated with it, on the other, keeps emotionally alive in Clara the pain and sense of helplessness that originally accompanied the trauma of loss, thus allowing for its possible subsequent integration. At the same time, the symptom safeguards the sufficiently satisfactory image of an adult able to manage pain in solitude, in line with the adultomorphic behaviour that Clara, as a child, was implicitly invited by her parents to conform to.

In childhood, Clara's soft toy acted as a transitional object to guarantee a connection between herself and the world (Winnicoucht, 1974). During analysis I acted for the most part as Clara's Self-object (Kohut, 1976), a concept that shares with the transitional object some basic principles relative to the development of the sense of self. During the elaboration phase that accompanied the end of analysis, Clara was finally able to integrate the function of Self-object more consistently. I had my own resistences to overcome in this process: the idea of leaving Clara to handle, alone, the vivid, harsh difficulties she continued to experience with the regulation of her emotions. I was restrained on the one hand, by the still powerful transference invested in developing Clara's capacity for self-regulation; on the other, by subconscious affects conditioned by a subjective, daily struggle to part from a model of motherhood that was congenial to me. In this phase, which called for complete confidence in my patient's capacity for autonomy and her acquired ability to develop autonomy in my absence, the ambivalence of my feelings were implicitly transmitted to Clara fuelling her sense of inadequacy and fear of loneliness and abandonment. At the same time, the processing of the symptom and the effect of a rediscovered memory made a fundamental contribution to completing the deconstruction of the tenacious affective connection between 'growth' and 'loss' evoked by the termination of analysis, and that the dissociated memory represented so emblematically.

REFERENCES

- Amore, M. (2012). Clinical scenarios of 'Remembering'. Somatic States as a Process of Emerging Memory. *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 22(2), 238-252.
- Arnetoli, C., Pacifici, P. (2004). Introduzione all'edizione italiana. In L. Aron & F. Sommer Anderson (Eds.), *Il corpo nella prospettiva relazionale* (pp. 7-14). Bari-Roma: La Biblioteca.
- Aron, L. (2004). Il corpo clinico e la mente riflessiva [The clinical body and the reflexive mind]. In L. Aron & F. Sommer Anderson (Eds.), *Il corpo nella prospettiva relazionale* (pp. 43-86). Bari-Roma: La Biblioteca.
- Aron, L., Atlas, G. (2015). Generative Enactment: Memories From the Future. *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 25(3), 309-324.
- Bass, A. (2003). 'E' enactments in psychoanalysis: Another medium, another message. *Psychoanalytic Dialogues*, 13, 657-675.
- Bromberg, M. P. (1998). *Clinica e trauma della dissociazione. Standing in the spaces* [Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process Trauma and Dissociation]. Milano: Cortina.
- Bucci, W. (1997). *Psicoanalisi e scienza cognitiva, [Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory]*. Roma: Fioriti.
- Bucci, W. (2007). The role of bodily experience in emotional organization. New perspectives on the multiple code theory. In F. S. Anderson (Ed.), *Bodies in treatment: The unspoken dimension* (pp. 51-76). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Edelman, G. M. (1989). *The remembered present: A biological theory of consciousness*. New York, NY: Basic Books.
- Ferro, A. (1996). *Nella stanza d'analisi*. Milano: Cortina.
- Fosshage, J. (1989). The developmental function of dreaming mentation: Clinical implications. In A. Goldberg (Ed.), *Dimensions of self-experience, progress in self psychology*, vol. 5 (pp. 3-11; pp. 45-50). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Freud, S. (1914). *Introduzione al Narcisismo*. Opere, Vol. 7. Torino: Boringhieri.
- Galimberti, U. (1983). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli.
- Hopenwasser, K. (2004). L'ascolto del corpo. Rappresentazioni somatiche della memoria dissociata [Listening to the body: Somatic representations of dissociated memory]. In L. Aron & F. Sommer Anderson (Eds.), *Il corpo nella prospettiva relazionale* (pp. 318-345). Bari-Roma: La Biblioteca.
- Kohut, H. (1976). *Narcisimo e analisi del Sé [The analysis of the self]*. Torino: Boringhieri.
- Lefebvre, P. (1980). The narcissistic impasse as a determinant of psychosomatic disorder. *Psychiatry Journal of the University of Ottawa*, 1, 5-11.
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 576-617.
- Jacobs, T. J. (1986). On countertransference enactment. *Journal of American Psychoanalysis Association*, 34, 289-307.
- Jacobs, T. J. (2013). *The possible profession: The Analytic Process of Change*. New York, NY: Taylor & Francis.
- Marty, P., de M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française Psychoanalytique*, 27, 345.
- McClelland, J. L., Rumelhart, D. E.; PDP Research Group (1986). *Parallel distributed processing: Explorations in the microstructure of cognition* (Vol. 2: Psychological and biological models). Cambridge, MA: MIT Press.
- Modell, A. H. (1990). *Per una teoria del trattamento psicoanalitico [Other times, other realities. Toward a theory of psychoanalytic treatment]*. Milano: Cortina.

- Pinkola Estès, C. (1992). *Donne che corrono coi lupi. Il mito della donna selvaggia (Women Who Run With the Wolves: Myths and Stories of the Wild Woman Archetype)*. Milano: Frassinelli.
- Robutti, A. (1992). Cassandra: un mito per l'ipocondria. In L. Nissim Momigliano & A. Robutti (Eds.), *L'Esperienza condivisa: saggi sulla relazione psicoanalitica*. Milano: Cortina.
- Rumelhart, D. E., McClelland, J. L.; PDP Research Group (1986). *Parallel distributed processing: Explorations in the microstructure of cognition* (Vol. 1: Foundations). Cambridge, MA: MIT Press.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 22, 255-262.
- Stern, N. D. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino [The interpersonal world of the infant]*. Torino: Bollati Boringhieri; 1987.
- Stern, D. N. (2010). *Le forme vitali. L'esperienza dinamica in psicologia, nell'arte, in psicoterapia e nello sviluppo*. Milano: Cortina.
- Varela, F., Thompson, E., & Rosch, A. (1993). *La via di mezzo della conoscenza [The embodied mind: Cognitive science and human experience]*. Milano: Feltrinelli.
- Winnicott, A. D. (1974). *Gioco e realtà [Playing and reality]*. Roma: Armando.

Conflict of interests: the author declares no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 30 May 2020.

Accepted for publication: 17 April 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:289

doi:10.4081/rp.2021.289

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Il corpo e l'azione del narrare in psicoterapia. Somatizzazione, *enactment* e processi di coscienza¹

*Marina Amore**

SOMMARIO. – In questo articolo, l'Autrice prende in considerazione alcuni recenti sviluppi teorico-clinici della psicoanalisi resi necessari da un vero e proprio mutamento di paradigma sulla concezione del rapporto mente-corpo. In particolare, pone in evidenza come questi sviluppi sollecitino la necessità di affrontare da diversa prospettiva il dibattito sul ruolo che i processi impliciti e non verbali giocano nel flusso del dialogo clinico e nello sviluppo della coscienza. La voce dell'Autrice si inserisce in questo dibattito. Riferendo al Modello del Codice Multiplo di Wilma Bucci come piattaforma di osservazione, propone di estendere il concetto di dialogo clinico ai molteplici modi di elaborazione dell'esperienza, verbali e non-verbali, incluse le esperienze sensoriali e le somatizzazioni. Questa prospettiva implica la necessità di rivedere il metodo analitico stesso, estendendo il concetto di esplorazione. L'illustrazione di un caso mostra come il dialogo clinico possa declinare nel processo terapeutico che l'Autrice definisce 'enactment somatico', e come sia possibile indagarlo e comprenderlo ampliando la tecnica analitica verso l'esplorazione propriocettiva e microanalitica dell'esperienza corporea.

Parole chiave: Corpo; coscienza; enactment; implicito; somatizzazione.

Introduzione

Le sensazioni corporee e i sintomi somatici emergenti nel qui ed ora del processo psicoterapeutico costituiscono, per entrambi i membri della diade, espressioni incarnate dell'esperienza affettiva che attingono dal flusso del dialogo non-conscio tra terapeuta e paziente. La loro specificità affonda le proprie radici nella storia dello sviluppo affettivo soggettivo intessuto alla complessa rete delle procedure implicite relazionali apprese, e alle loro suc-

*Psicologa Psicoterapeuta, Psicoanalista, Membro Ordinario e Didatta ISIPSÉ; Docente, Supervisore e Responsabile della Scuola di Psicoterapia ISIPSÉ per la Sede di Milano; Membro IARPP e IAPSP. E-mail: marinamore07@gmail.com

¹I contenuti di questo articolo, qui rielaborati e integrati, sono comparsi in una prima versione pubblicata nel 2012 sulla rivista *Psychoanalytic Dialogues*.

cessive ritrascrizioni. Quali forme sub-simboliche della comunicazione (Bucci, 1997) che orientano il dialogo conscio e inconscio della coppia analitica, queste forme espressive possono essere definite come specifiche organizzazioni dell'enactment.

Benché siano normalmente presenti nello scambio clinico al di sotto della soglia della coscienza, per il terapeuta che ha appreso a intercettarle tra i molteplici livelli dello scambio clinico e a farne buon uso, le percezioni sensoriali e i sintomi somatici possono diventare potenti motori di cambiamento. Un approccio clinico dinamico che estende l'esplorazione micro-analitica (Stern, 2010) anche all'esperienza somato-sensoriale, fa leva sulle sensazioni corporee e sui sintomi somatici quali naturali attivatori di quello che Bucci ha definito 'processo referenziale' (1997), capaci cioè di promuovere processi di integrazione tra i diversi livelli di coscienza normalmente dissociati, tra fatti mentali e fatti corporei, tra sé e altro.

Terapeuta e paziente possono predisporre a considerare le sensazioni corporee e i sintomi come 'sogni del corpo' che, al pari dei sogni della mente, si prestano a essere esplorati e indagati insieme. Nel caso clinico qui illustrato, una nevralgia del nervo trigemino si fa espressione somatica dell'impasse generata dall'imminente conclusione terapeutica.

Il paradigma muta

Il pensiero della psicoanalisi, come tutto il pensiero occidentale contemporaneo, è profondamente coinvolto in un fondamentale cambio di paradigma che interessa la de-costruzione del significato originariamente attribuito al corpo e all'agire, processo oggi ancora nel pieno del suo svolgersi. Il contributo di Wilma Bucci (1997), formalizzato nella sua teoria del codice multiplo, rappresenta un apporto in tal senso.

L'idea originaria in cui il corpo e l'agire sono associati all'espressione pulsionale e alla soddisfazione libidica, viene progressivamente a decadere grazie, anche, alla ricerca in ambiti diversi da quello psicoanalitico (teoria dell'attaccamento, infant research, scienze cognitive, neuroscienze, sistemi dinamici non-lineari). Viene così a legittimarsi il riconoscimento dell'intima interconnessione tra l'esperienza corporea e l'espansione della coscienza (McClelland & Rumelhart, 1986; Rumelhart & McClelland, 1986). Ben lungi dall'essere ostacolo, con la sua specifica dotazione strutturale e funzionale, il corpo piuttosto partecipa in modo decisivo all'elaborazione dei contenuti mentali. E' da questa prospettiva che la natura della mente acquisisce la qualità che oggi è spesso definita 'incarnata', più vicina alla visione che da millenni ne ha l'Oriente. Varela, Thompson, and Rosch (1993) hanno indicato come in Occidente mente e corpo siano stati costretti a percorrere destini separati dal momento in cui la conoscenza è stata concepita come

riflessione puramente teorica e di esclusiva proprietà della mente. In conseguenza di ciò, la scienza sarebbe così stata separata dall'esperienza mentre, al contempo, l'incidenza dell'esperienza diretta sulla conoscenza sarebbe stata disconosciuta.

Includere il registro corporeo tra i processi di conoscenza implica, da un lato, svincolare l'uno dall'altro i concetti di linguaggio, coscienza e conoscenza (Jaynes, 1976) e, dall'altro, disgiungere il concetto di azione motoria da quello di scarica dell'eccitamento. Come anche Bucci pone in evidenza (1997), la percezione si snoda in simultanee rappresentazioni di significato senso-motorie, cognitive, affettive, organiche e viscerali. In questa cornice, da mera sorgente pulsionale il corpo diventa principio di radicamento dell'esperienza auto-riflessiva (Aron, 2004), mentre le nozioni di acting-out e acting-in, intese come forme inferiori di ricordo, sono superate dai concetti di *procedura* e di *enactment* i quali racchiudono nel loro significato il potenziale comunicativo degli scambi non verbali tra terapeuta e paziente.

Il riconoscimento del ruolo assunto dall'esperienza diretta nel processo di cambiamento dovrebbe predisporre inevitabilmente la psicoanalisi alla necessità di riconsiderare anche la teoria della tecnica. In realtà, nel lavoro clinico, come riconosciuto da diversi Autori tra cui Hopenwasser (2004), *'la sensazione fisica è una fonte d'informazioni storicamente svalutata e spesso clinicamente banalizzata'* (p. 318). Aggiungerei che una tale posizione ancora ostacola lo sviluppo di una pratica clinica psicodinamica capace di esplorare l'esperienza diretta del corpo. Conseguenza inevitabile è il restringersi dell'ampiezza dello spettro attraverso il quale può essere indagata l'esperienza, e la perdita della opportunità di sviluppare e integrare aspetti rilevanti della comunicazione analitica naturalmente organizzati negli scambi *'enacted'*, ovvero nelle messe in scena implicite e non verbali.

Le esperienze che hanno plasmato la mia formazione come persona, ancor prima della formazione clinica, si sono declinate in ambiti tra loro diversi benché accordati alla centralità dell'esperienza corporea. Il mio primo approccio alla psicoterapia si è orientato al trattamento dei disturbi somatici secondo una visione olistica del rapporto mente-corpo. Tutto ciò ha costituito per me la buona opportunità di giungere, diversi anni più tardi, al training psicoanalitico con un ricco bagaglio utile a apprezzare il valore terapeutico dell'includere le dirette manifestazioni corporee nel campo di osservazione del dialogo clinico. Molto del mio lavoro è così da sempre dedicato allo sforzo di ampliare la messa a fuoco delle molteplici forme d'interazione nel processo terapeutico, soffermandomi con particolare attenzione sugli scambi non verbali. Tra questi, includo gli stati somatici, disfunzionali e non. Sin dall'inizio della pratica clinica, questo orientamento ha sollevato l'esigenza di individuare e validare una modalità di approccio clinico efficace a intercettare direttamente l'esperienza implicita e, al contempo, a esplorarla analiticamente.

Per una prospettiva estesa del dialogo clinico

Somatizzazione e relazione

La viva sofferenza ci tiene ancorati all'esperienza dolorosa e tende a spegnere ogni riflessione sui significati del soffrire. Se è il corpo a soffrire, la coscienza si mantiene fortemente attratta e vincolata ai contenuti dell'esperienza sensoriale.

Quando un sintomo fisico entra nel qui e ora del campo analitico facilmente va a compromettere la funzione riflessiva della mente. In una tale condizione di emergenza la parola, strumento fondamentale che nel dialogo analitico rende espliciti i contenuti della mente, non può essere attivata al servizio della riflessione e della consapevolezza, il cui respiro richiederebbe ritmi lenti e lunghi, e che mal si sposano con l'urgenza sollecitata dal dolore.

In coerenza con il proprio modello teorico-clinico, la pratica analitica ha previsto che la sintomatologia somatica testimoni di per se stessa una organizzazione disfunzionale e regressiva della mente. Gli stati sintomatici che alterano il modo del dialogo clinico sono stati considerati e trattati come forme di resistenza all'avanzamento del processo analitico e alla crescita psicologica. E in effetti, se la sofferenza fisica prende la scena, le condizioni minime a promuovere l'esplorazione attraverso la tecnica della libera associazione verbale vengono necessariamente meno. Sessioni così contrassegnate, hanno richiesto di essere interpretate e interrotte.

Nel corso della mia pratica clinica, non ho però mai potuto confermare il principio che collegherebbe in stretta identità analogica sintomo somatico e resistenza al processo di coscienza. Sono sempre rimasta colpita, casomai, dall'impegno dei miei pazienti a raggiungermi nel mio studio *nonostante* il disagio fisico. L'accoglienza silenziosa e il prolungato ascolto di parole frammentate e disorientate da flussi di dolore e da stati fisici di inabilità, hanno aperto alla possibilità di esplorare e conoscere più intimamente ciò che avviene nel corpo dei miei pazienti, spesso fino a risalire alle sorgenti emotive inconsce. Seguendo questa direttrice all'ascolto, ho sempre potuto apprezzare come i sintomi somatici che sequestrano l'attenzione del paziente e il dialogo clinico siano essi stessi forme di libera associazione. In talune condizioni, essi rappresentano l'unica via che può essere esplorata, la sola strada aperta a promuovere il processo di coscienza e lo sviluppo psichico, e la peculiare opportunità di stabilire un collegamento tra l'esperienza e il suo significato affettivo. In questi casi, possiamo vedere i sintomi somatici funzionare come una codifica subsimbolica che, se colta e esplorata, può utilmente promuovere i processi di simbolizzazione. Di questa stessa opinione è anche Bucci:

“Per permettere al processo di risimbolizzazione di avere inizio, in una sia pur minima forma, il trattamento dei pazienti con traumi o somatizzazioni richiederebbe una focalizzazione su quelle entità disponibili a funzionare come simboli organizzanti all'interno degli schemi dell'emozione, prima che possano costituirsi connessioni ad altri oggetti simbolici o ad altre persone. A questo proposito, le implicazioni dell'approccio del codice multiplo divergono da quelle psicoanalitiche. Sintomi e azioni possono operare in modo progressivo per implementare il processo di simbolizzazione, piuttosto che essere regressivi, come comporta il modello della scarica, e come si ritiene generalmente” (Bucci 1997, p. 202)

Nonostante il decisivo mutamento teorico che ha sancito un vero cambio di paradigma, la clinica psicoanalitica tende a non esplorare il vissuto intimo che ogni soggetto ha delle proprie somatizzazioni, determinando come tali esperienze siano normalmente destinate a restare non conosciute e non incluse nel discorso analitico. Storicamente, la psicoanalisi ha giustificato un tale procedimento nella convinzione che il disagio e/o la malattia somatica consumino un'enorme quantità di energia narcisistica, lasciandone poca a disposizione per lo sviluppo del transfert e del processo analitico. Su tale base teorica ha poggiato la convinzione che i processi di somatizzazione siano antagonisti ai processi di coscienza (Freud, 1914; Lefebvre, 1980; Sifneos, 1973). Così, per prendere a prestito una metafora di Robutti (1992), i sintomi somatici nasconderebbero un nemico interno alla stregua del cavallo di Troia, e sarebbe quindi l'assenza della capacità di immaginare qualcosa di nuovo, cioè il fallimento della mentalizzazione, a provocare la 'ricaduta nel corpo'. Situato al di fuori del mondo dei significati simbolici, il sintomo somatico può così essere considerato solo come, *'(...) l'avvertimento che qualcosa ci sfugge di mano, che è avvenuta una frattura comunicativa e il paziente, 'debole di passate esperienze', si perde. Egli sembra dirci, infatti, con il suo sintomo: 'Non sei più tu che mi puoi curare, sono malato nel corpo, ci vuole un altro dottore'.*' (Robutti 1992, p. 199).

Poiché preferisco concepire l'esperienza mentale come intimamente radicata nel corporeo, ho personalmente difficoltà a condividere la visione regressiva e narcisistica con cui tendenzialmente si guarda ai sintomi e alle espressioni somatiche, che l'immagine di una 'ricaduta nel corpo' ben evoca: come si può cadere nelle proprie radici? E sebbene condivida l'idea che le somatizzazioni rappresentino spesso il segnale di uno stato di difficoltà per il soggetto, e per la diade analitica quando alla diade sono rimate, trovo più utile ipotizzare che tale difficoltà possa riguardare la possibilità di stabilire corrispondenze analogiche tra l'esperienza sensoriale e un modo verbale capace di rendere il suo pieno significato. Qualora una corrispondenza verbale soddisfacente venga identificata, il valore irriducibile della parola sarà allora quello di permettere il superamento delle più grandi distanze tracciate dal mancare, nella comunicazione implicita, la condivisione del significato affettivo che sottende all'intenzione espressa dal corpo. La parola incarnata, cioè satura della sua funzione referenziale, come una

freccia può arrivare più velocemente così tanto lontano da permettere agli intimi significati dell'esperienza di raggiungere altri diversamente irraggiungibili. È questo forse il più grande valore che il verbale ricopre nella comunicazione tra esseri umani.

Se la somatizzazione entra nel campo analitico, non penso necessariamente che il mio paziente e io abbiamo fallito nell'attribuire significato a un'esperienza fondamentale. Il fallimento del comprendere il significato degli eventi è sempre una possibilità, anche in assenza di somatizzazioni. Piuttosto mi chiedo se, dalla prospettiva del paziente, il passaggio attraverso la rappresentazione somatica dei significati debba essere un'esperienza necessaria per l'espansione della coscienza; e, ancora, in che modo come coppia analitica siamo coinvolti in questo processo al fine di costruire corrispondenze utili ed efficaci tra l'esperienza del corpo e le parole in grado di comunicarla nella sua piena e intima complessità.

Somatizzazione, enactment e integrazione dell'esperienza

Nella letteratura analitica, il concetto di enactment, alla cui definizione Jacobs (1986) ha dato un primo e fondamentale contributo, definisce una sorta di drammatizzazione in cui l'interazione procedurale sopperisce alla difficoltà o all'impossibilità di una codifica verbale delle esperienze affettive presenti nel campo relazionale. Le procedure di enactment, impiegate in modo non conscio, si sviluppano per ognuno degli interlocutori lungo la linea storica individuale di passate esperienze relazionali, ma sono sollecitate e riorganizzate nell'interazione sé-altro del momento presente, e condensano il risultato del contributo attivo di entrambi i partner (Lyons-Ruth, 1999). Molti Autori hanno concordato nel ritenere l'enactment il prodotto di affetti traumatici sperimentati in interazioni passate (Bromberg, 1998). Difensivamente dissociati dalla coscienza, tali affetti rimarrebbero invariabilmente iscritti nella memoria nel corpo sotto forma di schemi di sensazione-(re)azione, e verrebbero rievocati da alcune somiglianze tra le interazioni attuali e l'esperienza traumatica originaria. La lettura così posta mette l'accento sulla corrispondenza tra enactment e difficoltà nel processo di mentalizzazione, legando il reciproco influenzamento non verbale e non conscio tra paziente e terapeuta al disfunzionamento della mente del paziente e alla collusione inconsapevole dell'analista.

Seguendo una diversa linea di pensiero, simile a quella già proposta per una rivisitazione delle somatizzazioni, possiamo al contrario concepire una visione più fisiologica dell'enactment e delinearlo come processo funzionale che presiede e garantisce lo scambio implicito dei significati non verbalizzabili (Amore, 2012). La sua funzione andrebbe a soccorso dell'espressione implicita di tutti quei significati che hanno una forte radice sensoriale benché non necessariamente traumatica. Una tal visione posiziona l'enact-

ment al servizio della comunicazione intersoggettiva non verbale indipendentemente dalle capacità di mentalizzazione dei soggetti.

Con riferimento al modello di Bucci, l'enactment può essere incluso all'interno della cornice che definisce le forme subsimboliche del conoscere implicito, che nel caso specifico operano implementando la conoscenza attraverso l'organizzazione e la riorganizzazione degli schemi di azione. All'interno di questa cornice, l'enactment appare come il naturale precipitato delle continue elaborazioni non verbali dell'esperienza vissuta, frutto dell'intreccio tra la suggestione evocata dal contesto relazionale attuale e il riattivarsi di memorie di esperienze passate poste in un qualche collegamento analogico con i fatti del presente. Tra queste esperienze possono rientrare i traumi, come più in generale stati del sé incongrui che hanno posto le basi per l'attivazione di una difesa dissociativa, e che trovano nella sollecitazione non conscia del momento presente l'opportunità per essere riattivati. Oltre a ciò, l'enactment può strutturare la comunicazione implicita e non verbale anche in occasione di esperienze *sè-con-l'altro* del tutto nuove (Amore, 2012; Aron & Atlas, 2015) e per questo non ancora organizzate: sollecitati dallo scambio affettivamente significativo di una interazione presente, si attivano schemi procedurali inediti. Da questo momento, seguendo il naturale corso di elaborazione dell'esperienza vissuta che Bucci ha definito 'ciclo referenziale', i contenuti degli schemi senso-motori hanno l'opportunità di propagarsi parallelamente in rappresentazioni anche mentali, che la parola sarà ora in grado di decodificare.

Una prospettiva che identifica gli schemi senso-motori tra i modi dell'espressione subsimbolica della comunicazione inconscia tra soggetti, ci consente di riconoscere una funzione organizzatrice dell'enactment nell'orientare e regolare gli scambi sulla base dei significati emozionali dell'interazione. Svincolata dal servire solo esperienze difensivamente dissociate, la funzione dell'enactment può essere allora riposizionata nella naturale ambivalenza che Galimberti (1983) qualifica come '*e questo, e quello*'. Ambivalenza - e non ambiguità - che il filosofo ci indica istituire la natura del corpo stesso e dell'esperienza umana nella loro originaria pluralità di significato, e che restituisce all'essere il senso della propria unità.

Se l'enactment può essere sottratto al vincolo della difesa dissociativa, tuttavia rimane pur vero che gli affetti dissociati hanno possibilità di esprimersi solo nel modo sub-simbolico proprio al corpo e alle sue funzioni: motorie, sensoriali, somatiche o viscerali. In questo caso, la qualità traumatica della memoria riattivata plasmerà i significati dell'esperienza presente riportando il trauma relazionale sulla scena. E proprio grazie alla riattualizzazione del passato nel presente attraverso le configurazioni di enactment, le esperienze traumatiche diventano accessibili e disponibili all'analista e al paziente, e diventa allora possibile il successivo lavoro di elaborazione e di simbolizzazione congiunta.

Nonostante il concetto di procedura implichi invariabilmente l'attivazione del sistema motorio, anche il concetto di enactment potrebbe essere utilmente svincolato dalle azioni discrete per essere esteso a tutte quelle configurazioni relazionali che hanno come focus i processi intersoggettivi di autoregolazione sensoriale - motoria e viscerale. Dal momento che l'enactment di articola sul piano del non-conscio, possiamo considerare '*enactment*' anche il riferimento verbale a un'esperienza non-verbale il cui significato non è noto; come quando ad esempio, nel corso di una seduta un paziente comunica l'emergere di un'improvvisa sensazione o di un malessere fisico. Quando la partitura non verbale organizza la sua narrazione per mezzo di configurazioni sensoriali e di somatizzazioni, possiamo identificare la specifica forma della messa in scena come '*enactment somatico*'. La sua azione si esercita sul corpo stesso, amplificando le procedure subsimboliche che costituiscono il substrato fisiologico delle emozioni fino ad alterarne i parametri ottimali di arousal e, in conseguenza a ciò, attivando regolazioni fisiologiche autocorrettive a tali alterazioni.

Gli stati sensoriali e le somatizzazioni, come le azioni propriamente dette, possono essere considerati parte della rete che costituisce le procedure relazionali influenzate e regolate dallo scambio nel qui e ora, e che a loro volta condizioneranno tale scambio. Nello stesso scambio verbale, osserviamo la parola annaspire nello sforzo di connettere gli schemi dell'emozione a una loro rappresentazione simbolica (Bucci, 1997, 2007). Per supportare la necessità di condividere la complessità dell'esperienza sensoriale e somatica, possiamo vedere agire un flusso continuo di enactment (Jacobs, 1986) nella partitura non verbale che sottende e dà corpo al discorso verbale, così che anche attraverso la parola continuamente agiamo l'uno sull'altro (Bass, 2003).

L'interazione procedurale nella stanza d'analisi

La psicoanalisi si è sempre più affrancata dall'idea che il paziente analizzabile debba possedere una mente già organizzata per quanto alterata dal conflitto. È stato così ricodificato il principio della cura psicoanalitica nell'obiettivo di promuovere l'organizzazione della mente, processo che oggi si ritiene essere attivo per l'intero ciclo vitale e particolarmente affidato alla comunicazione implicita (Arnetoli & Pacifici, 2004). Nel flusso costante degli scambi procedurali tra analista e paziente, le esperienze dissociate - o semplicemente non ancora integrate (Amore, 2012) - possono occupare la scena analitica sotto diverse forme tra cui anche quella somatica (Jacobs, 1986). Quando risulta difficile tradurre verbalmente le emozioni, l'espressione somatica è il modo più immediato per sperimentare e rappresentare alcune peculiari organizzazioni degli stati del sé (Marty & M'Uzan, 1963). In accordo con Bucci (1997), penso che l'attenzione spesso ossessionata del paziente verso i propri

sintomi voglia essere il primo passo orientato a creare un collegamento tra il processo implicito subsimbolico e il contenuto dello schema emozionale. Diventa così di vitale importanza per il procedere analitico che il terapeuta sintonizzi la propria attenzione, e la propria pratica, ai modi operati dal paziente nel cercare una via di integrazione degli stati del sé.

Qualora il sintomo sia per un verso l'effetto della ripetizione di un trauma avvenuto in un'epoca passata, vorrei sottolineare come al tempo stesso assuma un ruolo simbolico transizionale tra passato e presente: se per una parte si edifica su un elemento in qualche modo coinvolto nell'esperienza affettiva originaria, per un'altra parte è sollecitato dall'interazione con l'analista nel tempo presente, come il caso clinico mi aiuterà a mostrare.

Esplorare l'esperienza sensoriale nella stanza d'analisi

Nell'idea di una clinica in linea con le nuove prospettive della psicoanalisi, l'attenzione alle funzioni implicite e procedurali dovrebbe contemplare il riconoscimento dei processi corporei come manifestazioni degli stati del sé. Tali stati si (ri)organizzano costantemente nel corso dell'interazione per entrambi gli interlocutori durante lo scambio clinico, nell'obiettivo di sostenere e facilitare la ritrascrizione dell'esperienza implicita e procedurale in cui radica il senso della propria soggettività (Stern, 1985; Edelman, 1989; Modell, 1990). Come già premesso, l'esperienza clinica mi ha indotta a osservare le reazioni sintomatiche tutte - psichiche e somatiche - come forme dell'enactment. Nella mia idea, il concetto di enactment è descrittivo dell'ampia rete di procedure di azione-reazione emergenti dal continuo flusso dell'interazione tra sé e l'altro. Sono incluse in questa complessa rete sia azioni motorie discrete dirette a uno scopo, sia attivazioni fisiologiche strutturate in forme sintomatiche riconoscibili e osservabili. Una rete funzionalmente al servizio delle modalità subsimboliche del conoscere e del comunicare, implicita e normalmente non-conscia, inerente e necessaria allo sviluppo delle capacità relazionali e di un senso integrato di sé.

Nella circostanza in cui uno stato somatico saturi lo spazio dell'esperienza soggettiva, la comprensibile difficoltà clinica sta nell'aver accesso alla funzione riflessiva e all'uso della libera associazione. Sono convinta che pochissimi analisti oggi scelgano di interrompere una seduta in cui non sia possibile il fluido pensare a causa della temporanea invalidità dell'autoriflessione che si accompagna a un intenso disagio somatico. Sono però altrettanto persuasa che, in molti casi, la difficoltà di integrare stati di importante sofferenza fisica all'esplorazione analitica sia scansata all'origine da un silente accordo tra analista e paziente per tenere fuori dalla stanza di analisi le espressioni fisiche del malessere, così che i pazienti non arrivino mai in seduta quando stanno troppo male nel corpo. Come Jacobs (1986)

ha osservato, l'impostazione del setting può essere considerata essa stessa una comunicazione implicita tra analista e paziente che include le attitudini esplorative dell'analista stesso. A queste, a sua volta implicitamente, il paziente aderisce dando così il suo contributo alla co-costruzione di un enactment in cui 'è convenuto' l'evitare alcune aree di esplorazione a favore di altre. E così, penso, il paziente può aderire agli impliciti termini di un 'contratto di lavoro' in cui l'esperienza sintomatica, funzionale o patologica, non possa ricevere convalida nel dialogo clinico.

Anche la coppia analitica più sensibilmente sintonizzata affinché lo scambio verbale includa l'esplorazione estesa di esperienze non verbali può, tuttavia, faticare nel comprendere i significati organizzati negli stati somatici. In diverse circostanze l'ascolto attento, da solo, non sarà sufficiente a cogliere e a condividere il senso dell'esperienza somatica, passaggio indispensabile per procedere con il lavoro clinico di riorganizzazione della mente. Così, la condizione di impasse comunque si realizza. In tali circostanze, è una risorsa clinica per il terapeuta conoscere vie alternative che gli consentano di raggiungere il paziente lì dove si trova per stare il più vicino possibile alla sua esperienza somatica. Un primo intervento pensato in tale direzione dovrebbe mettere il nostro paziente nella condizione di tracciare una mappa sempre più nitida dell'esperienza sensoriale del qui e ora. Considero una tale scelta terapeutica coerente con quanto Antonino Ferro (1996) ha definito 'rispettare il testo del paziente': l'espressione somatica può essere considerata uno dei testi possibili che il processo analitico può dover esplorare.

Il mio personale modo di intervenire clinicamente per promuovere l'esplorazione di espressioni somatiche intense, così da poterne intercettare i contenuti impliciti, risente della convinzione che non sia indispensabile per l'analista far ricorso a tecniche diverse dall'osservazione consapevole dei contenuti dell'esperienza, già caratteristica annoverata alla tecnica analitica. Tuttavia, credo sia indubbio che la personale pratica di tecniche diverse, e specificamente dedicate, possa insegnare molto all'analista sulla natura e sulla complessità dei processi d'interconnessione mente-corpo. Soprattutto se indagati a partire dalla propria stessa esperienza.

In sintonia con alcune idee espresse anche da Jacobs (2013), ritengo con convinzione che, al pari di ogni altro campo della conoscenza, anche lo sviluppo delle abilità propriocettive necessarie all'analista per osservare e riconoscere le proprie esperienze non-verbali, sensoriali, procedurali e fisiologiche, debba prevedere uno specifico apprendimento attraverso percorsi coerenti all'oggetto del conoscere. E con Jacobs condivido anche l'idea che l'apprendimento di una tale specifica abilità dovrebbe essere incluso nel percorso di training di ogni futuro clinico poiché, la capacità di sintonizzarsi con la massima attenzione sulle proprie esperienze somatiche, spesso è un prerequisito necessario per captare e condividere più intimamente l'esperienza sensoriale dei propri pazienti.

Se il non verbale diventa un possibile oggetto dell'osservazione diretta, la funzione dell'analista deve includere la sensibilità a intercettare, tra le molteplici forme di espressione implicita attive durante l'incontro, quelle maggiormente utili a comprendere il processo in atto, a partire dalle proprie. Pertanto, per meglio cogliere le manifestazioni corporee spesso sottili del paziente, l'analista deve essere addestrato a intercettare gli echi della propria sensorialità e a utilizzarli come sonde per avviare l'esplorazione dell'esperienza che il paziente ha del proprio corpo. A volte, il canale sensoriale dell'analista è anche lo strumento principe attraverso il quale diventa possibile accedere e riconoscere intimamente il significato non verbalizzabile dell'esperienza del paziente così da poterlo avviare all'elaborazione. In una disciplinata cornice di auto-osservazione e di auto-riflessione, la traccia sensoriale che informa la mente dell'analista durante le interazioni con il proprio paziente può essere costituita da stati somatici che intimamente gli appartengono, e che sono quindi anche pregni della propria storia affettiva. Altrettanto importante sarà allora la scelta su *come* utilizzare queste informazioni sensoriali nell'incontro clinico, ma di questo aspetto della discussione, non meno importante per osservare l'agire del co-transfert somatico, spero vi sarà opportunità in una prossima occasione.

Come anche per altri ambiti dell'esplorazione analitica, l'esperienza diretta dell'analista nell'interagire con i segnali corporei propri e altrui è quindi una condizione di base per sperimentare e comunicare al paziente la confidenza e la solidità necessarie a ottenere la fiducia nella pertinenza e nell'utilità del processo che ci si accinge a seguire. Processo che, a volte, pone il paziente di fronte alla difficoltà di tollerare l'ansia generata dal senso di estraneità al proprio corpo che spesso segue all'atto di amplificare le sensazioni propriocettive. Come anche per i contenuti mentali, l'orientamento dell'attenzione predispone paziente e analista all'osservazione dell'implicito in emergenza nel qui e ora. Intercettare gli stati somatici, riconoscerli e riferirli nell'intento di una esplorazione dei significati, è sicuramente un compito di maggiore difficoltà rispetto al maneggiare pensieri o altri contenuti mentali, come le immagini o i sogni, poiché le sensazioni sono ben più fugaci. Per questo motivo, l'attenzione al non-verbale può richiedere che l'analista e il paziente concordino la temporanea rinuncia alla modalità di scambio verbale più usuale, per orientarsi verso la libera percezione focale delle sensazioni, cercando solo successivamente la miglior codifica verbale per descriverle con efficacia.

Nella mia esperienza clinica, l'orientamento dell'attenzione sulle sensazioni corporee, presenti o emergenti durante l'incontro analitico, ha spesso costituito uno strumento efficace per una loro dettagliata esplorazione così da promuovere l'elaborazione dell'esperienza affettiva e, grazie ad essa, l'organizzazione e la riorganizzazione della mente, nei singoli soggetti e nella diade. Quando il paziente e l'analista concentrano la loro attenzione

su stati e sintomi somatici presenti nel qui e ora dell'incontro, e ne esplorano le qualità sensoriali senza desiderare attribuire loro necessariamente un significato simbolico, e solo sostano sulla fenomenologia dell'esperienza, il discorso analitico evolve sul filo della partitura non verbale, ancorato a quegli schemi dell'emozione tendenti verso l'organizzazione. Quando un'esperienza sensoriale diventa oggetto di attenzione condivisa, il paziente può essere invitato a rimanere in contatto con la sensazione per esplorarla minuziosamente. Già semplicemente osservando, sarà possibile percepire la sensazione con sempre maggiore chiarezza. Spesso, questa tenderà spontaneamente a integrarsi al contesto propriocettivo più ampio, richiamando a sé, come una sorta di centro gravitazionale, la rappresentazione articolata dell'unità corporea, mettendone in luce i vuoti e i pieni sensoriali. Spesso, muterà progressivamente intensità e ampiezza fino a poter essere sperimentata, a conclusione del processo, come totalmente trasformata in una sensazione di diversa natura.

La diade analitica può concordare l'opportunità di esplorare le esperienze sensoriali, inclusi i sintomi fisici, come una sorta di sogni del corpo che possono essere indagati e compresi al pari dei sogni della mente. Di solito già nella fase iniziale dell'accordo terapeutico, sono solita anticipare ai miei pazienti la possibilità di articolare l'esplorazione analitica anche attraverso un lavoro focale sulle sensazioni corporee. Introduco questo snodo della tecnica assimilandolo al lavoro esplorativo del sogno, in cui sono solita chiedere la messa a fuoco di quei dettagli che non sono così immediatamente nitidi al ricordo immediato del risveglio. Così come l'esplorazione attenta delle immagini di un sogno può spontaneamente promuovere l'accesso agli schemi dell'emozione (Fosshage, 1989), anche l'esplorazione di una sensazione in alcuni casi è già essa stessa un intervento clinico non interpretativo, in grado di promuovere l'attivazione della funzione referenziale (Bucci, 1997), e di favorire così l'integrazione tra i sistemi sub-simbolico e simbolico non-verbale verso una rappresentazione mentale dell'esperienza.

L'esplorazione di un sintomo come fosse un sogno, implica la necessità di considerare che sia in gioco un processo di elaborazione e non una funzione difensiva. Se si parla di *mente incarnata* è implicita l'idea di un *corpo pensante*. Diventa così utile, e anche ineluttabile, superare la rappresentazione del sintomo somatico come espressione di un attacco al legame, o della difficoltà che la diade sta riscontrando nell'identificazione dei significati, e valutare piuttosto il processo in atto come spontaneamente orientato all'integrazione e alla connessione tra le parti. Proprio come nel processo di analisi dei sogni si può assistere ad una organizzazione spontanea dei significati a partire da elementi apparentemente disturbanti e non significanti, spesso l'osservazione descrittivo-percettiva di una sensazione può modificare implicitamente e spontaneamente l'organizzazione corporea determinando una trasformazione di stato - come quando nel corso di una seduta

supporta il paziente nel superamento della fase acuta di una invalidante emicrania. Allo stesso tempo, l'esplorazione della sensazione introduce nella rappresentazione del senso di sé una nuova esperienza condivisa che fornirà il contesto per un ampliamento della coscienza in una circostanza futura. In circostanze diverse, invece, grazie alla necessità di usare un linguaggio minuziosamente descrittivo, e più facilmente sostenuto dal ricorso a associazioni metaforiche, la focalizzazione sensoriale attiverà anche l'emergere di rappresentazioni simboliche non verbali. Tra queste, le immagini capaci di dare corpo all'emozione attuale, o a memorie di esperienze vissute che condividono in tutto o in parte le qualità emotive del momento presente. Da queste immagini può prendere avvio l'elaborazione conscia dell'esperienza, la quale può spingersi sino all'individuazione del collegamento mancante con l'aspetto non ancora integrato.

Nella pratica clinica, non tutti i pazienti sono disponibili a rimanere in contatto con la sensazione propriocettiva per il tempo necessario che richiede l'osservarla con attenzione minuziosa. Poiché l'attenzione focalizzata amplifica in modo iperbolico la sensazione osservata, per alcuni non è facile tollerare l'intensità senza temere di poter essere sopraffatti dalla percezione e dalla reazione emozionale che spesso è spontaneamente sollecitata. In questo caso, non c'è il tempo necessario affinché la sensazione diventi sufficientemente chiara così da poter essere descritta. Per mia esperienza, l'analista che abbia avuto modo di sperimentare lui stesso il processo, è di solito anche in grado di sostenere il paziente nella necessità di tollerare l'ansia generata dal compito. Questo risultato è spesso ottenuto nel corso di ripetute sessioni grazie a progressivi interventi che l'analista fa affinché il paziente possa acquistare la confidenza necessaria per orientarsi alle sensazioni propriocettive e sostare, anche per pochi secondi, sullo stato somatico che affiora all'attenzione cosciente durante il flusso del discorso verbale. È possibile allora vedere crescere nel paziente l'abilità di una messa a fuoco sensoriale sempre più chiara e precisa, che ne testimonia una incrementata competenza nel mantenere costante l'auto-osservazione. Contemporaneamente, seppur la coscienza propriocettiva lo renda testimone dei repentini mutamenti della propria immagine corporea, nel paziente cresce un senso di maggior sicurezza nell'auto-riconoscimento generato proprio dall'integrazione consapevole del cangiante e continuo flusso normalmente non conscio degli affetti.

Stati somatici cronici o acuti possono costituire già condizione presente nel paziente al momento del suo arrivo nel nostro studio, oppure possono emergere durante il dialogo clinico. In qualsiasi caso, condizioni somatiche disfunzionali presenti nell'ora analitica, dovrebbero allertare l'analista alla possibilità di un implicito appello in corso di cui ipotizzare essere egli stesso un destinatario d'elezione. Un tale appello potrebbe riguardare la necessità di intercettare aspetti dissociati, ma necessari al procedere dello sviluppo del senso di sé o del processo clinico; oppure potrebbe riguardare la dif-

ficoltà a integrare nuovi schemi procedurali, co-costruiti insieme all'analista, nella pregressa e più familiare rappresentazione di sé. In entrambi i casi siamo in qualche modo avvisati della possibilità che ci sia una qualche difficoltà ad attingere ad esperienze affettive, antiche o recenti, depositate nella conoscenza implicita ma non ancora integrate nella immagine di sé.

In tali momenti ci si può interrogare sulla possibilità che le sensazioni intense o i sintomi del paziente, mettendo in gioco particolari e caratteristiche impressioni sensoriali, stiano funzionando anche come procedure implicite relazionali volte a promuovere il contatto della diade analitica con contenuti inconsci altrimenti inintelligibili. La somatizzazione può forse segnalare anche lo stato di urgenza con cui una integrazione mente-corpo ha la necessità di essere favorita in quella precisa finestra temporale dello sviluppo del senso di sé. Che si tratti di memorie dissociate, che trovano echi nel contesto transferale, o che si tratti di nuove esperienze di cui l'interazione terapeutica sollecita l'assimilazione al già noto senso di sé, possiamo trovarci di fronte alla necessità di gestire un impasse rispetto alle più consuete modalità con cui normalmente procede la narrazione attraverso il dialogo clinico verbale. Per l'analista è questa l'opportunità di validare diversi codici linguistici del narrare per assolvere al compito di stare il più possibile vicino all'esperienza del paziente nello scambio del momento presente.. Un tentativo frettoloso di spostare l'esperienza a un livello simbolico verbale, di solito si rivela non proficuo e implica spesso il rischio di indebolire il significato della rappresentazione sensoriale o somatica stessa, invalidando l'unica espressione a cui il paziente è in grado di accedere in quello specifico istante del processo clinico.

Il caso di Clara

Clara, una giovane donna di trent'anni, mi contatta a causa d'importanti episodi di dismorfismo percettivo, tra i quali la sensazione di 'emettere aria dagli occhi', come se questi fossero due buchi dai quali l'aria transita dentro e fuori dal corpo dando origine alla sensazione di disperderne l'essenza vitale. Questi episodi innescano violente reazioni affettive, che Clara definisce 'attacchi di panico', in cui sperimenta il profondo terrore di perdere l'integrità del proprio corpo e di morire. Data la severità dei sintomi, in una fase iniziale valuto necessaria la collaborazione con un collega psichiatra. Il farmaco prescritto riesce a contenere la frequenza e l'intensità delle crisi, e mette Clara nella condizione di raggiungere il mio studio. Riluttante, accetterà di assumere il farmaco per non più di tre mesi circa, ma lo porterà sempre con sé per oltre un anno.

L'insorgenza dei sintomi risale all'anno precedente, in coincidenza con il fallimento del secondo tentativo di conseguire una laurea in scienze umanistiche. In entrambi i casi, Clara racconta di aver completato tutti gli esami

con successo, ma di essersi arenata nella fase di stesura della tesi. A riguardo del primo corso di studi, racconta con chiarezza di avere perso interesse nel perseguire la qualifica a causa dell'indebolirsi dell'opportunità sociale di applicare quelle specifiche competenze al mondo del lavoro. Per quanto riguarda invece il secondo tentativo, dal tono e dalla maggior vaghezza di particolari del racconto, sento che le sue ragioni non mi sono del tutto chiare. Clara riferisce, balbettando, di una progressiva indisponibilità del relatore a seguirla con sufficiente presenza e attenzione sul tema concordato, insieme alla sua personale difficoltà a procedere da sola nel lavoro. Sulla base di questa prima informazione, formulo l'ipotesi che l'aspettativa di un ideale grandioso di perfezione possa aver giocato un ruolo centrale nei ripetuti fallimenti. Mi sembra di poter vedere lo stesso principio organizzatore emergere anche da altre storie di vita di Clara, dove il motivo di fondo è un risultato non raggiunto a causa della sua severa e sempre insoddisfacente autovalutazione. Di conseguenza, faccio l'inferenza che Clara sia bisognosa di grandi quantità di attenzione, approvazione e conferme per mantenere vitale e consistente il proprio senso di sé, e che la relazione con il docente possa essere stata distorta proprio da queste condizioni affettive, terreno ottimale per indurre in Clara una drammatica e annichilente esperienza di abbandono.

In un momento avanzato del lavoro, tuttavia, la narrativa e il quadro motivazionale si complicano, poiché viene alla luce un episodio di abuso. Il profondo bisogno di ricevere approvazione e consenso, non aveva permesso a Clara di sfuggire alle attenzioni sessuali che il docente, noto per i suoi atteggiamenti seduttivi nei confronti degli studenti, le aveva rivolto con crescente insistenza durante una fase in cui l'aveva voluta a lavorare al suo fianco in un progetto accademico. Clara non aveva atteso né desiderato tali attenzioni, aveva provato a sottrarsi con leggerezza minimizzando il proprio imbarazzo e sperando in cuor suo che l'uomo desistesse dalle sue intenzioni. Era infine però arrivata la volta in cui, invece, si era spinto oltre. Mentre mi racconta, emerge leggibile e dichiarato il sentimento di vergogna per essere stata oggetto passivo del piacere sessuale dell'uomo, ma del momento in cui tutto era avvenuto Clara ricorda di aver provato solo un generalizzato stato di confuso torpore. Era rimasta immobile per il tempo in cui era durato l'atto, e si era poi congedata al momento opportuno come se nulla di significativo fosse accaduto. Il giorno successivo si era poi regolarmente presentata ad un colloquio in Dipartimento per discutere del reperimento del materiale per la tesi.

La strategia che Clara mette inconsapevolmente in atto per distanziarsi affettivamente e normalizzare l'accaduto con il proprio relatore di tesi non può però reggere perché l'uomo appare invece freddo e distaccato e, nel tempo, sarà sempre meno disponibile. Clara interpreta questo atteggiamento come un'espressione di disprezzo nei suoi confronti per essere stata in qualche modo sessualmente deludente, e da questo pensiero comincia a sentirsi

ossessionata e angosciata. Il primo episodio di dismorfismo si manifesta in questo periodo. Lo stato affettivo così profondamente sregolato si potenzia in presenza del docente, e il bisogno di regolazione determina la necessità di ridurre al minimo il contatto. Ciò inevitabilmente compromette progressivamente, ma in modo definitivo, la scrittura della tesi. Nonostante ciò, Clara continua da anni a pagare la retta universitaria nella speranza, prima o poi, di rimettere mano al filo interrotto. Il confronto in analisi sulla semplice possibilità di chiedere la tesi a un insegnante diverso non è per Clara praticabile: come potrebbe mai giustificare questa richiesta dopo tanti anni di presa in carico da parte di altri? Clara immagina che ciò comporterebbe il dover mettere a nudo le sue responsabilità e il suo vergognoso difetto come ragione del proprio fallimento.

Nel corso dei giorni che trascorrono per Clara senza alcuna meta da raggiungere, agli stati affettivi di angoscia e panico si alternano stati di intorpidimento emotivo e sensoriale, come quelli che aveva sperimentato durante l'episodio di abuso, che la dispongono con una discreta frequenza a rapporti sessuali promiscui, privi di desiderio e di piacere. Circa a un anno dall'abuso, si manifesta il primo episodio di panico a seguito di un episodio di dismorfismo. Nel tempo, insieme abbiamo potuto ricostruire come l'eccitamento scomposto e terrifico del panico fosse totalmente adeguato per esprimere la sregolata reazione verso le complesse emozioni dissociate che tendevano a riaffiorare alla coscienza, poiché lì la più recente memoria dell'abuso andava spontaneamente a intrecciarsi con le più lontane memorie d'infanzia.

Già dal primo incontro, Clara racconta anche della sua invalidante nevralgia al trigemino comparsa per la prima volta quando aveva sei anni. Il sintomo ricorre con regolarità e influenza pesantemente la sua vita. Tuttavia, non condizionerà mai le nostre sedute durante l'intero corso dell'analisi fino, come vedremo, alla fase conclusiva. Piuttosto, gli attacchi di nevralgia affliggono Clara nel tempo che ci separa tra una seduta e l'altra. Quando il sintomo compare, possono essere necessari anche più di un'intera giornata e ripetute assunzioni di antidolorifico perché questa condizione si risolva, e così non vi sono molte alternative al trascorrere gran parte della giornata sdraiata in attesa che il dolore passi. Anche da bambina, racconta, durante questi attacchi restava distesa sul sofà del soggiorno della casa di famiglia in attesa dell'effetto del farmaco che i genitori le somministravano. L'associazione spontanea a un ricordo di infanzia, mi spinge a chiederle se può raccontarmi qualcosa di più su come in quei momenti viveva il dolore, e come vi reagiva. Senza esitazione, ma con tono distaccato, Clara risponde che non era sua abitudine lamentarsi o piangere; perlopiù attendeva silenziosa, ma invano, che qualcuno arrivasse a confortarla. Ed è questa la prima, ma non unica volta, in cui nel corso dei nostri scambi posso percepire la consistenza del senso di annichilente solitudine che ha segnato e connotato la vita di questa giovane donna.

Clara è la seconda figlia di una coppia che ha respirato attivamente il clima del sessantotto. Entrambi i genitori sono stati molto impegnati nei rispettivi progetti sociali e poco ingaggiati con le figlie e tra loro stessi, al punto che la coppia giunge presto a una dichiarata crisi affettiva e relazionale, mai risolta in una separazione di fatto. Dai racconti, la madre emerge come incapace di stabilire un rapporto empatico con la figlia minore, e facilmente disorganizzata dalle pur lievi sofferenze anche fisiche di cui a Clara, come a ogni bambino, capitava di fare esperienza. Un giorno le era capitato di tagliarsi seriamente durante una caduta, ma le reazioni della madre alla vista del suo sangue erano state tali da indurre il padre e la sorella maggiore a doverla rianimare, lasciando Clara attonita, confusa e solitaria spettatrice del dramma familiare mentre il sangue le cola sul viso. Molto presto, impara a minimizzare ogni malessere in presenza della madre. Il padre, da parte sua, era totalmente intollerante verso qualsiasi richiesta di rassicurazione avanzata dalla figlia, come ad esempio quella di tenere una piccola luce accesa nella propria cameretta durante la notte. Uno dei sogni ricorrenti di Clara, nella prima parte del nostro lavoro, rappresenta lei bambina, sdraiata su un divano e fintamente addormentata, mentre è abusata sessualmente da una coppia di adulti sconosciuti che al tempo stesso ne rivendica con determinazione la genitorialità a terzi presenti nel sogno, osservatori e testimoni fuori dalla scena. Nel corso del nostro dialogo, emerge evidente per entrambe il ricollegamento dello stato del sogno alla sensazione di insensibilità e estraneità che sperimenta la prima volta durante l'abuso, e successivamente nelle più recenti e promiscue relazioni sessuali.

Ritenuta una bambina intelligente, sveglia e cognitivamente vivace, Clara è stata forzata precocemente all'autonomia oltre ogni buon senso. Per lungo tempo, ha potuto percepirsi consistente, forte e coraggiosa, e anche un po' presuntuosa, grazie alla sua precoce abilità di usare sapientemente le parole. Sin dall'infanzia, ha fatto ricorso a categorie linguistiche quali 'intraprendente', 'coraggiosa', 'disinibita', 'intellettuale' per ricostruire nella propria mente l'immagine di sé e descriversi ad altri. Nel presente Clara non può più intercettare tali stati, e lo sforzo di ricostruire un'immagine di sé coerente con le categorie linguistiche del passato le induce un senso di de-realizzazione. Il primo attacco di panico la coglie di sorpresa mentre osserva l'immagine televisiva di due amanti che si baciano appassionatamente. L'intensità della passione, a cui assiste come in uno stato di congelamento affettivo, le appare improvvisamente come un fenomeno così strano e inconcepibile nella realtà dell'esperienza da generare la prima terrificante sensazione di sgretolamento interno del senso del reale.

Sin dalla fase di consultazione, benché il tono di voce sia basso e il ritmo lento, il flusso di parole durante i nostri incontri è continuo, e fra noi difficilmente ci sono silenzi. Attraverso l'intenso movimento verbale, Clara prova così a regolare la forte pressione interna di sensazioni e emozioni; tut-

tavia la risorsa verbale sembra avere perso per lei potere e potenza. Le parole non sono mai abbastanza adeguate ad afferrare e a descrivere le 'oscuere' esperienze che pervadono il suo mondo interno. Vive questo limite come evidenza del suo stesso essere incompleta e difettosa, e teme di potermi per questo deludere al punto che io possa decidere di interrompere la cura.

Dopo circa un anno dall'inizio del nostro lavoro ad un ritmo di incontri bisettimanale, Clara sta inoltre prendendo coscienza della natura traumatica di molte delle interazioni vissute con entrambi i genitori, coscienza che incrementa il senso di fragilità e il dolore emotivo. I nostri incontri riescono lì per lì a regolare la tensione, ma l'angoscia riprende a crescere vertiginosamente tra un incontro e l'altro, e raggiunge un'intensità insostenibile durante i fine settimana. Clara non chiede esplicitamente ulteriore disponibilità del mio tempo, ma io mi sento allarmata dalla disperazione che percepisco nell'implicito del suo sguardo, che sembra implorare una maggiore vicinanza e continuità del contatto nel momento in cui ci salutiamo a fine di ogni seduta. Condividendo la consapevolezza che il lasso di tempo che intercorre tra una sessione e l'altra sembra essere troppo lungo per lei, propongo così di incrementare il ritmo degli incontri a tre sedute settimanali. Includo nel nostro rinnovato accordo la possibilità di telefonarmi, anche durante i fine settimana, nel caso si sentisse in grande difficoltà nell'autoregolazione dei suoi stati affettivi, disponibilità della quale Clara qualche volta usufruirà, ma con grande parsimonia e discrezione.

L'introduzione di una terza seduta ci aiuta effettivamente a meglio regolare i suoi stati affettivi. Il ritmo di tre incontri alla settimana ha caratterizzato la fase più lunga del processo clinico e anche la più fertile per l'emergere delle memorie traumatiche, e per la decostruzione e ricostruzione del suo senso di sé. In questa fase, più che mai, ho sentito di dover essere molto attenta a mantenere il più in ombra possibile la mia soggettività. L'influenza inibitoria che avevano anche le mie sole espressioni facciali era stata evidente ad entrambe sin dalla fase di consultazione. La condivisione di questa consapevolezza ci aveva portate a impostare il nostro primo setting bisettimanale negoziando l'uso del lettino come strumento che avrebbe permesso a Clara di sentirsi meno influenzata e inibita dalla mia presenza.

In effetti, come avevamo entrambe auspicato, il lettino supporta Clara nello sforzo di mantenere un contatto più lucido con la sua esperienza interiore, così sfaccettata e intensa, ma allo stesso tempo così volatile grazie alla difesa dissociativa. Clara è sempre molto attenta a ogni parola che esce dalle mie labbra e al modo in cui la pronuncio, ma il beneficio offerto dalla possibilità di mantenermi non visibile al suo sguardo è di aiuto al nostro lavoro clinico ed è spesso oggetto di esplorazione e confronto nel nostro dialogo. Il lettino fornisce a Clara uno spazio privato in cui sentirsi protetta in mia presenza, riparata dalla paura del severo giudizio che per lungo tempo teme di decifrare dalle mie espressioni, verbali e non verbali. Durante questa fase, i

momenti più intensi del nostro incontrarci sono l'accoglienza e il congedo: nello spazio-tempo tra la soglia della porta e il lettino, e viceversa, posso sentire lo sguardo di Clara ispezionare in modo quasi febbrile il mio corpo, come fosse questo una mappa su cui orientarsi per intercettare il punto di accesso alla mia disponibilità ad accoglierla. A volte, nei momenti più angoscianti della seduta in cui si sente persa e senza confini, io posso essere il suo unico ancoraggio alla realtà, e allora Clara gira la testa come in cerca della prova che sono sempre seduta al mio posto, e a lei vicina..

La valenza del lettino come luogo sicuro che offre a Clara l'opportunità di sentirsi protetta in mia presenza, è evidente ad entrambe sin dalla prima sessione nel nuovo setting. Tuttavia non è l'unica. Nel corso del nostro lavoro, diventa progressivamente chiaro che il lettino provvede a garantire anche la mia stessa incolumità. In questo modo, nemmeno io posso vedere il suo viso e la sua espressione spaventata e spaventante, suscitata dalla sensazione interiore di profonda fragilità. Come avremo modo di vedere in un sogno successivo, Clara è convinta di dovermi preservare dal contatto con il suo mondo interno.

Infatti, se il ritmo trisettimanale rinforza per entrambe il senso di fiducia nel lavoro analitico e nelle sue possibilità di successo, nel corso delle sedute ho però sempre l'impressione che un sentimento di cautela non meglio identificato segni il nostro passo. Mi sembra di essere condotta con determinazione verso luoghi ancora inesplorati, in cui Clara si predispone ad addentrarsi contando fiduciosamente sulla mia presenza; ma poi un timore intenso e impalpabile ci arresta entrambe ai loro margini. La conoscenza implicita che Clara ha di questo processo condiviso, prende forma nel sogno in cui ascendiamo insieme un'alta montagna, come in un pellegrinaggio, per raggiungere un luogo sacro dove troneggia un sarcofago scoperchiato. Insieme ci avviciniamo per poterne osservare il contenuto, ma proprio mentre siamo in prossimità del suo bordo, Clara mette una mano sui miei occhi nell'atto di preservarmi. Per entrambe, l'esplorazione del sogno rende esplicita l'intima esperienza che Clara ha del proprio mondo interno come non avvicinabile e - quindi - non rappresentabile. Immagina io possa non tollerare la visione, e reagire come la madre quando ha visto il suo sangue. E se questo accadesse, Clara si ritroverebbe di nuovo sola.

Per molto tempo, durante le nostre sedute esploriamo il senso d'inadeguatezza che Clara ha riguardo a sé stessa. In questa fase del lavoro, avendo in mente il suo grande bisogno di ricollegarsi al proprio corpo e quando la sento sufficientemente disponibile a tollerare il contatto con il disagio, la invito a orientare in modo focale l'attenzione consapevole sulle sensazioni corporee co-presenti al senso di inadeguatezza, e di esplorarle. Accompagnata dalle indicazioni della mia voce, durante l'esplorazione Clara dirige la sua attenzione prima verso l'una, poi verso l'altra parte del corpo, concentrandosi sulle aree in cui percepisce un disturbo - dolore, con-

trazione, freddo o isolamento dalle aree contigue - per il tempo necessario a chiarire la natura di ogni sensazione. Come spesso accade ai miei pazienti quando orientano e focalizzano l'attenzione sul proprio corpo in mia presenza, anche Clara può osservare il progressivo ridursi della distanza normalmente percepita tra la coscienza di sé e il disagio rappresentato e vissuto nel corpo. Allo stesso tempo, questa esperienza condivisa la sostiene nel contenimento dell'angoscia generata dagli episodi di dismorfismo sensoriale che può emergere anche durante le nostre esplorazioni.

Man mano che diventa nel tempo sempre più confidente con lo strumento, quando nel corso di un ordinario scambio verbale sente confuse le proprie percezioni, Clara si concentra spontaneamente sulle sensazioni che emergono dal suo corpo, e le esplora. Più capace, ora, di mantenere un contatto prolungato con le percezioni sgradevoli, può osservare con meno angoscia le incrinature che falsano il suo tono di voce, la postura e i movimenti rigidamente controllati e trattenuti, la goffaggine generale che sperimenta quando diventa consapevole di essere *anche* un corpo. Contemporaneamente, acquisisce una sempre maggiore libertà nell'osservare anche il mio di corpo, per riflettersi o confrontarsi, ma anche per segnalarmi come alcune mie espressioni o posture abbiano effetto di intimorirla, o di renderla improvvisamente incerta nelle proprie convinzioni. A loro volta, i commenti di Clara riguardo al modo in cui percepisce il mio corpo e le sue espressioni, riconnettono me alla mia corporeità. Nei momenti di maggiore intensità emotiva, i muscoli delle mie gambe spesso sono fortemente contratti come a tenermi pronta per un balzo improvviso in avanti. Segnali che mi ricollegano al mio stato di allerta, più o meno costante a causa dell'intensità della tensione che percepisco come stato di fondo in Clara, e che mi fa temere il rischio sempre sotteso di un'improvvisa rottura psicotica. In altri momenti, quando il confronto si gioca sul modello della femminilità, percepisco il mio corpo come più solido, in modo simile a come mi sono sentita durante la mia prima gravidanza, e so che in quei momenti anche Clara percepisce in me una maggiore forza e solidità a protezione della sua vulnerabilità.

Dopo tre anni di lavoro, Clara non soffre più gli attacchi di panico, e anche le sue nevralgie cessano di ricorrere, benché non sia ancora sufficientemente sicura della nostra stabilità affettiva: a ogni nuovo incontro, in qualche modo fa capolino il vecchio timore di rivelarsi, e di vedere confermata nel mio sguardo la sua inadeguatezza. Procediamo comunque con costanza verso l'obiettivo di rendere pensabili i pensieri impensabili attraverso l'esplorazione di sentimenti, emozioni e sensazioni che emergono alla consapevolezza, o che animano la ricca e angosciata vita onirica che segna le notti di Clara. Identifichiamo con cautela nuove rappresentazioni di sé più vicine alla più attuale esperienza di se stessa, e insieme assistiamo alla graduale trasformazione di un senso di sé isolato, insensibile e incomunica-

bile, in quella di un sé desiderante e capace di stabilire relazioni significative. Un Natale mi fa dono del libro di Clarissa Pinkola Estès (1992), *Donne che corrono coi lupi*, nella cui dedica scrive: 'Grazie di avermi data alla vita'. Stabilisce un legame d'amore stabile, e diviene madre.

Dopo quasi dieci anni, a un certo momento del nostro percorso sentiamo entrambe l'utilità di riorganizzare i nostri incontri su una cadenza bisettimanale, e di trascorrere la nostra ora sedute l'una di fronte all'altra. Il passaggio è sicuramente in parte condizionato dalla sua conquistata genitorialità, a cui Clara si dedica con assoluta devozione; ma perlopiù ha semplicemente a che fare con il sentimento di un rinnovato senso di sé, ora sperimentato come più sicuro, stabilmente fiducioso nella nostra relazione e confidente nella mia disponibilità emotiva nei confronti delle sue fragilità. Questa consapevolezza la rende ora desiderosa di guardarmi, sfidando le paure di vedere riflessi sul mio viso i giudizi negativi fantasticati e temuti per così tanto tempo. Ora può incontrare il mio sguardo e finalmente tollerare di vedere riflesse le proprie, ma anche le mie fragilità.

Quest'ultimo cambiamento del setting rende possibile una intensa fase di confronto e rispecchiamento che ci permette di apprezzare quanto Clara abbia conquistato un sufficiente senso d'integrità. Inizia così ad emergere, sul lontano sfondo dei miei pensieri privati, l'idea che il lavoro analitico possa avviarsi a conclusione. Ciò nonostante, quando finalmente è Clara a comunicarmi di sentirsi pronta a stabilire una possibile data di conclusione, io mi sento sorpresa. Clara avverte il timore di perdere il beneficio della mia presenza nella sua vita, tuttavia il desiderio di emanciparsi dal nostro lavoro, e di vivere l'esperienza di efficacia nell'averlo concluso, sembra essere più forte. Io sono consapevole di confrontarmi con una donna che ha conquistato un grado di coesione tale da rendere del tutto realistica la possibilità di programmare una conclusione. Nondimeno, il permanere di ricorrenti episodi notturni di paralisi del sonno, in cui si configurano sempre atmosfere sinistre e minacciose, mi segnalano ancora alcune significative aree di fragilità che disturbano il suo riposo. In queste occasioni, la difficoltà di regolazione dello stato affettivo si protrae per tutto il giorno e imprime, sin dal momento del risveglio, uno stato di confusione e insicurezza in relazione a progetti di vita futuri, tra i quali il desiderio di riprendere e concludere il percorso universitario lasciato in sospeso.

Comunque, cautamente ed estesamente, esploriamo costi e benefici di una conclusione dell'analisi a questo punto del percorso. Perlustrando i miei sentimenti, comincio a pensare che il mio senso interno di allarme potrebbe per una parte essere ricollegato allo schema di interazione che ha pervaso per lungo tempo il mio modo di essere in relazione a Clara, alla quale mi sento affettivamente legata. D'altra parte, sto facendo i conti anche con le mie personali difficoltà di separazione, sollecitate nella mia vita privata dal contemporaneo svezzamento dall'allattamento al seno della mia seconda

figlia. Sto vivendo nella prospettiva - desiderata ma non priva di riluttanti sfumature nostalgiche - di lasciarmi alle spalle per sempre un'esperienza che è stata per me garante di grande intensità e intimità affettiva nella relazione con entrambe le mie figlie.

Con il respiro temporale di un anno, Clara e io fissiamo infine la data presunta del nostro ultimo incontro, e concordiamo che se dovessimo esserci sbagliate lei saprebbe sempre dove trovarmi. E' da questo momento che in Clara comincia a insinuarsi la forte paura a lasciarmi e il riaffiorare, seppur blando, della sensazione disgregante di essere quel *bluff* che ha sperimentato per tanti anni. Le crisi nevralgiche ricompaiono tra una seduta e l'altra, invalidanti come nel passato, e la gettano nel più grande sconforto. Siamo entrambe consapevoli del legame tra il ritorno della nevralgia e il progetto di conclusione dell'analisi. Anche io mi sento un po' messa all'angolo e sto faticando a capire. Sto pensando che ci sia qualche aspetto della sua esperienza che non abbiamo ancora condiviso e/o compreso, e glielo comunico. Evidentemente, le dico, abbiamo lasciato indietro qualcosa di importante.

Un giorno Clara arriva in seduta in uno stato di acuta crisi nevralgica, e io registro immediatamente l'eccezionalità del fatto. Siede sulla poltrona con gli occhi chiusi e le dita della mano sinistra poggiate sulla tempia. Le lacrime scorrono, mentre mi comunica il senso d'impotenza in cui la versa il dolore. Le chiedo di restare nella posizione in cui si trova, e di concentrare tutta la sua attenzione sulla sensazione dolorosa. Clara mette a fuoco l'impressione di *'un chiodo conficcato nella tempia'* mentre le sue dita spontaneamente premono sul punto su cui si sono posate. La invito a mantenere quella pressione mentre continua a osservare la sensazione più nel dettaglio. Più chiaramente percepisce, allora, che il senso di pressione è come una forza che spinge dall'interno all'esterno, mentre le sue dita che premono contro la tempia vorrebbero in realtà come contrastarla. Mentre è osservata, la sensazione di pressione s'intensifica progressivamente sino a raggiungere un culmine che Clara descrive come *'un'esplosione'* nella testa, cui segue *'un lampo di luce bianca e accecante'*. Il lampo di luce prende pian piano la forma di *'una scatola bianca che imprigiona la mia testa'*. In coincidenza con quest'ultima immagine, si dissolvono le sensazioni di pressione interna e di dolore.

Ora Clara si muove tra immagini. La scatola diventa una *'stanza bianca, vuota e isolata dal resto del mondo'*. Si vede di spalle, in piedi, bambina, davanti a una vecchiaia radio che riconosce essere appartenuta ai nonni. È sorpresa dal ricordo. È dispiaciuta mentre si chiede perché i genitori abbiano voluto liberarsene. Si osserva girare la manopola in cerca delle frequenze. Poi la sua attenzione cade su qualcosa che la piccola Clara dell'immagine sta tenendo con la mano libera abbandonata lungo il fianco. *'Oh, mio Dio... non me ne ricordavo più!... È un cagnolino... il mio cagnolino di*

peluche! Non me ne separavo mai... Come ho fatto a dimenticarmi di lui in tutti questi anni? È sempre lì, a occhi chiusi, la mano sulla tempia che ora si muove in un leggero massaggio. Sorride mentre racconta commossa di quanto conforto quest'oggetto sia stato capace di darle nelle tante situazioni in cui si è sentita, da piccola, sola, spaventata e in pericolo. Mentre cerca di ricostruire che destino abbia avuto, improvvisamente ricorda: come la radio, semplicemente un giorno non l'ha più trovato. I genitori avevano preso l'iniziativa di regalarlo al cugino perché la ritenevano ormai troppo grande per giocare con un animale di pezza. Non ha memoria di avere pianto allora la perdita del suo peluche. Sicuramente, Clara ha finalmente potuto piangere quando il ricordo è affiorato alla sua mente nel mio studio.

Al termine della seduta, la sensazione di essersi riappropriata di una parte importante della sua vita ha preso il posto del dolore nevralgico. Io mi sento profondamente toccata dall'esperienza condivisa, e commossa. Penso che Clara lo possa vedere dai miei occhi umidi.

Nelle successive elaborazioni del ricordo, abbiamo potuto ricostruire come la sottrazione da parte dei genitori di un oggetto così fondamentale a regolare il senso di coesione e sicurezza sia stata vissuta da Clara come un vero e proprio abuso del suo corpo, una sorta di amputazione, che ne ha minacciata l'integrità compromettendo progressivamente anche lo sviluppo della funzione di autoregolazione affettiva.

Conclusioni

All'interno di una cornice teorica che considera la conoscenza come integralmente e sincronicamente distribuita tra processi mentali e processi corporei, ho proposto una prospettiva teorico-clinica da cui stati sensoriali intensi e somatizzazioni sono considerati e osservati da un lato come inerenti al modo non verbale del conoscere, e/o ri-conoscere, l'esperienza; dall'altro come *anche* appartenenti alla rete delle procedure relazionali e al processo dell'enactment. Quando stati sensoriali intensi e/o disfunzioni somatiche emergono dall'intersoggettivo sistema corpo-mente costituito dalla diade analitica, la focalizzazione sulle impressioni sensorie si offre come una fertile opportunità per esplorare e integrare nel discorso verbale gli schemi dell'emozione emergenti. Veicolate da questi ultimi, tendono infatti ad affiorare alla coscienza le esperienze relazionali significative ad essi associate, e che al tempo sono rimaste confinate al livello sub-simbolico di elaborazione. Il flusso del processo, promuove infine spontaneamente la funzione referenziale e l'integrazione alla coscienza delle esperienze dissociate.

Il processo può vedersi delineato nitidamente nel percorso clinico condiviso con Clara, e concluso con l'emergere di una memoria dissociata dal valore centrale nei processi di organizzazione inconscia di questa giovane

donna. Il sintomo nevralgico, che da un lato custodisce nell'implicito il ricordo dell'oggetto e il senso soggettivo di integrità ad esso associato, dall'altro mantiene nel tempo affettivamente vivi in Clara il dolore e il senso d'impotenza che hanno accompagnato originariamente il trauma della perdita, così da rendere potenzialmente possibile una sua successiva integrazione. Allo stesso tempo, il sintomo salvaguarda l'immagine sufficientemente adeguata di un'adulta che sa gestire il suo dolore in solitudine, sulle tracce del comportamento adoltomorfo a cui Clara bambina è stata implicitamente invitata dai genitori a conformarsi.

Durante l'infanzia, il peluche di Clara ha funzionato come oggetto transizionale a garanzia di un collegamento tra sé e il mondo (Winnicott, 1974). Durante l'analisi, io ho svolto per lei prevalentemente una funzione oggetto-Sé (Kohut, 1976), concetto che condivide con quello di oggetto transizionale alcuni principi di base pertinenti allo sviluppo del senso di sé. Nel corso della elaborazione che ha accompagnato la fine dell'analisi, Clara ha potuto finalmente integrare più stabilmente la funzione di oggetto-Sé. In questo processo, ho dovuto elaborare le mie stesse resistenze all'idea di lasciarla a fronteggiare da sola le sue difficoltà di regolazione emotiva ancora vive e pungenti. Ero trattenuta in parte dall'ancora potente investimento di transfert a causa del ruolo da me giocato nello sviluppo della sua capacità di auto-regolazione; in altra parte, da affetti inconsci condizionati dalle mie personali e quotidiane battaglie per la separazione da un modello materno a me confortevole. In una fase che avrebbe richiesto la mia piena fiducia nelle sue sufficienti capacità di autonomia e nella acquisita abilità a implementare il loro sviluppo anche in mia assenza, l'ambivalenza del mio sentire è stata trasmessa a Clara da un implicito comunicare, risvegliando in lei il sentimento di inadeguatezza, e la paura della solitudine e dell'abbandono. Allo stesso tempo, il processamento del sintomo e l'esito di una memoria ritrovata hanno contribuito in modo fondamentale a completare la decostruzione della tenace connessione affettiva tra 'crescita' e 'perdita' che la fine dell'analisi evocava, e che il ricordo dissociato così emblematicamente ben rappresentava.

BIBLIOGRAFIA

- Amore, M. (2012). Clinical scenarios of 'Remembering'. Somatic States as a Process of Emerging Memory. *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 22(2), 238-252.
- Arnetoli, C., Pacifici, P. (2004). Introduzione all'edizione italiana. In L. Aron & F. Sommer Anderson (Eds.), *Il corpo nella prospettiva relazionale* (pp. 7-14). Bari-Roma: La Biblioteca.
- Aron, L. (2004). Il corpo clinico e la mente riflessiva [The clinical body and the reflexive mind]. In L. Aron & F. Sommer Anderson (Eds.), *Il corpo nella prospettiva relazionale* (pp. 43-86). Bari-Roma: La Biblioteca.
- Aron, L., Atlas, G. (2015). *Generative Enactment: Memories From the Future*.

- Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 25(3), 309-324.
- Bass, A. (2003). 'E' enactments in psychoanalysis: Another medium, another message. *Psychoanalytic Dialogues*, 13, 657-675.
- Bromberg, M. P. (1998). *Clinica e trauma della dissociazione. Standing in the spaces* [*Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process Trauma and Dissociation*]. Milano: Cortina.
- Bucci, W. (1997). *Psicoanalisi e scienza cognitiva, [Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory]*. Roma: Fioriti.
- Bucci, W. (2007). The role of bodily experience in emotional organization. New perspectives on the multiple code theory. In F. S. Anderson (Ed.), *Bodies in treatment: The unspoken dimension* (pp. 51-76). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Edelman, G. M. (1989). *The remembered present: A biological theory of consciousness*. New York, NY: Basic Books.
- Ferro, A. (1996). *Nella stanza d'analisi*. Milano: Cortina.
- Fosshage, J. (1989). The developmental function of dreaming mentation: Clinical implications. In A. Goldberg (Ed.), *Dimensions of self-experience, progress in self psychology*, vol. 5 (pp. 3-11; pp. 45-50). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Freud, S. (1914). *Introduzione al Narcisismo*. Opere, Vol. 7. Torino: Boringhieri.
- Galimberti, U. (1983). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli.
- Hopenwasser, K. (2004). L'ascolto del corpo. Rappresentazioni somatiche della memoria dissociata [Listening to the body: Somatic representations of dissociated memory]. In L. Aron & F. Sommer Anderson (Eds.), *Il corpo nella prospettiva relazionale* (pp. 318-345). Bari-Roma: La Biblioteca.
- Kohut, H. (1976). *Narcisimo e analisi del Sé [The analysis of the self]*. Torino: Boringhieri.
- Lefebvre, P. (1980). The narcissistic impasse as a determinant of psychosomatic disorder. *Psychiatry Journal of the University of Ottawa*, 1, 5-11.
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 576-617.
- Jacobs, T. J. (1986). On countertransference enactment. *Journal of American Psychoanalysis Association*, 34, 289-307.
- Jacobs, T. J. (2013). *The possible profession: The Analytic Process of Change*. New York, NY: Taylor & Francis.
- Marty, P., de M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française Psychoanalytique*, 27, 345.
- McClelland, J. L., Rumelhart, D. E.; PDP Research Group (1986). *Parallel distributed processing: Explorations in the microstructure of cognition* (Vol. 2: *Psychological and biological models*). Cambridge, MA: MIT Press.
- Modell, A. H. (1990). *Per una teoria del trattamento psicoanalitico [Other times, other realities. Toward a theory of psychoanalytic treatment]*. Milano: Cortina.
- Pinkola Estès, C. (1992). *Donne che corrono coi lupi. Il mito della donna selvaggia (Women Who Run With the Wolves: Myths and Stories of the Wild Woman Archetype)*. Milano: Frassinelli.
- Robutti, A. (1992). Cassandra: un mito per l'ipocondria. In L. Nissim Momigliano & A. Robutti (Eds.), *L'Esperienza condivisa: saggi sulla relazione psicoanalitica*. Milano: Cortina.
- Rumelhart, D. E., McClelland, J. L.; PDP Research Group (1986). *Parallel distributed processing: Explorations in the microstructure of cognition* (Vol. 1: *Foundations*). Cambridge, MA: MIT Press.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 22, 255-262.

- Stern, N. D. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino* [*The interpersonal world of the infant*]. Torino: Bollati Boringhieri; 1987.
- Stern, D. N. (2010). *Le forme vitali. L'esperienza dinamica in psicologia, nell'arte, in psicoterapia e nello sviluppo*. Milano: Cortina.
- Varela, F., Thompson, E., & Rosch, A. (1993). *La via di mezzo della conoscenza* [*The embodied mind: Cognitive science and human experience*]. Milano: Feltrinelli.
- Winnicott, A. D. (1974). *Gioco e realtà* [*Playing and reality*]. Roma: Armando.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 30 maggio 2020.

Accettato per la pubblicazione: 17 aprile 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:289

doi:10.4081/rp.2021.289

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

New Perspectives on Symptoms and Symbols in the Case of Clara and Their Role in the Treatment Process¹

*Wilma Bucci**

ABSTRACT. – The treatment of Clara as described by Dr Marina Amore provides new insights into the role of somatic functions in the development of emotional disorders and in the therapeutic communication. According to the theory of the referential process, descriptions of specific bodily experiences may function to build connections to the symbolic and verbal mode when narratives involving people and events of life are not accessible. During the 10 years of treatment, Clara's reports of her severe neuralgic symptoms, and her bodily as well as emotional experience in her interactions with Dr. Amore enabled her eventually to talk about past and present experiences with her parents and others, and to rebuild emotion schemas that had been dissociated. Dr. Amore's own bodily feelings in her interactions with Clara guided her in the therapeutic work, and also opened new understanding of experiences in her own life. The referential process can be seen as playing out in depth between and within the two participants as they recognized Clara's growth, and also worked to resolve their sense of loss in the termination phase.

Key words: Symptoms; symbols; multiple code theory.

The complex story of Clara's treatment, told with sensitivity by Dr. Amore, provides insights into the role of somatic experience in the development of emotional disorders, and in the treatment process. The discussion of this case allows me to return to my earlier paper... 'Symptoms and Symbols: A Multiple Code Theory of Somatization...' (Bucci, 1997) and to present new perspectives concerning the interaction of psychic and somatic processes since that time.

In my initial comments on the case, in response to Dr. Amore's presentation in November, 2017 in Milan, I discussed Clara's emotional issues from

*Professor Emerita, Derner Institute, Adelphi University and Co-Director of Research, Pacella Research Center, New York Psychoanalytic Society and Institute.
E-mail: wbucci@icloud.com

¹Case material was made available to me by the treating clinician.

the perspective of multiple code theory and also raised several questions concerning the treatment process, including Dr. Amore's own experience. In these comments, I'll present a brief summary of the theory, focusing on the role of bodily experience in the development and treatment of emotional disorders. I'll then apply the model to the case of Clara, as discussed in Dr. Amore's new paper that deepens and elaborates her earlier presentations (also see Amore, 2012). My discussion will include changes in the therapist as well as the patient in the interactive field of the therapy, and as the two together played out the drama of the termination phase. Here I add that this discussion can be seen as involving not only interaction between therapist and patient, but as also involving multi-leveled discussion between Dr. Amore and myself, which has opened new ideas and new pathways for us both.

Concepts of the *Multiple Code Theory*

In this brief theoretical presentation of multiple code theory, I'll focus on three major points: i) organized thought occurs in sensory and bodily forms as well as in verbal language; ii) the processes involved in emotion are also involved in the regulation of physiological functions; iii) bodily experience is shared between people; we *feel* what others *feel*.

The basic concepts of multiple code theory include *subsymbolic* and *symbolic* processing systems; *emotion schemas* that constitute the organization of experience in memory, and the *referential process* by which subsymbolic experience is communicated in verbal form. All these concepts have been discussed elsewhere; I'll outline the basic ideas here.

People think and communicate in both *symbolic* and *subsymbolic* forms. Symbols may be words or images that refer to and represent the experiences of life. They may be combined to represent complex ideas and are central in logical reasoning and in communicating to others. People also have access to a complex world of subsymbolic experience in analogic form, as gradients of experience rather than as discrete representations. These may involve feelings in all sensory modalities, including sight, sound, smell, taste and touch, as well as in bodily and motoric experience. Both symbolic and subsymbolic processes may occur in conscious or unconscious modes. We are accustomed to viewing symbolic processes as conscious thought. We are also aware of the flow of subsymbolic experience that provide the color and music and feel of our lives, but somehow classify experiences that cannot be readily named as not conscious. As I have argued elsewhere, it changes our view of mentation in general, and of therapy in particular, to admit subsymbolic experience to the domain of mature, conscious, rational thought (see for example Bucci, 2002, 2011a, 2011b; Damasio, 1999) .

Emotion schemas. The organization of emotional life and motivation

depends on emotion schemas. These are networks in memory that are formed through repeated interactions with other people and that include patterns of visceral or somatic experience in subsymbolic form - what we feel, or expect to feel when someone acts in a particular way towards us or some particular event occurs; patterns of motoric response associated with such arousal - to attack, to flee, to caress; and representations of the object of the emotion, the person or event that is associated with these patterns of feeling and response.

The subsymbolic components of feeling and action constitute the *affective core* of the schema; the clusters of memories that form the emotion schemas are based on activation of the affective core with different people and in different places and times. The schema is activated when *something happens* in one's life that activates the affective core. The core of feeling and action - or tendencies to action - that is built when a child is punished or neglected by a parent, may be activated again in an intimate relationship, or in one's work, or in any other day by day context of life. Each episode in which the affective core, or components of the core, are activated constitutes an instantiation adding to the schema - in some cases modifying the schema; in some cases reinforcing the expectations that are incorporated in it. Each such activation of an emotion schema constitutes what we refer to as an experience of emotion. In some cases clusters of such activation, shared by many people, are classified by emotion words such as 'anger', 'fear', or 'shame'; in many cases the clusters are more diffuse, more varied, and specific to an individual's life; people say 'I can't explain how I feel'.

Relation of emotion schemas to other concepts

The construct of the emotion schema builds on the basic notion of the memory schema (Bartlett, 1932). As defined by Bartlett, memory schemas are organized representations of past knowledge and experiences that are activated and altered by new experience and determine interactively how new experience is perceived. As for all memory schemas, we see all experiences of the world through the lens of the emotion schema; there is no other way. Piaget's (1936) concepts of assimilation and accommodation also represent the constantly changing nature of knowledge schemas in the experience of life. The emotion schemas differ from other memory or knowledge schemas in that their organization is based on the subsymbolic sensory, bodily, visceral experiences of the affective core, and they are grounded in interactions with the world of other people from the beginning of life.

Bowlby's (1969) concept of *Internal Working Models* and Stern's (1985) concept of *Representations of Interactions that have been*

Generalized (RIGs) emphasize the developmental and interpersonal nature of emotion schemas, and the role of the caretaker in their development. As defined by Stern, RIGs are based on episodes that include ..'sensations, perceptions, actions, thoughts, affects and goals...', and that occur repeatedly in a particular temporal relationship. (Stern, 1985, p.95). As specific episodes repeat, the infant begins to form the prototypic memory structure, the RIG, which Stern characterizes as: '... 'an individualized, personal expectation of how things are likely to proceed on a moment-to-moment basis...' (p. 95).

The view from psychoanalysis

The formulation of emotions and emotion schemas as defined in multiple code theory are also related to basic psychoanalytic ideas. Freud's 1912 concept of transference involves a similar organization relating objects, actions and somatic satisfaction, in different terms:

“...Each individual, through the combined operation of his innate disposition and the influences brought to bear on him during his early years, has acquired a specific method of his own in his conduct of his erotic life - This produces what might be described as a *stereotype plate* (or several such), which is *constantly repeated - constantly reprinted afresh* (emphasis added) in the course of the person's life, so far as external circumstances and the nature of the love-objects accessible to him permit, and which is certainly not entirely unsusceptible to change in the face of recent experiences... If someone's need for love is not entirely satisfied by reality, he is bound to approach every new person whom he meets with libidinal anticipatory ideas...” (Freud, 1912).

The concepts of the stereotype plate, libidinal anticipatory ideas, the compulsion to repeat, as well as the concepts of internalized object relations, self-states (in the relational approach) and complexes (in Jungian theory), and many others all involve organized representations, built up through life, that determine *how one feels* or *how one expects to feel* in particular situations, with particular people.

The concept of the emotion schema also relates, indirectly, to the psychoanalytic concept of drive and provides a characterization of the fundamental psychoanalytic idea of the interaction of psyche and soma, independent of the energy model. Freud (1905) characterized drives on the basis of their somatic source, their aim, and their object. In the emotion schema, as in the concept of drive, there is a somatic source, a set of bodily functions including sensory, visceral and motoric activation and a pattern of response associated with these functions. There is also an object - something happening in the present or in memory or fantasy - which is the aim towards which the responses are directed.

The interpersonal nature of emotions schemas

A central aspect of emotion schemas concerns their development in an interpersonal context. The new work in social neuroscience and embodied communication has provided a framework for understanding such development. The initial discovery of mirror neurons in monkeys required implanting of electrodes in the brain (Gallese, Fadiga, Fogassi, & Rizzolatti, 1996). Researchers in the field of affective neuroscience have now found noninvasive ways to study mirroring processes in humans in experimental designs, as well as through stimulation of particular brain areas in procedures associated with neurosurgery for epilepsy and related conditions. In studies using functional magnetic resonance imaging (fMRI) or transcranial magnetic stimulation (TMS), researchers have found that some of the same nerve cells fire in a person's brain when he sees a person being touched as when he himself is being touched (Keysers & Gazzola, 2009); when he observes another person showing expressions of disgust or expressions of appreciation as when he experiences disgusting or pleasant smells (Wicker *et al.*, 2003); or when he observes pain in another person or receives pain himself (Singer & Frith, 2005).

As the social neuroscientist, Christian Keysers, notes:

“...the discovery of shared circuits has changed our understanding of the link between the individual mind and the people around us... In light of the new research, people around us are no longer just part of ‘the world out there’, restricted to sensory brain areas. Through shared circuits, the people around us, their actions and their emotions, permeate into many areas of our brain... our motor system and our feelings. Invisible strings of shared circuits tie our minds together...” (Keysers, 2011, p. 117).

The implication of these findings is enormously significant for our understanding of the organization of emotion schemas in development, and for their playing out in the treatment process. Just as we are not accustomed to recognizing subsymbolic sensory, bodily and motoric processes as systematic thought, so we are not accustomed to recognizing that we are each partially occupied by the perceptions and actions of the people with whom we are in contact - and some parts of us are permanently occupied by the people with whom we were in close and continuous contact in our early years. I note here that the concept of projective identification, which has been seen as somewhat magical and in some cases malevolent, acquires a systematic and neutral basis with these new discoveries.

Dissociation within and between emotion schemas

At some points in life, every child, every person, will find herself in a state that is painful, frightening and may be experienced as life-threatening.

Such states may range from the hunger that turns an infant into a redfaced squalling bundle of frustration and rage, but that is readily resolved by connection to the mother's breast, to the other less readily managed pains and assaults that occur in every child's life. If caretakers are able to recognize the child's distress, to modify the entrained patterns of painful activation, and to redirect the interaction, processes of regulation will eventually be incorporated into the emotion schema, and will play out when new threats occur. Problems arise when caretakers fail to intervene effectively or are overwhelmed, or in extreme cases, when they are themselves the agents of abuse. The child cannot avoid the activation of the painful somatic experience, or the entrained tendency to attack or avoid the source of the pain. What she can do is attempt to escape mentally - or virtually; try to turn attention away from the situation that aroused these feelings by escaping in her mind. In particular, she will attempt to avoid recognizing that it is a parent who has neglected or abused her. Such recognition would add an additional, dire, source of pain and fear; she is not only in pain; but also abandoned or even endangered by those whom she needs to call on for help.

While people are able to direct attention away from some objects and events, they are generally not able to direct and control the bodily systems that make up the affective core - including heart rate, blood pressure, breathing, sweating, and digestive functions. The bodily activation of the affective core of the emotion schema, including sensory and visceral activation, and the tendencies to respond associated with anger or fear or loss remain, to be accounted for and regulated in some way. The child may focus on her somatic experience, she may act out in aggressive or other ways, or find ways to take the responsibility for her state on herself.

The child and then the adult may also seek ways to regulate the painful arousal more directly, by eating or not eating, use of drugs or alcohol, or injuring herself. In some cases, people find more positive means of regulating the surges of painful affect, such as immersing oneself in a career, or in sports, or in care of children, engaging in political action, or scientific exploration, or in the arts, or in doing good works for others. Throughout life, the child and later the adult is likely to confront situations that lead to activation of a painful schema; and to playing out of the response patterns that have worked in the past, to ward off a threat before it is actually realized.

The strategies that have been used to prevent attack may also block the person's opportunity to see that new situations are different from earlier ones. The scope of the dreaded situation, the sense of similarity of new events to early situations of threat are likely to broaden widely, encompassing an increasingly wide range of interpersonal interactions. The fixed responses to an increasingly broad range of situations add to the life problems that bring people to treatment. The psychological roots of dissociative processes and their implications for treatment are discussed in detail elsewhere (see Bucci, 2007a, 2007b).

Emotional disorders and somatization

The emotion schemas are where mind, emotion and bodily functions intersect. In situations of dissociation within the schema, where the threat is not recognized as such, prolonged activation of the affective core is likely to occur. It is not only the external challenge as such, but the body's continuing attempt to manage this that increases vulnerability to physical illness. The generalized stress response (Selye, 1950; McEwen & Seeman, 2003) involves biological and behavioral functions that attempt to maintain internal balance where the external challenge itself cannot be met effectively; these functions may involve hormonal systems, the pituitary-adrenal axis, and the autonomic system, and interactions among these. There is considerable evidence for the effects of such activation on a wide range of illnesses, including inflammatory disorders such as are involved in the neuralgia that afflicted Clara, as well as on disorders involving endocrine, reproductive, growth and immune systems.

I emphasize that the particular physiological expression that occurs is viewed as depending on an individual's areas of organic weakness or vulnerability, not as associated with a specific unconscious conflictual emotional event. This view is held by most writers within the psychoanalytic field. As Auchincloss and Samberg (2012) state, summarizing current views: ..'In recent years, efforts to link specific ailments to specific underlying conflicts have largely been abandoned in favor of a more general use of the term to suggest only a pronounced contribution of psychological factors to the etiology or expression of any medical syndrome...' (p. 215)

To summarize this process, which has sometimes been misunderstood, the bodily activation that manifests as a physical symptom is not a symbol with particular emotional meaning. It is a response to a stressor that exceeds a physiological threshold; the nature of the stressor depends on an individual's life experience; the particular somatic expression depends on an individual's areas of physiological vulnerability. There is increasing agreement, even in medical fields, that such disorders require psychiatric or psychological therapies, as well as medical and in some cases surgical treatment.; there is of course disagreement as to the nature of the psychotherapies that might be useful, and how they work.

The referential process in the therapeutic context

The great mystery of psychotherapy that has intrigued me since I began this work is how do words – ephemeral changes in sound waves - that go back and forth between two people bring about change in physical systems; how can physical as well as emotional disorders be responsive to a talking

cure? Freud addressed this question using concepts of libidinal energy and its conversion between somatic innervation and mental forms; we can now account for these effects without calling on such concepts.

The communication of emotional experience is a multi-levelled process, which I've termed the referential process, and which includes three basic functions: *Arousal*; *Symbolizing*; and *Reflection/Reorganization*. The multiple levels of thought must occur in therapist as well as patient in order that effective communication can take place. In the optimal playing out of the process, these functions will follow one another as phases of the treatment. The progression may also be interrupted, may loop back on itself, or may be aborted. I've discussed these functions and their operation in treatment elsewhere, and will review them briefly here.

Arousal: The patient knows something is bothering her, something is on her mind as she enters the session. Traces of a problematic dissociated emotion schema are activated within the relationship, in the interaction of the two participants and in different ways in the subjective experience of each. The experience of both participants is largely in subsymbolic form in this phase, involving activation of the affective core of a schema, and their communication occurs primarily on sensory, bodily and motoric levels. The patient, like any person trying to communicate emotional experience, has difficulty in connecting experience to language. The problem is particularly acute for the patient, who is struggling with schemas that are dissociated, and who is trying to avoid connection to the painful experience, rather than seeking to formulate and communicate it.

Symbolizing/Narrative: Images or sequences of images associated with the affective core come to mind, perhaps in fleeting or disconnected form, perhaps in waking fantasies or in events of the treatment relationship, perhaps as they appeared in a dream. The images constitute instantiations of an emotion schema that has been activated - one of the cluster of events that activate a similar set of feelings and involve similar responses. In the optimal operation of the referential process, the patient can then go on to describe the image or event in the kind of vivid and detailed language that indicates connection to emotional experience in the speaker and is capable of evoking corresponding experience in the listener.

Reflection/Reorganization: Once the material is shared, and the affect is present but sufficiently contained, there is opportunity for a reorganizing phase in which the meaning of the events that make up the schema may be further explored, new connections may be discovered, and new schemas constructed.

The functions may occur within sessions, and across periods of the treatment; they may occur in the specified order; or the order may be interrupted. The process will play out differently for different patients, with different presenting problems, and in different treatment forms. As I have argued, the basic process may be identified in all types of psychotherapy (Bucci, 2013).

Transition from arousal to symbolizing phase

Kris outlined the optimal patterning of the treatment process in his description of the good hour:

“...Many a time the ‘good hour’ does not start propitiously. It may come gradually into its own, say after the first ten or fifteen minutes. Then, a dream may come, and associations, and all begins to make sense. In particularly fortunate instances a memory from the near or distant past, or, suddenly, one from the dark days may present itself with varying degrees of affective charge. And when the analyst interprets, sometimes all he needs to say can be put into a question. The patient may well do the summing up by himself, and himself arrive at conclusions...” (Kris, 1956, p. 446).

The reality, as clinicians know, is that the first ten or 15 minutes to which Kris refers, which I characterize as the phase of Arousal, may become 10 or 15 weeks or months or even more. In the framework of multiple code theory, this is a phase of subsymbolic activation; much is happening inside the patient, but not much that can be shared in symbolic form. Gestures and body movements contribute to subsymbolic communication; speech rhythms, and vocal tones also carry emotional information.

The role of somatic symptoms in transition to the symbolizing function

For some patients, and at some points of treatment, when access to instantiations of an emotion schema in dreams or fantasies, or narratives of life events are not available, descriptions of physical symptoms may serve as protosymbols, providing entry to a shared symbolic mode. Somatic symptoms, as they are experienced, or are reported in a session, are components of the affective core of a dissociated emotion schema that has been activated in the context of the relationship; talking about these bodily events may enable connection to components of schemas that have been dissociated when other elements of the schema are avoided. Through the shared circuitry of emotional communication, activation of such bodily components of the schema may occur in therapist as well as patient. We may see this interactive process play out in the case of Clara, as described by Dr. Amore.

Clara's history and the treatment process

As Dr Amore writes, Clara came to treatment at the age of 30, suffering from severe ‘...episodes of perceptual dimorphism, as ‘releasing air from her eyes,’ as if her eyes were two holes from which the air moves inside and outside her body, dispersing her vital energy. These episodes trigger violent affective reactions, which Clara calls ‘panic attacks’. Dr. Amore works in

collaboration with a psychiatrist who prescribes medication to enable Clara to come to treatment. Clara continues to take the medication for only three months, but carries it with her for over a year.

In the first session, Clara also talks about the recurrent trigeminal neuralgia from which she has suffered since the age of 6. The symptom recurred regularly and heavily affected her life, but did not occur in the sessions during Clara's analysis until the termination phase, as will be discussed further.

Clara describes her mother as being unable to establish an empathic relationship with her, and as easily disorganized by minor problems, including physical ones. She tells a memory of an incident in which she cut herself severely during a fall. Her mother's reaction was such as to require the family to care for her, while Clara looked on, confused and alone, her blood running down her face.

Through repeated occurrences of such events, from early in life, in many contexts, Clara learned that her mother was not available, in fact not capable of comforting or caring for her. She also learned that calling for help made things worse. Her father did not tolerate requests for reassurance and coldly rationalized emotional experience. It seems likely that early in life Clara recognized her parents as unavailable or destructive. It also seems likely that she attempted to avoid this recognition, to maintain whatever relationship to her parents was available for her. That is an example of dissociation within the emotion schema. Clara as a very young child experienced painful activation of the bodily core of the emotion schema, while avoiding connection to the events that caused the activation. Her body and her mind would then swing into action to account for these feelings and to manage them. Part of this reaction would involve prolonged activation of adaptational responses, as in the generalized stress response as discussed above.

Facial pain, an aspect of the trigeminal neuralgia from which Clara suffered, is known to be associated with such stress responses. When the symptoms of neuralgia came, she lay on the sofa in the family home, not complaining or crying, waiting in silence for the effects of the painkillers that her parents gave her. Her intelligence and competence enabled her to care for herself sufficiently to avoid the more painful and devastating experience of her parents' emotional abuse and neglect. She strived to function so as to see herself as 'consistent, strong and brave'; also as 'uninhibited', 'brave', 'intellectual'. Expressing emotional or physical needs carried great dangers for her. Not only would she lose her connection to her parents by calling on them for the help that they would not or could not give, but she would also lose her construction of her competent self that had supported her from early in her life. Her attempts to maintain this image of herself would be likely to intensify the stress response.

Repair of dissociated schemas in Clara's treatment

Clara comes to treatment as this construction of herself as consistent and brave is breaking down. While she needs and seeks help, she also retains her expectations of others as potential sources of danger, and her strategies of response through avoidance of connection to her own needs. The treatment begins with two sessions a week, on the couch. As Marina² describes their interaction, 'the flow of words is continuous' between them, but 'words are never enough to grasp and describe the 'dark' experiences that pervade her inner world...' In the treatment, Clara talks about herself, but is frustrated by a sense of not being able to understand what she really feels; she has the impression that her speech is always incomplete, that she is incomplete. She is not able to describe the horror she feels that leads to the panic attacks; not able to connect to the specific experiences that distress her.

After a year, Marina suggests that they increase the frequency of the sessions from two to three times a week, and includes the possibility of calling on the weekend. The new setting changes the patterns of communication in the session and provides a stronger foundation in their relationship. Here we can begin to see the playing out of the phases of the referential process in the session and in the treatment. This period of the treatment is dominated by functions of *arousal* of experience in the context of the new relationship. Clara is constantly testing her experience of Marina in small incremental ways; seeing that Marina does not react in ways that she learned in her childhood to expect. Yet Marina senses that Clara continues to keep her at a distance from important aspects of her experience.

During this period, Clara reports a dream in which they are climbing a high mountain together, 'as in a pilgrimage, to reach a sacred place where an uncovered sarcophagus rests'. As they near the edge of the sarcophagus, Clara puts her hand on Marina's eyes. As Marina reports:

..'For both of us, the exploration of the dream makes explicit the thought that the vision of what is her most intimate feeling, experienced fearfully as shapeless and unrepresentable, can somehow be intolerable and harmful to me. If this happened as it happened when the mother saw her blood, she would find herself alone again...'

To enable Clara to make some connection to the painful experience that is 'shapeless and unrepresentable', in the context of the session, Marina invites Clara to 'focus the conscious attention on the bodily sensations matched with feelings of inadequacy' and to explore them. As discussed

²In presentation of the case material, following current procedures for reports of interpersonal and relational treatments, I refer to therapist as well as patient by first name.

above, patients may be able to focus on and talk about bodily experience, while narratives involving other people or events are not accessible to her; such reports of specific bodily and sensory experience *may begin to build connections to the symbolic and verbal mode*.

The analyst's presence and the responses to that may also be symbols or protosymbols of this sort (Bucci, 2001).

Clara talks about the cracks that distort her voice, her rigid posture and movements; she also talks about her experience of Marina. In the movement from the Arousal to the Symbolic mode, the subsymbolic interaction that has been going on continuously between them begins to be articulated as well; now Clara is able to focus on Marina's expressions and is able to talk about how they make her feel.

Clara's comments also lead Marina to focus on her own bodily experience. In some situations, Marina feels that her leg muscles are contracted '...as if prepared for a sudden jump forward...'; she associates that with her fear that because of the intensity and tension of their interaction, Clara may experience a sudden psychotic break. In other instances, when they focus on aspects of their shared womanhood, Marina is able to experience her own body in a stronger way and to convey this strength to Clara.

By three years into the work, Clara no longer suffers from the symptoms of neuralgia or the panic attacks. She becomes increasingly able to talk about life experiences that had previously been felt as unbearable, as these now emerge in memories and dreams. She connects the occurrence of the attacks of neuralgia to a painful and annihilating sense of loneliness in her childhood. She reports re-experiencing these feelings as an adult, while lying on the sofa in her living room, waiting in vain for someone to come and reassure and comfort her.

Movement into a symbolic narrative phase appears to be occurring more consistently in the sessions during this long period of treatment, and Clara is more able to report fantasies, dreams and narratives of past and future events. As Clara is building new connections between her somatic and sensory experiences and her representations of others in the treatment, the therapist is becoming a new 'other' connected to her self-representation. During this process, Clara is also building new connections to the figures who appear in her memories, as well as new connections in her current relationships to others; she forms a relationship of love and become a mother.

After about ten years, they agree to change the treatment setting to twice a week, face to face. In the initial phases of the treatment, the use of the couch had proven effective in helping Clara to maintain a closer contact with her own volatile and intense inner experience. As the treatment progressed, the couch and its implications themselves became objects of their exploration, serving as indicators of changes within each of them and in their relationship. As they discovered together, the use of the couch initially

functioned for Clara to preserve Marina as a supportive presence. As Marina observes: ‘...In this way, not even I could see, reflected by the frightened-frightening expression on her face, her frailties. Clara needed to preserve me, as we had also seen in the sarcophagus’s dream in which she covered my eyes from something that could not be looked at...’. The shift from the couch to face-to-face reflected their shared observation that Clara had over time come to feel more confident of Marina’s emotional solidity in the face of her frailties, and more safe and confident in their relationship. As Marina has described: ‘This awareness now made her eager to look at me; defying the risk of seeing the negative responses that she had fantasized for so long a time. Now she could meet my gaze where finally she could see herself being seen in her frailties. This shift in setting made possible a long phase of comparison and mirroring that followed...’. This can be seen as a time of some *reflection and reorganization*; Clara was more able to talk about her experience and its emotional meaning for her, and more lasting changes in her emotion schemas may be seen.

The referential process in the termination phase

The therapist’s experience

Although the shift in the nature of their interaction was apparent, Marina is surprised when, after they had worked together for about 10 years, Clara expresses her feeling that it is time to end the treatment. Marina is aware of the considerable gains that Clara has made but also recognizes significant areas of fragility that remain. As they explore the prospect of termination, Marina becomes more aware of her strong feelings of emotional connection to Clara. She also explores parallel feelings that she is experiencing in the process, ongoing at the time, of weaning her daughter. Clara, like Marina’s child, was growing and separating. For Marina as analyst and also as mother, both situations, to different degrees, involve the complex feelings associated with such separations: mourning a loss; pleasure and pride in the growth of a person whom she has nurtured; the fears that one has when a patient - or child - must confront the world on her own. Marina believes that it is time for Clara to meet life on her own but remains concerned that she may not be ready, and also concerned that her worry may be undermining Clara’s faith in her own capacity to function independently. We may see this as a version of the referential process in the analyst’s experience: Marina’s increasingly strong feelings and her awareness of them; her association to the process of weaning her daughter; followed by her exploration of the pain of separation, and the conflicting meanings of pride in the growth of the other and fear for the other’s capability.

The patient's experience of the termination phase

When Marina has agreed to the termination, and they have set a date for the last meeting, Clara's attacks of neuralgia return, as crippling as in the past. The planning for termination has replayed the situation of early stress; Clara's body has responded with the pattern of physiological activation to which she had been vulnerable for much of her life.

One day Clara comes to the session suffering from an attack of neuralgia. This is an exceptional event; she has not previously had the symptom in Marina's presence. The work of the treatment has brought about a change in Clara's emotion schema; she is now able to show her pain directly. In contrast to the expression in the early dream, Clara no longer needs to cover Marina's eyes to prevent her seeing into the darkness of the sarcophagus - but she is not yet confident of the potential effects of the revelation. Clara's expression of need is presented in the context of the impending termination of the treatment that she herself has chosen; as if she is testing whether she can now be independent in a different and sustainable way, whether she will lose the gains she has made in her life when the separation from Marina occurs.

In the terms of the referential process, as it played out in this session, the activation of the symptom is part of the phase of arousal, activation of the affective core of an emotion schema of pain and loss in the context of the relationship. Marina encourages her to focus on her bodily feelings and communicate them to her, as she has done many times in the course of treatment. As Clara experiences the pain and talks about it, she then describes '...an explosion...' inside her head, generating '...a beam of blinding white light...' (Here I note that an aura that may involve light flashes is associated with migraine - different from the neuralgia that had been diagnosed, but possibly related in this instance).

The beam of light gradually forms the shape of a white box trapping her head. This is movement into the symbolizing phase, from proto-symbol to symbol. She moves on from talking about the pain to visual imagery and then to images retrieved from the past.

As Marina describes in her paper:

Now Clara moves among images. The white box becomes a white room, empty and isolated from the rest of the world. She sees herself as a little girl, with her back turned, standing in front of an old radio that used to belong to her grandparents. She is surprised by the memory. She wonders why her parents gave it away; she is sorry they did. She watches herself turn the knob trying to tune into a station. Then her attention is caught by something little Clara is holding in her hand. '...Oh my God ...I forgot all about it ...It's a dog ...my stuffed animal! I never parted with it ...How could I have forgotten about it all these years?...'

This enables her to enter a *reflection/reorganization* phase. She smiles as she tells Marina how much comfort this stuffed animal had given her when she felt frightened and in danger. She remembers that 'like the radio, one day it was simply gone: her parents had given it to a younger cousin because, as they later explained, she had outgrown it'. She has no recollection of how she felt at that moment, or whether she cried, but now she is able to mourn the loss of this object that was so important to her. Marina writes:

At the end of the session Clara's neuralgia is gone and she feels she has recovered an important part of her experience. I feel the same and am deeply moved by the process I have witnessed and shared. I'm touched by this unexpected finding, Clara can see it by my wet eyes.

The referential process may involve recovery of memories, as in this example, but also takes place through fantasies, dreams, and repeated interactions with the therapist. The memory as recovered here is a new connection, a new instantiation, continuing the process of shared self-exploration in the context of an accepting relationship. She experiences her pain in the presence of another person, who cares for her, and is able to mourn with her. This has presumably happened repeatedly in the treatment, building new schemas involving new representation of herself in relation to others. Marina's emphasis on activating bodily components of their shared experience was central in allowing the new connections to be built.

Here I want to point out a connection between the process I've described here and Freud's (1899) characterization of a screen memory, as a recollection whose value lies in that it represents thoughts of a later date, whose content is connected with the earlier event by symbolic or similar links... 'Whenever in a memory the subject himself appears as an object among other objects, this may be taken as evidence that the original impression has been worked over...' ³ Clara's memory vividly included such a representation of herself. As in the interpretation of a dream, she is not recovering latent organized memories that have been repressed, she is building new meanings, organizing new schemas, making new connections, in the context of the new relationship. Freud's comments in 1899 are compatible with this point.

Shame, affiliation and sexual desire

Part of Clara's management of her ongoing difficulties involve construction of a competent, brave, intellectual self who did not need to call out for help. Each time a painful experience occurred that Clara was able to manage adequately, this construction of herself would be supported. Conversely,

³Cited from Abstracts of the Standard Edition, International Universities Press, p.89.

a failure to manage the situation could be devastating - leaving her in a state of pain and danger, perhaps expecting criticism or punishment, but also with a devastating failure of her competent self-image. It seems likely that such experiences of shame and humiliation would have contributed to Clara's early withdrawal from expressing emotional need. Such expression would leave her not only with a loss of connection to her caretakers, but also to her sense of self.

The emergence of the memory of the transitional object, the stuffed dog, at the very end of treatment, is centrally related to the change that has occurred during Clara's treatment. The object presumably played a supportive role in her schema of how to survive as a child; there was perhaps some shame associated with that as well. Her parents took it away; she could do without it; she did not need it. As the end of the treatment and as the new relationship with Marina has been internalized, she could let the memory and the sense of need return. She now has an 'object' that she can keep with her, while still being a competent, brave self.

An explicit reference to shame in Dr. Amore's paper emerges with respect to the sexual advances from the professor who apparently raped her; she is ashamed to have been a passive object of a man's sexual pleasure, ashamed to have been sexually disappointing to him. Her strategy of distancing and normalizing the event doesn't work; the teacher becomes cold and detached. The first episode of dysmorphism happens in this period; she also begins to engage in promiscuous sexual encounters without desire or pleasure. Her attempt to write a thesis is compromised and she withdraws from the work, although maintaining some connection to her university.

A recurring dream that Clara reports of a child pretending to be asleep while being abused by an unknown adult couple who claimed to be her parents seems relevant here; this is associated with the total numbness of her body during her sexual encounters. I would be interested in the relationship of this and other dreams to the avoidance of shame in her early self-representation. I would also be interested in an association between her relationship to her father, whom she might have hoped to please by being strong, brave and intellectual, and her later self-abnegating submission to her professor, who uses and then abandons her. Presumably the working through of the bodily numbness and associated fantasies, perhaps involving her father, could be a topic for another paper.

Conclusions

Some main ideas I've presented here, as illustrated in the case of Clara.

Emotion schemas are inherently *mind-body constellations* connecting the sensory, physiological and motoric processes of the affective core to the

experiences of life; an experience of emotion involves an activation of a schema with its bodily core. This view of emotions is compatible with current views of emotion systems in affective neuroscience and related fields. As the neurologist Pessoa has explained:

“...there are no truly separate systems for emotion and cognition because complex cognitive-emotional behaviour emerges from the rich, dynamic interactions between brain networks. Indeed, I propose that emotion and cognition not only strongly interact in the brain, but that they are often integrated so that they jointly contribute to behaviour. Moreover, I propose that emotion and cognition are only minimally decomposable in the brain, and that the neural basis of emotion and cognition should be viewed as strongly non-modular” (Pessoa, 2008, p. 148).

Emotional difficulties involve disconnection between the subsymbolic bodily and sensory components of the affective core of a schema and the events that activate it. For Clara, a dreaded schema involved her parents' coldness and rejection, her experience of this, and her expectation of abandonment or abuse. Throughout Clara's life, situations occurred, in many contexts with many people that activated this schema, and her painful and frequently unsuccessful response, without her recognition of these stimuli.

Rather than recovering unconscious memories that have been repressed, we can account for Clara's experience as reconstructing schemas that have been dissociated. Such reconstruction occurs through *repeated activation of the referential process in the context of the therapeutic relationship*. In very early years of treatment, trace activation of events associated with a dissociated schema, within and outside of the session, bring with it repetitions of the painful affective core, with its dangers and threats; the connections are quickly closed down. As the therapeutic relationship builds, and the patient becomes more aware of her own powers, instances of events associated with the dreaded schema may occur, but now with somewhat reduced activation of pain and danger. The patient can begin to recognize the meaning of these events, and eventually to recognize that her expectations of distress are not realized in her new interactions. It is necessary for some degree of activation of the affective core to occur in the session itself in order for the emotional change in the schema to occur.

During the phase of termination, Clara experienced her neuralgia in the session itself for the first time, and Marina helped her to work with it. The termination of the treatment is a potent source of activation of the emotion schemas for both participants, particularly for such long and intense treatments and raises important questions concerning the therapeutic process. As this case has illustrated, therapists as well as patients need to work through the painful but desired process of separation, in the contexts of their own lives.

REFERENCES

- Amore, M. (2012). Clinical Scenarios of 'Remembering': Somatic States as a Process of Emerging Memory. *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 22(2), 238-252.
- Auchincloss, E. L., & E. Samberg (Eds.) (2012). *Psychoanalytic Terms and Concepts*. London: Yale University Press.
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering: A study in social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols. A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 151-172.
- Bucci, W. (2001). Pathways of emotional communication. *Psychoanalytic Inquiry*, 20, 40-70.
- Bucci, W. (2002). The referential process, consciousness, and the sense of self. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 766-793.
- Bucci, W. (2007a). Dissociation from the perspective of multiple code theory: Part I; Psychological roots and implications for psychoanalytic treatment. *Contemporary Psychoanalysis*, 43, 165-184.
- Bucci, W. (2007b). Dissociation from the perspective of multiple code theory: Part II; The spectrum of dissociative processes in the psychoanalytic relationship. *Contemporary Psychoanalysis*, 43, 305-326.
- Bucci, W. (2011a). The role of subjectivity and intersubjectivity in the reconstruction of dissociated schemas. Converging perspectives from psychoanalysis, cognitive science and affective neuroscience. *Psychoanalytic Psychology*, 28, 247-266.
- Bucci, W. (2011b). The interplay of subsymbolic and symbolic processes in psychoanalytic treatment: It takes two to tango - but who knows the steps, who's the leader? The choreography of the psychoanalytic interchange. *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 45-54.
- Bucci, W. (2013). The referential process as a common factor across treatment modalities. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16, 16-23.
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens*. San Diego, CA: Harcourt Brace.
- Freud, S. (1899). Screen memories. *Standard Edition*, 3, 301.
- Freud, S. (1905). Three essays on the theory of sexuality. *Standard Edition*, 7, 123-246
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. *Standard Edition*, 12, 97-108.
- Gallese, V., L. Fadiga, L. Fogassi, & G. Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119, 593-609.
- Keysers, C. (2011). *The empathic brain*. Cambridge, MA: Social Brain Press.
- Keysers, C. & V. Gazzola. (2009). Expanding the mirror: Vicarious activity for actions, emotions and sensations. *Current Opinions in Neurobiology*, 19, 666-671.
- Kris, E. (1956). On some vicissitudes of insight in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 445-455.
- McEwen, B. S. & Seeman, T. (2003). Stress and affect: Applicability of the concepts of allostasis and allostatic load. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, and H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 1117-1137). Oxford: Oxford University Press.
- Pessoa, L. (2008). On the relationship between emotion and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 148-158.
- Piaget, J. (1936). *Origins of intelligence in the child*. Londra: Routledge & Kegan Paul.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, 1(4667), 1383-1392.
- Singer, T., & Frith, C. D. (2005). The painful side of empathy. *Nature Neuroscience*, 8, 845-846.

-
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York, NY: Basic Books.
- Wicker, B., Keysers, C., Plailly, Royet, J. P., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2003). Both of us disgusted in my insula: The common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron*, *40*, 655-664.

Conflict of interests: the author declares no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 10 June 2020.
Accepted for publication: 19 April 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021
Licensee PAGEPress, Italy
Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:291
doi:10.4081/rp.2021.291

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Nuove prospettive sui sintomi e simboli nel caso di Clara e il loro ruolo nel processo terapeutico

Wilma Bucci*

SOMMARIO. – Il trattamento di Clara descritto dalla dott.ssa Marina Amore fornisce nuove intuizioni sul ruolo delle funzioni somatiche nello sviluppo dei disturbi emotivi e nella comunicazione terapeutica. Secondo la teoria del processo referenziale le descrizioni di specifiche esperienze corporee possono servire a costruire connessioni con il modo simbolico e verbale quando le narrazioni che coinvolgono persone ed eventi della vita non sono accessibili. Durante i 10 anni di trattamento, i racconti di Clara dei suoi gravi sintomi nevralgici e delle sue esperienze corporee ed emotive nelle sue interazioni con la dott.ssa Amore le permisero alla fine di parlare delle esperienze passate e presenti con i suoi genitori e le altre persone, e di ricostruire schemi delle emozioni che erano state dissociate. Le sensazioni corporee della dott.ssa Amore nelle sue interazioni con Clara l'hanno guidata nel lavoro terapeutico e hanno inoltre aperto una nuova comprensione delle esperienze nella sua stessa vita. Il processo referenziale può essere visto come un processo che ha avuto luogo in profondità tra e dentro i due partecipanti mentre riconoscevano il processo di crescita di Clara e lavoravano anche per risolvere il loro senso di perdita nella fase finale.

Parole chiave: Sintomi; simboli; teoria del codice multiplo.

La complessa storia del trattamento di Clara, raccontata con sensibilità dalla dottoressa Amore, fornisce alcuni *insight* sul ruolo dell'esperienza somatica nello sviluppo dei disturbi emotivi e sul processo di trattamento. La discussione di questo caso mi permette di tornare al mio precedente articolo 'Sintomi e Simboli: Una teoria del Codice Multiplo della Somatizzazione' (Bucci, 1997) e di presentare nuove prospettive sviluppatasi da allora riguardanti l'interazione dei processi psichici e somatici.

Nei miei commenti iniziali sul caso, in risposta alla presentazione della

*Professor Emerita, Derner Institute, Adelphi University and Co-Director of Research, Pacella Research Center, New York Psychoanalytic Society and Institute.

E-mail: wbucci@icloud.com

¹Il materiale riguardante il caso mi è stato messo a disposizione dal terapeuta curante.

dottorssa Amore nel Novembre 2017 a Milano, ho discusso i problemi emotivi di Clara dal punto di vista della teoria del codice multiplo e ho anche formulato diverse domande riguardanti il processo di trattamento e l'esperienza soggettiva della dottorssa Amore. Nel presente lavoro presenterò un breve riassunto della teoria, concentrandomi sul ruolo dell'esperienza corporea nello sviluppo e nel trattamento dei disturbi emotivi. Applicherò quindi il modello al caso di Clara, come discusso nel nuovo articolo della dottorssa Amore che approfondisce ed elabora le sue precedenti presentazioni (vedi anche Amore, 2012). La mia discussione riguarderà i cambiamenti nel terapeuta e nel paziente nel campo interattivo della terapia, nel mentre i due insieme hanno vissuto il dramma della fase di conclusione della terapia. Qui aggiungo che questa discussione può essere vista come inerente non solo l'interazione tra terapeuta e paziente, ma anche come discussione a più livelli tra la dottorssa Amore ed io, discussione che ha aperto nuove idee e nuovi percorsi per entrambi.

Concetti della teoria del codice multiplo

In questa breve presentazione teorica della teoria del codice multiplo, mi concentrerò su tre punti principali: i) il pensiero organizzato si manifesta in forme sensoriali e corporee così come nel linguaggio verbale; ii) i processi coinvolti nelle emozioni sono anche coinvolti nella regolazione delle funzioni fisiologiche; iii) l'esperienza corporea è condivisa tra le persone; *sentiamo* quello che *provano* gli altri.

I concetti di base della teoria del codice multiplo sono i sistemi di elaborazione *subsimbolici* e *simbolici*, gli *schemi emotivi* che costituiscono l'organizzazione dell'esperienza nella memoria e il *processo referenziale* mediante il quale l'esperienza subsimbolica viene comunicata in forma verbale. Tutti questi concetti sono stati discussi altrove; descriverò le idee di base qui.

Le persone pensano e comunicano sia in forme *simboliche* che *subsimboliche*. I simboli possono essere parole o immagini che si riferiscono e rappresentano le esperienze di vita. Possono essere combinati per rappresentare idee complesse e sono centrali nel ragionamento logico e nella comunicazione agli altri. Le persone hanno anche accesso a un mondo complesso di esperienza subsimbolica in forma analogica, come gradienti di esperienza piuttosto che come rappresentazioni discrete. Questi possono riguardare le sensazioni in tutte le modalità sensoriali - la vista, l'udito, l'olfatto, il gusto e il tatto - e anche nell'esperienza corporea e motoria. Sia i processi simbolici che subsimbolici possono verificarsi in modalità conscia o inconscia. Siamo abituati a vedere i processi simbolici come pensiero cosciente, tuttavia possiamo divenire consapevoli anche del flusso dell'esperienza subsimbolica che fornisce il colore, la musica e la sensazione delle nostre vite, e in qualche

misura classifichiamo le esperienze che non possono essere prontamente definite come non coscienti. Come ho sostenuto altrove, ammettere l'esperienza subsimbolica nel dominio del pensiero maturo, cosciente e razionale cambia la nostra visione dell'attività mentale in generale e della terapia in particolare (vedi ad esempio Bucci 2002, 2011a, 2011b; Damasio, 1999).

Gli schemi dell'emozione. L'organizzazione della vita emotiva e della motivazione dipende dagli schemi emotivi. Questi sono reti nella memoria che si formano attraverso ripetute interazioni con altre persone e che consistono in modelli di esperienza viscerale o somatica in forma subsimbolica (ciò che sentiamo, o ci aspettiamo di sentire quando qualcuno agisce in un modo particolare nei nostri confronti o si verifica un evento particolare), modelli di risposta motoria associati a tale eccitazione (attaccare, fuggire, accarezzare), e rappresentazioni dell'oggetto dell'emozione, della persona o dell'evento associato a questi modelli di sentimento e risposta.

Le componenti subsimboliche del sentimento e dell'azione costituiscono il *nucleo affettivo* dello schema; gli agglomerati di ricordi che formano gli schemi emotivi si basano sull'attivazione del nucleo affettivo con persone diverse e in luoghi e tempi diversi. Lo schema si attiva quando *accade qualcosa* nella propria vita che attiva il nucleo affettivo. Il nucleo del sentimento e dell'azione - o tendenze all'azione - che si costruisce quando un bambino viene punito o trascurato da un genitore, può essere riattivato in una relazione intima, o nel proprio lavoro, o in qualsiasi altro contesto quotidiano della vita. Ogni episodio in cui viene attivato il nucleo affettivo, o qualche suo componente, costituisce un'istanza che si aggiunge allo schema, in alcuni casi modificandolo, in alcuni casi rafforzando le aspettative che vi sono incorporate. Ciascuna di queste attivazioni di uno schema emotivo costituisce ciò a cui ci riferiamo come un'esperienza di emozione. In alcuni casi i raggruppamenti di tale attivazione, condivisi da molte persone, sono classificati da parole emozionali come 'rabbia', 'paura' o 'vergogna'; in molti casi i raggruppamenti sono più diffusi, più vari e specifici per la vita di un individuo: le persone dicono 'Non so spiegare come mi sento'.

Relazione degli schemi dell'emozione con altri concetti

Il costrutto dello schema dell'emozione si basa sulla nozione di base dello schema di memoria (Bartlett, 1932). Come definito da Bartlett, gli schemi di memoria sono rappresentazioni organizzate di conoscenze ed esperienze passate che vengono attivate e alterate da nuove esperienze e determinano in modo interattivo come viene percepita la nuova esperienza. Come per tutti gli schemi di memoria, vediamo tutte le esperienze del mondo attraverso la lente dello schema emotivo; Non c'è altro modo. I concetti di assimilazione e accomodamento di Piaget (1936) rappresentano anche la natura in continua evo-

luzione degli schemi di conoscenza nell'esperienza di vita. Gli schemi dell'emozione differiscono da altri schemi di memoria o conoscenza in quanto la loro organizzazione si basa sulle esperienze subsimboliche sensoriali, corporee e viscerali del nucleo affettivo e sono radicate nelle interazioni con il mondo di altre persone dall'inizio della vita.

Il concetto di Bowlby (1969) di *Modelli operativi interni* e il concetto di Stern (1985) di *Rappresentazioni delle interazioni che sono state generalizzate* (RIGs) enfatizzano la natura evolutiva e interpersonale degli schemi emotivi e il ruolo del genitore nel loro sviluppo. Come definito da Stern, le RIGs sono basate su episodi che includono 'sensazioni, percezioni, azioni, pensieri, affetti e obiettivi' e che si verificano ripetutamente in una particolare relazione temporale (Stern, 1985, p. 95). Così come episodi specifici si ripetono, il bambino inizia a formare la struttura della memoria prototipica, la RIGs, che Stern caratterizza come: '...un'aspettativa personale e individualizzata di come è probabile che le cose procedano momento per momento' (p. 95).

Dal punto di vista della psicoanalisi

La formulazione delle emozioni e degli schemi dell'emozione come definiti nella teoria del codice multiplo sono inoltre legati alle idee psicoanalitiche di base. Il concetto di transfert di Freud del 1912 implica un'organizzazione simile che mette in relazione oggetti, azioni e soddisfazione somatica, in termini diversi:

"Ogni uomo ha acquisito, per l'azione congiunta della sua disposizione congenita e degli influssi esercitati su di lui durante gli anni dell'infanzia, una determinata indole che caratterizza il modo di condurre la vita amorosa, vale a dire le condizioni che egli pone all'amore, le pulsioni che con ciò soddisfa e le mete che si prefigge. Ne risulta per così dire un cliché (o anche più d'uno), che nel corso della sua esistenza viene costantemente ripetuto, ristampato quasi, (corrispondendo) nella misura in cui lo consentono le circostanze esterne e la natura degli oggetti d'amore accessibili; cliché che tuttavia può in parte modificarsi in relazione a impressioni recenti... Se il bisogno d'amore di qualcuno non è completamente soddisfatto dalla realtà, è obbligato ad avvicinare ogni nuova persona che incontra con idee anticipatorie libidiche" (Freud, 1912).

I concetti di cliché, di idee anticipatorie libidiche, della coazione a ripetere, così come i concetti di relazioni oggettuali interiorizzate, stati del sé (nell'approccio relazionale) e complessi (nella teoria junghiana) e molti altri implicano rappresentazioni organizzate, costruite attraverso la vita, che determinano *come ci si sente o come ci si aspetta di sentirsi* in situazioni particolari, con persone particolari.

Il concetto di schema dell'emozione si riferisce anche, indirettamente, al concetto psicoanalitico di pulsione e fornisce una caratterizzazione dell'idea psicoanalitica fondamentale dell'interazione tra psiche e soma, indipendentemente dal modello energetico. Freud (1905) caratterizzò le pulsioni sulla base della loro fonte somatica, del loro scopo e del loro oggetto. Nello schema dell'emozione, come nel concetto di pulsione, c'è una fonte somatica, un insieme di funzioni corporee tra cui l'attivazione sensoriale, viscerale e motoria e un modello di risposta associato a queste funzioni. C'è anche un oggetto - qualcosa che accade nel presente o nella memoria o nella fantasia - che è lo scopo verso il quale sono dirette le risposte.

La natura interpersonale degli schemi dell'emozione

Un aspetto centrale degli schemi dell'emozione riguarda il loro sviluppo in un contesto interpersonale. I nuovi avanzamenti nelle neuroscienze sociali e nella comunicazione incarnata ha fornito una struttura per comprendere tale sviluppo. La scoperta iniziale dei neuroni specchio nelle scimmie ha richiesto l'impianto di elettrodi nel cervello (Gallese, Fadiga, Fogassi & Rizzolatti, 1996). I ricercatori nel campo delle neuroscienze affettive hanno ora trovato modi non invasivi per studiare i processi di mirroring negli esseri umani in disegni sperimentali, nonché attraverso la stimolazione di particolari aree cerebrali nelle procedure associate alla neurochirurgia per l'epilessia e le condizioni correlate. In studi che utilizzano la risonanza magnetica funzionale (fMRI) o la stimolazione magnetica transcranica (TMS), i ricercatori hanno scoperto che alcune delle cellule nervose che si attivano nel cervello di una persona quando viene toccata si attivano anche quando questa vede un'altra persona che viene toccata (Keyzers & Gazzola, 2009), quando osserva un'altra persona che mostra espressioni di disgusto o di apprezzamento e quando lei stessa sperimenta odori disgustosi o piacevoli (Wicker, *et al.*, 2003), quando osserva il dolore in un'altra persona e quando lo sperimenta lei stessa (Singer & Frith, 2005).

Come osserva il neuroscienziato sociale Christian Keyzers:

“...La scoperta di circuiti condivisi ha cambiato la nostra comprensione del legame tra la mente individuale e le persone intorno a noi. Alla luce della nuova ricerca, le persone intorno a noi non sono più solo una parte del ‘mondo là fuori’, limitate alle aree sensoriali del cervello. Attraverso circuiti condivisi, le persone intorno a noi, le loro azioni e le loro emozioni, permeano molte aree del nostro cervello...: il nostro sistema motorio e le nostre sensazioni. Fili invisibili di circuiti condivisi legano insieme le nostre menti...” (Keyzers, 2011, p. 117).

L'implicazione di questi risultati è enormemente significativa per la nostra comprensione dell'organizzazione degli schemi dell'emozione nello

sviluppo e nel loro svolgimento nella psicoterapia. Così come non siamo abituati a riconoscere i processi sensoriali, corporei e motori subsimbolici come pensiero sistematico, così non siamo abituati a riconoscere che ognuno di noi è parzialmente occupato dalle percezioni e dalle azioni delle persone con cui siamo in contatto - e alcune parti di noi sono costantemente occupati dalle persone con cui siamo stati in stretto e continuo contatto nei nostri primi anni. Noto qui che il concetto di identificazione proiettiva, che è stato visto come un po' magico e in alcuni casi malevolo, acquisisce una base sistematica e neutra con queste nuove scoperte.

Dissociazione all'interno e tra gli schemi emotivi

In alcuni momenti della vita, ogni bambino, ogni persona si troverà in uno stato doloroso, spaventoso e che può essere vissuto come pericoloso per la vita. Tali stati possono variare dalla fame, che trasforma un bambino in un insieme di frustrazione e rabbia dal viso arrossato e strillante, che tuttavia viene prontamente risolto dalla connessione al seno della madre, alle altre affezioni e attacchi meno facilmente gestiti che si verificano nella vita di ogni bambino. Se chi si prende cura del bambino è in grado di riconoscere la sofferenza del bambino, di modificare i connessi modelli di attivazione dolorosa e di reindirizzare l'interazione, i processi di regolazione verranno eventualmente incorporati nello schema dell'emozione e si manifesteranno quando si verificano nuove minacce. I problemi sorgono quando coloro che si prendono cura del bambino falliscono nell'intervenire efficacemente o vengono sopraffatti, o in casi estremi, quando sono loro stessi gli agenti di abuso. Il bambino non può evitare l'attivazione dell'esperienza somatica dolorosa o la connessa tendenza ad attaccare o evitare la fonte del dolore. Quello che può fare è tentare di scappare mentalmente, o virtualmente, cercare di distogliere l'attenzione dalla situazione che ha suscitato questi sentimenti rifugiandosi nella sua mente. In particolare, cercherà di evitare di riconoscere che è un genitore colui che l'ha trascurato o abusato. Tale riconoscimento aggiungerebbe un'ulteriore, terribile, fonte di dolore e paura: non solo soffre, ma è anche stato abbandonato o addirittura messo in pericolo da coloro i quali doveva chiamare per essere aiutato.

Sebbene le persone siano in grado di dirigere l'attenzione lontano da alcuni oggetti ed eventi, generalmente non sono in grado di dirigere e controllare i sistemi corporei che costituiscono il nucleo affettivo, tra cui la frequenza cardiaca, la pressione sanguigna, la respirazione, la sudorazione e le funzioni digestive. L'attivazione corporea del nucleo affettivo dello schema dell'emozione - inclusa l'attivazione sensoriale e viscerale, e le tendenze a rispondere associate alla rabbia o alla paura o alla perdita - rimangono attive e da regolare in qualche modo. Il bambino può concentrarsi sulla sua espe-

rienza somatica, può agire in modo aggressivo o in altri modi, o trovare modi per assumersi la responsabilità del suo stato.

Il bambino e poi l'adulto possono anche cercare modi per regolare l'attivazione dolorosa in modo più attivo, mangiando o non mangiando, usando droghe o alcol o ferendosi. In alcuni casi le persone trovano mezzi più positivi per regolare le ondate di affetti dolorosi, come immergersi in una carriera, o nello sport, o nella cura dei bambini, impegnarsi in azioni politiche, esplorazioni scientifiche, o nelle arti, o nel fare buone opere per gli altri. Nel corso della vita è probabile che il bambino e più tardi l'adulto si trovino ad affrontare situazioni che portano all'attivazione di uno schema doloroso e alla messa in gioco degli schemi di risposta che hanno funzionato in passato, per scongiurare una minaccia prima che si realizzi effettivamente.

Le strategie che sono state utilizzate per prevenire l'attacco possono anche bloccare l'opportunità della persona di vedere che le nuove situazioni sono diverse da quelle precedenti. È probabile che la portata della situazione temuta, il senso di somiglianza di nuovi eventi con le prime situazioni di minaccia si allarghino di molto, abbracciando una gamma sempre più ampia di interazioni interpersonali. Le risposte fisse a una gamma sempre più ampia di situazioni si aggiungono ai problemi della vita che portano le persone al trattamento. Le radici psicologiche dei processi dissociativi e le loro implicazioni per il trattamento sono discusse in dettaglio altrove (vedi Bucci, 2007a, 2007b).

Disturbi emotivi e somatizzazione

Gli schemi dell'emozione sono il punto in cui mente, emozione e funzioni corporee si intersecano. In situazioni di dissociazione all'interno dello schema, dove la minaccia non è riconosciuta come tale, è probabile che si verifichi un'attivazione prolungata del nucleo affettivo. Non è solo la sfida esterna in quanto tale, ma il continuo tentativo del corpo di gestirla che aumenta la vulnerabilità alle malattie fisiche. La risposta generalizzata allo stress (Selye, 1950; McEwen & Seeman, 2003) coinvolge funzioni biologiche e comportamentali che tentano di mantenere l'equilibrio interno laddove la sfida esterna stessa non può essere affrontata efficacemente; queste funzioni possono coinvolgere i sistemi ormonali, l'asse ipofisi-surrene e il sistema autonomo, e le interazioni tra questi. Esistono prove considerevoli degli effetti di tale attivazione su una vasta gamma di malattie, compresi i disturbi infiammatori coinvolti nella nevralgia che affliggeva Clara, nonché sui disturbi che coinvolgono il sistema endocrino, riproduttivo, della crescita e immunitario.

Sottolineo che la particolare espressione fisiologica che si verifica è vista come dipendente dalle aree di debolezza organica o vulnerabilità di un

individuo, non come associata a uno specifico evento emotivo conflittuale inconscio. Questo punto di vista è sostenuto dalla maggior parte degli scrittori nel campo psicoanalitico. Come affermano Auchincloss e Samberg (2012), riassumendo le opinioni correnti: 'Negli ultimi anni, gli sforzi per collegare disturbi specifici a specifici conflitti sottostanti sono stati in gran parte abbandonati a favore di un uso più generale del termine per suggerire solo un contributo marcato di fattori psicologici all'eziologia o all'espressione di qualsiasi sindrome medica' (p. 215).

Per riassumere questo processo, a volte frainteso, l'attivazione corporea che si manifesta come sintomo fisico non è un simbolo con un significato emotivo particolare. È una risposta a un fattore di stress che supera una soglia fisiologica; la natura del fattore di stress dipende dall'esperienza di vita di un individuo; la particolare espressione somatica dipende dalle aree di vulnerabilità fisiologica di un individuo. Vi è un crescente consenso, anche in campo medico, sul fatto che tali disturbi richiedano terapie psichiatriche o psicologiche, nonché cure mediche e in alcuni casi chirurgiche; c'è ovviamente disaccordo sulla natura delle psicoterapie che potrebbero essere utili, e su come funzionano.

Il processo referenziale nel contesto terapeutico

Il grande mistero della psicoterapia che mi ha intrigato da quando ho iniziato questo lavoro è come le parole - cambiamenti effimeri nelle onde sonore - che vengono scambiate tra due persone portano a cambiamenti nei sistemi fisici; come possono i disturbi fisici ed emotivi rispondere a una cura fatta di parole? Freud ha affrontato questa domanda utilizzando i concetti di energia libidica e della sua conversione tra innervazione somatica e forme mentali; possiamo ora spiegare questi effetti senza ricorrere a tali concetti.

La comunicazione dell'esperienza emotiva è un processo multilivello, che ho chiamato processo referenziale, e che include tre funzioni di base: *Attivazione*, *Simbolizzazione* e *Riflessione/Riorganizzazione*. I molteplici livelli di pensiero devono verificarsi sia nel terapeuta che nel paziente affinché possa avere luogo una comunicazione efficace. Nello svolgimento ottimale del processo, queste funzioni si susseguiranno come fasi del trattamento. La progressione può anche essere interrotta, può tornare indietro su sé stessa o può essere abbandonata. Ho discusso altrove di queste funzioni e del loro funzionamento nel trattamento, e le riassumerò qui solo brevemente.

Attivazione: il paziente ha la sensazione che qualcosa lo sta infastidendo, che ha qualcosa in mente mentre inizia in seduta. Tracce di uno schema problematico dissociato dell'emozione si attivano all'interno della relazione, nell'interazione dei due partecipanti e in modi diversi nell'esperienza soggettiva di ciascuno. L'esperienza di entrambi i partecipanti è in gran parte

in forma subsimbolica in questa fase dal momento che implica l'attivazione del nucleo affettivo di uno schema, e la loro comunicazione avviene principalmente a livello sensoriale, corporeo e motorio. Il paziente, come ogni persona che cerca di comunicare l'esperienza emotiva, ha difficoltà a collegare l'esperienza al linguaggio. Il problema è particolarmente accentuato per il paziente, che è alle prese con schemi dissociati e che sta cercando di evitare il collegamento con l'esperienza dolorosa, piuttosto che cercare di formularla e comunicarla.

Simbolizzazione/Narrazione: vengono alla mente immagini o sequenze di immagini associate al nucleo affettivo, a volte in forma fugace o disconnessa, a volte come fantasie della veglia o eventi della relazione terapeutica, a volte così come sono apparse in sogno. Le immagini costituiscono delle esemplificazioni di uno schema dell'emozione che è stato attivato - uno dei gruppi di eventi che attivano un insieme simile di sentimenti e coinvolgono risposte simili. Nel funzionamento ottimale del processo referenziale, il paziente può quindi passare a descrivere l'immagine o l'evento con tipo di linguaggio vivido e dettagliato che indica la connessione con l'esperienza emotiva nel parlante ed è in grado di evocare l'esperienza corrispondente nell'ascoltatore.

Riflessione/Riorganizzazione: una volta che il materiale è stato condiviso e l'affetto è presente ma sufficientemente contenuto, c'è l'opportunità per una fase di riorganizzazione in cui il significato degli eventi che compongono lo schema può essere ulteriormente esplorato, possono essere scoperte nuove connessioni e costruiti nuovi schemi.

Le funzioni possono verificarsi durante le sedute e nel corso di periodi del trattamento, possono verificarsi nell'ordine specificato, oppure l'ordine potrebbe essere interrotto. Il processo si svolgerà in modo diverso per pazienti diversi, con diversi problemi e nelle diverse forme di trattamento. Come ho argomentato altrove, il processo di base può essere identificato in tutti i tipi di psicoterapia (Bucci, 2013).

Transizione dall'eccitazione alla fase simbolica

Kris ha delineato il modello ottimale del processo di trattamento nella sua descrizione della 'buona ora analitica':

“Il più delle volte, la 'buona ora' non inizia in maniera favorevole. Di solito diviene tale gradualmente, diciamo dopo i primi dieci o quindici minuti. Quindi può giungere un sogno, e associazioni, e tutto inizia ad avere un senso. In casi particolarmente fortunati un ricordo del passato recente o lontano o, all'improvviso, un ricordo dei giorni bui può presentarsi con vari gradi di carica affettiva. E quando l'analista interpreta, a volte tutto ciò che deve fare è porre una domanda. Il paziente potrà egli stesso operare una sintesi, e arrivare alle conclusioni” (Kris, 1956, p. 446).

La realtà, come sanno i clinici, è che i primi 10 o 15 minuti a cui si riferisce Kris, che io definisco come la fase di attivazione, possono diventare 10 o 15 settimane o mesi o anche di più. Nel quadro della teoria del codice multiplo, questa è una fase di attivazione subsimbolica: molto sta accadendo all'interno del paziente, ma non molto che possa essere condiviso in forma simbolica. I gesti e i movimenti del corpo contribuiscono alla comunicazione subsimbolica, i ritmi del discorso e anche i toni della voce trasmettono informazioni emotive.

Il ruolo dei sintomi somatici nella transizione alla funzione di simbolizzazione

Per alcuni pazienti, e in alcuni punti del trattamento, quando non è disponibile l'accesso alle componenti di uno schema dell'emozione attraverso sogni o fantasie, o narrazioni di eventi della vita, le descrizioni dei sintomi fisici possono servire come protosimboli, fornendo accesso a una modalità simbolica condivisa. I sintomi somatici, così come vengono vissuti o riportati in seduta, sono componenti del nucleo affettivo di uno schema dell'emozione dissociato che si è attivato nel contesto della relazione; parlare di questi eventi corporei può rendere possibile la connessione alle componenti degli schemi che erano stati dissociati nel mentre altri elementi degli schemi sono ancora evitati. Attraverso il circuito condiviso della comunicazione emotiva, l'attivazione di tali componenti corporee dello schema può avvenire sia nel terapeuta che nel paziente. Potremmo vedere questo processo interattivo svolgersi nel caso di Clara, come descritto dalla Dr.ssa Amore.

La storia di Clara e il processo di trattamento

Come scrive la Dr.ssa Amore, Clara è arrivata in cura all'età di 30 anni, soffrendo di gravi 'episodi di dimorfismo percettivo, come 'il rilascio di aria dai suoi occhi', come se i suoi occhi fossero due fori da cui l'aria si muove dentro e fuori il suo corpo, disperdendo la sua energia vitale. Questi episodi innescano reazioni affettive violente, che Clara chiama 'attacchi di panico'. La dott.ssa Amore lavora in collaborazione con uno psichiatra che prescrive farmaci per consentire a Clara di venire in terapia. Clara continua a prendere il farmaco solo per tre mesi, ma lo porta con sé per oltre un anno.

Nella prima seduta, Clara parla anche della nevralgia del trigemino ricorrente di cui soffre dall'età di 6 anni. Il sintomo si è ripresentato regolarmente e ha influenzato pesantemente la sua vita, ma non si è verificato nelle sedute durante l'analisi di Clara fino alla fase di interruzione, come sarà discusso più avanti.

Clara descrive sua madre come incapace di stabilire una relazione empatica con lei e come facilmente disorganizzata da problemi minori, inclusi

quelli fisici. Racconta il ricordo di un incidente in cui si è ferita gravemente durante una caduta. La reazione di sua madre fu tale da richiedere alla famiglia di prendersi cura di lei, mentre Clara osservava, confusa e sola, il sangue che le colava lungo il viso.

Attraverso il ripetersi di tali eventi, fin dai primi anni di vita, in molti contesti, Clara aveva appreso che sua madre non era disponibile, anzi non era in grado di confortarla o prendersi cura di lei. Aveva anche imparato che chiedere aiuto peggiorava le cose. Suo padre non tollerava le richieste di rassicurazione e freddamente razionalizzava l'esperienza emotiva. Sembra probabile che precocemente nella vita Clara abbia riconosciuto i suoi genitori come non disponibili o distruttivi. Sembra anche probabile che abbia tentato di evitare questo riconoscimento, per mantenere la relazione con i suoi genitori per come essa era disponibile per lei. Questo è un esempio di dissociazione all'interno dello schema dell'emozione. Clara fin da bambina molto piccola ha sperimentato un'attivazione dolorosa del nucleo corporeo dello schema dell'emozione, contemporaneamente evitando il collegamento con gli eventi che causavano l'attivazione. Il suo corpo e la sua mente entrerebbero quindi in azione per spiegare questi sentimenti e per gestirli. Parte di questa reazione implicherebbe l'attivazione prolungata delle risposte adattative, come nella risposta allo stress generalizzata come discusso precedentemente.

Il dolore facciale, un aspetto della nevralgia del trigemino di cui Clara soffriva, è noto per essere associato a tali risposte allo stress. Quando arrivavano i sintomi della nevralgia, si sdraiava sul divano della casa di famiglia, senza lamentarsi né piangere, aspettando in silenzio gli effetti degli antidolorifici che i suoi genitori le davano. La sua intelligenza e competenza le hanno permesso di prendersi cura di sé stessa sufficientemente per evitare l'esperienza più dolorosa e devastante dell'abuso emotivo e della negligenza dei suoi genitori. Si sforzava di funzionare in modo da considerarsi 'coerente, forte e coraggiosa' e anche come 'disinibita', 'coraggiosa', 'intellettuale'. Esprimere bisogni emotivi o fisici comportava grandi pericoli per lei. Non solo avrebbe perso la connessione con i suoi genitori chiedendo loro l'aiuto che non avrebbero o non avrebbero potuto dare, ma avrebbe anche perso la costruzione del suo sé come competente che l'aveva sostenuta sin dall'inizio della sua vita. È probabile che i suoi tentativi di mantenere questa immagine di sé stessa intensificassero la risposta allo stress.

Riparazione di schemi dissociati nel trattamento di Clara

Clara va in terapia quando questa costruzione di sé stessa coerente e coraggiosa sta crollando. Sebbene abbia bisogno e cerchi aiuto, mantiene anche le sue aspettative sugli altri come potenziali fonti di pericolo e le sue strategie di risposta mediante l'evitamento della connessione con i suoi

bisogni. Il trattamento inizia con due sedute a settimana, sul lettino. Come Marina² descrive la loro interazione, ‘il flusso di parole è continuo’ tra di loro, ma ‘le parole non sono mai sufficienti per cogliere e descrivere le esperienze ‘oscure ‘che pervadono il suo mondo interiore’. Durante il trattamento, Clara parla di sé stessa, ma è frustrata dalla sensazione di non essere in grado di capire quello che sente veramente; ha l’impressione che il suo discorso sia sempre incompleto, che essa stessa sia incompleta. Non è in grado di descrivere l’orrore che prova che porta agli attacchi di panico; non è in grado di connettersi alle esperienze specifiche che la angosciano.

Dopo un anno Marina suggerisce di aumentare la frequenza delle sedute da due a tre volte alla settimana e offre la possibilità di chiamarla nel fine settimana. Il nuovo setting cambia i modelli di comunicazione nella seduta e fornisce una base più solida per la loro relazione. Qui possiamo cominciare a vedere lo svolgersi delle fasi del processo referenziale nella seduta e nel trattamento. Questo periodo del trattamento è dominato dalle funzioni di *attivazione* dell’esperienza nel contesto della nuova relazione. Clara sta costantemente testando la sua esperienza con Marina in piccoli modi incrementali; vedendo che Marina non reagisce nei modi che ha imparato ad aspettarsi nella sua infanzia. Eppure Marina sente che Clara continua a tenerla a distanza da aspetti importanti della sua esperienza.

Durante questo periodo, Clara racconta un sogno in cui stanno scalando insieme un’alta montagna, ‘come in un pellegrinaggio, per raggiungere un luogo sacro dove riposa un sarcofago scoperto’. Mentre si avvicinano al bordo del sarcofago, Clara posa una mano sugli occhi di Marina. Come riporta Marina: ‘Per entrambi, l’esplorazione del sogno rende esplicito il pensiero che la visione di quello che è il suo sentimento più intimo, vissuto paurosamente come informe e irrepresentabile, possa in qualche modo essere intollerabile e dannoso per me. Se ciò accadesse come è successo quando la madre vedeva il suo sangue, si ritroverebbe di nuovo sola’.

Per consentire a Clara di stabilire una connessione con l’esperienza dolorosa che è ‘informe e non rappresentabile’, nel contesto della seduta, Marina invita Clara a ‘focalizzare l’attenzione cosciente sulle sensazioni corporee abbinate ai sentimenti di inadeguatezza’ e ad esplorarle. Come discusso sopra, i pazienti possono essere in grado di concentrarsi e parlare dell’esperienza corporea, mentre le narrazioni che coinvolgono altre persone o eventi non sono accessibili per la paziente; tali resoconti di specifiche esperienze corporee e sensoriali *possono iniziare a costruire connessioni con la modalità simbolica e verbale*.

²Nella presentazione del materiale del caso, seguendo le attuali procedure per i resoconti delle terapie interpersonali e relazionali, mi riferisco al terapeuta come al paziente facendo uso del loro nome personale.

La presenza dell'analista e le sue risposte possono anche essere simboli o protosimboli di questo tipo (Bucci, 2001).

Clara parla delle incrinature che distorcono la sua voce, della sua postura rigida e dei suoi movimenti; parla anche della sua esperienza con Marina. Nel passaggio dalla modalità di Attivazione a quella Simbolica, anche l'interazione subsimbolica che è andata avanti ininterrottamente tra di loro comincia ad articolarsi; ora Clara è in grado di concentrarsi sulle espressioni di Marina ed è in grado di parlare di come queste la fanno sentire.

I commenti di Clara portano anche Marina a concentrarsi sulla propria esperienza corporea. In alcune situazioni Marina sente che i suoi muscoli delle gambe sono contratti 'come se si preparasse a un improvviso salto in avanti'; lo associa alla sua paura che a causa dell'intensità e della tensione della loro interazione Clara possa sperimentare un improvviso crollo psicotico. In altri casi, quando essi si concentrano su aspetti della loro femminilità condivisa, Marina è in grado in modo più forte di sperimentare il proprio corpo e di trasmettere questa forza a Clara.

A tre anni dall'inizio del lavoro, Clara non soffre più dei sintomi della nevralgia o degli attacchi di panico. Diventa sempre più capace di parlare delle esperienze di vita che prima erano state sentite come insopportabili, poiché queste ora emergono nei ricordi e nei sogni. Collega il verificarsi degli attacchi di nevralgia a un senso di solitudine doloroso e annichilente della sua infanzia. Racconta di aver rivissuto questi sentimenti da adulta, mentre giaceva sul divano del suo soggiorno, aspettando invano che qualcuno venisse a rassicurarla e confortarla.

Il passaggio a una fase narrativa simbolica sembra avvenire in modo più consistente nelle sedute di questo lungo periodo di trattamento, e Clara è più in grado di riportare fantasie, sogni e narrazioni di eventi passati e futuri. Mentre Clara sta costruendo nuove connessioni tra le sue esperienze somatiche e sensoriali e le sue rappresentazioni degli altri nel trattamento, il terapeuta sta diventando un nuovo 'altro' connesso alla sua rappresentazione di sé. Durante questo processo, Clara sta anche costruendo nuove connessioni con le figure che appaiono nei suoi ricordi, così come nuove connessioni nelle sue attuali relazioni con gli altri; costruisce una relazione d'amore e diventa madre.

Dopo circa dieci anni, decidono di cambiare l'impostazione del trattamento a due volte a settimana, faccia a faccia. Nelle fasi iniziali del trattamento, l'uso del lettino si era dimostrato efficace nell'aiutare Clara a mantenere un più stretto contatto con la propria volatile e intensa esperienza interiore. Con il progredire del trattamento, il lettino e le sue stesse implicazioni sono diventati oggetto della loro esplorazione, fungendo da indicatori dei cambiamenti all'interno di ciascuno di essi e nella loro relazione. Come hanno scoperto insieme, l'uso del lettino inizialmente ha funzionato per Clara per preservare Marina come presenza di supporto.

Come osserva Marina: 'In questo modo nemmeno io potevo vedere, riflesse dall'espressione spaventata-spaventosa del suo viso, le sue fragilità. Clara aveva bisogno di preservarmi, come avevamo visto anche nel sogno del sarcofago in cui mi copriva gli occhi, da qualcosa che non si poteva guardare'. Il passaggio dal lettino al faccia a faccia rifletteva la loro osservazione condivisa che Clara nel tempo era arrivata a sentirsi più sicura della solidità emotiva di Marina di fronte alle sue fragilità, e più sicura e convinta della loro relazione. Come ha descritto Marina: 'Questa consapevolezza ora la rendeva ansiosa di guardarmi, sfidando il rischio di vedere le risposte negative che aveva fantasticato per così tanto tempo. Ora poteva incontrare il mio sguardo dove finalmente poteva vedersi vista nelle sue fragilità. Questo cambiamento di setting ha reso possibile la lunga fase di confronto e rispecchiamento che è seguita...'. Questo può essere visto come un tempo di una certa *riflessione* e riorganizzazione; Clara è stata maggiormente in grado di parlare della sua esperienza e del significato emotivo che questa aveva per lei, e si sono potuti vedere cambiamenti più duraturi nei suoi schemi emotivi.

Il processo referenziale nella fase conclusiva

L'esperienza del terapeuta

Sebbene il cambiamento nella natura della loro interazione fosse evidente, Marina è sorpresa quando, dopo aver lavorato insieme per circa 10 anni, Clara esprime la sua sensazione che sia ora di terminare il trattamento. Marina è consapevole dei notevoli progressi che Clara ha conseguito, ma riconosce anche che rimangono significative aree di fragilità. Mentre esplorano la prospettiva della fine, Marina diventa più consapevole dei suoi forti sentimenti di connessione emotiva con Clara; esplora anche i sentimenti paralleli che sta vivendo nel percorso di svezzamento di sua figlia, in corso in quello stesso periodo. Clara, come la figlia di Marina, cresceva e si separava. Per Marina come analista e anche come madre, entrambe le situazioni, in misura diversa, coinvolgono i sentimenti complessi associati a tali separazioni: lutto per una perdita, piacere e orgoglio per la crescita di una persona che ha nutrito, le paure che si hanno quando un paziente - o un bambino - deve affrontare il mondo da solo. Marina crede che sia tempo per Clara di affrontare la vita da sola, ma rimane preoccupata per il fatto che potrebbe non essere pronta, e anche preoccupata che la sua preoccupazione possa minare la fiducia di Clara nella sua capacità di funzionare in modo indipendente. Possiamo vederlo come una versione del processo referenziale nell'esperienza dell'analista: i sentimenti sempre più forti di Marina e la sua consapevolezza rispetto ad essi, la sua associazione al processo di svezzamento di sua figlia, seguita dalla sua esplorazione del dolore della sepa-

razione e dei significati contrastanti dell'orgoglio per la crescita dell'altro e il timore per le capacità dell'altro.

L'esperienza del paziente della fase di chiusura

Quando Marina ha accettato la risoluzione e hanno fissato una data per l'ultimo incontro, gli attacchi di nevralgia di Clara tornano, paralizzanti come in passato. La pianificazione della fine del trattamento ha replicato la situazione di stress primario, il corpo di Clara ha risposto con il modello di attivazione fisiologica a cui era stata vulnerabile per gran parte della sua vita.

Un giorno Clara arriva in seduta soffrendo di un attacco di nevralgia. Questo è un evento eccezionale: non ha mai avuto in precedenza il sintomo in presenza di Marina. Il lavoro della terapia ha portato a un cambiamento nello schema dell'emozione di Clara: ora è in grado di mostrare direttamente il suo dolore. In contrasto con l'espressione nel primo sogno, Clara non ha più bisogno di coprire gli occhi di Marina per impedirle di vedere nell'oscurità del sarcofago, ma non è ancora sicura dei potenziali effetti della rivelazione. L'espressione del bisogno di Clara è presentata nel contesto dell'imminente chiusura del trattamento che lei stessa ha scelto, come se stesse testando se ora può essere indipendente in modo diverso e sostenibile, se perderà le conquiste che ha ottenuto nella sua vita quando si verificherà la separazione da Marina.

Nei termini del processo referenziale, così come si è svolto in questa seduta, l'attivazione del sintomo fa parte della fase di attivazione del nucleo affettivo di uno schema dell'emozione di dolore e perdita nel contesto della relazione. Marina la incoraggia a concentrarsi sui suoi sentimenti fisici e a comunicarglieli, come ha fatto molte volte nel corso del trattamento. Quando Clara sperimenta il dolore e ne parla, allora descrive 'un'esplosione' nella sua testa, che genera 'un raggio di luce bianca accecante'. (Qui noto che un'aura che può coinvolgere lampi di luce è associata all'emicrania, diversa dalla nevralgia che era stata diagnosticata, ma forse correlata in questo caso).

Il raggio di luce assume gradualmente la forma di una scatola bianca che le intrappola la testa. Questo è il movimento nella fase di simbolizzazione, dal protosimbolo al simbolo. Passa dal parlare del dolore alle immagini visive e poi alle immagini recuperate dal passato.

Come Marina descrive nel suo articolo:

'Adesso Clara si muove tra le immagini. La scatola bianca diventa una stanza bianca, vuota e isolata dal resto del mondo. Si vede come una ragazzina, con le spalle girate, in piedi davanti a una vecchia radio che apparteneva ai suoi nonni. È sorpresa dal ricordo. Si chiede perché i suoi genitori la abbiano data via; le dispiace che l'abbiano fatto. Si guarda girare la manopola cercando di sintonizzarsi su una stazione. Poi la sua attenzione viene catturata da qualcosa che la piccola Clara tiene in mano. 'Oh mio Dio... Ho dimenticato tutto... È un cane... il mio peluche! Non me ne sono mai separata... Come ho potuto dimenticarmene in tutti questi anni?'

Questo le permette di entrare in una fase di *riflessione/riorganizzazione*. Sorride mentre dice a Marina quanto conforto le aveva dato questo peluche quando si sentiva spaventata e in pericolo. Ricorda che, ‘come la radio, un giorno era semplicemente sparito: i suoi genitori l’avevano dato a una cugina più giovane perché, come hanno poi spiegato, lei era diventata troppo grande’. Non ricorda come si è sentita in quel momento, o se ha pianto, ma ora è in grado di piangere la perdita di questo oggetto che era così importante per lei. Marina scrive:

‘Alla fine della seduta la nevralgia di Clara è scomparsa e lei sente di aver recuperato una parte importante della sua esperienza. Mi sento come lei e sono profondamente commossa dal processo a cui ho assistito e condiviso. Sono commossa da questa scoperta inaspettata, Clara lo può vedere dai miei occhi umidi.’

Il processo referenziale può comportare il recupero dei ricordi, come in questo esempio, ma avviene anche attraverso fantasie, sogni e interazioni ripetute con il terapeuta. La memoria recuperata qui è una nuova connessione, un nuovo sviluppo, che continua il processo di esplorazione di sé condivisa nel contesto di una relazione di accettazione. Sperimenta il suo dolore in presenza di un’altra persona, che si prende cura di lei ed è in grado di piangere con lei. Ciò è presumibilmente accaduto ripetutamente durante il trattamento, costruendo nuovi schemi che coinvolgono una nuova rappresentazione di sé in relazione agli altri. L’enfasi di Marina sull’attivazione delle componenti corporee della loro esperienza condivisa è stata centrale nel consentire a nuove connessioni di prendere forma.

Qui voglio sottolineare una connessione tra il processo che ho descritto e la definizione di Freud (1899) del ricordo di copertura, come di un ricordo il cui valore sta nel fatto che rappresenta pensieri di una data successiva, il cui contenuto è connesso con il precedente evento tramite collegamenti simbolici o di similitudine... ‘Ogni volta che in un ricordo il soggetto stesso appare come un oggetto tra altri oggetti, questo può essere considerato come prova che l’impressione originale è stata rielaborata.’³

La memoria di Clara includeva vividamente una tale rappresentazione di sé stessa. Quando nell’interpretazione di un sogno non sta recuperando memorie organizzate latenti che erano state rimosse, sta costruendo nuovi significati, organizzando nuovi schemi, realizzando nuove connessioni, nel contesto della nuova relazione. I commenti proposti da Freud nel 1899 sono compatibili con questo punto.

³Tratto da Abstracts of the Standard Edition, International Universities Press, p.89.

Vergogna, affiliazione e desiderio sessuale

Parte della gestione di Clara delle sue continue difficoltà comporta la costruzione di un sé competente, coraggioso e intellettuale che non aveva bisogno di chiedere aiuto. Ogni volta che si verificasse un'esperienza dolorosa che Clara era in grado di gestire adeguatamente, questa costruzione di sé veniva confermata. Al contrario, l'incapacità di gestire la situazione avrebbe potuto essere devastante, lasciandola in uno stato di dolore e pericolo, forse aspettandosi critiche o punizioni, ma anche con un devastante fallimento della sua competente immagine di sé. È probabile che tali esperienze di vergogna e umiliazione abbiano contribuito al precoce ritiro di Clara dall'esprimere il bisogno emotivo. Tale espressione le avrebbe consegnato una perdita di legame non solo con i suoi genitori, ma anche con il suo senso di sé.

L'emergere della memoria dell'oggetto transizionale, il cane di peluche, alla fine del trattamento, è sicuramente correlato al cambiamento che si è verificato durante il trattamento di Clara. Tale oggetto presumibilmente ha giocato un ruolo di supporto nel suo schema di come sopravvivere da bambina; forse c'era anche qualche vergogna associata a questo. I suoi genitori l'hanno portato via; poteva farne a meno; non ne aveva bisogno. Con la fine del trattamento e con l'interiorizzazione del nuovo rapporto con Marina, ha potuto far tornare il ricordo e il senso di bisogno. Ora ha un 'oggetto' che può tenere con sé, pur essendo una persona competente e coraggiosa.

Nell'articolo della dott.ssa Amore emerge un riferimento esplicito alla vergogna rispetto alle avances sessuali del professore che pare l'abbia violentata: si vergogna di essere stata un oggetto passivo del piacere sessuale di un uomo, si vergogna di essere stata sessualmente deludente per lui. La sua strategia di allontanamento e normalizzazione dell'evento non funziona; l'insegnante diventa freddo e distaccato. Il primo episodio di dismorfismo si verifica in questo periodo; inizia anche a impegnarsi in incontri sessuali promiscui senza desiderio o piacere. Il suo tentativo di scrivere una tesi è compromesso e si ritira dal lavoro, pur mantenendo qualche legame con la sua università.

Qui sembra essere rilevante un sogno ricorrente che Clara riferisce di un bambino che finge di essere addormentato mentre subisce abusi da una coppia adulta sconosciuta che ha affermato di essere i suoi genitori; questo è associato al totale intorpidimento del suo corpo durante i suoi incontri sessuali. Sarei interessata alla relazione tra questo e altri sogni con l'evitamento della vergogna nella sua primaria rappresentazione di sé. Sarei anche interessata a un'associazione tra la sua relazione con suo padre, che poteva aver sperato di compiacere essendo forte, coraggiosa e intellettuale, e la sua successiva sottomissione auto-abnegante al suo professore, che la usa e poi la abbandona. Presumibilmente l'elaborazione del torpore corporeo e delle

fantasie associate, che riguardano forse suo padre, potrebbe essere un argomento per un altro articolo.

Conclusioni

Riassumo qui alcune idee principali che ho qui presentato, come rappresentate nel caso di Clara.

- 1) Gli schemi dell'emozione sono vere e proprie *costellazioni mente-corpo* che collegano i processi sensoriali, fisiologici e motori del nucleo affettivo alle esperienze di vita; un'esperienza dell'emozione implica l'attivazione di uno schema con il suo nucleo corporeo. Questa visione delle emozioni è compatibile con le visioni attuali dei sistemi emotivi nelle neuroscienze affettive e nei campi correlati. Come ha spiegato il neurologo Pessoa:

“...non ci sono sistemi veramente separati per emozione e cognizione perché un comportamento cognitivo-emotivo complesso emerge dalle interazioni ricche e dinamiche tra le reti cerebrali. In effetti, propongo che emozione e cognizione non solo interagiscano fortemente nel cervello, ma che siano spesso integrate in modo da contribuire congiuntamente al comportamento. Inoltre, propongo che emozione e cognizione siano solo minimamente scomponibili nel cervello e che le basi neurali di emozione e cognizione dovrebbero essere viste come fortemente non modulari” (Pessoa, 2008, p. 148).

- 2) Le difficoltà emotive implicano la disconnessione tra le componenti corporee e sensoriali subsimboliche del nucleo affettivo di uno schema e gli eventi che lo attivano. Per Clara, uno schema temuto coinvolgeva la freddezza e il rifiuto dei suoi genitori, la sua esperienza di ciò e la sua aspettativa di abbandono o abuso. Durante la vita di Clara, si sono verificate situazioni, in molti contesti e con molte persone che attivavano questo schema, e la sua risposta dolorosa e spesso infruttuosa, senza che lei riconoscesse questi stimoli.
- 3) Piuttosto che recuperare i ricordi inconsci che sono stati rimossi, possiamo spiegare l'esperienza di Clara come la ricostruzione di schemi che erano stati dissociati. Tale ricostruzione avviene attraverso *l'attivazione ripetuta del processo referenziale nel contesto della relazione terapeutica*. Nei primissimi anni di cura, la traccia dell'attivazione degli eventi associati a uno schema dissociato, dentro e fuori la seduta, porta con sé ripetizioni del nucleo affettivo doloroso, con i suoi pericoli e minacce; le connessioni vengono rapidamente chiuse. Man mano che la relazione terapeutica si sviluppa e la paziente diventa più consapevole delle proprie possibilità, possono verificarsi casi di eventi associati allo schema temuto, ma ora con un'attivazione alquanto ridotta del dolore e del peri-

colo. La paziente può iniziare a riconoscere il significato di questi eventi e infine a riconoscere che le sue aspettative di angoscia non si realizzano nelle sue nuove interazioni. È necessario che durante la seduta si verifichi un certo grado di attivazione del nucleo affettivo affinché avvenga il cambiamento emotivo nello schema.

- 4) Durante la fase di conclusione della terapia, Clara ha sperimentato per la prima volta la sua nevralgia all'interno della seduta e Marina l'ha aiutata a lavorarci. La fine del trattamento è una potente fonte di attivazione degli schemi dell'emozione per entrambi i partecipanti, specie per trattamenti così lunghi e intensi, e solleva importanti questioni riguardanti il processo terapeutico. Come questo caso ha illustrato, sia i terapeuti che i pazienti devono elaborare il doloroso ma desiderato processo di separazione, nel contesto della propria vita.

BIBLIOGRAFIA

- Amore, M. (2012). Clinical Scenarios of 'Remembering': Somatic States as a Process of Emerging Memory. *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 22(2), 238-252.
- Auchincloss, E. L., & E. Samberg (Eds.) (2012). *Psychoanalytic Terms and Concepts*. London: Yale University Press.
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering: A study in social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols. A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 151-172.
- Bucci, W. (2001). Pathways of emotional communication. *Psychoanalytic Inquiry*, 20, 40-70.
- Bucci, W. (2002). The referential process, consciousness, and the sense of self. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 766-793.
- Bucci, W. (2007a). Dissociation from the perspective of multiple code theory: Part I; Psychological roots and implications for psychoanalytic treatment. *Contemporary Psychoanalysis*, 43, 165-184.
- Bucci, W. (2007b). Dissociation from the perspective of multiple code theory: Part II; The spectrum of dissociative processes in the psychoanalytic relationship. *Contemporary Psychoanalysis*, 43, 305-326.
- Bucci, W. (2011a). The role of subjectivity and intersubjectivity in the reconstruction of dissociated schemas. Converging perspectives from psychoanalysis, cognitive science and affective neuroscience. *Psychoanalytic Psychology*, 28, 247-266.
- Bucci, W. (2011b). The interplay of subsymbolic and symbolic processes in psychoanalytic treatment: It takes two to tango - but who knows the steps, who's the leader? The choreography of the psychoanalytic interchange. *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 45-54.
- Bucci, W. (2013). The referential process as a common factor across treatment modalities. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16, 16-23.
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens*. San Diego, CA: Harcourt Brace.
- Freud, S. (1899). Screen memories. *Standard Edition*, 3, 301.
- Freud, S. (1905). Three essays on the theory of sexuality. *Standard Edition*, 7, 123-246
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. *Standard Edition*, 12, 97-108.

- Gallese, V., L. Fadiga, L. Fogassi, & G. Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the pre-motor cortex. *Brain*, *119*, 593-609.
- Keysers, C. (2011). *The empathic brain*. Cambridge, MA: Social Brain Press.
- Keysers, C. & V. Gazzola. (2009). Expanding the mirror: Vicarious activity for actions, emotions and sensations. *Current Opinions in Neurobiology*, *19*, 666-671.
- Kris, E. (1956). On some vicissitudes of insight in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, *37*, 445-455.
- McEwen, B. S. & Seeman, T. (2003). Stress and affect: Applicability of the concepts of allostasis and allostatic load. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, and H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 1117-1137). Oxford: Oxford University Press.
- Pessoa, L. (2008). On the relationship between emotion and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, *9*, 148-158.
- Piaget, J. (1936). *Origins of intelligence in the child*. Londra: Routledge & Kegan Paul.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, *1(4667)*, 1383-1392.
- Singer, T., & Frith, C. D. (2005). The painful side of empathy. *Nature Neuroscience*, *8*, 845-846.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York, NY: Basic Books.
- Wicker, B., Keysers, C., Plailly, Royet, J. P., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2003). Both of us disgusted in my insula: The common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron*, *40*, 655-664.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 10 giugno 2020.

Accettato per la pubblicazione: 19 aprile 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:291

doi:10.4081/rp.2021.291

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

The Embodiment of ‘Us and Them’: Fascist Experience in a Traumatized World

Jon Sletvold,* Doris Brothers**

ABSTRACT. – This paper represents an attempt to demonstrate that ‘us vs them,’ the binary that lies at the heart of fascist experience, is embodied. The authors suggest that fascist experience is not merely political but that it infiltrates many aspects of our personal and professional lives. To accomplish their aims the authors focus on two inextricably intertwined strands of psychoanalytic theorizing: traumatic experience and human embodiment. Clinical vignettes illustrating the challenges faced by analysts in working with patients who support a fascist-leaning leader are provided. The paper concludes by suggesting that the emphasis on argument and dialogue in relational psychoanalysis counters the seductions of fascist experience.

Key words: Embodiment; trauma; fascist experience; us vs them; relational psychoanalysis.

In his forward to the second edition of his 1941 book, *Escape from Freedom*, Erich Fromm (1969, p. xiii) explained that 25 years after his book was first published, the fears that led to the rise of fascism ‘have not only continued but have greatly increased.’ In his words ‘...modern man¹ still is anxious and tempted to surrender his freedom to dictators of all kinds...’ Sadly, the 52 years that have passed since he wrote these words have not made his observation any less true. The rise of ultra-nationalism in the United States and many parts of Europe along with the ascendance of authoritarian leaders has led a number of political and philosophical theorists such as Jason Stanley² (2018) to examine the threat of resurgent fascism.

*Psy, D., Norwegian Character Analytic Institute, Oslo, Norway.
E-mail: j-sle@online.no

**The Training and Research in Intersubjective Self Psychology Foundation; The International Association for Psychoanalytic Self Psychology. E-mail: dorisbrothers@mac.com

¹We recognize that the designation, ‘man,’ was used by Fromm to refer to all humans.

²Jason Stanley is an American philosopher, currently Jacob Urowsky Professor of Philosophy at Yale University in New Haven, CT. He is best known for his contributions to the philosophy of language and epistemology.

Having become aware that fears stirred by this threat pervade our analytic practices as well as our personal lives, we feel called to view what we consider ‘fascist experience’ from a psychoanalytic perspective in the hope of better understanding its psychological underpinnings. In doing so we join with the increasing numbers of contemporary writers who emphasize the futility of trying to address the suffering of psychoanalytic patients without considering the historical and sociopolitical embedment of their lives. As Nancy Hollander (2017) observes, any attempt to restrict our gaze to the individual and his or her family ‘misses the larger ideological and institutional contexts that... saturate the psychoanalytic process’ (p. 636).

We have come to believe that no one is immune to the threat and temptations of fascist experience, and we are no exceptions. Awareness of our own vulnerability to fascist experience became unmistakably apparent in our work with patients who support those we regard as fascist-leaning leaders. As we describe below, we found ourselves tempted to employ some of the measures that we regard as the hallmarks of fascist experience when working with these patients. What distinguishes this article from those of other psychoanalytic writers is not only that we regard fascist experience as pervading life beyond the political realm but perhaps, most importantly, that we regard fascist experience as profoundly embodied. As we describe below, the embodiment of fascist experience appears most vividly in the ‘us vs them’ binary.

In his analysis of Hitler’s writings, Fromm (1941/1969) found two trends that he believed to be fundamental to the authoritarian character: ‘the craving for power over men and the longing for submission to an overwhelmingly strong outside power’ (p. 235). He was both pessimistic and optimistic about the endurance of these trends. On the one hand, he feared an ‘escape into new bondage,’ while, on the other, he saw the possibility in modern societies ‘for the full expression of man’s intellectual, sensuous, and emotional potentialities’ (p. 237). He believed that psychoanalysis could enhance the likelihood of such expression.

Our aims in this paper are very much in keeping with Fromm’s insofar as we also believe that psychoanalysis can greatly help to make sense of fascist experience in today’s world. In what follows we focus on two inextricably intertwined strands of contemporary psychoanalytic theorizing that seem to shed illuminating light on fascist experience as it is manifested in many facets of our lives. The first strand involves an understanding of traumatic experience as confrontations with uncertainty accompanied by strenuous efforts to make going-on-being (Winnicott, 1965) feel more certain (Brothers, 2008) and the second involves a focus on embodied emotional experiences that intensify the binary of us and them (Sletvold, 2014).

Wilhelm Reich's analysis of fascism

Fromm was by no means the first analyst to undertake an examination of fascism. In 1933 when the Nazis were first gaining power in Germany, Wilhelm Reich published his book, *The Mass Psychology of Fascism*. By examining the economic and ideological structure of German society between 1928 and 1933, the book attempts to understand what leads masses of people to embrace fascist leaders who promote practices and policies that work against their interests. Reich offered one possible way to understand this. He suggests that fascism is an 'amalgam between rebellious emotions and reactionary social ideas' that overrides their individual needs and concerns (Reich, 1933, p. xiv). In Hitlerian fascism this contradiction is even reflected in the name, *National Socialism*.

Reich makes the point that the success of a fascist movement does not rest on its use of arguments and, for that reason, it cannot be reached with arguments. He notes that the rally speeches of the National Socialists (Nazis) given between the years of 1928 and 1933 were 'very conspicuous for their skillfulness in operating upon the *emotions* of the individuals in the masses and of avoiding relevant arguments as much as possible' (Reich, 1933, p. 34).

Since, in our view, *emotions are fundamentally embodied experiences*, we are convinced that the powerful appeal of fascism derives from its mastery of embodied communication. As Jason Stanley (2018), remarks: 'It is a core tenet of fascist politics that the goal of oratory should not be to convince the intellect, but to sway the will.' He found the following quote by an anonymous author in a 1925 Italian fascist magazine: 'The mysticism of Fascism is the proof of its triumph. Reasoning does not attract, emotion does' (p. 55).

In his last book, *Dear Zealots*, Amos Oz³ (2018) who writes about what he calls 'fanaticism' in ways that are interchangeable with what we are calling fascist experience, simply states: 'The fanatic does not argue' (p. 3). Later he adds:

"It is not the volume that defines you as a fanatic, but rather, primarily, your tolerance - or lack thereof - for your opponents' voices." (Amos Oz p. 2018, p. 14)

In keeping with Reich, we conceive of fascist experience as a feature of relational life that is widely shared. Reich observes:

³Amos Oz was an Israeli writer, novelist, journalist, and intellectual. He was also a professor of Hebrew literature at Ben-Gurion University of the Negev. From 1967 onwards, Oz was a prominent advocate of a two-state solution to the Israeli-Palestinian conflict.

“My character-analytic experiences have convinced me that there is not a single individual who does not bear the elements of fascist feeling and thinking in his structure. As a political movement fascism differs from other reactionary parties as it is *born and championed by masses of people*.” (Reich, 1933/1942/1988, pp. xiii-xiv)

If Reich is correct in asserting that all humans are vulnerable to fascist feeling and thinking, what might we have in common that sets the stage for such experiences? The answer, we believe, lies in the fact that we all live in a traumatized and traumatizing world. Living through many rapid-fire upheavals, we cannot help being reminded of the terrifying uncertainty of our going-on-being. It is no wonder that we are tempted by opportunities to feel more certain about maintaining our vulnerable senses of self. Since complexity tends to increase the experience of uncertainty, we tend to search for ways to simplify our experience in the hope of reducing uncertainty. As Oz (2018) explains: ‘As the questions grow harder and more complicated, people yearn for simpler answers, one-sentence answers, answers that point unhesitatingly to a culprit who can be blamed for all our suffering, answers that promise if we only eradicate the villains, all our troubles will vanish’ (p. 5).

The creation of binaries is a tried and true means of providing simplified answers to complex questions and no binary has more power over us than that of ‘us vs them.’ Racism, sexism, xenophobia, and virtually every form of political malevolence depends on it. It is our contention that fascist experience which revolves largely around the us-them polarity, represent an extreme effort to find certainty in a world trembling with uncertainty. We agree with Reich’s observation that the us-them of racism precedes fascism. He writes:

“The racial theory is not a product of fascism. On the contrary: it is fascism that is a product of racial hatred and is its politically organized expression. It follows from this that there is a German, Italian, Spanish, Anglo-Saxon, Jewish, and Arabian fascism.” (Reich, 1933, p. xiv)

The ‘Us-Them’ binary as embodied experience

We further contend that it is impossible to appreciate the extent to which fascist experience functions in our lives without understanding it from a body-based perspective. We contrast body-based understanding from concept-based understanding that ignores the essential wholeness of human beings; *our minds are inseparable from our bodies*. While it is hard to think of the Nazis in Germany and other fascist movements without conjuring up images of stiff-armed salutes and goose-stepping soldiers, we believe that less obvious manifestations of rigidity are also embodied. In our clinical experience we have found that, in the course of analytic treatment, our trau-

matized patients show increasing bodily flexibility and greater spontaneity and grace in their movements; their behavior becomes less ritualistic and their thinking more open and creative. Fascist experience tends to involve greater rigidity of our bodies and less flexibility of our minds.

To explain the 'us-them' dichotomy from a body-based perspective we need to understand how humans affect one another emotionally. We do not only react emotionally *to* one another, we also react emotionally *with* one another (Sletvold, 2014, 2016). This means that whenever humans meet, two kinds of emotional reactions take place in our bodies. The first involves *how* we are affected by the other - *e.g.*, does the other make us happy, afraid or angry? This kind of emotional reaction is one we share with many other species. The other type of emotional reaction involves feeling some of what others feel. By way of automatic inner imitation we can, to varying degrees, feel some of another person's complex feelings in our own bodies. In our view, this automatic imitation of the emotions of others constitutes the basis for empathy. The degree to which we react emotionally to or with the other changes with the context and our own reactions to it.

In our view it is the ability to experience a situation from both our own and the others' perspective that makes dialogue and argument possible. This ability is easily compromised when conflict increases and discussion leads to animosity and, in extreme situations, violence. When we are able to move fluidly between our own perspective, a sense of 'I' on the one side, and our empathic grasp of the other's perspective, a sense of 'you' on the other, a foundation is laid down for a sense of 'we' (Sletvold, 2014). This sense of 'we' allows for the recognition of our difference from others as well as similarity to them.

The breakdown of the sense of 'we' is typical of any emotionally stressful or traumatic situation. In these situations, we often feel the need to give priority to our own well-being, and, consequently, we may not have the luxury of empathically seeing from the other's point of view. In relatively benign situations this reaction is only temporary, and we are soon able to reestablish contact with the other's felt state. Doing so tends to restore our sense of 'we.'

After severe or longstanding traumatic experiences our ability to reestablish a sense of 'we' may be permanently damaged. Instead of fluidly shifting between 'I' and 'you,' we may either prioritize our own perspective with little regard for the other's (think of Heinz Kohut's, 1971, 1977, 1985) descriptions of the severe narcissistic vulnerability of some grandiose individuals) or we may largely relinquish our own perspective in favor of some other's. Bernard Brandchaft (2007) has characterized this unconscious effort to adapt one's own views and feelings to those required by a needed other as 'pathological accommodation.' Both stances tend to have embodied signatures. For example, the person who perceives the world only in terms of 'I' may feel himself or herself to be bigger than others, and, because of the attitudes and postures he or she adopts, may be experienced by others as occupying more space. In

contrast, the person who tends to favor another person's perspective may feel smaller than others and may be perceived as shrunken.

At times of great societal stress a sense of 'we,' for some people, may be based only on sameness. This 'we' then becomes 'us' and all others who we are not experienced as the same as us become 'them.' At such times, our embodied feelings change dramatically. When we feel connected to those we view as 'us,' we tend to experience a sense of calmness, safety, openness and even, at times, elation; when viewing ourselves with respect to those we consider 'them,' we tend to experience fear, hostility and withdrawal.

In a similar way the novelist Karl Ove Knausgaard's (2011/19) explores Hitler's ideology from the point of view of 'I,' 'you' and 'we.' He argues that language itself is a social activity that presupposes an 'I' and a 'you' that together makes a 'we.'

"What made the atrocities of the Third Reich possible was an extreme reinforcement of the we, and the attendant weakening of the I, which lessened the force of resistance against the gradual dehumanization and expulsion of the non-we, which is to say the Jews... within only a few years the voice of conscience in Germany went from thou shalt not kill to its reverse, thou shalt kill, as Hannah Arendt points out." (p. 513)

According to Knausgaard, the way this happened is displayed in its purest form in Hitler's *Mein Kampf*, 'which contains no 'you,' only an 'I,' and a 'we,' which makes it possible to turn 'they' into 'it.' In 'you' was decency. In 'it' was evil. But it was 'we' who carried it out' (p. 882).

We believe that Knausgaard highlights the crucial distinction between a 'we' that is based on 'I' and 'you,' and a 'we' without a 'you'. The former is shaped by an embodied connectedness to one or more other persons, as is the case in a real friendship. The 'we' without a 'you,' (which we prefer to call 'us') is exemplified by certain isolated individuals who rarely feel that they are connected to others except when they are in the presence of a fascist leader. At such times, they may experience a sense of us-them connectedness.

In what follows we use our body-based perspective to examine other aspects of fascist experiences that have been identified by Reich, Kohut, Stanley and what Oz calls 'fanaticism' in order to show how they are embodied and how they reflect the need to find certainty in a world of traumatizing uncertainty.

The powerful leader

We start with the finding that fascist experience involves allegiance to a dominant, usually male, leader. Reich (1933/42, p.88) observed that the more helpless the 'mass-individual' becomes, the more pronounced is his

identification with the 'führer'. He saw this inclination to identify as the psychological basis of national narcissism, the self-confidence that individuals derive from the leader's claims about the 'greatness of the nation.' The misery of the 'material and sexual situation is so overshadowed by the exalting idea of belonging to a master race and having a brilliant führer that, as time goes on, he ceases to realize how completely he has sunk to a position of insignificant, blind allegiance' (p. 63).

Perhaps the binary at work here is less 'us and them' than 'us and him.' Leaders in fascist groups may be both like and unlike their followers in many respects. But whatever they have in common, one difference stands out: fascist leaders, with the full support of their followers, hold and manipulate power over the group. And that power closely resembles that of fathers in male-dominated families.

Stanley (2018), noting that patriarchy is strategically central to fascist politics, observes: 'In fascist society, the leader of a nation is analogous to the father in the patriarchal family... The patriarchal father's authority derives from his strength and strength is the chief authoritarian value' (p. 6). We believe that the longing to experience a strong, idealizable figure organizes much of fascist experience. Heinz Kohut (1971, 1977, 1985) has taught us that experiencing ourselves as merged with an omniscient, guiding, protective figure is essential to the development of a relatively stable sense of self. Moreover, Kohut has shown how, in early life, such experiences are bodily in nature. Describing the idealized parent as 'somebody strong and knowledgeable and calm...with whom I can temporarily merge, who will uplift me when I am upset,' he observes:

"Originally, that is an actual uplifting of the baby by the mother, later that becomes an uplifting feeling of looking at a great man or woman and enjoying him or her, of following in his or her footsteps..." (Kohut, 1985, p. 226-227)

What we experience as joyful and pleasurable in our bodies as children is remembered, if only on an unconscious level, throughout life. And those who have missed the joy and pleasure of being held and protected by loving parents may spend their lives searching for parental substitutes. We believe that fascist leaders tap into embodied longings for missed or lost experiences of being physically lifted up by powerfully protective parents. Being in the presence of such figures provides the quintessential feeling of certainty about one's going on being.

Kohut described charismatic and messianic leaders as people who convey a 'pervasive sense of infallibility' and 'display apparently unshakable self-confidence and voice their opinions with absolute certainty.' (Kohut, 1969-1970/1978, p.108). We believe that such leaders convey their certainty in the ways they speak, move, and hold their bodies. It is just these embodied characteristics that persuade the followers of fascist leaders that

feelings of the safety, comfort, joy they knew - or missed - in childhood will once again be theirs.

Another way that fascist leaders use embodied means to re-establish a sense of certainty about going-on-being involves their ability to stoke long simmering but unexpressed anger in their followers. All feelings are embodied, but it is the special tendency of anger to turn into destructive aggression that makes it so potent among fascist groups. And might does not only make right, it also makes certain (Brothers, 2008).

Many have noted the lack of empathy in fascist leaders (Kohut, 1985; Stanley, 2018, p. xv). Their limited capacity for empathy leads to the dehumanization of others and increasingly more inhumane treatment of them. But the fascist leader is not just a raging brute. His exquisite sensitivity to the social scene is accompanied by exquisite sensitivity to the emotional needs of his followers. It is this refined sensitivity that allows the fascist leader to exploit the fears of his followers.

Along with Zygmunt Baumann (2008), we believe that today's economic fears have been inflamed by the frantic swirl of our 'liquid times,' in which, as he notes: 'progress no longer evokes 'radical optimism' but 'an insomnia full of nightmares of 'being left behind'. Nightmare terrors of being left behind are often stirred when others, who were not previously seen as threats to one's sense of dominance in society, such as minorities and women, seem to streak ahead, leaving one in the dust. It also seems likely to us that because the rapid changes of our liquid society have forced people to find economic opportunities far from their places of birth, communities have dissolved and bonds of friendship have been torn. With the increase of uncertainty about finding self-sustaining connectedness, many people may well have become more vulnerable to the 'us vs them' binary.

Worshipping the 'Tough Guy' (DB)

A young male patient, I'll call him Ben, who was diagnosed as suffering from bi-polar disorder, initially entered therapy to fulfill a court order. He had been arrested for injuring a fellow bus passenger when a verbal dispute devolved into physical violence. Viciously abused by an older brother, subjected to the raging outbursts of his alcoholic father, bullied in high school and stunned by the sudden death of his mother, the young man was also at the mercy of frequent and intense alternations of depression and mania. He complained that medications prescribed by psychiatrists during his inpatient hospitalizations had led to severe and unremitting digestive problems that greatly interfered with his social life. On entering treatment, he frequently expressed contempt for my 'soft-hearted-soft-headed' approach, which contrasted with his worshipful adherence to Donald Trump as a

'tough guy who can't be pushed around.' He also subscribed to a number of far-right conspiracy theories involving violent threats to the country posed by various minority groups.

Although his painful bodily symptoms were dramatically relieved following a session in which he broke into tears upon describing the death of his mother and confessing to sorely missing her, he insisted that 'crying will not cure me - it just makes me more depressed.' He abruptly left treatment when he understood that a deepening involvement in his therapeutic relationship might involve experiencing more painful feelings that he considers signs of weakness and vulnerability and which (I supposed) might lead him to question the veracity of his fascist beliefs.

My reaction to his leaving was equal parts disappointment and relief. I had often experienced enormous tension in my body during my sessions with Ben. At times I would sit very still, echoing Ben's stiff, unmoving way of occupying his chair. Even the muscles in his face seemed to have been set in a perpetual scowl. At other times, I found myself using rather exaggerated gestures as I moved in my seat, perhaps as a way of encouraging him to loosen up.

Although I had felt a great sense of compassion for his traumatic suffering, I had often struggled with a strong desire to convince him that his views were wrongheaded and dangerous. When he ended the treatment, I congratulated myself on managing to keep my views to myself. It had not occurred to me that I was as locked into an us-them view of the political situation as Ben was. I felt as much disgust and contempt for those on the other side of the political divide as he did for those on mine.

It was only when Ben surprised me by returning to treatment that I became aware of the intensity with which I had held my 'us-them' stance. Although Ben initially spoke much less frequently of his allegiance to Trump's views and his belief in conspiracy theories, he now seemed to experience me as embodying many of the qualities that he once attributed to Trump. He clearly saw me as not only uniquely qualified to help him, but also as influential, and powerful in the world. 'You are the only person on the planet who understands, me.' 'You are my only friend in the world.' 'I found out that you travel around the world giving talks. Lots of people look up to you.'

I initially welcomed Ben's return and believed that working through his inevitable disappointments in his idealized view of me would further his healing. However, as the intensity of his somatic symptoms diminished and his moods became more stable, he once again became intensely interested in politics. Enraged by the impeachment hearings, Ben spoke mockingly of the desperate 'witch hunt' undertaken by Trump's opponents. He seemed to forget that he had once reviled me as 'a soft-headed liberal shrink' and now spoke as if I shared his political views. When he announced that he had

begun to volunteer with an ultra-right-wing group to promote Trump's reelection, feelings of rage and contempt overtook me. My compassion dissolved and I wondered if I could go on working with him. Should I remind him that I was opposed to everything the group represented, I wondered?

It was only after the storm of my outrage subsided that it struck me that although my strongly held political convictions were diametrically opposed to those held by Ben, I was myself veering into the neighborhood of fascist experience. For example, I was as little interested in opening myself to arguments favored by Trump's supporters as Ben was in listening to arguments against these views. I was as blinded by my strong emotions which included rage and shame as he was. And, while I had not submitted myself to an authoritarian leader, as Ben had done, I no longer felt that I was as immune to the seduction of someone who gave voice to my deeply held convictions as I had once believed. What distinguished my reaction from Ben's was my willingness to reflect on his experience, my own, and to consider our relationship, our growing sense of 'we,' in terms of the strains of our opposing emotionally charged political views.

While there is no happy ending to our story in view, we are continuing to deepen our sense of embodied connectedness. I am hopeful that this will also diminish our mutual vulnerability to fascist experience.

Confrontation with fascist memory (JS)

I became vulnerable to fascist experience in my therapeutic encounter with Tom, a young professional who requested therapy to help him overcome experiences of incapacitating burnout. He mentioned emotional conflicts in interpersonal relationships, which I soon came to attribute to a complicated trauma history involving his emotionally disturbed parents. Because of his intense anxiety, muscular tensions and body pain, I helped him attend to bodily tensions and reactions in sessions.

To my chagrin, however, Tom spent much time in his sessions expressing his admiration for Trump and his anger and contempt for what he referred to as 'the extremely stupid liberal and leftwing cultural elite.' Initially I was at a loss as to how I might respond. Since I see myself as liberal and left leaning, I felt personally challenged by his views. At the same time, I was afraid that if I openly voiced my opposition to them, our analytic 'we' would break down. I feared that the analysis would turn into a political discussion and attention would be drawn away from Tom's pressing concerns. At the same time, I wondered if his need for certainty, his maintenance of an 'us-them' dichotomy and his antagonism toward political enemies might partially be a consequence of his trauma history. Given these considerations, I decided to postpone raising the matter of our political disagreements.

Tom abruptly decided to terminate treatment, citing 'changed priorities' in his life. However, I now suspect that his decision to terminate was largely caused by our unaddressed political conflict. After the treatment ended, I realized that I had experienced much more resentment and anger about Tom's attitudes than I had allowed myself to feel consciously during our work together. I now imagine that he had become aware of my feelings insofar as they were transmitted bodily rather than through words.

Thinking about our relationship in hindsight it also strikes me that I was one-sidedly focused on his subjective complaints at the expense of a focus on our emotional connectedness. Although he talked about feeling emotionally disconnected from other people, I was reluctant to explore our disconnectedness. I now suspect that I failed to call attention to our differences because I had avoided focusing on his bodily appearance. He had an oddly elegant posture and way of dressing that called to mind photos I have seen of 'Hitlerjugend.' Because this perception put me in touch with my abhorrence of Nazism, it may well have interfered with my attempts to empathize with his predicament.

There is no way of knowing what would have happened if I had been more aware of my complicated and negative 'counter-transference,' my own embodied sense of 'us vs, them,' but I have little doubt that it contributed to the premature termination.

Psychoanalysis as anti-fascism

If argument and dialogue are silenced in fascist groups, they are given resounding voice within the relational theories that now predominate in psychoanalysis. Many prominent analysts stress the importance of argument and dialogue in their writings. Stephen Mitchell, for one, wrote:

"...all theorists, like all analysts, are participant observers, operating in an interpersonal field, a social and intellectual milieu, in which one theory is in response to others, in which the development of concepts takes shape in dialogue and opposition to others." (Mitchell, 1984, p. 260)

A number of analysts have drawn on the work of philosophers as guides to a dialogic approach. Louis Aron (1996) referring to Martin Buber's writings on many aspects of the 'interhuman,' observes that 'an emphasis on mutuality and negotiation should not be taken to imply a conception of the psychoanalytic relationship in which discord is minimized between patient and analyst'. He adds: 'Mutuality does not mean agreement or premature consensus. Buber argued that a genuine disagreement with the other could be quite affirming and genuine dialogue between people may include a conflict in viewpoints' (p. 157).

Donna Orange (2011), another strong advocate for dialogue in psychoanalysis, has supported her contentions by referring to the work of Buber, Gadamer, and Wittgenstein. ‘In a genuine dialogue’, she writes, ‘people do attempt to convince each other, but they always listen with the expectation that the other can teach them something. Under this condition, understanding can emerge in the play of conversation’ (pp.104-105). She adds, ‘...conversation, or dialogue, has a double function. Though oriented toward increased understanding... It’s process disquiets..., disturbs, and unsettles our previous points of view and settled convictions’ (p. 105).

If we, as analysts, are able to engage in dialogues among ourselves, our supervisees and our patients, we may resist the lures of fascist experience that abound in our work. Doing so is probably least difficult when colleagues, supervisees and patients express their points of view, even those that counter our own, in a forthright way. But perhaps one of our most important analytic tasks is to attend carefully when others voice agreement with us but show through their bodies that they disagree. And, it is equally important to attend to our own bodies for indications that we experience those who disagree with us as representatives of ‘them.’

It is in the realm of body-to-body conversations that the power to transcend fascism resides. If we remember that although we may wish to belong to one tribe, one ‘us,’ our strength, as Oz (2018) insists, ‘is in being united around our right to be different from each other’ (p. 54). We must find the courage to enter into dialogues with ‘them’ or risk the destruction of our precious planet.

REFERENCES

- Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Baumann, Z. (2008). *Liquid Times: Living in an Age of Uncertainty*. Cambridge: Polity.
- Brandchaft, B. (2007). Systems of Pathological Accommodation and Change in Analysis. *Psychoanalytic Psychology*, 24(4), 667-687.
- Brothers, D. (2008). *Toward a Psychology of Uncertainty: Trauma-Centered Psychoanalysis*. New York, NY: Analytic Press.
- Fromm, E. (1941/1969). *Escape from Freedom*. New York, NY: Henry Holt and Co.
- Hollander, N.C. (2017). Who is the Sufferer and What is Being Suffered? Subjectivity in Times of Social Malaise. *Psychoanalytic Dialogues*, 27(6), 635-650.
- Knausgaard, K. O. (2011). *My Struggle - Book Six*. New York, NY: Farrar, Straus and Giroux.
- Kohut, H. (1969-70). On leadership. In P. H. Ornstein (Ed.), *The Search for the Self: Selected Writings of Heinz Kohut: 1978-1981*, (pp. 103-128) vol. 3, (1978). New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1985). *Self Psychology and the Humanities*, New York, NY: Norton.

- Mitchell, S. A. (1984). The Problem of the Will. *Contemporary Psychoanalysis*, 20, 257-265.
- Orange, D. M. (2011). *The Suffering Stranger: Hermeneutics for Everyday Clinical Practice*. London and New York, NY: Routledge Taylor & Frances.
- Oz, A. (2019). *Dear Zealots: Letters from a Divided Land*. Boston and New York, NY: Houghton Mifflin Harcourt.
- Reich, W. (1933/1942). *The Mass Psychology of Fascism*. New York, NY: Farrar, Straus and Giroux.
- Sletvold J. (2014), *The Embodied Analyst - From Freud and Reich to Relationality*. London and New York, NY: Routledge Taylor & Frances.
- Sletvold, J. (2016). The analyst's body: A relational perspective *from* the body. *Psychoanalytic Perspectives*, 13, 186-200.
- Stanley, J. (2018). *How Fascism Works: the Politics of Us and Them*. New York, NY: Random House.
- Winnicott, D. (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, New York, NY: International Universities Press.

Conflict of interests: the authors declare no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 12 November 2020.

Accepted for publication: 11 April 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:495

doi:10.4081/rp.2021.495

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

L'incarnazione del 'noi e loro': l'esperienza fascista in un mondo traumatizzato

Jon Sletvold,* Doris Brothers**

SOMMARIO. – Questo articolo rappresenta un tentativo di dimostrare che 'noi contro loro', la relazione binaria che si trova al centro dell'esperienza fascista, è incarnata. Gli autori suggeriscono che l'esperienza fascista non è solo politica, ma che si infila in molti aspetti delle nostre vite personali e professionali. Per raggiungere i loro obiettivi, gli autori si concentrano su due fili inestricabilmente intrecciati della teorizzazione psicoanalitica: l'esperienza traumatica e l'incarnazione umana. Vengono fornite vignette cliniche che illustrano le sfide affrontate dagli analisti nel lavorare con pazienti che sostengono un leader di tendenza fascista. L'articolo conclude suggerendo che l'enfasi sull'argomento e sul dialogo nella psicoanalisi relazionale contrasta le seduzioni dell'esperienza fascista.

Parole chiave: Incarnazione; trauma; esperienza fascista; noi contro loro; psicoanalisi relazionale.

In attesa della seconda edizione del suo libro del 1941, *Escape from Freedom*, Erich Fromm (1969, p. xiii) ha spiegato che 25 anni dopo la prima pubblicazione di esso, i timori che hanno portato all'ascesa del fascismo 'non solo sono continuati ma sono notevolmente aumentati.' Con parole sue '...l'uomo moderno¹ è ancora ansioso e tentato di cedere la sua libertà a dittatori di ogni tipo...'. Purtroppo, i 52 anni trascorsi da quando ha scritto queste parole non hanno reso la sua osservazione meno vera. L'ascesa dell'ultranazionalismo negli Stati Uniti e in molte parti d'Europa, insieme all'ascesa di leader autoritari, ha portato un certo numero di teorici politici e filosofici come Jason Stanley² (2018) ad esaminare la minaccia di una rinascita del fascismo.

*Psy, D., Norwegian Character Analytic Institute, Oslo, Norway.
E-mail: j-sle@online.no

**The Training and Research in Intersubjective Self Psychology Foundation; The International Association for Psychoanalytic Self Psychology. E-mail: dorisbrothers@mac.com

¹Consideriamo che l'espressione 'uomo' è stata usata da Fromm per riferirsi a tutti gli esseri umani.

²Jason Stanley è un filosofo americano, attualmente Jacob Urowsky Professore di

Essendo diventati consapevoli che le paure suscitate da questa minaccia pervadono le nostre pratiche analitiche così come le nostre vite personali, ci sentiamo chiamati a vedere ciò che consideriamo ‘esperienza fascista’ da una prospettiva psicoanalitica nella speranza di comprenderne meglio le basi psicologiche. In tal modo ci uniamo al numero crescente di autori contemporanei che sottolineano l’inutilità di cercare di affrontare la sofferenza dei pazienti psicoanalitici senza considerare il radicamento storico e socio-politico delle loro vite. Come osserva Nancy Hollander (2017), ogni tentativo di restringere il nostro sguardo all’individuo e alla sua famiglia ‘perde i contesti ideologici e istituzionali più ampi che ...saturano il processo psicoanalitico’ (p. 636).

Siamo arrivati a credere che nessuno sia immune dalla minaccia e dalle tentazioni dell’esperienza fascista, e noi non facciamo eccezione. La consapevolezza della nostra vulnerabilità all’esperienza fascista è diventata inequivocabilmente evidente nel nostro lavoro con i pazienti che sostengono coloro che consideriamo leader di tendenza fascista. Come scriviamo più avanti, siamo stati tentati di impiegare alcune delle misure che consideriamo tratti distintivi dell’esperienza fascista quando lavoriamo con questi pazienti. Ciò che distingue questo articolo da quelli di altri autori psicoanalitici non è solo che consideriamo l’esperienza fascista come pervasiva della vita al di là dell’ambito politico, ma forse, cosa più importante, consideriamo l’esperienza fascista come profondamente incarnata. Come scriviamo di seguito, l’incarnazione dell’esperienza fascista appare più vividamente nella relazione binaria ‘noi contro loro’.

Nella sua analisi degli scritti di Hitler, Fromm (1941/1969) trovò due tendenze che riteneva fondamentali del carattere autoritario: ‘il desiderio di potere sugli uomini e il desiderio di sottomissione a un potere esterno straordinariamente forte’ (p. 235). Egli era sia pessimista che ottimista riguardo alla persistenza di queste tendenze. Da un lato, temeva una ‘fuga in una nuova schiavitù’, mentre, dall’altro, vedeva la possibilità nelle società moderne ‘per la piena espressione delle potenzialità intellettuali, sensuali ed emotive dell’uomo’ (p. 237). Credeva che la psicoanalisi potesse aumentare la probabilità di tale espressione.

I nostri obiettivi in questo articolo sono molto in linea con quelli di Fromm nella misura in cui crediamo anche che la psicoanalisi possa aiutare molto a dare un senso all’esperienza fascista nel mondo di oggi. In ciò che segue ci concentriamo su due filoni inestricabilmente intrecciati della teorizzazione psicoanalitica contemporanea che sembrano gettare una luce illuminante sull’esperienza fascista così come si manifesta in

molti aspetti della nostra vita. Il primo filone implica la comprensione dell'esperienza traumatica come confronto con l'incertezza accompagnato da strenui sforzi per rendere più sicuro il divenire dell'esistenza (Winnicott, 1965), con il sentirsi più sicuri (Brothers, 2008) e il secondo riguarda un focus sulle esperienze emotive incarnate che intensificano il rapporto binario noi-loro (Sletvold, 2014).

L'analisi del fascismo di Wilhelm Reich

Fromm non fu affatto il primo analista a intraprendere un esame del fascismo. Nel 1933, quando i nazisti stavano prendendo il potere in Germania, Wilhelm Reich pubblicò il suo libro, *The Mass Psychology of Fascism*. Esaminando la struttura economica e ideologica della società tedesca tra il 1928 e il 1933, il libro tenta di capire cosa spinge masse di persone ad abbracciare i leader fascisti che promuovono pratiche e politiche contro i loro interessi. Reich ha offerto un modo plausibile per capirlo. Egli suggerisce che il fascismo è un 'amalgama tra emozioni ribelli e idee sociali reazionarie' che prevale sui loro bisogni e preoccupazioni individuali (Reich, 1933, p. xiv). Nel fascismo hitleriano questa contraddizione si riflette persino nel nome, nazionalsocialismo.

Reich sottolinea che il successo di un movimento fascista non si basa sul suo uso di argomenti e, per questo motivo, non può essere raggiunto con argomenti. Egli osserva che i discorsi di manifestazione dei nazionalsocialisti (nazisti) tenuti tra il 1928 e il 1933 furono 'molto evidenti nella loro abilità di operare sulle emozioni degli individui, nelle masse, e nell'evitare il più possibile argomenti rilevanti' (Reich, 1933, p. 34).

Poiché, a nostro avviso, *le emozioni sono fondamentalmente esperienze incarnate*, siamo convinti che il potente fascino del fascismo derivi dalla sua padronanza della comunicazione incarnata. Come osserva Jason Stanley (2018): 'È un principio fondamentale della politica fascista che l'obiettivo dell'oratoria non dovrebbe essere quello di convincere l'intelletto, ma di influenzare la volontà'. Trovò la seguente citazione di un autore anonimo in una rivista fascista italiana del 1925: 'La mistica del fascismo è la prova del suo trionfo. Il ragionamento non attira, l'emozione sì' (p. 55).

Nel suo ultimo libro, *Dear Zealots*, Amos Oz³ (2018) che scrive di ciò che chiama 'fanatismo' in modi che sono intercambiabili con ciò che chia-

³Amos Oz è stato uno scrittore, romanziere, giornalista e intellettuale israeliano. E' stato anche professore di letteratura ebraica presso l'Università Ben Gurion del Negev. Dal 1967 in poi, Oz è stato un importante sostenitore della soluzione dei due Stati al conflitto israelo-palestinese.

miamo esperienza fascista, afferma semplicemente: ‘Il fanatico non discute’ (p. 3) . Successivamente aggiunge:

“Non è il volume che ti definisce un fanatico, ma piuttosto, principalmente, la tua tolleranza - o la sua mancanza - per le voci dei tuoi avversari.” (Amos Oz p. 2018, p. 14)

In linea con Reich, concepiamo l’esperienza fascista come una caratteristica della vita relazionale ampiamente condivisa. Reich osserva:

“Le mie esperienze di carattere analitico mi hanno convinto che non c’è un singolo individuo che non porti elementi del sentimento e del pensiero fascista nella sua struttura. In quanto movimento politico, il fascismo differisce dagli altri partiti reazionari in quanto è *nato e sostenuto da masse di persone*.” (Reich, 1933/1942/1988, pp. xiii-xiv)

Se Reich ha ragione nell’affermare che tutti gli esseri umani sono vulnerabili ai sentimenti e ai pensieri fascisti, cosa potremmo avere in comune che pone le basi per tali esperienze? La risposta, crediamo, sta nel fatto che viviamo tutti in un mondo traumatizzato e traumatizzante. Vivendo attraverso molti rapidi sconvolgimenti, non possiamo fare a meno di ricordarci della terrificante incertezza del nostro andare avanti. Non c’è da meravigliarsi se siamo tentati dalle opportunità di sentirci più sicuri nel proteggere i nostri vulnerabili sensi del sé. Poiché la complessità tende ad aumentare l’esperienza di incertezza, tendiamo a cercare modi per semplificare la nostra esperienza nella speranza di ridurre l’incertezza. Come spiega Oz (2018): ‘Man mano che le domande diventano più difficili e complicate, le persone desiderano risposte più semplici, risposte di una frase, risposte che puntano senza esitazione a un colpevole che può essere incolpato di tutte le nostre sofferenze, risposte che promettono che se solamente sradichiamo i malvagi tutti i nostri guai svaniranno’ (p. 5).

La creazione di relazioni binarie è un vero e provato mezzo per fornire risposte semplificate a domande complesse e nessuna relazione binaria ha più potere su di noi di quella ‘noi contro loro’. Ne dipendono il razzismo, il sessismo, la xenofobia e praticamente ogni forma di malevolenza politica. È nostra opinione che l’esperienza fascista, che ruota in gran parte intorno alla polarità noi-loro, rappresenti uno sforzo estremo per trovare la certezza in un mondo che trema per l’incertezza. Siamo d’accordo con l’osservazione di Reich che il noi-loro del razzismo precede il fascismo. Egli scrive:

“La teoria razziale non è un prodotto del fascismo. Al contrario: è il fascismo che è un prodotto dell’odio razziale ed è la sua espressione politicamente organizzata. Ne consegue che esiste un fascismo tedesco, italiano, spagnolo, anglosassone, ebraico e arabo.” (Reich, 1933, p. xiv)

La relazione binaria 'noi-loro' come esperienza incarnata

Sosteniamo inoltre che è impossibile apprezzare la misura in cui l'esperienza fascista funziona nelle nostre vite senza comprenderla da una prospettiva basata sul corpo. Distinguiamo la comprensione basata sul corpo dalla comprensione concettuale che ignora la totalità essenziale degli esseri umani; *le nostre menti sono inseparabili dai nostri corpi*. Sebbene sia difficile pensare ai nazisti in Germania e ad altri movimenti fascisti senza evocare immagini di saluti armati e soldati dal passo d'oca, crediamo che siano incarnate anche manifestazioni meno ovvie di rigidità. Nella nostra esperienza clinica abbiamo scoperto che, nel corso del trattamento analitico, i nostri pazienti traumatizzati mostrano una maggiore flessibilità corporea e una maggiore spontaneità e grazia nei loro movimenti; il loro comportamento diventa meno rituale e il loro pensiero più aperto e creativo. L'esperienza fascista tende a comportare una maggiore rigidità dei nostri corpi e una minore flessibilità delle nostre menti.

Per spiegare la dicotomia 'noi-loro' da una prospettiva basata sul corpo, dobbiamo capire come gli esseri umani si influenzano a vicenda emotivamente. Non solo reagiamo emotivamente l'uno all'altro, ma reagiamo anche emotivamente l'uno con l'altro (Sletvold, 2014, 2016). Ciò significa che ogni volta che gli esseri umani si incontrano, nel nostro corpo si verificano due tipi di reazioni emotive. Il primo riguarda *il modo in cui* siamo influenzati dall'altro: ad esempio, l'altro ci rende felici, spaventati o arrabbiati? Questo tipo di reazione emotiva è quella che condividiamo con molte altre specie. L'altro tipo di reazione emotiva consiste nel provare qualcosa di ciò che provano gli altri. Tramite l'imitazione interiore automatica possiamo, a vari livelli, sentire alcuni dei sentimenti complessi di un'altra persona nel nostro corpo. A nostro avviso, questa imitazione automatica delle emozioni degli altri costituisce la base dell'empatia. Il grado in cui reagiamo emotivamente verso o con gli altri cambia con il contesto e le nostre reazioni ad esso.

A nostro avviso, è la capacità di vivere una situazione sia dalla nostra prospettiva che da quella degli altri che rende possibile il dialogo e la discussione. Questa capacità è facilmente compromessa quando il conflitto aumenta e la discussione porta all'animosità e, in situazioni estreme, alla violenza. Quando siamo in grado di muoverci in modo fluido tra la nostra prospettiva, un senso di 'Io' da un lato, e la nostra comprensione empatica della prospettiva dell'altro, un senso di 'Tu' dall'altro, vengono gettate le basi per un senso del 'Noi' (Sletvold, 2014). Questo senso di 'noi' consente il riconoscimento della nostra differenza dagli altri così come la somiglianza con loro.

Il crollo del senso del 'noi' è tipico di qualsiasi situazione emotivamente stressante o traumatica. In queste situazioni spesso sentiamo il bisogno di

dare la priorità al nostro benessere e, di conseguenza, non possiamo permetterci il lusso di vedere empaticamente dal punto di vista dell'altro. In situazioni relativamente favorevoli questa reazione è solo temporanea e siamo presto in grado di ristabilire il contatto con lo stato vissuto dall'altro. In questo modo si tende a ripristinare il nostro senso del 'noi'.

Dopo esperienze severe o traumatiche gravi di vecchia data, la nostra capacità di ristabilire un senso del 'noi' può essere danneggiata in modo permanente. Invece di spostarci in modo fluido tra 'io' e 'tu', possiamo dare la priorità alla nostra prospettiva con poco riguardo a quella dell'altro (si pensi alle descrizioni di Heinz Kohut (1971, 1977, 1985) della grave vulnerabilità narcisistica di alcuni individui grandiosi) o possiamo in gran parte abbandonare la nostra prospettiva a favore di quella di qualcun altro. Bernard Brandchaft (2007) ha caratterizzato questo sforzo inconscio di adattare i propri punti di vista e sentimenti a quelli richiesti da un altro 'necessario' come 'accomodamento patologico'. Entrambe le posizioni tendono ad avere forme incarnate. Ad esempio, la persona che percepisce il mondo solo in termini di 'io' può sentirsi più grande degli altri e, a causa degli atteggiamenti e delle posture che adotta, può essere vissuta dagli altri come se occupasse più spazio. Al contrario, la persona che tende a favorire la prospettiva di un'altra persona può sentirsi più piccola degli altri e può essere percepita come rimpicciolita.

In momenti di grande stress sociale, il senso del 'noi', per alcune persone, può essere basato solo sull'identità. Questo 'we' diventa quindi 'us' e tutti gli altri *che non vengono vissuti* come *us* diventano 'them'⁴. In questi momenti, i nostri sentimenti incarnati cambiano drasticamente. Quando ci sentiamo in contatto con coloro che consideriamo 'noi', tendiamo a provare un senso di calma, sicurezza, apertura e, a volte, euforia; quando ci osserviamo paragonandoci con coloro che consideriamo 'loro', tendiamo a provare paura, ostilità e ritiro.

In modo simile, il romanziere Karl Ove Knausgaard (2011/19) esplora l'ideologia di Hitler dal punto di vista dell' 'io', 'tu' e 'noi'. Sostiene che il linguaggio stesso è un'attività sociale che presuppone un 'io' e un 'tu' che insieme formano un 'noi'.

“Ciò che ha reso possibili le atrocità del Terzo Reich è stato un estremo rafforzamento del noi e il conseguente indebolimento dell'io, che ha diminuito la forza di resistenza contro la graduale disumanizzazione e l'espulsione dei 'non-noi', vale a dire degli ebrei... nel giro di pochi anni la voce della coscienza in Germania passò dal non uccidere al suo opposto, uccidere”, come sottolinea Hannah Arendt (p. 513).

⁴Si è preferito mantenere la dicitura anglofona (*we/us/them*) altrimenti incomprensibile in italiano (NdT).

Secondo Knausgaard, il modo in cui ciò è accaduto è mostrato nella sua forma più pura nel *Mein Kampf* di Hitler, 'che non contiene 'tu', solo un 'io' e un 'noi', il che rende possibile trasformare 'loro' in 'essi'. Nel 'tu' c'era la decenza. In 'esso' il male. Ma siamo stati 'noi' a portarlo a termine' (p. 882).

Crediamo che Knausgaard evidenzi la distinzione cruciale tra un 'noi' basato su 'io' e 'tu' e un 'noi' senza un 'tu'. Il primo è modellato da una connessione incarnata con una o più altre persone, come nel caso di una vera amicizia. Il 'noi' senza un 'tu' (che preferiamo chiamare 'us'⁵) è esemplificato da alcuni individui isolati che raramente si sentono collegati ad altri tranne quando sono alla presenza di un leader fascista. In tali momenti possono provare un senso di connessione noi-loro.

In quanto segue usiamo la nostra prospettiva basata sul corpo per esaminare altri aspetti delle esperienze fasciste che sono state identificate da Reich, Kohut, Stanley e da ciò che Oz chiama 'fanatismo' al fine di mostrare come sono incarnati e come riflettono la necessità di trovare certezza in un mondo di incertezza traumatizzante.

Il leader potente

Partiamo dalla constatazione che l'esperienza fascista implica la fedeltà a un leader dominante, di solito maschio. Reich (1933/42, p.88) ha osservato che più l' 'individuo di massa' diventa indifeso, più pronunciata è la sua identificazione con il 'führer'. Vide questa inclinazione a identificare come base psicologica del narcisismo nazionale la fiducia in sé stessi che gli individui derivano dalle affermazioni del leader sulla 'grandezza della nazione'. La miseria della 'situazione materiale e sessuale è così offuscata dall'idea esaltante di appartenere a una razza padrona e di avere un brillante führer che, col passare del tempo, in tal modo smette di rendersi conto di quanto sia completamente sprofondato in una posizione di insignificante, cieca fedeltà' (p. 63).

Forse la relazione binaria qui è meno 'noi e loro' ed è piuttosto 'noi e lui'. I leader dei gruppi fascisti possono essere sia simili che diversi dai loro seguaci, sotto molti aspetti. Ma qualunque cosa abbiano in comune spicca una differenza: i leader fascisti, con il pieno sostegno dei loro seguaci, detengono e manipolano il potere sul gruppo. E quel potere è molto simile a quello dei padri nelle famiglie dominate dagli uomini.

Stanley (2018), osservando che il patriarcato è strategicamente centrale per la politica fascista, osserva: 'Nella società fascista, il leader di una nazione è analogo al padre nella famiglia patriarcale... L'autorità del padre

⁵Idem come sopra (NdT).

patriarcale deriva dalla sua forza e la forza è il principale valore autoritario' (p. 6). Crediamo che il desiderio di sperimentare una figura forte e idealizzabile organizza gran parte dell'esperienza fascista. Heinz Kohut (1971, 1977, 1985) ci ha insegnato che sperimentare noi stessi come uniti con un onnisciente, la figura guida e protettiva, è essenziale per lo sviluppo di un senso di sé relativamente stabile. Inoltre, Kohut ha mostrato come, nei primi anni di vita, tali esperienze siano di natura corporea. Descrivendo il genitore idealizzato come 'qualcuno forte, informato e calmo... con cui posso unirmi temporaneamente, che mi solleva quando sono turbato.' Egli osserva:

"In origine, questo è un vero e proprio sollevamento del bambino da parte della madre, in seguito diventa una sensazione edificante di guardare un grande uomo o una grande donna e apprezzarlo, di seguire le sue orme..." (Kohut, 1985, p. 226-227)

Ciò che sperimentiamo come gioioso e piacevole nei nostri corpi da bambini viene ricordato, anche se solo a livello inconscio, per tutta la vita. E coloro che hanno perso la gioia e il piacere di essere tenuti e protetti da genitori amorevoli possono passare la vita alla ricerca di sostituti dei genitori. Crediamo che i leader fascisti attingano ai desideri incarnati di esperienze mancate o perse dell'essere sollevati fisicamente da genitori fortemente protettivi. Essere in presenza di tali figure fornisce la quintessenza della sensazione di certezza sul proprio essere.

Kohut ha descritto i leader carismatici e messianici come persone che trasmettono un 'senso pervasivo di infallibilità' e 'mostrano una fiducia in se stessi apparentemente incrollabile e esprimono le loro opinioni con assoluta certezza' (Kohut, 1969-1970/1978, p.108). Crediamo che tali leader trasmettano la loro certezza nel modo in cui parlano, si muovono e tengono i loro corpi. Sono proprio queste caratteristiche incarnate a persuadere i seguaci dei leader fascisti che i sentimenti di sicurezza, conforto, gioia che conoscevano - o avevano perso - durante l'infanzia saranno ancora una volta loro.

Un altro modo in cui i leader fascisti usano mezzi incarnati per ristabilire un senso di certezza riguardo al continuare-ad-esistere implica la loro capacità di alimentare a lungo la rabbia ribollente ma inespressa nei loro seguaci. Tutti i sentimenti sono incarnati, ma è la particolare tendenza della rabbia a trasformarsi in aggressività distruttiva che la rende così potente tra i gruppi fascisti. E il potere non solo fa bene, ma dà anche certezza (Brothers, 2008).

Molti hanno notato la mancanza di empatia nei leader fascisti (Kohut, 1985; Stanley, 2018, p. xv). La loro limitata capacità di empatia porta alla disumanizzazione degli altri e a un trattamento sempre più disumano di essi. Ma il leader fascista non è solo un bruto furioso. La sua squisita sensibilità per la scena sociale è accompagnata da una squisita sensibilità per i bisogni emotivi dei suoi seguaci. È questa raffinata sensibilità che consente al leader fascista di sfruttare le loro paure.

Insieme a Zygmunt Baumann (2008), crediamo che le paure economiche odierne siano state infiammate dal vortice frenetico dei nostri 'tempi liquidi', in cui, come osserva: 'il progresso non evoca più un 'ottimismo radicale' ma 'un'insonnia piena di incubi di 'essere lasciati indietro'. I terrori da incubo di essere lasciati indietro sono spesso suscitati quando altri, che in precedenza non erano visti come minacce al proprio senso di dominio nella società, come le minoranze e le donne, sembrano avanzare, lasciandoci nella polvere. Ci sembra anche probabile che, poiché i rapidi cambiamenti della nostra società liquida hanno costretto le persone a trovare opportunità economiche lontano dai loro luoghi di nascita, le comunità si siano sciolte e i legami di amicizia si siano strappati. Con l'aumento dell'incertezza nella ricerca di una posizione autosufficiente, molte persone potrebbero essere diventate più vulnerabili alla relazione binaria 'noi contro loro'.

Adorare il 'tipo duro' (DB)

Un giovane paziente maschio, lo chiamerò Ben, a cui è stato diagnosticato un disturbo bipolare, inizialmente è entrato in terapia per adempiere a un'ordinanza del tribunale. Era stato arrestato per aver ferito un compagno di viaggio sull'autobus quando una disputa verbale si è trasformata in violenza fisica. Maltrattato ferocemente da un fratello maggiore, sottoposto alle furiose esplosioni del padre alcolizzato, vittima di bullismo al liceo e stordito dalla morte improvvisa della madre, il giovane era anche in balia di frequenti e intense alternanze di depressione e mania. Si lamentava del fatto che i farmaci prescritti dagli psichiatri durante i ricoveri ospedalieri avevano portato a problemi digestivi gravi e incessanti che interferivano notevolmente con la sua vita sociale. Entrando in cura, ha spesso espresso disprezzo per il mio approccio 'dal cuore tenero-dalla testa morbida', che contrastava con la sua adorante adesione a Donald Trump come un 'duro che non può essere comandato'. Ha anche sottoscritto una serie di teorie del complotto di estrema destra che comprendono minacce violente al paese poste da vari gruppi di minoranza.

Sebbene i suoi dolorosi sintomi fisici si fossero drammaticamente alleviati dopo una seduta in cui scoppiò in lacrime descrivendo la morte di sua madre e confessando di sentirne la mancanza, ha insistito sul fatto che 'il pianto non mi curerà, mi rende solo più depresso'. Ha interrotto bruscamente il trattamento quando ha capito che un coinvolgimento sempre più profondo nella sua relazione terapeutica avrebbe potuto comportare l'esperienza di sentimenti più dolorosi che considera segni di debolezza e vulnerabilità e che (suppongo) potrebbero portarlo a mettere in dubbio la veridicità delle sue convinzioni fasciste.

La mia reazione alla sua partenza fu in parti uguali di delusione e sollie-

vo. Avevo spesso sperimentato un'enorme tensione nel mio corpo durante le mie sessioni con Ben. A volte stavo seduto immobile, facendo eco al modo rigido e immobile di Ben di occupare la sua sedia. Persino i muscoli del suo viso sembravano essere messi in un perenne cipiglio. Altre volte mi sono ritrovato a usare gesti piuttosto esagerati mentre mi muovevo sulla sedia, forse per incoraggiarlo a rilassarsi.

Sebbene avessi provato un grande senso di compassione per la sua sofferenza traumatica, spesso avevo lottato con un forte desiderio di convincerlo che le sue opinioni erano sbagliate e pericolose. Quando ha concluso il trattamento, mi sono congratulato con me stesso per essere riuscito a mantenere le mie opinioni per me. Non mi era venuto in mente di essere bloccato in una visione noi-loro della situazione politica come lo era Ben. Provavo tanto disgusto e disprezzo per quelli dall'altra parte dello spartiacque politico quanto lui per quelli dalla mia.

Fu solo quando Ben mi sorprese tornando al trattamento che mi resi conto dell'intensità con cui avevo mantenuto la mia posizione 'noi-loro'. Sebbene Ben inizialmente parlasse molto meno frequentemente della sua fedeltà alle opinioni di Trump e della sua fede nelle teorie del complotto, ora sembrava sentirmi incarnare molte delle qualità che una volta attribuiva a Trump. Mi vedeva chiaramente non solo come qualificato in modo univoco per aiutarlo, ma anche come influente e potente nel mondo. 'Sei l'unica persona sul pianeta che mi capisce.' 'Sei il mio unico amico al mondo.' 'Ho scoperto che viaggi in tutto il mondo tenendo discorsi. Molte persone ti ammirano.'

Inizialmente ho accolto con favore il ritorno di Ben e credevo che superare le inevitabili delusioni nella sua visione idealizzata di me avrebbe favorito la sua guarigione. Tuttavia, man mano che l'intensità dei suoi sintomi somatici diminuiva e il suo umore diventava più stabile, si interessò ancora una volta intensamente alla politica. Infuriato per le udienze di impeachment, Ben ha parlato beffardamente della disperata 'caccia alle streghe' intrapresa dagli oppositori di Trump. Sembrava dimenticare che una volta mi aveva insultato definendomi 'uno strizzacervelli liberale dalla testa morbida' e ora parlava come se condividessi le sue opinioni politiche. Quando ha annunciato di aver iniziato a fare volontariato con un gruppo di estrema destra per promuovere la rielezione di Trump, sono stato colto da sentimenti di rabbia e disprezzo. La mia compassione si è dissolta e mi sono chiesto se potevo continuare a lavorare con lui. Mi chiedevo: devo ricordargli che ero contrario a tutto ciò che il gruppo rappresentava?

Fu solo dopo che la tempesta della mia indignazione si placò che mi colpì il fatto che, sebbene le mie convinzioni politiche fortemente sostenute fossero diametralmente opposte a quelle di Ben, io stesso stavo virando verso il quartiere dell'esperienza fascista. Ad esempio, ero poco interessato ad aprirmi agli argomenti favoriti dai sostenitori di Trump quanto Ben ad

ascoltare gli argomenti contro queste opinioni. Ero accecato dalle mie forti emozioni che includevano rabbia e vergogna quanto lui. E, sebbene non mi fossi sottomesso a un leader autoritario, come aveva fatto Ben, non mi sentivo più immune alla seduzione di qualcuno che dava voce alle mie convinzioni profonde come avevo creduto una volta. Ciò che distingueva la mia reazione da quella di Ben era la mia volontà di riflettere sulla sua esperienza, la mia, e di considerare la nostra relazione, il nostro crescente senso di 'noi', in termini di tensione delle nostre opposte visioni politiche cariche di emotività.

Sebbene non ci sia in vista un lieto fine per la nostra storia, continuiamo ad approfondire il nostro senso di connessione incarnata. Spero che questo ridurrà anche la nostra reciproca vulnerabilità all'esperienza fascista.

Confronto con la memoria fascista (JS)

Sono diventato vulnerabile all'esperienza fascista nel mio incontro terapeutico con Tom, un giovane professionista che ha richiesto una terapia per aiutarlo a superare esperienze di burnout invalidante. Ha menzionato i conflitti emotivi nelle relazioni interpersonali, che presto sono arrivato ad attribuire a una complicata storia di traumi che coinvolgeva i suoi genitori, disturbati emotivamente. A causa della sua intensa ansia, delle tensioni muscolari e del dolore corporeo, l'ho aiutato a curare le tensioni e le reazioni del corpo durante le sessioni.

Con mio grande dispiacere, tuttavia, Tom ha trascorso molto tempo nelle sue sedute esprimendo la sua ammirazione per Trump e la sua rabbia e disprezzo per quella che chiamava 'l'élite culturale, liberale e di sinistra estremamente stupida'. Inizialmente non sapevo come rispondere. Dato che mi vedo liberale e incline a sinistra, mi sono sentito personalmente sfidato dalle sue opinioni. Allo stesso tempo, avevo paura che se avessi espresso apertamente la mia opposizione a loro, il nostro 'noi' analitico sarebbe crollato. Temevo che l'analisi si sarebbe trasformata in una discussione politica e l'attenzione sarebbe stata distolta dalle pressanti preoccupazioni di Tom. Allo stesso tempo mi chiedevo se il suo bisogno di certezza, il suo mantenimento di una dicotomia 'noi-loro' e il suo antagonismo verso i nemici politici potessero essere in parte una conseguenza della sua storia traumatica. Alla luce di queste considerazioni, ho deciso di rinviare la questione dei nostri disaccordi politici.

Tom ha deciso bruscamente di interrompere il trattamento, citando 'priorità cambiate' nella sua vita. Tuttavia, ora sospetto che la sua decisione di terminare sia stata in gran parte causata dal nostro conflitto politico non affrontato. Dopo la fine del trattamento, mi sono reso conto di aver provato molto più risentimento e rabbia per gli atteggiamenti di Tom di quanto mi

ero permesso di provare consapevolmente durante il nostro lavoro insieme. Ora immagino che si fosse reso conto dei miei sentimenti nella misura in cui venivano trasmessi fisicamente piuttosto che attraverso le parole.

Ripensando alla nostra relazione con il senno di poi, mi colpisce anche il fatto che ero concentrato unilateralmente sulle sue lamentele soggettive a scapito di un focus sulla nostra connessione emotiva. Sebbene abbia parlato di sentirsi emotivamente disconnesso dalle altre persone, ero riluttante ad esplorare la nostra disconnessione. Ora sospetto di non essere riuscito a richiamare l'attenzione sulle nostre differenze perché avevo evitato di concentrarmi sul suo aspetto fisico. Aveva una postura stranamente elegante e un modo di vestirsi che mi ricordavano le foto che avevo visto della 'Hitlerjugend'. Poiché questa percezione mi ha messo in contatto con la mia avversione per il nazismo, potrebbe aver interferito con i miei tentativi di entrare in empatia con la sua situazione.

Non c'è modo di sapere cosa sarebbe successo se fossi stato più consapevole del mio complicato e negativo 'contro-transfert', del mio senso incarnato di 'noi contro loro', ma ho pochi dubbi che abbia contribuito alla prematura risoluzione.

La psicoanalisi come antifascismo

Se la discussione e il dialogo vengono messi a tacere nei gruppi fascisti, viene data loro voce risonante all'interno delle teorie relazionali che ora predominano nella psicoanalisi. Molti eminenti analisti sottolineano l'importanza della discussione e del dialogo nei loro scritti. Stephen Mitchell, per esempio, ha scritto:

“...tutti i teorici, come tutti gli analisti, sono osservatori partecipi, operanti in un campo interpersonale, un milieu sociale e intellettuale, in cui una teoria è in risposta ad altre, in cui lo sviluppo dei concetti prende forma in dialogo e opposizione ad altre.” (Mitchell, 1984, p. 260)

Numerosi analisti si sono ispirati al lavoro dei filosofi come guide per un approccio dialogico. Louis Aron (1996), riferendosi agli scritti di Martin Buber su molti aspetti dell' 'interumano', osserva che 'l'enfasi sulla reciprocità e la negoziazione non dovrebbe essere interpretata come una concezione della relazione psicoanalitica in cui la discordia è ridotta al minimo tra paziente e analista'. Aggiunge: 'Mutualità non significa accordo o consenso prematuro. Buber ha sostenuto che un vero disaccordo con l'altro potrebbe essere abbastanza affermatore e un dialogo genuino tra le persone può includere un conflitto di punti di vista' (p. 157).

Donna Orange (2011), un'altra forte sostenitrice del dialogo in psicoanalisi, ha sostenuto le sue affermazioni facendo riferimento al lavoro di Buber,

Gadamer e Wittgenstein. 'In un dialogo genuino', scrive, 'le persone cercano di convincersi a vicenda, ma ascoltano sempre con l'aspettativa che l'altro possa insegnare loro qualcosa. In questa condizione, la comprensione può emergere nel gioco della conversazione' (pp. 104-105). Aggiunge: '...la conversazione, o il dialogo, ha una doppia funzione. Sebbene orientato verso una maggiore comprensione... È un processo inquietante..., disturba e sconvolge i nostri precedenti punti di vista e convinzioni consolidate' (p. 105).

Se noi, come analisti, siamo in grado di dialogare tra noi, i nostri supervisionati e i nostri pazienti, possiamo resistere alle lusinghe dell'esperienza fascista che abbondano nel nostro lavoro. Farlo è probabilmente meno difficile quando colleghi, supervisori e pazienti esprimono i loro punti di vista, anche quelli che contrastano con il nostro, in modo schietto. Ma forse uno dei nostri compiti analitici più importanti è prestare attenzione quando gli altri esprimono un accordo con noi ma mostrano attraverso i loro corpi che non sono d'accordo. Ed è altrettanto importante prestare attenzione ai nostri corpi per avere indicazioni che viviamo quelli che non sono d'accordo con noi come rappresentanti di 'loro'.

È nel regno delle conversazioni corpo a corpo che risiede il potere di trascendere il fascismo. Se ricordiamo che, sebbene desideriamo appartenere a una tribù, un 'noi', la nostra forza, come insiste Oz (2018), 'sta nell'essere uniti attorno al nostro diritto di essere diversi gli uni dagli altri' (p. 54). Dobbiamo trovare il coraggio di entrare in dialogo con 'loro' o rischiare la distruzione del nostro prezioso pianeta.

BIBLIOGRAFIA

- Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Baumann, Z. (2008). *Liquid Times: Living in an Age of Uncertainty*. Cambridge: Polity.
- Brandchaft, B. (2007). Systems of Pathological Accommodation and Change in Analysis. *Psychoanalytic Psychology*, 24(4), 667-687.
- Brothers, D. (2008). *Toward a Psychology of Uncertainty: Trauma-Centered Psychoanalysis*. New York, NY: Analytic Press.
- Fromm, E. (1941/1969). *Escape from Freedom*. New York, NY: Henry Holt and Co.
- Hollander, N.C. (2017). Who is the Sufferer and What is Being Suffered? Subjectivity in Tines of Social Malaise. *Psychoanalytic Dialogues*, 27(6), 635-650.
- Knausgaard, K. O. (2011). *My Struggle - Book Six*. New York, NY: Farrar, Straus and Giroux.
- Kohut, H. (1969-70). On leadership. In P. H. Ornstein (Ed.), *The Search for the Self: Selected Writings of Heinz Kohut: 1978-1981*, (pp. 103-128) vol. 3, (1978). New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1985). *Self Psychology and the Humanities*, New York, NY: Norton.

- Mitchell, S. A. (1984). The Problem of the Will. *Contemporary Psychoanalysis*, 20, 257-265.
- Orange, D. M. (2011). *The Suffering Stranger: Hermeneutics for Everyday Clinical Practice*. London and New York, NY: Routledge Taylor & Frances.
- Oz, A. (2019). *Dear Zealots: Letters from a Divided Land*. Boston and New York, NY: Houghton Mifflin Harcourt.
- Reich, W. (1933/1942). *The Mass Psychology of Fascism*. New York, NY: Farrar, Straus and Giroux.
- Sletvold J. (2014), *The Embodied Analyst - From Freud and Reich to Relationality*. London and New York, NY: Routledge Taylor & Frances.
- Sletvold, J. (2016). The analyst's body: A relational perspective *from* the body. *Psychoanalytic Perspectives*, 13, 186-200.
- Stanley, J. (2018). *How Fascism Works: the Politics of Us and Them*. New York, NY: Random House.
- Winnicott, D. (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, New York, NY: International Universities Press.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 12 novembre 2020.

Accettato per la pubblicazione: 11 aprile 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:495

doi:10.4081/rp.2021.495

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Efficacy of Psychotherapeutic Treatments: Research Based on Clinical Practice

*Gianluca Lo Coco**

ABSTRACT. – This article examines the relationship between psychotherapy research and clinical practice. Despite research advances in the last twenty years, there are still numerous obstacles to overcome for the dissemination of this topic. For this purpose, we will highlight the differences between evidence-based research, aimed at determining which therapeutic treatment is more effective for different psychiatric disorders, and practice-based research, which intends to obtain results that are more similar to daily professional practice, by focusing on aspects such as the therapeutic relationship, patient and therapist characteristics and contextual factors. It is possible to create a clinical practice that is not disconnected from scientific evidence regarding various aspects of therapeutic work. Lastly, I will highlight how psychodynamic treatments have shown evidence of effectiveness that makes them comparable to other types of treatments, even though the complexity of studying the therapeutic relationship in such a setting needs more work in order to integrate quantitative and qualitative research.

Key words: Psychotherapy research; efficacy; outcome; therapeutic relationship; practice-based research. .

In a recent article published in the journal *American Psychologist*, Marvin Goldfried (2018) raises the question about how to promote the transition of psychotherapy towards a more mature scientific occupational statute, after more than one hundred years from its birth. According to Goldfried, there is still no general consensus on which are the basic principles that characterize its theory and operational practice. If, on the one hand, the theoretical fragmentation of therapeutic approaches continues to be an obstacle to finding an agreement on the principle aspects that characterize this therapeutic work (recently more than 500 schools of thought have been counted worldwide) (Prochaska & Norcross, 2018), there is still a problem in trying to reduce the

*Psychologist and Psychotherapist. He is Full Professor of Clinical Psychology at the University of Palermo. He is President of the Italian Section of the Society for Psychotherapy Research. E-mail: gianluca.lococo@unipa.it

distance between the world of research and that of professional practice. Not because a consensus on fundamental themes of psychotherapy must come from research results, but rather because no professional practice can exist without being linked to the results that research produces. The last 25 years have seen the establishment of an evidence-based research paradigm. In this perspective, research has the task of divulging its results, which are obtained via rigorous scientific methodologies, to the professional sphere, in order to improve the efficacy of interventions. Today we can affirm that this 'one-way' or 'top-down' strategy has obtained modest results and has had marginal impacts on the professional world. The therapist (or the person in charge of a health service) rarely uses research results to improve their way of working and provide more adequate answers to the needs of their patients. Therefore, the necessity to experiment with dissemination practices that follow two paths was born; from research to practice and from practice to research, rather than just one of these two (Goldfried, 2018). Practice-based research that acts as a complementary element to evidence-based research, should give value to the knowledge and competences of a clinician and researcher (Barkham, Stiles, Lambert, & Mellor-Clark, 2010). This integration is especially necessary in the psychodynamic or psychoanalytic therapy fields, which have historically paid the price for a conceptual detachment between practice and research. Therefore, there is a need to redirect the focus of clinical research towards practice-based research, that is, a research that answers pertinent and clinically significant questions posed by a clinician (Castonguay & Muran, 2015). Consequently, we must step out of this mutually discrediting perspective where the world of research is seen as an ivory tower with little connection to the real world, and where clinical practice is seen as a world of approximation lacking procedural and scientific rigor. Thus, what do clinical researchers really want? An in-depth survey conducted in Canada with more than one thousand psychotherapists (Tasca *et al.*, 2015) has demonstrated that clinicians value the following themes as extremely important: understanding the mechanisms of change in psychotherapy, comprehending the components of the therapeutic relationship, learning the most efficacious methods to train therapists that can truly help treat patients. One can note therefore, that beyond the solely ideological picket fences and barriers, research and clinical practice can come together when one searches for concrete answers regarding the management of patients in therapy. Recently, in like manner, Nancy McWilliams (2017) asked herself which type of research would be truly useful to therapists that practice the profession, highlighting how the traditional question 'What works for whom?' (Roth & Fonagy, 2013) should translate into 'What works and with whom can we work best?', with a strong focus therefore on the study of the characteristics of the therapist and the interaction between the personality of the clinician and the relational world of the patient.

In this article, I will provide certain considerations concerning evidence-

based research in psychotherapy, with particular focus on psychodynamic therapy, in order to move towards research perspectives that are based on professional practice.

Efficacy in psychotherapy

What evidence does research produce regarding the efficacy of psychotherapeutic treatments? In the last few decades researchers have tried to answer this question within the logic of evidence-based research, with studies based on randomized control trial methodology (RCT) in which the therapeutic effects of different treatment conditions are confronted with the outcome of the patient. The epistemological premise of this type of research, based on the idea of verifying empirically-supported treatments (EST), is to identify specific treatments for specific disorders (Nathan & Gorman, 2015). In RCT experimental studies the comparison takes place via two different groups of subjects who are exposed to different conditions (for example, a group receives treatment and the control group does not). In order to establish how much a certain therapeutic intervention is effective in the treatment of a specific disorder, the RCT helps to answer the following research question: can we be sure that the improvements shown by patients are due to the therapy they have received? (Kazdin, 2008). The ‘ideal’ conditions to reach this objective are: i) selecting a sample of patients (of an adequate number) from the relevant clinical population; ii) assigning selected patients randomly to the treatment or control condition (the simplest situation being: patients in therapy *vs* patients without therapy); iii) patients from the experimental group receive therapeutic treatment, while patients in the control group do not receive treatment; iv) at the end of the treatment improvement outcome in the experimental group is verified as to whether it is significantly superior to patients in the control condition (Del Corno & Lo Coco, 2018). The principle advantage of this type of methodology and the reason why it is used in efficacy studies for psychological interventions is its high internal validity (one can establish that the improvement of the patient is caused by the treatment received), as with the use of a control group not undergoing treatment one can control the main threats that undermine the validity of the experiment. If, from a scientific point of view, this approach remains the ‘gold standard’, one cannot deny evident difficulties in its effective transferability to the psychotherapeutic world. Trivially though, can a clinician trust the results obtained from a highly controlled study, in which patients are rigidly selected? In normal clinical practice, a therapist faces progressively more diversified clinical diagnostic situations, and few would be a part of these rigid classifications taken from psychiatric diagnostic manuals.

Another example could be relative to the use of control groups in these trials. For instance, many studies have compared a specific treatment condition (e.g. a standardized CBT for anxiety disorders) with a clinical control condition, to verify if patient change was really linked to inherent technical aspects of CBT or ‘aspecific’ therapeutic factors which characterize any kind of psychological support: can one expect patients to report improvements only because they have been able to talk with a professional who listens, or because they finally feel relief that they can receive care from someone and overcome their demoralization? This condition can be compared to a placebo group in pharmacological trials (Wampold & Imel, 2015). In reality it is very difficult to talk about the placebo effect in psychotherapy research, especially because in therapy, differently from pharmacology, not all the people involved in the experiment (therapist, patient, researcher) can be kept ‘blind’ with regards to what treatment the patient is receiving. Despite the fact that RCTs still represent the gold standard to evaluate the efficacy of treatments, one can infer from these brief observations that there are various issues regarding the methodological relevance of these studies (Del Corno & Lo Coco, 2018). For instance, it is important to keep in mind that in every study concerning the efficacy of a treatment we will have patients who present substantial improvements after therapy, but also patients that do not improve or even report an overall worsening (Lambert & Ogles, 2013). Even if the variability range in the response of these patients is taken into consideration with statistical tests, the level of individual change is not adequately described or considered. The average improvement of a group of patients after a therapeutic intervention does not correspond to the significant benefit of the therapy for each individual patient (Kazdin, 2017). Therefore, the long-standing problem returns of how to integrate clinical research into a nomothetic approach (which analyses general rules) and an idiographic one (that is focalized on the characteristics of the single subject). Hereafter, we shall see how the shareable criticisms of RCT research that have been put forward by various authors in the last few years are helping to overcome a certain amount of rigidity, and are favouring the development of research themes whose results are more coherent with the challenges of professional practice.

Meta-analyses

In the perspective of evidence-based treatments, meta-analyses represent the supreme example of scientific evidence, as they can provide an estimate of the therapeutic effect of a certain treatment, based on all the results from published single studies on a topic (Wampold & Imel, 2015). Meta-analytical studies are usually divided up into a systematic review part and a met-

analysis one. Systematic reviews are reviews of the evidence in literature that use systematic and explicit methods to identify, select, and critically evaluate relevant research published on a certain topic. They also collect and analyse data from studies that are included in the review. The term meta-analysis instead refers to a particular type of systematic review in which researchers use specific statistical techniques to quantitatively analyse and summarize the results of the included studies of the review. In a meta-analysis aimed at establishing the efficacy of a treatment, results are integrated from different RCTs that have been conducted separately, with the objective of obtaining an estimate of the effect of the intervention based on collected data from thousands of patients (Del Corno & Lo Coco, 2018). Traditionally, meta-analyses summarize data from RCTS where different conditions are compared, for example, between a specific treatment for an anxiety disorder and a control group; meta-analyses estimate the effect size of the therapy compared to the control conditions. The results of meta-analyses allow researchers to gather results from dozens of different studies and unite them into a single study. When meta-analyses are conducted rigorously and transparently, their results can provide clear evidence regarding key issues in healthcare interventions.

Despite their undoubtable advantages, one can raise doubts regarding meta-analyses and their usefulness in psychotherapy as they present weaknesses that can limit the reliability of the obtained results. For instance, the results of a meta-analysis cannot ever be better than the single studies that are included in the analysis: if these single studies present intrinsic methodological limits, the meta-analysis cannot correct these original defects. Furthermore, there seems to be a tendency to not publish RCTs that did not find significant results in scientific journals (*e.g.* no difference between the treatment and control groups), while generally published RCTs (included in meta-analyses) report significant data supporting a certain treatment compared to a control condition: there is therefore an elevated risk of overestimating efficacy results of an intervention in meta-analyses. There is already ample evidence of this distortion in the case of treatments for depressive disorders (Turner *et al.*, 2008).

Generally, for over 30 years now, meta-analytic research has shown that psychotherapy favours a positive change in patients, compared to control groups made up of patients who are not undergoing therapy (Wampold, 2001). At an empirical level, the famous Dodo bird verdict ('Everybody has won and all must have prizes') seems to reflect the evidence that no one therapy has demonstrated to be significantly superior to others in the treatment of specific disorders (Wampold & Imel, 2015). This equivalence of therapeutic efficacy has been maintained even when 'bona fide' therapies were confronted, which are characterized by clear indicators recognised by the academic and professional community. These

are interventions aimed at the treatment of patients with clinically relevant problems; that are based on a well-defined therapeutic approach; possibly even based on a treatment manual; with particular reference to defined and detailed psychological processes (Wampold, 2001). These results have substantially reduced the claims of absolute superiority of one treatment model compared to another. Simultaneously, we are asking ourselves if common aspecific factors are identifiable in various different forms of therapy that are responsible for the improvement of patients (Laska, Gurman & Wampold, 2014). While the evidence-based approach and ESTs have conveyed the idea that psychotherapeutic treatments contain specific techniques aimed at treating a specific mental disorder, the approach towards aspecific factors has mainly focused on the importance of the therapeutic relationship between clinician and patient involved in the psychotherapeutic process as a tool to overcome difficulties the patient may have (Wampold, 2001).

Lastly, it is interesting to note how psychodynamic therapies, which are generally resistant to evidence-based logic, which is perceived (rationally) as very distant from the method of analytic work, have in the last years gathered different evidences aimed at emphasizing its positive results (Levy, Ablon & Kachele, 2015; Leichsenring *et al.*, 2015). Despite the strong resistance on behalf of clinicians to recognize the scientific value of these studies and, especially, the real impact of these results in daily clinical practice, different international psychodynamic research groups have produced important meta-analyses aimed at demonstrating the efficacy of these types of therapies for a variety of clinical disorders (Levy, Ablon & Kachele, 2015; Leichsenring *et al.*, 2015). On the whole, these meta-analyses have provided proof of efficacy for specific forms of psychodynamic psychotherapy both in the short and long-term and for a wide range of mental disorders, that also include personality disorders (Abbass, Hancock, Henderson, & Kisely, 2006; Leichsenring & Rabung, 2008).

For example, a meta-analysis on psychodynamic therapy by Abbass *et al.* (2006) considered 23 RCTs for a total of 1431 patients, showing benefits on depressive symptoms reported by patients after a short psychodynamic therapy (less than 40 sessions). The benefits increased at the follow-up more than 9 months after the therapy, suggesting that psychodynamic treatment, more than the elimination of the symptom, initiated psychological processes that provoke a change even after the treatment was terminated, activating a positive cycle (Del Corno & Lo Coco, 2018). With regard to the treatment for anxiety disorders, the most extensive meta-analysis (with 14 RCTs and 1073 patients) showed that psychodynamic therapies promote benefits in patients with the following diagnoses: social anxiety, phobias, panic, and GAD, that were significantly superior to the control condition and comparable to those obtained with other types of accredited

treatments, mainly with a CBT orientation (Keefe, McCarthy, Dinger, Zilcha-Mano, & Barber, 2014).

A meta-analysis on the efficacy of long-term psychodynamic treatments (of at least 1 year) with patients with various complex mental disorders, such as borderline personality disorders, cluster C personality disorders, chronic depressive conditions, *etc.* (Leichsering & Rabung, 2011) analyzed 10 RCTs (971 patients in total) in which different long-term treatments were compared with therapies of lesser intensity and duration, such as CBT, DBT, or routine treatment conditions. The long-term therapies demonstrated a superior efficacy compared to short treatments: on average at the end of long-term treatment patients feel 70% better than patients in the control condition.

One of the most sophisticated meta-analyses (Kivlighan *et al.*, 2015) on the maintenance in time of the obtained results of psychodynamic therapies examined studies where psychodynamic treatments were compared to non-psychodynamic ones; these were evaluated by a pool of clinicians and researchers as *bona fide* based on their stringent and shareable criteria. The authors found that psychodynamic therapies did not obtain significantly superior results at follow-up compared to non-psychodynamic ones, neither for principal symptomatology, nor for personality characteristics. On the other hand, a study with patients that presented a depressive disorder that was severe and long lasting, examined the difference between psychodynamic therapy and a control group undergoing CBT (Leuzinger-Bohleber *et al.*, 2019); it showed that, three years after the start of the psychotherapy, the depressive symptomatology was reduced in both treatment conditions. However, the patients who underwent psychodynamic treatment showed major structural changes compared to patients undergoing CBT.

In summary, we can affirm that psychodynamic therapies obtain positive results, similar to or superior to other types of interventions for a wide variety of disorders; however the issue regarding the superiority of this treatment model compared to others in terms of maintenance of the obtained results in time remains open for debate (Wampold & Imel, 2015).

Can we go beyond the presumption of superiority of randomized controlled trials?

The limits of the evidence-based approach to psychotherapy, which is based solely on RCTs, has created an opportunity to expand research starting from an epistemological setting (and methodology) in which the effect of psychotherapy does not overlap with the efficacy of a medication. We can try to summarize this transformation as that of moving from evidence-

based therapy to practice-based therapy, a type of research that starts from the importance of clinician's questions in order to improve the efficacy of their psychotherapeutic work (Tasca *et al.*, 2015).

Historically, Westen, Novotny and Thompson-Brenner (2004) published an articulate study in which they highlighted the strong limitations of RCT studies in psychotherapy and the risk of conveying a generally reductionist and distorted idea regarding the efficacy of psychotherapy. Although the last 15 years have seen enormous progress, it is useful to note some of the methodological limitations emphasized by these authors. For instance, traditional RCTs describe a disembodied type of psychotherapy (without the therapist), as they aimed to show the efficacy of the *treatment*, minimizing the differences between different therapists by focusing on psychology manuals and adherence to protocols (thus hypothesizing that in this research different therapists act in the same way with their patients). (Fortunately) empirical research has instead shown that therapists tend to respond in different ways to different patients in therapy, based on their personal characteristics (Beutler *et al.*, 2004; Steel, Macdonald, & Schroder, 2018). Even when therapists have been trained and supervised to offer a standardized treatment, variability in their therapeutic actions (and therefore of their response to patients in therapy) is unavoidable. Does it make any sense, therefore, to speak of treatment efficacy, for example of CBT or psychodynamic therapy, when its efficacy seems strongly influenced by the persona of the therapist? In the last few years, psychotherapy research has investigated the 'therapist effect' to determine how much the differences in outcome obtained by patients at the end of treatment are caused by differing therapist efficacy (Baldwin & Imel, 2013). We know, for example, that not all therapists obtain good results with their patients (Castonguay & Hill, 2017). Why is it that a therapist is able to treat patient A with more efficacy than patient B? In a study conducted by Barkham, Lutz, Lambert and Saxon (2017) on 362 therapists (and 14,254 patients) a big therapist effect was confirmed to influence patient outcome. These authors highlighted how this effect was even more pronounced for patients with more serious initial problems. The variability in the influence of the therapist is therefore to be kept in consideration, especially with more difficult patients. Some therapist variables that can influence the success of patient therapy have been described (Lingiardi *et al.*, 2018). For example, attachment characteristics of the therapist and their reflexive function contribute to their ability to establish an empathic and supportive relationship with the patient (Cologon *et al.*, 2017). Therapists with a secure attachment style (who tend to react less defensively and have less negative counter-transference) show better results with more severe patients (Strauss & Petrowsky, 2017).

Another fundamental limitation of RCT research highlighted by Westen

and colleagues (2004) is the lack of importance assigned to the therapeutic alliance. Once we put aside the idea that psychotherapy is equivalent to medication, research focused on aspects of the relationship between therapist and patient that can facilitate the improvement of the latter in therapy. An exemplary work on this topic is that coordinated by J. Norcross in the last 20 years, summed up in the title of the volume '*Psychotherapy relationships that work*' (Norcross, 2002). This text, which has been regularly updated over the years, offers a way of disseminating elements of the therapeutic relationship that research has shown to be important in favouring positive therapy outcomes in a clinical setting. If we take the latest version of this text (Norcross & Wampold, 2019), the authors highlight how the main evidence-based relationship factors are: empathy, respect, collaboration, agreement on work objectives, authenticity, emotional expression, cultivating positive expectations, managing countertransference and the establishment of a genuine therapeutic alliance.

Regarding this last factor, a meta-analysis (including 295 studies and 30,000 patients) conducted by Flückiger *et al.* (2018) confirmed that this element is essential in predicting positive change in the patient at the end of therapy. This study underlines an important aspect for the work of the therapist: that relational aspects of therapy act simultaneously to treatment methods, based on the characteristics of the patient (Norcross & Wampold, 2018). The therapeutic process is therefore a complex aspect that must be analysed by keeping in mind the interaction between the characteristics of the patient, those of the therapist and their alliance, within a treatment setting.

Towards practice-based research

While evidence-based research has long claimed to examine if a treatment (*e.g.* psychodynamic, CBT, individual, group and family therapy) is effective in the treatment of a patient, contrarily practice-based research tries to comprehend if the specific therapeutic relationship, starting from therapist and patient characteristics and their meeting, can help to overcome problems presented by the patient. Norcross & Wampold (2019) have emphasized how research has confirmed what all common sense clinicians already know: no one treatment works for all patients, and what works with one, might not work with another. Matching between psychotherapy and mental disorder as proposed by ESTs seems therefore to be incomplete and often misleading. The therapist modifies his or her therapeutic approach based on the patient and it depends on the patient's needs. Consequently, 'effective' therapists implement various levels of therapeutic relationship in a responsive way depending on the patient being treated,

and also on the moment during therapy with the patient (Norcross & Wampold, 2019).

Namely, the idea that rather than just observing the impact of single therapeutic techniques on the patient, therapists must actually analyse the level of responsiveness they have to the patient (Stiles & Hovarth, 2017). At an empirical level, we have seen that in psychodynamic therapies we obtain better results with patients when the therapist does not follow a treatment model in a rigid way, but rather he or she uses adherence flexibility by working with the patient's characteristics (Owen & Hilsenroth, 2014). In psychodynamic therapies this flexibility, for instance, on the use of certain types of cognitive-behavioural interventions, seems to promote a better therapeutic alliance with the patient (Goldman *et al.*, 2018). For example, the use of a selection of topics to discuss during psychotherapy sessions (which is typical of CBT interventions) with depressed patients who are undergoing psychodynamic therapy, seems to predict better results at the end of therapy (Katz & Hilsenroth, 2018).

Lastly, in a study based on the analysis of video recorded sessions of psychodynamic therapy for depression, the therapists that integrated a small quantity of CBT techniques in the first few sessions (*e.g.* starting by discussing certain topics; explaining reasons for using a particular technique during the session; discussing future patient life situations; providing information to the patient regarding symptoms and therapy) obtained better results at the end of treatment (Katz *et al.*, 2019).

So up to what point is it useful to integrate different therapeutic techniques? In which conditions and for which patients is therapeutic flexibility fundamental? (Castonguay, Eubanks, Goldfried, Muran, & Lutz, 2015). How can one personalize therapy based on the needs of the patient? (Leichsenring *et al.*, 2018). It is easily perceivable that to these complex questions there must be a complex approach to clinical research. For a few years now the *American Psychological Association* has supported an approach that is based on evidence-based practice, that foresees an integration between research results and therapist clinical experience, in the context of patient characteristics, patient preferences and cultural orientation (Norcross & Wampold, 2018). In this perspective, it is necessary to integrate an approach to research that is both quantitative and qualitative (Del Corno & Lo Coco, 2018). I will now describe an example of how this research with mixed methodologies can produce interesting results to help improve scientific knowledge and, at the same time, provide the clinician with insights that are pertinent to his or her professional practice. We have seen in this article how a key term in psychotherapy research is that of 'outcome', that is, the result of therapy. Outcome is a construct that was born from the world of research in order to evaluate the improvement of a patient, but is it useful in clinical practice? The work of De Smet *et al.*

(2019) offers some stimulating data with regards to this: in a RCT on the treatment of depressive disorders with psychodynamic and CBT therapy, the authors examined the outcome of patients both in statistical terms, that is, clinical significance, and with a qualitative in-depth analysis on the patient experience. Thus, the patients who were selected had all reported a clinically significant improvement (improved patients and cured patients) at the end of therapy, these were then asked to take part in an interview that was aimed at understanding their change experience in therapy. The objective of the study was to obtain a description of what is a 'good' therapeutic result from the patient perspective, as well as obtain the statistical significance of the reported change. The results showed that for patients a good result of therapy is a process of becoming, in which one must balance the achieved improvements with the difficulties that are still taking place. 'Cured' patients, *id est*, those that no longer presented depressive symptoms at the end of therapy, in some cases expressed how certain problematic aspects of their malaise were still present and that they had to continue 'to fight'. The more positive aspects of their healing experience focused on: i) having a superior sense of empowerment, that is, the strength to face problems in a new way, manage interpersonal relations, feel a certain maturity in their experience of self; ii) having improved their ability for insight and self-reflection.

It is interesting to note that these experience dimensions were for the most part common to all improved patients in both therapy formats, psychodynamic and CBT. Hence, the 'good' result of a therapeutic treatment is a complex personal experience and the integration of both a qualitative and quantitative evaluation of outcome; this can expand our knowledge of change regarding patient perspective.

Conclusions

In the last few decades we have tended to emphasize the distance between clinical practice and research. We have seen how, for a long time in the scientific community, a conviction of a top-down, rather than a bottom-up relationship direction between these two practices prevailed. The basic idea was that research produced scientific evidence that could then be transferred to clinicians in their treatment settings. From this perspective, the psychotherapist would carry out a more effective intervention with his or her patients if he or she followed the recommendations given by research, which could provide new understanding on the psychopathological characteristics of patients and on their possible therapeutic treatments. The clinician would be able to help his or her patients as long as they did not only base their work on their subjective experience, but they

had to refer to scientific evidence (Goldfried, 2018). We have highlighted how this process of knowledge transfer from research has not produced the desired effects since psychotherapists rarely turn to research results in moments of difficulty during the formation of a psychotherapeutic relationship with a specific patient (Castonguay, Barkham, Lutz, & McAleavy, 2013). The limits of research, which are often lamented by professionals, refer to data taken from generic samples of patients that rarely reflect the complexity of the real 'skin and bone' patients that come to psychotherapy sessions. Often there are statistical elements that are not easily comprehensible for the average psychotherapist and there are research topics that are only sometimes pertinent with the daily needs of a clinician (Tasca *et al.*, 2015). Presently, it is surely more promising to have a strategy based on the integration of research and clinical practice that can build a bridge between the two realities that represent two sides of the same coin, that is, scientific professionalism and psychotherapy. This construction should be based on research that begins with clinical practice, and it must elaborate on ways of working that have more sense for the clinician (Levy, Ablon & Kachele, 2015). In summary, to go back to what Leichsenring *et al.* (2018) already stated, the future of psychotherapy is the plurality in recognizing that we need different forms of psychotherapy based on evidence, but that we must also keep in mind the irreducible complexity of our object of study.

REFERENCES

- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., & Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, Article No. CD004687.
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 258-297). New York, NY: Wiley.
- Barkham, M., Stiles, W. B., Lambert, M. J., & Mellor-Clark, J. (2010). Building a rigorous and relevant knowledge-base for the psychological therapies. In M. Barkham, G. E. Hardy, & J. Mellor-Clark (Eds.), *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies* (pp. 21-61).
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 13-36). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227-306). New York, NY: John Wiley & Son.
- Del Corno, F., Lo Coco G. (2018). *Disegni di ricerca in psicologia clinica*. Milano: Franco Angeli.
- Castonguay, L. G., Barkham, M., Lutz, W., & McAleavy, A. (2013). Practice oriented research:

- Approaches and applications. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 85-133). Hoboken, NJ: Wiley.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research, 25*, 365-382.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2017). *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Castonguay, L. G., & Muran, J. C. (2015). Fostering collaboration between researchers and clinicians through building practice-oriented research: An introduction. *Psychotherapy Research, 25*, 1-5.
- Cologon, J., Schweitzer, R. D., King, R., Nolte, T. J. A., Health, P. I. M., & Research, M. H. S. (2017). Therapist Reflective Functioning, Therapist Attachment Style and Therapist Effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44*(5), 614-625.
- De Smet, M. M., Meganck, R., De Geest, R., Norman, U. A., Truijens, F., & Desmet, M. (2019). What 'Good Outcome' Means to Patients: Understanding Recovery and Improvement in Psychotherapy for Major Depression From a Mixed-Methods Perspective. *Journal of Counseling Psychology*. Advance online publication.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316-340.
- Goldfried, M. R. (2018). Obtaining Consensus in Psychotherapy: What Holds Us Back?. *American Psychologist, 74*, 484-496.
- Goldman, R. E., Hilsenroth, M. J., Gold, J. R., Owen, J. J., & Levy, S. R. (2018). Psychotherapy integration and alliance: An examination across treatment outcomes. *Journal of Psychotherapy Integration, 28*, 14-30.
- Katz, M., & Hilsenroth, M. J. (2018). Psychodynamic technique early in treatment related to outcome for depressed patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 25*, 348-358.
- Katz, M., Hilsenroth, M. J., Gold, J. R., Moore, M., Pitman, S. R., Levy, S. R., Owen, J. (2019). Adherence, Flexibility, and Outcome in Psychodynamic Treatment of Depression. *Journal of Counseling Psychology, 66*(1), 94-103.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist, 63*, 146-159.
- Kazdin, A. E. (2017). Addressing the treatment gap: a key challenge for extending evidence-based psychosocial interventions. *Behavior Research and Therapy, 88*, 7-18.
- Keefe J.R., McCarthy K.S., Dinger U, Zilcha-Mano S., Barber J.P. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review, 34*, 309-323.
- Kivlighan D.M. III, Goldberg, S.B., Abbas, M., Pace, B.T., Yulish, N.E., Thomas, J.G., Cullen, M.M., Flückiger, C., Wampold, B.E. (2015). The enduring effects of psychodynamic treatments vis-à-vis alternative treatments: A multilevel longitudinal meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 40*, 1-14.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 169-218) (6th ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the Lens of Evidence-Based Practice in Psychotherapy: A Common Factors Perspective. *Psychotherapy, 51*, 467-481.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association, 300*, 1551-1565.

- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M. J., Abbass, A., Barber, J. P., Keefe, J. R., . . . Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *The Lancet Psychiatry*, 2, 648-660.
- Leichsenring, F., Abbass, A., Hilsenroth, M.J., Luyten, P., Munder, T., Rabung, S., Steinert, C. (2018). 'Gold Standards,' Plurality and Monocultures: The Need for Diversity in Psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry* 9:159.
- Leuzinger-Bohleber, M., Kaufhold, J., Kallenbach, L., Negele, A., Ernst, M., Keller, W., . . . Beutel, M. (2019). How to measure sustained psychic transformations in long-term treatments of chronically depressed patients: Symptomatic and structural changes in the LAC Depression Study of the outcome of cognitive-behavioural and psychoanalytic long-term treatments. *The International Journal of Psychoanalysis*, 100, 99-127.
- Levy, R.A., Ablon, J.S., Kachele, H. (2015). *La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., Muzi, L., Tanzilli, A., & Carone, N. (2018). Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25(1), 85-101.
- McWilliams, N. (2017). Integrative Research for Integrative Practice: A Plea for Respectful Collaboration Across Clinician and Researcher Roles. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27, 283-295.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.) (2015). *A guide to treatments that work* (4th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1889-1906.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (Eds.) (2019). *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol. 2). New York, NY: Oxford University Press.
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 61, 280-288.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). *Systems of psychotherapy* (9th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Steel, C., Macdonald, J., & Schroder, T. (2018). A Systematic Review of the Effect of Therapists' Internalized Models of Relationships on the Quality of the Therapeutic Relationship. *Journal of Clinical Psychology*, 74(1), 5-42.
- Stiles, W. B., & Horvath, A. O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to therapist effects. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 71-84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Strauss, B. M., & Petrowski, K. (2017). The role of the therapist's attachment in the process and outcome of psychotherapy. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 117-138). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tasca, G. A., Sylvestre, J., Balfour, L., Chyurlia, L., Evans, J., Fortin-Langelier, B., . . . Wilson, B. (2015). What clinicians want: Findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy*, 52(1), 1-11.
- Turner, E. H., Matthews, A. M., Linardatos, E., Tell, R. A., & Rosenthal, R. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358(3), 252-260.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York: Routledge.

Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, *130*, 631-663.

Conflict of interests: the author declares no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 4 March 2020.

Accepted for publication: 11 February 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:261

doi:10.4081/rp.2021.261

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

L'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici: per una ricerca basata sulla pratica clinica

Gianluca Lo Coco*

SOMMARIO. – Questo articolo approfondisce il tema del rapporto tra ricerca in psicoterapia e pratica clinica. Nonostante gli avanzamenti nell'ambito della ricerca negli ultimi venti anni, permangono ancora diversi ostacoli nel processo di disseminazione di tale conoscenza. A tal fine, verranno messe in evidenza le differenze tra l'*evidence-based research*, volta a determinare quale trattamento terapeutico sia più efficace per i singoli disturbi psichiatrici e la *practice-based research*, che prova ad ottenere dei risultati più vicini alla pratica professionale quotidiana, focalizzandosi su aspetti come la relazione terapeutica, le caratteristiche del terapeuta e del paziente ed i fattori contestuali. È possibile costruire una pratica clinica che non sia sganciata dalle evidenze scientifiche su vari aspetti del lavoro terapeutico. Infine, verrà evidenziato come le terapie psicodinamiche abbiano ottenuto varie prove di efficacia che le rendono comparabili a trattamenti di altri orientamenti, anche se la complessità dello studio della relazione terapeutica in tale setting richiede uno sforzo sempre maggiore per integrare ricerca quantitativa e qualitativa.

Parole chiave: Ricerca in psicoterapia; efficacia; outcome; relazione terapeutica; *practice-based research*.

In un recente articolo pubblicato nella rivista *American Psychologist*, Marvin Goldfried (2018) si pone la questione di come favorire il transito della psicoterapia, dopo più di cento anni dalla sua nascita, verso uno statuto di professione scientifica matura. Secondo l'autore, manca ancora un consenso generale su quali siano i suoi principi di fondo che ne caratterizzano teoria e prassi operativa. Se da un lato, la frammentazione teorica degli approcci terapeutici continua ad essere un ostacolo ad un accordo sui principali aspetti caratterizzanti il lavoro di cura (sono stati recentemente contate più di 500 scuole di pensiero a livello mondiale) (Prochaska &

*Psicologo e psicoterapeuta, Professore Ordinario di Psicologia Clinica presso l'Università di Palermo. Presidente della sezione italiana della Society for Psychotherapy Research. E-mail: gianluca.lococo@unipa.it

Norcross, 2018), un problema ancora presente è quello di ridurre la distanza tra mondo della ricerca e della pratica professionale. Non perché il consenso sui temi fondamentali della psicoterapia debba giungere dai risultati della ricerca, ma piuttosto perché non può esistere una pratica professionale scientifica che sia sganciata e non connessa con i risultati che produce la ricerca. Gli ultimi 25 anni hanno visto imporsi il paradigma della ricerca basata sull'evidenza (*evidence-based research*). La ricerca ha il compito, in questa prospettiva, di disseminare i propri risultati, ottenuti con rigorose metodologie scientifiche, al mondo della professione per poterne migliorare l'efficacia di intervento. Oggi possiamo affermare che questa strategia 'one-way' o 'top-down' ha ottenuto risultati molto modesti e di impatto marginale nel mondo della professione. Il terapeuta (o il responsabile di un servizio sanitario) utilizza molto poco i risultati della ricerca per migliorare il proprio modo di lavorare e fornire risposte più adeguate ai bisogni del paziente. È nata quindi l'esigenza di sperimentare delle pratiche di disseminazione della conoscenza che potessero seguire due vie, piuttosto che una, dalla ricerca alla pratica e dalla pratica alla ricerca (Goldfried, 2018). Una *practice-based research* che si ponga come elemento complementare alla *evidence-based research*, valorizzando allo stesso tempo il sapere e la competenza del clinico e del ricercatore (Barkham, Stiles, Lambert, & Mellor-Clark, 2010). Tale integrazione è soprattutto necessaria nell'ambito delle terapie psicodinamiche o psicoanalitiche, che hanno maggiormente pagato il prezzo di uno storico scollamento concettuale tra pratica e ricerca. Emerge quindi la necessità di re-indirizzare il focus della ricerca clinica verso una *practice-based research*, cioè di una ricerca che risponda a domande ritenute pertinenti e clinicamente significative da parte del clinico (Castonguay & Muran, 2015). Uscire cioè dalla prospettiva mutualmente screditante di un mondo della ricerca visto come una 'torre d'avorio' poco connessa con il mondo reale, e di una pratica clinica vista come mondo dell'approssimazione e della mancanza di rigore procedurale e scientifico. Ma cosa vogliono realmente i clinici dalla ricerca? Un'indagine approfondita svolta in Canada con più di mille psicoterapeuti (Tasca *et al.*, 2015) ha evidenziato che i clinici valutano come estremamente importanti i temi del comprendere i meccanismi di cambiamento in psicoterapia, le componenti della relazione terapeutica, i metodi efficaci per formare terapeuti in grado di curare realmente i pazienti. È facile notare quindi come al di là di steccati e barriere puramente di tipo ideologico, ricerca e clinica si possano incontrare nel momento in cui si cercano risposte concrete alla gestione del paziente in terapia. Recentemente anche Nancy McWilliams (2017) si è chiesta quale tipo di ricerca sarebbe realmente utile ai terapeuti che svolgono la professione, evidenziando come la tradizionale domanda di 'Cosa funziona per chi' (*What works for whom?*) (Roth & Fonagy, 2013) dovrebbe tradursi in 'Chi funziona e con chi si riesce a lavorare meglio?', con un forte

accento quindi allo studio delle caratteristiche del terapeuta e all'interazione tra personalità del clinico e mondo relazionale del paziente.

In questo articolo verranno fornite inizialmente alcune considerazioni sulla ricerca 'evidence-based' in psicoterapia, con un focus particolare rivolto alle terapie psicomodinamiche, per muoversi successivamente alle prospettive della ricerca basata sulla pratica professionale.

L'efficacia della psicoterapia

Quali evidenze produce la ricerca sull'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici? A tale domanda da diversi decenni si prova a rispondere, nella logica dell'*evidence-based research*, con gli studi basati sulla metodologia del *randomized controlled trial* (RCT) in cui si confrontano l'effetto terapeutico di condizioni differenti di trattamento su un *outcome* del paziente. Il presupposto epistemologico di questo tipo di ricerca, basato sull'idea di verificare trattamenti supportati empiricamente (*empirically-supported treatments, EST*), è di identificare terapie specifiche per disturbi specifici (Nathan e Gorman, 2015). Negli studi sperimentali con RCT, il confronto avviene quindi attraverso due diversi gruppi di soggetti esposti alle differenti condizioni (ad esempio, un gruppo riceve il trattamento e il gruppo di controllo nessuna terapia). Nell'ottica di stabilire quanto un determinato intervento terapeutico sia efficace nel trattamento di uno specifico disturbo, lo studio RCT aiuta a rispondere alla seguente domanda di ricerca: possiamo essere sicuri che il miglioramento riscontrato dai pazienti sia dovuto alla terapia che hanno ricevuto? (Kazdin, 2008). Le condizioni 'ideali' per raggiungere tale obiettivo sono quelle di: i) selezionare un campione di pazienti (di numerosità adeguata) dalla popolazione clinica di riferimento; ii) assegnare i pazienti selezionati in modo causale (o randomizzato) alle condizioni di trattamento e di controllo (nella situazione più semplice, pazienti in terapia vs pazienti senza terapia); iii) i pazienti del gruppo sperimentale riceveranno il trattamento terapeutico, mentre i pazienti del gruppo di controllo non riceveranno il trattamento; iv) al termine della terapia si verificherà se i pazienti che hanno ricevuto il trattamento presentino un miglioramento dell'*outcome* significativamente superiore ai pazienti nella condizione di controllo (Del Corno, Lo Coco, 2018). Il principale punto di forza per cui questa metodologia viene utilizzata negli studi di efficacia degli interventi psicologici è la sua elevata validità interna (posso stabilire che il miglioramento del paziente è causato dall'intervento ricevuto), in quanto tramite l'utilizzo di un gruppo di controllo non sottoposto a terapia posso tenere sotto controllo le principali minacce che minano il valore dell'esperimento. Se dal punto di vista scientifico questo approccio rimane il 'gold standard', non si possono negare evidenti difficoltà nella sua effettiva tra-

sferibilità al modo della psicoterapia. Banalmente e semplicemente, può un clinico fidarsi dei risultati ottenuti da uno studio altamente controllato, in cui i pazienti sono rigidamente selezionati? Nella normale pratica clinica, un terapeuta si confronta con situazioni cliniche caratterizzate da quadri diagnostici sempre più multiformi e che poco rientrano nelle rigide classificazioni dei manuali diagnostici di psichiatria.

Un altro esempio potrebbe essere relativo all'utilizzo dei gruppi di controllo in queste sperimentazioni. Ad esempio, molti studi hanno confrontato una specifica condizione di trattamento (ad esempio, una CBT manualizzata per i disturbi d'ansia) con una condizione clinica di controllo, per verificare se il cambiamento dei pazienti fosse legato realmente agli aspetti tecnici inerenti alla CBT o a fattori terapeutici 'aspecifici' caratteristici di ogni condizione di supporto psicologico: ci si può aspettare infatti che un paziente riporti un miglioramento soltanto per il fatto di potere parlare con un professionista che lo ascolti, o perché è sollevato dal poter ricevere le cure di qualcuno e superare il proprio stato di demoralizzazione? Tale condizione viene in genere equiparata al gruppo placebo nelle sperimentazioni farmacologiche (Wampold & Imel, 2015). In realtà è molto difficile potere parlare di effetto placebo in ricerche di psicoterapia, soprattutto perché in una terapia, a differenza di quanto avviene in farmacologia, non tutti gli attori della sperimentazione (terapeuta, paziente, ricercatore) possono essere tenuti 'in cieco' circa ciò che il paziente sta ricevendo.

Come si può evincere da queste brevi osservazioni, nonostante gli RCT rappresentino ancora il *gold standard* per valutare l'efficacia dei trattamenti, si pongono varie questioni relative alla rilevanza metodologica di tali studi (Del Corno & Lo Coco, 2018). Ad esempio, è importante tenere presente che in ogni ricerca sull'efficacia di un trattamento avremo pazienti che presentano miglioramenti sostanziali in seguito alla terapia, ma anche pazienti che non migliorano o addirittura riportano un peggioramento complessivo (Lambert & Ogles, 2013). Anche se il *range* di variabilità nella risposta di questi pazienti è preso in considerazione nei test statistici, il livello del cambiamento individuale non è però adeguatamente descritto o considerato. Il miglioramento medio di un gruppo di pazienti in seguito ad un intervento terapeutico non corrisponde a un beneficio sostanziale della terapia per ogni specifico paziente (Kazdin, 2017). Ritorna cioè l'annoso problema di come integrare nella ricerca clinica un approccio nomotetico (che analizza delle regole generali) e uno idiografico (che si focalizza sulle caratteristiche del singolo soggetto). Vedremo in seguito come le condivisibili critiche alla ricerca RCT sollevate da vari autori negli ultimi anni stiano aiutando a superare alcune di tali rigidità e al contempo stiano favorendo lo sviluppo di temi di ricerca i cui risultati risultino maggiormente coerenti con le sfide della pratica professionale.

Gli studi meta-analitici

Nella prospettiva degli *evidence-based treatments* gli studi meta-analitici rappresentano il punto supremo di evidenza scientifica, in quanto riescono a fornire una stima dell'effetto terapeutico di un determinato trattamento, basandosi su tutti i risultati dei singoli studi pubblicati sul tema (Wampold & Imel, 2015). Gli studi metanalitici si articolano in un lavoro di *systematic review* e di meta-analisi. Le *systematic reviews* sono delle rassegne della letteratura che utilizzano metodi sistematici ed espliciti per identificare, selezionare e valutare in maniera critica la ricerca rilevante su un tema, e per raccogliere ed analizzare i dati degli studi inclusi nella rassegna. Il termine meta-analisi si riferisce invece ad una particolare tipologia di *systematic review*, in cui si utilizzano delle specifiche tecniche statistiche per analizzare quantitativamente e sintetizzare i risultati degli studi inclusi nella *review*. Nella meta-analisi volta a stabilire l'efficacia di un trattamento, vengono quindi integrati i risultati provenienti da diversi RCT condotti separatamente, al fine di avere una stima dell'effetto dell'intervento basandosi sui dati raccolti con migliaia di pazienti (Del Corno & Lo Coco, 2018). Tradizionalmente, le meta-analisi sintetizzano i dati di studi RCT in cui vengono confrontate diverse condizioni, ad esempio tra uno specifico trattamento per un disturbo d'ansia e il gruppo di controllo, stimando la dimensione dell'effetto (*effect-size*) della terapia rispetto alla condizione di controllo. I risultati delle meta-analisi consentono di unificare in un singolo lavoro i risultati riportati in diverse decine di ricerche differenti. Nei casi in cui le meta-analisi vengono condotte in maniera rigorosa e trasparente, i suoi risultati possono quindi fornire delle evidenze chiare su questioni importanti legate agli interventi sanitari.

Nonostante i suoi indubbi vantaggi, anche per gli studi meta-analitici si pongono dei dubbi circa la loro utilizzabilità per la psicoterapia, in quanto presentano dei punti di debolezza che possono limitare l'affidabilità dei risultati ottenuti. Ad esempio, i risultati della meta-analisi non possono mai essere migliori di quelli degli studi che sono stati inclusi: se tali studi di partenza presentano intrinseci limiti metodologici, la meta-analisi non può correggere tali difetti originari. Inoltre si è visto come esista una tendenza a non pubblicare nelle riviste scientifiche gli RCT che non hanno trovato risultati significativi (es., nessuna differenza tra trattamento e gruppo di controllo), mentre generalmente gli RCT pubblicati (ed inclusi nella meta-analisi) riportano dati significativi a vantaggio di un trattamento rispetto alla condizione di controllo: esiste quindi un elevato rischio di sovrastimare nelle meta-analisi i risultati sull'efficacia di un intervento. Esiste già un'ampia evidenza di questo effetto distorsivo nel caso del trattamento dei disturbi depressivi (Turner *et al.*, 2008).

A livello generale, le ricerche di tipo meta-analitico stanno comunque

mostrando da più di trent'anni come la psicoterapia favorisca un cambiamento positivo nei pazienti, rispetto a gruppi di controllo composti da pazienti non sottoposti a trattamento (Wampold, 2001). A livello empirico, il celebre verdetto di Dodo ('Tutti hanno vinto e tutti meritano un premio') sembra riflettere l'evidenza che nessuna terapia si è mostrata significativamente superiore ad altre nel trattamento di specifici disturbi (Wampold & Imel, 2015). Tale equivalenza di efficacia terapeutica si è mantenuta anche quando ci si è riferiti al confronto tra terapie '*bona fide*', caratterizzate cioè da indicatori chiari e riconosciuti nella comunità accademica e professionale, quali l'essere interventi rivolti alla cura di un paziente con un problema clinicamente rilevante; che si rifacciano ad un approccio terapeutico ben definito; possibilmente ad un manuale di trattamento; con un riferimento a processi psicologici definiti e descritti (Wampold, 2001). Tali risultati hanno ridotto sensibilmente le pretese assolute di superiorità su un modello di trattamento rispetto ad un altro. Contemporaneamente, ci si sta chiedendo se siano identificabili dei fattori specifici comuni a varie forme di terapia che siano responsabili del miglioramento del paziente (Laska, Gurman & Wampold, 2014). Mentre l'approccio *evidence-based* ed EST hanno veicolato l'idea che i trattamenti psicoterapeutici contengano specifiche tecniche volte a curare un disturbo mentale specifico, l'approccio sui fattori aspecifici si è maggiormente focalizzato sull'importanza della relazione terapeutica tra clinico e paziente quale strumento per superare le difficoltà di quest'ultimo all'interno di un processo terapeutico (Wampold, 2001).

Infine risulta interessante notare come le terapie psicodinamiche, tendenzialmente refrattarie a sposare una logica *evidence-based*, percepita (ragionevolmente) come molto distante dal proprio metodo di lavoro analitico, abbiano negli ultimi anni accumulato diverse evidenze volte a metterle in risalto i positivi risultati (Levy, Ablon & Kachele, 2015; Leichsenring *et al.*, 2015). Nonostante la forte resistenza dei clinici a riconoscere un valore scientifico di tali studi e, soprattutto, il reale impatto di questi risultati nella pratica clinica quotidiana, diversi gruppi di ricerca internazionali sulle terapie psicodinamiche hanno prodotto degli importanti lavori di metanalisi volti a dimostrare l'efficacia di queste tipologie di trattamento con una grande varietà di disturbi clinici (Levy, Ablon & Kachele, 2015; Leichsenring *et al.*, 2015). Complessivamente, queste meta-analisi hanno fornito prove di efficacia per specifiche forme di psicoterapia psicodinamica sia a breve che a lungo termine e per uno svariato arco di disturbi psichici, che abbraccia anche i disturbi di personalità (Abbass, Hancock, Henderson, & Kisely, 2006; Leichsenring e Rabung, 2008).

Ad esempio, la meta-analisi sulla terapia psicodinamica di Abbass *et al.* (2006) ha considerato 23 RCT per un totale di 1431 pazienti, dimostrando i benefici sui sintomi depressivi riportati dai pazienti dopo una psicoterapia

psicodinamica breve (inferiore alle 40 sedute). I benefici aumentavano al follow-up effettuato più di 9 mesi dopo la terapia, suggerendo che il trattamento psicodinamico, più che a una eliminazione del sintomo, dà avvio a processi psicologici che provocano un cambiamento anche dopo il termine del trattamento, innescando un circolo virtuoso (Del Corno & Lo Coco, 2018). Relativamente ai trattamenti per i disturbi ansiosi, la meta-analisi più estesa (con 14 RCT e 1073 pazienti) ha evidenziato che le terapie psicodinamiche favoriscono benefici nei pazienti con diagnosi di ansia sociale, fobia, panico, GAD, nettamente superiori alla condizione di controllo e comparabili a quelli ottenuti con altre tipologie accreditate di trattamento principalmente di orientamento CBT (Keefe, McCarthy, Dinger, Zilchamano, & Barber, 2014).

Una meta-analisi sull'efficacia dei trattamenti psicodinamici a lungo termine (di almeno un anno di durata) con pazienti con vari disturbi mentali complessi, quali borderline, disturbi di personalità del cluster C, condizioni depressive croniche, *etc.* (Leichsering & Rabung, 2011) ha analizzato 10 RCT (971 pazienti complessivi) in cui si confrontavano trattamenti a lungo termine con terapie di minore intensità e durata, come CBT, DBT, oppure condizioni routinarie di trattamento. Le terapie a lungo termine hanno riportato un'efficacia superiore rispetto i trattamenti brevi: mediamente i pazienti al termine della terapia a lungo termine stanno meglio del 70% dei pazienti nella condizione di controllo.

Una delle più sofisticate meta-analisi (Kivlighan *et al.*, 2015) sul mantenimento nel tempo dei risultati ottenuti nelle terapie psicodinamiche, ha analizzato gli studi in cui venivano confrontati direttamente trattamenti psicodinamici *vs* non psicodinamici, valutati da un pool di clinici e ricercatori come terapie *bona fide* in base a criteri stringenti e condivisi. Si è visto che la terapia psicodinamica non ottiene risultati significativamente superiori al follow-up rispetto alle terapie non psicodinamiche, né per i sintomi principali del disturbo che per caratteristiche di personalità. Invece uno studio con pazienti che presentavano una diagnosi di disturbo depressivo grave e duraturo, sottoposti a terapia psicodinamica e confrontati con un gruppo di controllo CBT (Leuzinger-Bohleber *et al.*, 2019) ha evidenziato come, tre anni dopo l'inizio della terapia, la sintomatologia depressiva risultasse ridotta per entrambe le condizioni di trattamento. Ma i pazienti in terapia psicodinamica mostravano maggiori cambiamenti strutturali dei pazienti in CBT.

In sintesi, oggi possiamo affermare che le terapie psicodinamiche ottengono risultati positivi simili o superiori ad altri tipi di intervento per una grande varietà di disturbi; rimane però aperta la questione circa la superiorità di tale modello di trattamento rispetto agli altri, nei termini di un maggiore mantenimento nel corso del tempo dei risultati ottenuti (Wampold & Imel, 2015).

Andare oltre la pretesa superiorità dei *randomized controlled trials*?

I limiti dell'approccio *evidence-based* alla psicoterapia basato esclusivamente sugli studi RCT ha creato la possibilità di ampliare il lavoro di ricerca a partire da un'impostazione epistemologica (e metodologica) in cui l'effetto della psicoterapia non si sovrapponga a quello dell'efficacia in un farmaco. Potremmo provare a sintetizzare questo passaggio come quello da una ricerca caratterizzata dall'adozione di un approccio all'*evidence-based therapy* a quello sulla ricerca basata sulla pratica (*practice-based research*), una ricerca cioè capace di partire dalle domande che i clinici sentono come importanti al fine di migliorare l'efficacia del proprio lavoro psicoterapeutico (Tasca *et al.*, 2015).

Storicamente, Westen, Novotny e Thompson-Brenner (2004) pubblicarono un lavoro articolato in cui si sottolineavano i forti limiti degli studi RCT in psicoterapia e il rischio di veicolare un'idea tendenzialmente riduzionista e distorta dell'efficacia della psicoterapia. Per quanto negli ultimi quindici anni si siano fatti numerosi passi avanti, è utile rimarcare alcuni di questi limiti metodologici, come sottolineati dagli autori. Ad esempio, i tradizionali studi RCT descrivevano una psicoterapia disincarnata (senza terapeuta), in quanto si doveva dimostrare l'efficacia di un *trattamento*, minimizzando le differenze tra terapeuti attraverso la manualizzazione della psicoterapia e l'aderenza al protocollo (ipotizzando quindi che in tali ricerche i diversi terapeuti agiscano in modo simile con i propri pazienti). (Per fortuna) la ricerca empirica ha invece evidenziato come i terapeuti tendono a rispondere in maniera differente ai vari pazienti in terapia, in base alle proprie caratteristiche personali (Beutler *et al.*, 2004; Steel, Macdonald, & Schroder, 2018). Anche quando i terapeuti sono formati e supervisionati per offrire un trattamento manualizzato, la variabilità della loro azione terapeutica (e quindi la risposta dei pazienti in terapia) risulta ineliminabile. Ha quindi ancora senso parlare dell'efficacia di un trattamento, ad esempio CBT o psicodinamico, quando la sua efficacia sembra fortemente influenzata dalla persona del terapeuta? Negli ultimi anni, la ricerca in psicoterapia sta indagando l'effetto del terapeuta (*therapist effect*), per determinare quanto le differenze di outcome ottenute dal paziente alla fine del trattamento siano dovute ad una diversa efficacia dei terapeuti (Baldwin & Imel, 2013). Sappiamo ad esempio che non tutti i terapeuti ottengono buoni risultati con i propri pazienti (Castonguay e Hill, 2017). Perché un singolo terapeuta riesce a curare con maggior efficacia il paziente A. piuttosto che il paziente B.? Nell'analisi svolta da Barkham, Lutz, Lambert e Saxon (2017) con 362 terapeuti (e 14.254 pazienti) è stato confermato un ampio effetto del terapeuta sull'*outcome* dei pazienti. Tali autori hanno evidenziato come questo effetto fosse ancora più marcato per i pazienti con problemi iniziali di maggiore gravità. La variabilità dell'in-

fluenza del terapeuta è quindi da tenere in considerazione soprattutto con i pazienti più difficili.

Sono state anche evidenziate alcune variabili del terapeuta che possono influenzare la riuscita della terapia con i pazienti (Lingiardi *et al.*, 2018). Ad esempio, le caratteristiche di attaccamento del terapeuta e la sua funzione riflessiva contribuiscono alla capacità di instaurare una relazione empatica e supportiva con il paziente (Cologn *et al.*, 2017). I terapeuti con attaccamento sicuro (che tendono meno a reagire difensivamente o con un controtransfert negativo) mostrano i migliori risultati con pazienti più gravi (Strauss & Petrowsky, 2017).

Un altro limite fondamentale della ricerca RCT sottolineato da Westen e colleghi (2004) era relativo alla mancata importanza assegnata alla relazione terapeutica. Superata la concezione della psicoterapia quale equivalente di un farmaco, la ricerca si è focalizzata soprattutto su quegli aspetti della relazione tra terapeuta e paziente che possono facilitare il miglioramento di quest'ultimo in terapia. Un lavoro esemplare da questo punto di vista è quello coordinato da J. Norcross negli ultimi venti anni, sintetizzabile dal titolo del volume '*Psychotherapy relationships that work*' (Norcross, 2002). Questo testo, aggiornato con regolarità nel corso degli anni, si propone quale contributo volto alla diffusione in ambito clinico di quegli elementi della relazione terapeutica che la ricerca ha dimostrato essere importanti nel favorire un *outcome* positivo della terapia. Prendendo a riferimento l'ultima versione del testo (Norcross & Wampold, 2019), possiamo evidenziare come i principali fattori relazionali 'evidence-based' siano l'empatia, il rispetto, la collaborazione, l'accordo sugli obiettivi del lavoro, l'autenticità, l'espressione delle emozioni, coltivare aspettative positive, gestire il controtransfert e la relazione reale, l'alleanza terapeutica.

Su questo ultimo elemento, la meta-analisi condotta da Flückiger *et al.* (2018) ha confermato (includendo 295 studi e 30,000 pazienti) che questa è un elemento essenziale nel predire il cambiamento positivo del paziente al termine della terapia. Questa ricerca sta sottolineando un aspetto importante per il lavoro del terapeuta, cioè che gli aspetti relazionali della terapia agiscono congiuntamente ai metodi di trattamento, sulla base delle caratteristiche del paziente (Norcross & Wampold, 2018). Il processo terapeutico è quindi un aspetto complesso che va analizzato tenendo conto dell'interazione tra caratteristiche del paziente, del terapeuta e della relazione tra loro, all'interno di una cornice (setting) di trattamento.

Verso una *Practice-based research*

Mentre l'evidence-based research si è proposta a lungo di analizzare se un trattamento (es, psicodinamico, CBT, individuale, di gruppo, familiare)

sia efficace nella cura del paziente, una ricerca basata sulla pratica (*practice-based research*) prova invece a conoscere se quella specifica relazione terapeutica, a partire dalle caratteristiche del terapeuta, del paziente e del loro incontro relazionale, possa essere di aiuto per superare i problemi che presenta un soggetto.

Norcross & Wampold (2019) hanno sottolineato come la ricerca stia confermando quello che qualunque clinico di buon senso conosce già: nessun trattamento funziona per tutti i pazienti, e ciò che funziona con un paziente può non essere indicato per un altro. Il *matching* tra psicoterapia e disturbo proposto dal movimento degli EST risulta quindi incompleto e spesso fuorviante. Il terapeuta modifica il proprio approccio terapeutico con il paziente, in funzione dei suoi bisogni. I terapeuti ‘efficaci’ mettono quindi in atto in maniera responsiva vari livelli di relazione terapeutica in base al paziente trattato, ma anche in differenti momenti della terapia con lo stesso paziente (Norcross & Wampold, 2019).

Ad esempio, ha acquistato sempre maggiore rilevanza l’idea che più che osservare l’impatto sul paziente di singole tecniche terapeutiche, vada analizzato il livello di responsività del terapeuta alle caratteristiche del paziente (*responsiveness*) (Stiles & Horvath, 2017). A livello empirico, si è visto che nelle terapie psicodinamiche si ottengono risultati migliori con i pazienti quando il terapeuta non segue in maniera rigida il proprio modello di trattamento, ma si avvale di una flessibilità (*adherence flexibility*) capace di andare incontro alle caratteristiche del paziente (Owen & Hilsenroth, 2014). Nelle terapie dinamiche questa flessibilità, ad esempio sull’utilizzo di alcuni interventi di tipo cognitivo-comportamentali, risulta associata ad una migliore alleanza terapeutica con il soggetto (Goldman *et al.*, 2018). Anche l’utilizzo di una selezione di argomenti da discutere in seduta (classicamente associato ad un intervento CBT) con pazienti depressi in terapia psicodinamica, sembra predittivo di migliori risultati al termine della terapia (Katz & Hilsenroth, 2018).

Infine, in uno studio basato sull’analisi di sedute videoregistrate di psicoterapia psicodinamica per la depressione, i terapeuti che integravano nei primi incontri una piccola quantità di tecniche CBT (es., iniziare a discutere di alcuni argomenti; spiegare i motivi per cui si utilizza una determinata tecnica nella seduta; discutere situazioni di vita futura del paziente; fornire informazioni al paziente circa i suoi sintomi o sulla terapia) ottenevano dei migliori risultati al termine del trattamento (Katz *et al.*, 2019).

Fino a che punto può risultare utile integrare diverse tecniche terapeutiche? In quali condizioni e per quali pazienti la flessibilità del terapeuta risulta fondamentale? (Castonguay *et al.*, 2015). Come personalizzare la terapia sui bisogni del paziente? (Leichsenring *et al.*, 2018). È facilmente intuibile come a tali domande complesse debba corrispondere un approccio

complesso alla ricerca clinica. Da diversi anni l'*American Psychological Association* ha sponsorizzato un approccio basato sull'*evidence-based practice* che prevedesse una necessaria integrazione tra risultati della ricerca ed esperienza clinica del terapeuta, nel contesto delle caratteristiche del paziente, delle sue preferenze e orientamento culturale (Norcross & Wampold, 2018). In tale prospettiva, diventa necessario integrare un approccio alla ricerca quantitativa e qualitativa (Del Corno & Lo Coco, 2018). Riporterò un esempio di come questa ricerca con metodologie miste possa produrre dei risultati interessanti per fare progredire la conoscenza scientifica e parallelamente fornire al clinico degli spunti di riflessioni pertinenti alla propria pratica professionale. Abbiamo visto in questo articolo come un termine centrale nella ricerca in psicoterapia sia quello di *outcome*, esito della terapia.

L'*outcome* è un costrutto nato nel mondo della ricerca, per valutare il miglioramento del paziente, ma è anche utile nella pratica clinica? Il lavoro di De Smet *et al.* (2019) offre dei dati stimolanti sotto questo punto di vista: in un RCT sul trattamento dei disturbi depressivi con terapia psicodinamica e CBT, è stato esaminato l'*outcome* dei pazienti sia nei termini statistici della significatività clinica che attraverso un approfondimento qualitativo delle esperienze dei pazienti. Sono stati a tal fine selezionati tutti i pazienti che hanno riportato un miglioramento clinicamente significativo (pazienti migliorati e pazienti guariti) al termine della terapia, i quali hanno poi ricevuto un'intervista volta alla comprensione della propria esperienza di cambiamento in terapia. L'obiettivo dello studio era di ottenere una descrizione di cosa sia un 'buon esito' terapeutico nella prospettiva dei pazienti, oltre la significatività statistica del cambiamento riportato. I risultati mostrano che il buon esito della terapia per i pazienti è comunque un processo in divenire, in cui bisogna bilanciare i miglioramenti ottenuti con le difficoltà ancora in atto. I pazienti guariti, cioè che non presentavano più una sintomatologia depressiva al termine della terapia, esprimevano in alcuni casi come alcuni aspetti problematici del proprio malessere fossero ancora presenti e che bisognasse continuare 'a lottare'. Gli aspetti maggiormente positivi della propria esperienza di guarigione si focalizzavano su: i) un maggiore senso di *empowerment*, cioè sentire la forza per affrontare i problemi in modo nuovo, gestire meglio le relazioni interpersonali, sentire una maturazione nella propria esperienza di sé; ii) avere aumentato le capacità di *insight* e riflessione su sé stessi.

È interessante notare che tali dimensioni di esperienza risultassero in larga parte comuni ai pazienti migliorati in entrambi i format di terapia, psicodinamica e CBT. Il buon esito di un trattamento terapeutico è quindi un'esperienza personale complessa e l'integrazione di valutazione quantitativa e qualitativa dell'*outcome* può ampliare la nostra comprensione del cambiamento nella prospettiva dei pazienti.

Conclusioni

Da diversi decenni si tende a rimarcare il ‘mantra’ relativo alla distanza tra pratica clinica e ricerca. Abbiamo visto come per molto tempo ha prevalso nella comunità scientifica la convinzione che tale rapporto dovesse seguire una direzione *top-down* piuttosto che *bottom-up*. L’idea di fondo era che la ricerca producesse delle evidenze scientifiche che andassero poi trasferite ai clinici nei propri contesti di cura. In quest’ottica, lo psicoterapeuta svolgerà un intervento terapeutico più efficace con i propri pazienti se si atterrà alle indicazioni che provengono dalla ricerca, in grado di fornire nuove conoscenze sulle caratteristiche psicopatologiche dei pazienti e sui possibili rimedi terapeutici. Il clinico può essere più capace di aiutare i propri pazienti nella misura in cui non si basa soltanto sulla propria soggettiva esperienza, ma si confronta con delle evidenze scientifiche (Goldfried, 2018). Abbiamo anche sottolineato come questo processo di traslazione della conoscenza non abbia prodotto gli effetti sperati, in quanto solo raramente gli psicoterapeuti sentono di rivolgersi ai risultati della ricerca nel momento in cui si sperimentano una difficoltà nella relazione terapeutica con uno specifico paziente (Castonguay *et al.*, 2013). I limiti della ricerca, lamentati dai professionisti, fanno riferimento a dati su generici campioni di pazienti che poco riflettono la complessità del soggetto ‘in carne ed ossa’ che si presenta nella stanza di terapia, elementi statistici poco comprensibili per il terapeuta medio, e tematiche poco pertinenti con quelle che sono le esigenze quotidiane del clinico (Tasca *et al.*, 2015). Oggi è sicuramente più promettente una strategia basata sull’integrazione tra ricerca e clinica che possa costruire un necessario ponte di comunicazione tra due realtà che rappresentano due facce della stessa medaglia, cioè la professionalità scientifica della psicoterapia. Tale costruzione si baserà su una ricerca che parta dalla pratica terapeutica, in grado di elaborare proposte di lavoro maggiormente dotate di senso per il clinico (Levy, Ablon e Kachele, 2015). In sintesi, per riprendere quanto affermato da Leichsenring *et al.* (2018) il futuro della psicoterapia è la pluralità, nel riconoscimento che sono necessarie diverse forme di psicoterapia basate sull’evidenza, che tengano conto della irriducibile complessità del nostro oggetto di studio.

BIBLIOGRAFIA

- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., & Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, Article No. CD004687.
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield’s Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 258-297). New York, NY: Wiley.

- Barkham, M., Stiles, W. B., Lambert, M. J., & Mellor-Clark, J. (2010). Building a rigorous and relevant knowledge-base for the psychological therapies. In M. Barkham, G. E. Hardy, & J. Mellor-Clark (Eds.), *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies* (pp. 21-61).
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 13-36). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227-306). New York, NY: John Wiley & Son.
- Del Corno, F., Lo Coco G. (2018). *Disegni di ricerca in psicologia clinica*. Milano: Franco Angeli.
- Castonguay, L. G., Barkham, M., Lutz, W., & McAleavy, A. (2013). Practice oriented research: Approaches and applications. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 85-133). Hoboken, NJ: Wiley.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25, 365-382.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2017). *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Castonguay, L. G., & Muran, J. C. (2015). Fostering collaboration between researchers and clinicians through building practice-oriented research: An introduction. *Psychotherapy Research*, 25, 1-5.
- Cologon, J., Schweitzer, R. D., King, R., Nolte, T. J. A., Health, P. I. M., & Research, M. H. S. (2017). Therapist Reflective Functioning, Therapist Attachment Style and Therapist Effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), 614-625.
- De Smet, M. M., Meganck, R., De Geest, R., Norman, U. A., Truijens, F., & Desmet, M. (2019). What 'Good Outcome' Means to Patients: Understanding Recovery and Improvement in Psychotherapy for Major Depression From a Mixed-Methods Perspective. *Journal of Counseling Psychology*. Advance online publication.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340.
- Goldfried, M. R. (2018). Obtaining Consensus in Psychotherapy: What Holds Us Back?. *American Psychologist*, 74, 484-496.
- Goldman, R. E., Hilsenroth, M. J., Gold, J. R., Owen, J. J., & Levy, S. R. (2018). Psychotherapy integration and alliance: An examination across treatment outcomes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28, 14-30.
- Katz, M., & Hilsenroth, M. J. (2018). Psychodynamic technique early in treatment related to outcome for depressed patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25, 348-358.
- Katz, M., Hilsenroth, M. J., Gold, J. R., Moore, M., Pitman, S. R., Levy, S. R., Owen, J. (2019). Adherence, Flexibility, and Outcome in Psychodynamic Treatment of Depression. *Journal of Counseling Psychology*, 66(1), 94-103.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159.
- Kazdin, A. E. (2017). Addressing the treatment gap: a key challenge for extending evidence-based psychosocial interventions. *Behavior Research and Therapy*, 88, 7-18.
- Keefe J.R., McCarthy K.S., Dinger U, Zilcha-Mano S., Barber J.P. (2014). A meta-analytic

- review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, *34*, 309-323.
- Kivlighan D.M. III, Goldberg, S.B., Abbas, M., Pace, B.T., Yulish, N.E., Thomas, J.G., Cullen, M.M., Flückiger, C., Wampold, B.E. (2015). The enduring effects of psychodynamic treatments vis-à-vis alternative treatments: A multilevel longitudinal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *40*, 1-14.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 169-218) (6th ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the Lens of Evidence-Based Practice in Psychotherapy: A Common Factors Perspective. *Psychotherapy*, *51*, 467-481.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, *300*, 1551-1565.
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M. J., Abbass, A., Barber, J. P., Keefe, J. R., . . . Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *The Lancet Psychiatry*, *2*, 648-660.
- Leichsenring, F., Abbass, A., Hilsenroth, M.J., Luyten, P., Munder, T., Rabung, S., Steinert, C. (2018). 'Gold Standards,' Plurality and Monocultures: The Need for Diversity in Psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry* 9:159.
- Leuzinger-Bohleber, M., Kaufhold, J., Kallenbach, L., Negele, A., Ernst, M., Keller, W., . . . Beutel, M. (2019). How to measure sustained psychic transformations in long-term treatments of chronically depressed patients: Symptomatic and structural changes in the LAC Depression Study of the outcome of cognitive-behavioural and psychoanalytic long-term treatments. *The International Journal of Psychoanalysis*, *100*, 99-127.
- Levy, R.A., Ablon, J.S., Kachele, H. (2015). *La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., Muzi, L., Tanzilli, A., & Carone, N. (2018). Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *25*(1), 85-101.
- McWilliams, N. (2017). Integrative Research for Integrative Practice: A Plea for Respectful Collaboration Across Clinician and Researcher Roles. *Journal of Psychotherapy Integration*, *27*, 283-295.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.) (2015). *A guide to treatments that work* (4th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, *74*, 1889-1906.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (Eds.) (2019). *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol. 2). New York, NY: Oxford University Press.
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, *61*, 280-288.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). *Systems of psychotherapy* (9th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Steel, C., Macdonald, J., & Schroder, T. (2018). A Systematic Review of the Effect of Therapists' Internalized Models of Relationships on the Quality of the Therapeutic Relationship. *Journal of Clinical Psychology*, *74*(1), 5-42.
- Stiles, W. B., & Horvath, A. O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to therapist effects. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists*

- better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 71-84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Strauss, B. M., & Petrowski, K. (2017). The role of the therapist's attachment in the process and outcome of psychotherapy. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 117-138). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tasca, G. A., Sylvestre, J., Balfour, L., Chyurlia, L., Evans, J., Fortin-Langelier, B., . . . Wilson, B. (2015). What clinicians want: Findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy, 52*(1), 1-11.
- Turner, E. H., Matthews, A. M., Linardatos, E., Tell, R. A., & Rosenthal, R. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine, 358*(3), 252-260.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work (2nd ed.)*. New York: Routledge.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin, 130*, 631-663.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 4 marzo 2020.

Accettato per la pubblicazione: 11 febbraio 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:261

doi:10.4081/rp.2021.261

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Clinical Research and Empirical Research

*Emilio Fava**

ABSTRACT. – In this article, the author intends to show how the integration between clinical research and empirical research can function according to the model of reciprocal disturbance between data and observations produced by two distinct knowledge systems. The author highlights how there is a strong influence of clinical research on hypotheses that are tested in empirical studies and the potential effect of empirical data on the clarification and focusing of fundamental issues for clinical practice and treatment success. Subsequently, the author discusses the enhancement of ‘good practices’ compared to errors and important repudiation of factors that determine the outcome of therapies. Consequently, the author’s interest focuses on training courses with a perspective that favours an approach where the attention of the trainee clinician is balanced between observable ‘anchor points’ (borrowed from research) and intuitive in-depth analyses and descriptive patterns derived from clinical experience that enrich psychoanalytic literature.

Key words: Empirical research; psychoanalysis; knowledge models; models integration; factors of therapies effectiveness.

Clinical and empirical research

It is undebatable to say that there is a lack of effective communication between clinical practitioners and researchers in the field of psychotherapeutic treatment, especially in that of psychoanalysis, despite both of these having congruent objectives, purposes and the same objects of observation. I am referring to the need to increase our knowledge about mental suffering in order to provide the best possible cure for patients. Researchers who pay attention to clinical needs and who are less self-referential realise this and try to confront the problem (Tasca *et al.*, 2015; Lo Coco, 2020). Clinical practitioners appear less interested and only recently have we observed a tentative opening up to the role that empirical research can have in psycho-

*Università Cattolica del Sacro Cuore, Associazione-gruppo Zoe (per lo studio e la formazione sulla qualità ed efficacia delle cure psichiche). E-mail: emiliofava@yahoo.it

analysis (Niccolò, 2018; Vigna Taglianti, 2018). The IPA (International Psychoanalytic Association) seems interested in the results of empirical outcome and process research.

(Leuzinger-Bohleber & Kachele, 2015; Kachele *et al.*, 2000) and tends to favour and finance concrete research projects. I have focused on empirical research in psychotherapy from the beginning of its development, from the first studies in Italy in this field. This has allowed me to help try to understand the problems that have gradually characterized and will characterize the discussions between researchers and clinical practitioners, as well as understand the sense of the different approaches to the problem of comprehending and treating mental disorders. In this endeavour, I have been helped by the fact that I have always carried out intense clinical work, even in psychiatric contexts, and have therefore had access to both psychoanalytic and psychiatric training. This was a position that allowed me to live these contradictions from the inside, undeniably with a certain amount of suffering. Contradictions that risk, if they are unresolved, to disallow an integral and compatible vision to form of the potential contributions of different approaches to our competency to treat. Colleagues that I spend time with, and whom I consider to be expert psychoanalysts, have in various occasions, demonstrated polite interest for this rather eccentric passion of mine for research, but other than that, they did not really seem interested in the subject. For example, in clinical discussions, explicit references to research results in order to help face a problem were not perceived as an available resource, while if I used these data and presented them as though they were my intuitive clinical observations that came to me at the time, they were significantly more appreciated. This can appear as paradoxical but in reality, if we consider the roots of this apparent contradiction, we can identify a number of factors and circumstances that can help us to comprehend and maybe modify this state of affairs. Trying to outline this context, in its various aspects, and develop its potential is the main aim of this article. It is not possible, in this context, to penetrate the meanders of epistemological thinking that characterized the initial phases of the confrontation, based on reciprocal vetoes between researchers and clinical practitioners, nor can I explain in detail the actual results of clinical research and their possible implications in clinical practice, as we have done elsewhere (Fava & Gruppo Zoe, 2016). The purpose of this article is that of facilitating the access of clinical practitioners and in particular those who are in training, to the potential contributions of empirical research. For this reason, it is necessary to develop a new common language that moves away from the prototypical language of researchers and from that of clinical practitioners and that allows us to transmit information in a useful and efficient manner. As Shedler (2010) underlines ‘many researchers take for granted that the clients of research are professional clinical practitioners, but many studies and meta-analyses are not written clearly for them... they are extremely complex, technical and difficult

to decipher... if clinical practitioners are indeed the intended 'consumers' of psycho-therapy research, then psychotherapy research needs to be more consumer relevant.' Clinical research and empirical research can be considered like two different ways of understanding aspects of reality, from two perspectives and with different methodologies. In our daily lives, in many fields, we use knowledge that comes from our scientific culture and contextually from our experience and also from our intuition of the moment. The competence of doing originates from the intertwining of these two components (Polanyi, 1967; Friedson, 2001). Empirical research in psychotherapy refers to those practices that have allowed for the incredible development of knowledge and techniques that characterize modernity. Whereas, with clinical research we mean the 'central nucleus of classic psychoanalytic research' that originates from the psychoanalytic situation itself and is an integral part of it. This is described as 'a circular process of discovery whereby, together with the patient, idiosyncratic observations of unconscious fantasies and conflicts are successively visualized, symbolized and finally put into words at different levels of abstraction' (Leutinger-Bohleber, 2018, p. 270) in the context of personal and biographical uniqueness.

Carrying out empirical research in a worthwhile way in the field of therapeutic practices, that are inspired by knowledge and the psychoanalytic method, has been a controversial subject: the majority of psychoanalysts see a reductionist attitude and doubt that the very subjective influence and the complexities of the discipline can be object of a scientific approach, in the paradigmatic sense of the term. This position is definitely valid and, in some ways, insurmountable if we were to hypothesize that the methods and the results of empirical research can outright substitute results from clinical research on both a theoretical and applicative level. However, this radical empirical position is unsustainable for many reasons that span from the role that clinical intuition and experience have in building scientific hypotheses and determining therapeutic action, to the 'technical' limits of research methodologies. However, it is necessary to consider that the distance that separates the world of clinical experience in psychoanalysis from that of empirical research makes it more difficult, complex and delicate to use clinical experience to construct hypotheses that must be verified empirically.

There are many limits to empirical research that make it useless without a strict integration with clinical competence, also defined as the totality of basic theoretical knowledge, of derivatives of experience, of the capacity to identify clues and intuitions in the moment. These abilities are learnt with practice and are in part implicit. Moreover, this process is made more complex by the role of the patient in the management of the therapeutic relationship; not surprisingly Giaconia (Giaconia, Pellizzari, & Rossi, 2000) speaks of a competence in being cured as a complementary aspect to the competence to cure. I am referring to the specific contribution that the patient can give to the process of

change and to the evaluation of the role of the patient in therapeutic work (Bohart & Wade, 2013). This is a field of investigation that increases the variables of the process that must be taken into consideration. Furthermore, it is difficult to assert that a result that derives from a statistical average can be applied unequivocally to a single patient, as what may be effective in many situations, may not be in others. It is not possible to disregard the role that the therapist as a person may have in the construction and deconstruction of the object of treatment (what it is appropriate to do or say in a particular moment) and not consider the research biases, such as those tied to the observation period, which is usually shorter than the natural duration of illness. It is also not possible to consider a single extrapolated variable from a complex context, as often happens in empirical studies, when we must then put it into practice, regardless of other variables with which it is connected with or interacts with. Additionally, statistical systems based on correlations which are used in most studies, do not seem to guarantee sufficient certainty in cause-effect relationships and the effects could be due to underlying variables that have not been considered by the researchers. Not all therapeutic factors have been studied thoroughly: some areas that concern, for instance, thought transformations that start from the intuitions of participants in the therapeutic process and the construction of innovative metaphors (Ogden, 1994), have not been studied systematically like many other aspects of intersubjective processes that characterize the therapeutic relationship and its evolution. Many researchers ignore results from studies in similar or complementary fields. This is facilitated by the request to publish on very specific topics that are very specialized, with the risk of remaining trapped in a deformed and reductionist vision of reality. Research in psychopharmacology and in psychotherapy tend to for example ignore each other, there are few independent comparative studies and studies on the effects of combined treatments.

On the other hand, even systems based on clinical experience and their successive theorizations show that next to brilliant intuitions are also evident limitations from which we obtain: incompatible and contradictory theoretical/technical models, a proliferation of schools, and fideistic and identity attitudes carried out in an inflexible way in therapy. Vigna-Taglianti (2018) highlights some risks connected to a way of conceiving the focusing of patient problems, that he defines an 'agnostic drift' which, in its radicalized form, exposes problems that *'range from arbitrariness of clinical observations that are 'stressed' to validate a certain hypothesis or theoretical position, at the risk of having a 'hermetically closed' point of view, looking for narcissistic confirmation rather than the capacity for self-critical reflection, to pay attention to cases that confirm the hypothesis rather than cases that bring difficulties, at the risk of subconscious constructions and falsifications and lastly of the repetition and conformism in institutional discussions.'* (ibidem, p. 244).

In the absence of empirical confirmations, the field of psychoanalysis, and also other forms of psychotherapy, risk becoming a Babel of languages, opinions and points of view that are more or less contradictory, unintelligible for those who, for instance, must decide with regard to the choice of a certain type of therapy or organization of public and private psychiatric healthcare. Thus, confirming Nietzsche's aphorism: '*Convictions are more dangerous enemies of truth than lies*'. In other words: '*By placing the focus of explanation into a domain incompatible with controlled observations and testable hypotheses, psychoanalysis deprives itself of the interplay between data and theory which has contributed so much to the growth of 20th century science.*' (Kachele, Krause, Jones, Perron & Fonagy, 2000).

The only acceptable solution, given these premises, seems to be that of integrating the two knowledge systems, respecting the specific characteristics of each, as happens in many fields, particularly in the applicative phases of knowledge, that is, in our case, in clinical practice. Ultimately, it seems legitimate to think that only the mind of the clinical practitioner, in a specific moment of the therapeutic relationship understands the essential aspects of what is happening and can consequently act in harmony with the other member of the therapeutic relationship, the patient, who is in turn influenced by his or her conceptions of the nature of the problem and on how to resolve it. Nevertheless, the mind of the clinical practitioner must be open to accept contributions from neuroscience, from cognitive psychology, from infant research, and from empirical research on the effectiveness and on therapeutic factors in order to use them at the right time. I am referring to the role that the knowledge of results from research can have in terms of 'perturbing' the beliefs and convictions of a clinical practitioner. For example, a good physician knows about research results, knows the intrinsic limitations of research methodologies, and precisely for this reason, does not apply this knowledge mechanically. He or she integrates it with direct experience in many cases, with their intuition that can make them highlight a symptom that is not evident or a complexity that is tied to the synergy of different pathologies, and also keep in mind the somatic and psychological characteristics of the patient that will influence the efficacy and the compliance to treatments, the respect of useful behavioural norms and the level of stress. It's what is called, even in empirical psychotherapeutic research contexts, the 'personalization of treatment'. We must be open to the eventuality that '*when you think you have all the answers, life changes all the questions*' (Charlie Brown).

Therefore, one must know how to have an open perspective about knowledge, in which data from empirical studies and knowledge from clinical research is established reciprocally like those perturbing cognitions that set off 'implementing equilibrations' (Piaget, 1972) that make up the foundation of the evolution of our conceptions of reality (Mattana & Fava, 2017). Here, I am referring to, on the one hand, models that are acquired through personal

life experiences, personal analysis, theory formation and supervision - that make up the basis of our clinical conceptions - and, on the other hand, to research data and in particular 'hard findings' that cannot be ignored, especially because every patient has the right to health. It is indicative how one of the forefathers of evidence-based medicine (EBM) (Sackett, 1997), was aware of the limitations of classic efficacy treatment studies, and believed that the problem is not what is certain (empirically proven) in medical practice, but whether what is certain is effectively known and put into practice. Contextually, researchers cannot neglect the enormous mass of clinical observations and the sophisticated theoretical models produced from clinical research on which efficacy treatments are based on for that matter. Indeed, it is now an 'indisputable fact' that psychoanalytic psychotherapy, based on clinical principles is effective, as is shown in '*thousands of studies and hundreds of meta-analyses*' (Lambert & Ogles, 2004; Leichsering & Rabung, 2009). However, the fact that the efficacy of psychodynamic psychotherapies is in general established as fact, this does not mean that this is valid for all models, for all therapists and for all patients and in all situations. After all, the most precious role that we can attribute to empirical research is that of challenging what we believe to be true.

Results of empirical research in psychotherapy

Presenting a summary in an adequate manner of the results currently at our disposal is not possible in this context, even if we were to only refer to process studies that may interest clinical practitioners most. At the end of this article we shall suggest some texts that are appropriate for a more in-depth analysis. To summarize very briefly process research has given value to the importance of certain common factors to treatments that work and that concern: i) descriptive constructs of how the therapy is undertaken, where the following elements of the therapeutic alliance are present: individual therapy, couples therapy or family therapy, and cohesion in group therapy; ii) strategies in the management of the relationship as a positive consideration (validation), management of emotional expression of experiences, promotion of treatment credibility, appropriate self-disclosure, gathering feedback, and resolution of the fractures (crises) in the relationship; iii) quality of the therapist, relative to the person and not their strategies or abilities, where we include aspects such as: flexibility, authenticity, empathy, and reactivity in countertransference responses; iv) personalization factors, that is, which specific characteristics of the patient must we adapt the therapy to, such as attachment style, preferences and expectations, coping styles, culture and levels of reactance (resistance to therapeutic work and/or to change) (Fava & Papini, 2020).

Furthermore, the following are also relevant: i) studies on specific therapeutic interventions and in particular those carried out by Ablon and Jones' group (Jones, 2000; Pole, Ablon, & O'Connor, 2008; Katzenstein, Pole, Ablon & Olsen, 2012) that evaluate structures of interaction that characterize therapeutic relationships and the correlation between type of intervention and the result, using the Psychotherapy Process Q-Set method (PQS); ii) studies on the influence of the therapist or 'therapist effects' that study the role of the characteristics of the therapist in the therapeutic process (Wampold & Immel, 2015; Muzi & Lingiardi, 2020).

Research and clinical practice: the interconnections

In reality, the task of structuring the exchange of perspectives, *id est*, 'that interplay of data and theory', between clinical research and empirical research might not be that difficult. This is due to different reasons:

- *The majority of process research, namely research that explores the therapeutic process, even, but not only in relation to the outcomes of therapy, is fundamentally based on constructs that originate from clinical practice*, as a work alliance, and the quality of interpersonal relations, the development of reflective or meta-cognitive capacity, types of therapeutic interventions and more. In fact, hypotheses tied to the main theories and theories of technique that are normally used in clinical practice are formulated and tested. These hypotheses define the 'protective belt' that, according to Lakatos, surrounds every theoretical assertion, which is in itself unverifiable (Conte, 2005): when the hypotheses that are based on a theory are disproved, or vice versa confirmed, the theory on which they are based can be weakened or reinforced, respectively. Typically, the researcher tries to verify the trend of certain variables that usually refer to theoretical assumptions and compares good outcomes treated by clinical practitioners with those of poor outcomes. It is interesting to observe that therapeutic behaviours, which we can evaluate with appropriate templates or instruments, starting from the recording of sessions, are not necessarily present in the consciousness of therapists, so they are situated in an implicit dimension. Clinical convictions and the theories that underlie them, can therefore be confirmed or challenged partially, giving the clinical practitioner the possibility of remodulating them. The clinical practitioner interested in research can have confirmation of what he or she considers they know and/or broaden and/or modify their own perspectives. This is particularly important if we consider the potentially negative effects of certain theoretical beliefs, highlighted also by clinical literature, for instance, those correlated to a presumed 'neutrality' of the analyst, in its first formulation. Studies suggest that not only 'wild' or

mentally disturbing therapeutic interventions, but also certain practices that are considered to be correct, can become potentially pathogenic or not effective (Peterfreund, 1983). The fact that meta-analyses demonstrate that a consistent number of patients does not obtain satisfying results from treatments and that a certain percentage actually worsens, is a stimulus to analyse in more depth, even on an empirical research level, the possible causes of therapeutic failings.

- *As a consequence of the tight link with theoretical systems and theories from traditional techniques, results from empirical studies of efficacy and process have supplied confirmation to many assertions that concern the conceptualizations used by clinical practitioners. However, frequently they bring about certain modifications or relevant clarifications.* Neuroscience and empirical research have placed greater emphasis and weight on factors such as the work alliance, the real interpersonal relationship, development and modalities of cognitive and reflective processes, the function of memories, the role and characteristics of the therapist, thus contributing to the progress of our conceptions and the efficacy of our treatments. A very interesting example is that of the function of memories under the effects of glucocorticoids during traumatic experiences. The produced effect is that of impeding the deposit of episodic memory but not that of semantic memory and implicit experiences (emotional learning). Consequently, for traumatized patients it can be impossible to remember, not so much the facts per se, but their presence when the facts were taking place, giving rise to dissociative phenomena that characterize dissociative personality disorders. The impossibility of remembering the traumatic experience in a vivid and personal way, is not the product of repression, but of impossibility. The clinical utility in distinguishing between the splitting of something that was originally integrated, and the relative dissociation to what has never been integrated (Stern, 1997) modified therapeutic strategies, and prior to that allowed us to distinguish between a dissociative experience and repression (McWilliams, 2011).
- *Results from certain studies can on the other hand appear to disturb our convictions and in particular those that concern the superiority of our personal therapeutic model.* The fact that different therapies, that are theorized differently, can reach similar results. This is the famous ‘Dodo verdict’: ‘Everybody has won, and all must have prizes’ Dodo stated, a character in ‘Alice in Wonderland’. The difficulty in demonstrating the superiority of a technique over others is in fact a datum that is rather strong, even when considering only independent and well-designed studies (Luborsky *et al.*, 2002). The explanations for this phenomenon are numerous: the importance of so-called common or ‘aspecific’ factors, the fact that therapists are not totally coherent with their theoretical premises

and so may use prototypical interventions from other approaches (Ablon, 1998; Kazenstein *et al.*, 2012), and the fact that there is a deep, albeit unrecognized, osmosis of practices and concepts, for example between cognitive and psychoanalytic therapists. Lastly, the fact that patients with the same descriptive and categorical diagnosis who participate in studies are different in certain aspects that make them more or less adapted to certain types of intervention. This concerns even the comparison with pharmacological therapies, especially with certain pathologies, for instance, mood disorders (Fava & Zuglian, 2016). All these factors deserve particular attention and have important practical implications. ‘Aspecific’ factors heavily influence outcomes of treatments and we attribute very broad percentages to these, even up to 90% (Wampold & Immel, 2015), for the variance in results. This has taken some to believe that ‘all therapies are the same’. This conclusion is, as we will see, wrong and should be replaced with: ‘for a therapy to work, we must respect the criteria that come from our knowledge on common factors and on those that are personalized’. Generally, ‘efficient’ therapists or rather, effective treatments have ‘aspecific factors’ that tend to be adequately considered and managed (Norcross *et al.*, 2018, 2019). For instance, a relational style that continuously underlines the failures of patients, that comments or behaves in a hostile, rejecting, depreciating, and critical way towards patients, even if in an implicit manner (Von der Lippe *et al.*, 2008), or situations when therapists are inflexible in the application of strongly structured methods and treatments, are correlated to negative outcomes. Suggestions and advice on behaviours outside of sessions can also be correlated with poor outcomes (Ablon *et al.*, 2006). The absence, non-consideration or rupture without reparation of the work alliance entails probable negative outcomes (Hilsenroth, Cromer & Ackermann, 2012). An expert therapist perhaps does not need to reflect on these and other ‘common’ aspects of the therapeutic relationship and is able to spontaneously manage these, but it is evident that in training courses and in institutional contexts it is necessary to seriously confront this issue. The importance of a correct management of ‘aspecific factors’ makes these a necessary element even though it is not sufficient. Furthermore, and here we complicate matters, one should ask oneself in what way these aspecific factors are really so aspecific: ‘common factors’ are not so obvious as their name suggests, nor are they easy to manage.

- *Another disturbing aspect concerns the specific techniques that therapists from different orientations actually use compared to those foreseen by their theoretical systems.* Studies demonstrate that therapists from different orientations use prototypical interventions from other orientations, which are advantageous to the therapy. For example, cognitive therapists can use prototypical treatment modalities from psychodynam-

ic therapies. In my experience as supervisor of a team of therapists from different backgrounds I have found confirmation of Ablon and Jones' group observations, that is that therapists from cognitive training can pay close attention to the subjective experiences of patients in order to handle the therapeutic relationship. They use interventions that can be considered as interpretations of transference. Vice versa, cognitive techniques such as questioning the patient on how he/she thinks the therapy is going (patient feedback) can be very useful for improving the quality of the therapeutic relationship and the vitality of the work alliance. This has motivated, for instance, my current interest for 'private theories' that therapist and patient construct on the basis of the nature of the problem and on how to work through it (Werbart, 2006; Chichi *et al* 2019). I am also interested in the ways in which psychoanalysts build their ideas about the nature of the problems of a patient and on the pathways towards change. Indeed, in good outcome therapies, both the diagnosis and the possible pathways to change seem to be the product of a co-construction and reciprocal influencing on behalf of both members of the therapeutic relationship. Empirical studies seem to highlight the need for a sort of deconstruction/reconstruction of across-the-board therapeutic schemes in different orientations. This concerns classical psychoanalytic models even more so, from the Freudian theory of drives to Ego psychology, from the tradition of Object relation theory to Self-psychology, up until the contemporary relational movements. McWilliams (2011), a psychoanalyst who was very attentive to research results, and whose influence led her towards clinical practice observed that *'most therapists seek to assimilate a diversity of models and metaphors, whether or not they are conceptually problematic in some way.'* *'Effective therapists seem to me more often to draw freely from many sources than to become ideologically wedded to one or two favored theories and techniques. In general, they distrust those who base their professional identity on the defense of only one way of thinking and operating.'* (Chapter 1). In a recently published study that was conducted at the *Centro Milanese di Psicoanalisi* (Milanese Center for Psychoanalysis) we were able to observe the same phenomenon, that is, the use of different interpretative models in function of the patient's specific characteristics, a phenomenon called 'informed eclecticism' (Sabucco *et al.*, 2020: www.cmp-spi-web). The readings and therapeutic solutions that the different approaches suggest can be considered as a sort of toolbox for the psychoanalyst's reference. The different descriptions of specific problems and solutions that we find in literature can thus be considered as precious guides for personalized and specific interventions, rather than rules that should be applied indiscriminately. The discovery, at times brilliant, of specific patterns of functioning, as well as the most adequate technique to use,

have often given rise to generalizations and theoretical models that have been applied indiscriminately rather than used to suggest a particular intervention for a specific situation.

- *Since different clinical subtypes react in different ways to different types of therapy, or rather of intervention, empirical research has developed the concept of 'personalized treatments'.* This concerns the research area that examines the specific characteristics of patients that contribute to determining the choice of certain types of therapy or therapeutic interventions. The concept of personalization of treatment is connected to the idea that patients with the same nosographical-descriptive diagnosis, but who are different for other variables, can benefit in different ways to different types of treatment. There is ample research on this topic that is based on pre-treatment predictors that refer to a specific patient characteristic, such as sociodemographic conditions, personality dimensions, cognitive constructs, psychodynamic constructs, social and relationship constructs, attachment styles and the seriousness of symptoms. Biological, genetic and neuroimaging variables, which were less studied in this perspective, are currently object of interest on behalf of the scientific community. The need to personalize treatments involves current diagnostic systems directly, as they tend to create groups of patients by mainly considering what ties them together, rather than what differentiates each individual situation from another. The descriptive-categorical systems, such as the DSM-IV and the DSM-V do not allow us to collect specific information on single patients and thus can only give us generic suggestions on how to set up treatment. For instance, the interest of a patient on working on himself or herself, and the trust in the type of therapy that is proposed or that he or she chooses freely discriminates groups of patients with the same diagnosis but who are very different with regard to the most effective therapeutic strategies. Patients, as we can observe by analysing comparative studies of different types of treatments, mainly utilize therapies that enhance their pre-existing characteristics and their cognitive and relational resources, that is, that take into account the resources of the patient, rather than their difficulties or symptoms (Elkin *et al.*, 1989; Sotzki *et al.*, 1991; Shea *et al.*, 1990; Huibers, 2015). The use of more sophisticated and precise diagnostic instruments can allow for more accurate and specific therapeutic choices. Presently we have instruments such as the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) and the Operational Psychodynamic Diagnosis-2 (OPD-2) available. The first of these allows for a better understanding of the internal mechanisms of mental functioning and categorizes patients based on conceptualizations that have a psychoanalytic origin. The latter, is particularly useful in evaluating the situation of every single patient, including prognostic variables and personalization

factors. Even though the OPD-2 refers to psychoanalytic type constructs, it gives more value to going forward by starting from an accurate observation of mental functioning in different areas and then analyses this in depth. It is therefore also adapted to being used in institutional contexts where there may be therapists from different orientations and in varying training course contexts (Papini & Fava, 2019).

Empirical research and clinical research in training contexts and in the organization of services

If clinical practitioners know how to manage both aspecific and specific factors, and thus research results have a sense of confirmation or of *openness* for them, this stimulates new ideas and favours a more open mind, both in public and private mental health services and also in training contexts; the knowledge of research results seems essential. No ignorance should be permitted for those who are responsible for public health. Here efficacy studies are particularly relevant as they tell us which types of intervention have the probability of being most effective. There is abundant literature on the advantages and limitations of efficacy studies that refer to different methodological problems and they define structural failures. Indeed, efficacy studies and complementary naturalistic ones, or 'effectiveness' ones, tell us if certain treatments work, but, by nature, they do not tell us what effectively makes them work, even though they give the 'impression' that they validate the theoretical convictions of who executes them (Wampold, 1997). From what I have already stated, we can understand that the efficacy of a treatment depends on many different factors and that the success of a therapy can depend on implicit factors that were not expressly predicted by the theory of those who carry them out, or even by the circumstances of the life context or 'extra-therapeutic factors' (Asay & Lambert, 1999; Lambert & Barley, 2002). However, if a type of treatment has shown to be effective for a particular disorder, this type of treatment should be taken into consideration in the programming of services and in the proposal of adequate treatments: we know that unfortunately the type of suggested therapy varies based on the function of the therapist's orientation, without an overall vision and based only on a few criteria that are supported by research and that are generally accepted. Although it is true that efficacy studies have strong limitations, if a therapy demonstrates its efficacy in many studies and meta-analyses, it should be contemplated. People in charge of services and administrators should base their data on the best research, on the best therapies to offer, on the best training courses and the most effective clinical supervision to present. Whoever has the responsibility of treating also has the moral obligation of knowing the results of these studies so that they can

send the patient to the best type of treatment possible and to honestly inform them that a particular therapy is not available in their service, even though it is potentially effective. Psychoanalysis and psychotherapy, based on psychoanalytic concepts, have strong support from efficacy studies relative to many disorders, even serious ones and only recently has this evidence begun to appear in guidelines for treatments (Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale, 2013). We also know little, from an empirical point of view, on the utility of combined interventions, that is, on which additional treatments can be integrated with pharmacological ones and psychotherapeutic ones, and within these, if there are more specific treatment indications that exist. Up to now, in the field of efficacy research, the tendency to confirm the value of determined therapeutic approaches has prevailed and we have little data on the effects of utilizing combined psychological, rehabilitative, psychoeducational and pharmacological therapies. Both clinical experience and empirical studies, when they are carried out (Bellino *et al.*, 2002, 2008; Cuijpers *et al.*, 2015), show that combined and integrated interventions are generally advantageous. We can also presume, with good reason, that the management of ‘aspecific’ factors can be the common basis of many types of interventions that act on different levels in the context of institutional teams, that involve operators with differing competences and functions, and that appear in the clinical literature (Correale, 2006).

The potential contribution of empirical research to the structuring and planning of training courses involves both perspective problems and content ones. If we consider the relevance of the management of aspecific factors that we see in studies, it seems obvious that the focusing and attention to the totality of these aspects should be the first objective in a training program. We know that we are not stating anything new here, and that in a way or another educators keep in mind or foresee their management, but we do not know up to what extent they do this and if they do it completely. For instance, up to what point is importance given to the construction of a therapeutic work alliance and the individuation of treatment for the fractures in the alliance or up to what extent are the empathy, flexibility, and authenticity of the therapist valued? The insertion in training courses of research results could sensitize students and also educators on the value of aspecific factors. On the other hand, as we have underlined many times, the objective of empirical research is not, and should not be, that of substituting pre-existing therapeutic models, but rather it should be a stimulus for a constant improvement of quality, safety and treatment efficacy. However, attention towards the efficacy of treatment and common factors easily contrasts the approaches that value ‘purity’ and the coherence of methods, as well as the faithfulness to respective reference founders of different approaches. The question of coherence, not inflexibility, of therapeutic models should not be underrated as it is functional to the focusing in of concepts and practices

that are well-defined and that can be studied in their application, in their effects and therefore can be taught. The complementary empirical perspective should not foresee confused forms of eclecticism, but contrarily, should precise definitions of those therapeutic factors on which therapeutic results depend on and interventions should be chosen based on the characteristics of the patient.

Clinical intuition that gives the possibility of 'giving a voice to' mental contents that do not reach an adequate level of awareness and representation is one of the instruments that contribute mainly - in a psychoanalytic perspective - to the possibility of making psychic contents editable and making way for change processes. On the other hand, we should ask ourselves if in the context of training courses, it is useful and opportune to develop this last type of competence without the support of a phenomenological attitude of observation. Or without taking into consideration many other aspects that have characteristics of evidence and prognostic value. For example, the analysis of those circumstances that predispose people to treatment, such as those evaluated in the first axis of the OPD-2 (experience of illness and prerequisites for treatment). In other words, to base training *only* on sophisticated intuitive instruments can mean risking valuing only 'what cannot be seen': 'what really counts is only what is hidden and is therefore concealed' this is what Meltzer and Harris (1967) define as 'delirious learning'. Or learning due to 'adhesive identification' or by 'projection identification'. The latter is characterized by a mechanical and somewhat arrogant reproduction of the idealized object (*ibidem*). Indeed, the development of this fundamental capacity based on participatory intuition (*réverie*), entails a lot of experience, sensitivity and good supervision. This is because it lends itself to give space to phenomena (*e.g.* subconscious projections and transference of the therapist onto the patient), to the influences of the moment's theoretical *mainstream* and of certain theoretical credences that excite the therapist, and to other determinants that have to do with the story and personal experiences of the therapist himself or herself (Hunter, 1996). This can contribute to presenting the interpretative action in a dogmatic and oracular way and creates passive dependence on behalf of the student. Consequently, training, based only on this type of approach favours sectarianism - *id est*, an overestimation of specific techniques and an underestimation of the therapeutic relationship that the literature indicates as being the principle driver of change independently of different techniques. From the patient's point of view, there would be an increased risk of inappropriate restitutions reproducing a disaffirmation experience that often characterizes the pathogenesis of mental suffering. Increasing the accuracy of phenomenological observations by anchoring to specific observational points, as we are used to doing when we use instruments, and reflecting the mentality of empirical research, can allow for subsequent in-depth clinical analyses that

guide and orient comprehension dimensions based on participating intuition. The Three-level Model of clinical observation developed by the *Project Committee on Clinical Observation* (Bernardi, 2015) of the IPA to improve systemic clinical observation of patient transformation during psychoanalyses seems to point in the right direction.

Conclusions

From what we have seen the integration of clinical and empirical research seems to be not only opportune but also possible in a context that foresees the overcoming of old ideological and identity barriers and a simultaneous increased attention on the efficacy of therapy and treatment indications. Naturally, self-referential paths are always possible, both for clinical practitioners who are afraid of stepping outside their boundaries (Frances, 2016), and by researchers who are always more conditioned by publication pressures towards more specialized and fragmented research needs. Research results must be digestible for clinical practitioners, without useless technicalities and must be placed in a broader perspective spectrum, bringing results from many different studies and highlighting the contradictions, problems and perspectives. The language should refer to specific clinical situations, which implies a clinical competence in researchers as well. An appropriate area in which to bring the results and methods of research is that of clinical discussion with the possibility of also using evaluation instruments that are adapted to underline particular diagnostic aspects and manage the therapeutic relationship such as: CCRT, SASB, IVAT, PQS, PTI, SWAP (Fava *et al.*, 2005, 2016, 2020) or that of developing research in institutional contexts managed directly by clinical practitioners with supervision and support from expert researchers for methodology, encoding and statistical analysis. In other words, the opportunity to integrate clinical and empirical research can happen in institutional and educational private and public contexts. This perspective does not take anything away from specific psychoanalytic training, nor from the necessity to resort to constructs that originate solely in clinical practice. We think that, in some ways, research data completes this, it supports it and stimulates it, retrieving the sense of the word 'theory' literally means 'flowing of the Gods' (from the ancient Greek for Theory = theos + rheo (God + stream)), that is, the movement of ideas concepts and practices.

Suggested reading

In this article, in order to give an overview, many topics have only simply been outlined. For a more in-depth view on the issues dealt with here I

suggest reading ‘*La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca*’ by Levy, Ablon and Kachele (2015) and, in particular, the chapter on the efficacy of long-term treatment by Rabung and Leichsenring (page 45), the chapter by Katzstein, Pole, Ablon and Olsen (page 419), that by Levy (page 453) on the evaluation and differentiation of therapeutic interventions and also chapter 12 edited by Hilsenroth on the therapeutic alliance. In the appendix you will find the Psychotherapy Process Q-Set Coding Manual. Another suggested reading is ‘*La competenza a curare: il contributo della ricerca empirica*’ (2016) by Fava and the Zoe Group, a book in which we have considered empirical research, in its various articulations, starting from the work of collecting data from the 27th task force of the APA (Norcross, 2011, 2018) highlighting potentiality, limitations and application in clinical practice and in training.

REFERENCES

- Ablon, J. S., Jones, E. E. (1998). How expert clinical practitioners’ prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 8 (1), 71-83.
- Asay, T. P., Lambert, M. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 33-56). Washington, DC, American Psychological Association.
- Benjamin, L. S., Cushing, G. (2000). *Interactions Manual for Coding Social in Terms of Structural Analysis of Social Behaviour*. Salt Lake City: University of Utah.
- Bernardi, R. (2015). *The three-level Model(3LM) for observing patient transformations. Time for change: tracking trasformations in Psychoanalysis-the three model*. London: Karnak Books.
- Bellino, S., Zizza, M., Di Lorenzo, R., Bogetto, F. (2002). Terapia combinata del disturbo depressivo maggiore: revisione della letteratura. In *Giornale italiano di Psicopatologia*, 8, 401-416.
- Bohart, A. C., Wade A. G. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (a cura di), *Bergin and Garfi eld’s handbook of psychotherapy and behavior change*, 6th ed. (pp 219-257). Hoboken, NJ: Wiley.
- Chichi, M., Fava, E., Margola, D., Galvano, G. C., Nuzzaci, V., Chiari, P., Reatto, L. L., & Linciano, A. D. (2019). *Private theories of patients and therapists in comparison: A multiple-case study in the preliminary phases of the psychoanalytic treatment*. Relazione presentata alla 5th Joint European & UK Chapters Conference, Society for Psychotherapy Research (S.P.R.), ‘Separation and Unity’, Cracovia, Polonia, 19-21 settembre.
- Conte, M. (2005). La psicoanalisi come programma di ricerca. Una lettura della psicoanalisi alla luce della epistemologia di Imre Lakatos. *Ricerca in Psicoterapia*, 8, 181-194.
- Correale, A. (2006). *Area traumatica e campo istituzionale*. Roma: Borla
- Dreher, A. U (2000), *Foundations for conceptual research in psychoanalysis*. London: Karnak Books.
- Cuijpers, P., de Wit, L., Andersson, G., Huibers, J.H. The combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of adult depression: A comprehensive meta-analysis. *Journal Evidence-Based Psychotherapies*, 15(2), 147-168.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., & Imber S. D. (1989). National Institute of Mental

- Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 971-982.
- Fava, E. (2017). Intervista ad E. Fava sulla ricerca empirica in psicoterapia (a cura di G. Mattana). Testo disponibile sul sito: <https://www.spiweb.it/ricerca/ricerca-empirica/ricerca-empirica-in-psicoterapia-intervista-a-emilio-fava-a-cura-di-g-mattana/> Consultazione: 04/08/2018.
- Fava, E., Gruppo Zoe (2016). *La competenza a curare: il contributo della ricerca empirica*. Milano: Mimesis.
- Fava, E., Magni, M., Ferrario, D. Camarda, P. (2016). La supervisione con metodi derivati dalla ricerca. In E. Fava, Gruppo Zoe (a cura di), *La competenza a curare: Il contributo della ricerca empirica*. Milano: Mimesis.
- Fava, E. D., Ferrario, D., Sanna, B., Taino, D., Tajani, M. (2010). Valutazione multistrumentale degli interventi psicoterapeutici e integrati. *Epidemiologia e psichiatria sociale, allegato 'Accreditamento e salute mentale'* 19.4, n. 4, 241-251.
- Fava, E., Papini, S. (2020). La ricerca fa bene alla formazione? In L. Corbelli & L. Bonalume (a cura di), *Come posso esserti utile?*. Milano: Alpes.
- Fava, E. D, Zuglian, P. (2016). La personalizzazione dei trattamenti nei disturbi dell'umore. In E. Fava, Gruppo Zoe (Eds.), *La competenza a curare: il contributo della ricerca empirica* (pp. 69-86). Milano: Mimesis.
- Frances, A. (2016). Dove va la psicoanalisi? *Psicoterapia e Scienze Umane*, 50 (3), 458-461.
- Friedson, H. (2001). *Professionalism: The third logic*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Gelso, C. J., Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296-306.
- Gelso, C. J., Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research and practice*. New York, NY: Wiley.
- Giaconia, G., Pellizzari, G., Rossi, P. (2000). *Nuovi fondamenti della tecnica psicoanalitica*. Roma: Borla.
- Huibers, M., Cohen, Z., Lemmens, L., Arntz, A., Peeters, P. M. L., Cuijpers, P., De Rubeis, R. (2015). Predicting optimal outcomes in cognitive or interpersonal psychotherapy for depressed individuals using the personalized advantage index. *PLoS ONE*, 10, 11.
- Hilsenroth, M. G., Cromer, T. D., Ackermann, S. J. (2012). How to Make Practical Use of Therapeutic Alliance Research in your Clinical Work. In R. A. Levy, J. S. Ablon, H. Kächele (a cura di), *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence* (pp. 381-400). New York, NY: Humana Press.
- Hunter, V. (1996). *Psicoanalisi in azione. I modelli teorici e la loro applicazione clinica*. Roma: Astrolabio.
- Jones, E. E., Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306-316.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action: a guide for psychoanalytic therapy*. Northvale: Jason Aronson.
- Kachele, H., Krause, R., Jones, E., Perron, R., Fonagy, P. (2000). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis. Report prepared by the Research Committee of the IPA at the request of the president*. Testo disponibile al sito: https://www.ipa.world/IPA_Docs/Open%20Door%20Review%20III.pdf
- Katzenstein, T., Pole, N., Ablon, J.S., Olsen, C. (2012). Combining Idiographic and Nomothetic Approaches to Single-Case Research. In R. A. Levy, J. S. Ablon, H. Kächele (a cura di), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. New York, NY: Humana Press.
- Lakatos, I. (2001). *La metodologia dei programmi di ricerca scientifici*. Milano: Il Saggiatore.
- Lambert, M. J., Barley, D. E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship

- and Psychotherapy Outcome. In J.C. Norcross (a cura di), *Psychotherapy relationship that work* (pp. 17-32). New York, NY: Oxford.
- Lambert, M. J., Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert, A. E. Bergin, F. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th. ed. New York, NY: Wiley.
- Leichsering, F., Rabung, S. (2009). Analyzing effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy reply. *Journal of American Medicine Association*, 301, 932-33.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2018) La ricchezza della ricerca psicoanalitica contemporanea. Osservazioni epistemologiche e metodologiche, alcuni esempi e il metodo di osservazione clinica a tre livelli. *Rivista di psicoanalisi*, 2, 225-238.
- Leuzinger-Bohleber, M., Target, M. (2002). *Outcomes of psychoanalytic treatment: Perspective for therapists and researchers*. Philadelphia, PA: Whurr Publishers.
- Leuzinger-Bohleber, M., Kachele, H. (a cura di). (2015). *An open door review studies in psychoanalysis of outcome and process*, 3rd Ed. International Psychoanalysis Association.
- Levy, R.A., Ablon, J.S., Kächele, H. (a cura di). (2012). *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. New York, NY: Humana Press. [tr. it, 'La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca' (2015). Milano: Raffaello Cortina].
- Lo Coco, G. (2020). Il rapporto tra clinica e ricerca. L'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici: nuove evidenze e sfide metodologiche. In L. Corbelli, L. Bonalume (a cura di), *Come posso esserti utile?* Roma: Alpes.
- Luborsky, L., Crits-Cristoph, P. (1998). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A. & Krause E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well-mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman J. S., Levitt J. T., Seligman D. A. & Krause E. D. (2003). Are some psychotherapies much more effective than others? *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5(4), 455-460.
- Mattana, G. (a cura di). (2017). *Ricerca empirica in psicoterapia. Intervista a Emilio Fava*. Disponibile al sito: <https://WWW.spiweb.it/ricerca/ricerca-empirica-in-psicoterapia-intervista-a-emilio-fava-a-cura-di-g-mattana/> Consultato: 16 ottobre 2019.
- Meltzer, D., Harris, M. (1986). *Il ruolo educativo della famiglia* (pp 42-50). Torino: Centro Scientifico Editore.
- McWilliams, N. (2011). *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Astrolabio.
- Muzi, L., Lingiardi, V. (2019). Diagnosi in transizione: l'influenza della personalità del terapeuta. *Ricerca Psicoanalitica*, XXX(1), 73-90.
- Nagel, E. (1967). *Psicanalisi e metodo scientifico*. In S. Hook (a cura di), *Psicoanalisi e metodo scientifico*. Milano: Einaudi.
- Nicolò, A. M. (2018). La ricerca come sfida per lo psicoanalista. *Rivista di psicoanalisi*, 2, 225-238
- Nietzsche, F. (1878). *Umano, troppo umano*. Tr.it. (1979). Milano: Adelphi.
- Norcross, J. C., Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Adapting psychotherapy to the person. *Journal of clinical psychology*, 67, 127-132.
- Norcross, J. C. (a cura di). (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Lambert M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48 (1).
- Norcross, J. C., Lambert M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55 (4).
- Norcross, J. C., Wampold, B. E. (a cura di) (2019). *Psychotherapy relationships that work*

- (Vol.2): *Evidence-based therapist responsiveness* (3rd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Ogden, T. H. (1994). The concept of interpretative action. *Psychoanalytic Quarterly*, 63(2), 219-245.
- Papini, S. P., Fava, E. D. (2019). L'integrazione nella valutazione diagnostica dei fattori terapeutici correlati agli esiti: Il sistema di diagnosi psicodinamica operazionalizzata (OPD-2). *Ricerca Psicoanalitica*, XXX(1), 37-55.
- Papini, S. P., Zuglian, P., Ferrari, A., Conte, M., Fava, E. D. (2016). La diagnosi dimensionale: il metodo OPD (Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata). In E. D. Fava e Gruppo Zoe, *La competenza a curare. Il contributo della ricerca empirica*. Milano: Mimesis.
- PDM Taskforce (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Perry, J. C., Petraglia, J., Olson, T., Presniack, M., Metzger, A. (2012). Accuratezza nella interpretazioni delle difese. In R. A. Levy, J. S. Ablon & H. Kachele (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy research. Evidence-based practice and Practice based evidence*. New York, NY: Humana Press, Springer; [tr. it, 'La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca'. Milano: Raffaello Cortina (pp. 345-386)].
- Peterfreund, E. (1983). Trad. It. (1993). *Il processo della psicoterapia psicoanalitica*. Roma: Astrolabio.
- Piaget, J. (1973). *L'equilibratura delle strutture cognitive*. Torino: Boringhieri.
- Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013, www.stato.regioni.it
- Polanyi, K. (1967). *La Conoscenza Inespresa*, trad. it, Roma: Armando.
- Sabucco, G., Fava, E., Agazzi, G., Riva, E., Scwheizer, K. (2020). *L'eclittismo consapevole: uno studio presso il Centro Milanese di Psicoanalisi*. Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi; www.cmp-spiweb.it
- Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Becham, J., Collins, J. F., Elkin, I., Sotski, S. M. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Program. *American Journal of Psychiatry*, 147, 711-718.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychology*, 65(2), 98-109.
- Smith-Hansen, L., Levy, R. A., Seybert, C., Erhardt, I., Ablon, J. S. (2012). The Contributions of the Psychotherapy Process Q-Set to Psychotherapy Research. In R. A. Levy, J. S. Ablon, H. Kächele (a cura di), *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence* (pp. 381-400). New York, NY: Humana Press, Springer.
- Sotzki, S. M., Glass, D. R., Shea, M. T. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 148, 997-1008.
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Hörz, S., MacCornack, V., Lenzenweger, M., Kernberg, O. F. (2010). Structured interview of personality organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of personality assessment*, 92, 35-44.
- Tasca G. A., Sylvestre J., Balfour L., Chyurlia L., Evans J.Fortin-Langelier B., Wilson B. (2015). What clinical practitioners want: findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy*, 52(1), 1-11.
- Task Force OPD. (2006, tr.it. 2009). *OPD-2 Diagnosi psicodinamica operazionalizzata. Manuale per la diagnosi e la pianificazione del trattamento*. Milano: Franco Angeli.
- Vigna-Taglianti, M. (2018). I gruppi di ricerca sulle trasformazioni nel processo analitico. *Rivista di psicoanalisi*, 2, 225-238.
- Von der Lippe, A. L., Monsen, J. T., Rønnestad, M. H., Eilertsen, D.E. (2008). Treatment failure in psychotherapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research*, 18(4), 420-432.

- Wampold, B. E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7, 21-43.
- Wampold, B. E., Bolt, D. M. (2007). Appropriate estimation of therapist effects: one more time. *Psychotherapy Research*, 17(2), 256-257.
- Wampold, B. E., Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Werbart, A., Lavander, S. (2006). Two sets of private theories in analysands and their analysts: Utopian versus attainable cures. *Psychoanalytic Psychology*, 23, 108-127.
- Werbart, A., Levander, S. (2005). Understanding the incomprehensible: Private theories of first-episode psychotic patients and their therapists. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69, 103-136.
- Zuglian, P., Papini, S.P., Conte, M., Fava, E. D., Ferrari, A. (2011). Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata. Presupposti teorici, descrizione del sistema e applicazioni dello strumento. *Psichiatria di comunità*, 10(2), 69-76.

Conflict of interests: the author declares no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 6 July 2020.

Accepted for publication: 27 October 2020.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:309

doi:10.4081/rp.2021.309

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Ricerca clinica e ricerca empirica

*Emilio Fava**

SOMMARIO. – In questo articolo l'autore tende a mostrare come possa funzionare l'integrazione tra ricerca clinica e ricerca empirica secondo il modello della perturbazione reciproca tra i dati e le osservazioni prodotte da due distinti sistemi di conoscenza. Viene messa in evidenza come esista un forte influenzamento della ricerca clinica sulle ipotesi che vengono testate negli studi empirici e il potenziale effetto dei dati empirici sulla chiarificazione e messa a fuoco di questioni fondamentali per la pratica clinica e la riuscita dei trattamenti. Da qui il potenziamento di 'buone pratiche' rispetto ad errori e importanti disconoscimenti dei fattori che determinano l'esito delle terapie. Conseguentemente l'interesse si orienta sui percorsi formativi nella prospettiva di favorire un approccio in cui l'attenzione del clinico in formazione si equilibra tra 'punti di ancoraggio' osservabili, mutuati dalla ricerca, approfondimenti intuitivi e quei pattern descrittivi derivati dalla esperienza clinica che arricchiscono la letteratura psicoanalitica.

Parole chiave: Ricerca empirica; psicoanalisi; modelli di conoscenza; integrazione dei modelli; fattori di efficacia delle terapie.

In questo articolo l'autore tende a mostrare come possa funzionare l'integrazione tra ricerca clinica e ricerca empirica secondo il modello della perturbazione reciproca tra i dati e le osservazioni prodotte da due distinti sistemi di conoscenza. Viene messa in evidenza come esista un forte influenzamento della ricerca clinica sulle ipotesi che vengono testate negli studi empirici e il potenziale effetto dei dati empirici sulla chiarificazione e messa a fuoco di questioni fondamentali per la pratica clinica e la riuscita dei trattamenti. Da qui il potenziamento di 'buone pratiche' rispetto ad errori e importanti disconoscimenti dei fattori che determinano l'esito delle terapie. Conseguentemente l'interesse si orienta sui percorsi formativi nella prospettiva di favorire un approccio in cui l'attenzione del clinico in formazione si equilibra tra 'punti di ancoraggio' osservabili, mutuati dalla ricerca, approfondimenti intuitivi e quei pattern descrittivi derivati dalla esperienza clinica che arricchiscono la letteratura psicoanalitica.

*Università Cattolica del Sacro Cuore, Associazione-gruppo Zoe (per lo studio e la formazione sulla qualità ed efficacia delle cure psichiche). E-mail: emiliofava@yahoo.it

È un fatto difficilmente discutibile che vi sia una mancanza di comunicazione effettiva tra clinici e ricercatori nel campo dei trattamenti psicoterapeutici, e in particolare in psicoanalisi, nonostante il fatto che obiettivi, finalità e oggetto di osservazione dei ricercatori e dei clinici possano apparire congruenti. Mi riferisco alla necessità di incrementare le nostre conoscenze sulla sofferenza mentale per fornire la miglior cura possibile ai pazienti. I ricercatori più attenti alle esigenze cliniche e meno autoreferenziali si rendono conto di questo e cercano di affrontare il problema (Tasca *et al.*, 2015; Lo Coco, 2020). I clinici appaiono meno interessati e solo recentemente si osservano caute aperture al ruolo che la ricerca empirica potrebbe avere in psicoanalisi (Niccolò, 2018; Vigna Taglianti, 2018). L'IPA appare interessata ai risultati della ricerca empirica di esito e di processo (Leuzinger-Bohleber & Kachele, 2015; Kachele *et al.*, 2000) e concretamente tende a favorire e finanziare progetti di ricerca. Mi sono occupato di ricerca empirica in psicoterapia sin dall'inizio dello sviluppo in Italia delle prime ricerche sul campo e questo mi ha permesso di assistere e cercare di comprendere i problemi che via via hanno caratterizzato e caratterizzano il confronto tra i ricercatori e i clinici nonché il senso dei differenti approcci al problema della comprensione e della cura dei disturbi mentali. In questo sono stato aiutato dal fatto di avere sempre svolto una intensa attività clinica, anche nel contesto di strutture psichiatriche, e ad avere avuto quindi accesso a una formazione psichiatrica e psicoanalitica. Cioè una posizione che mi ha permesso di vivere, anche con una certa sofferenza, dal di dentro, queste contraddizioni. Contraddizioni che rischiano, se irrisolte, di non consentirci una visione integrata e compatibile dei contributi potenziali dei diversi approcci alla nostra competenza a curare. I colleghi che frequento, e che considero psicoanalisti esperti, in varie occasioni hanno mostrato un garbato interesse per questa mia passione un po' eccentrica per la ricerca, ma al di là di questo non mi sono generalmente sembrati realmente interessati; per esempio nelle discussioni cliniche il riferimento esplicito ai risultati delle ricerche per affrontare un problema non era percepito come una risorsa disponibile, mentre se utilizzavo questi dati dentro di me e presentavo queste osservazioni come intuizioni cliniche del momento venivano significativamente apprezzate. Ciò può apparire paradossale ma in realtà se consideriamo le radici di questa apparente contraddizione possiamo individuare un reticolo di fattori e di circostanze che possono aiutarci a comprendere e forse a modificare questo stato di cose. Cercare di delineare questo contesto, nei suoi vari aspetti, e di svilupparne le potenzialità è lo scopo principale di questo articolo. Non è possibile, in questo contesto, addentrarci nei meandri della riflessione epistemologica che ha caratterizzato le fasi iniziali del confronto tra ricercatori e clinici, basato fondamentalmente su veti reciproci, né esporre dettagliatamente i risultati attuali della ricerca empirica e le loro possibili implicazioni nella clinica come è stato possibile altrove (Fava & Gruppo Zoe, 2016). Lo scopo

di questo lavoro è quello di facilitare l'accesso dei clinici, e in particolare dei clinici in formazione, ai potenziali contributi della ricerca empirica. Per questo è necessario sviluppare un nuovo linguaggio comune che necessariamente si discosta sia dai linguaggi prototipici dei ricercatori che da quello dei clinici e che consenta di trasmettere informazioni in modo utile ed efficace. Come sottolinea Shedler (2010) 'molti ricercatori danno per scontato che i clienti della ricerca siano i professionisti clinici, ma molti degli studi e delle meta-analisi non sono chiaramente scritti per loro... sono densamente complessi, tecnici e di difficile decifrazione... se il professionista clinico va inteso come 'utente' della ricerca allora la ricerca in psicoterapia ha bisogno di essere maggiormente orientata al cliente'.

Ricerca clinica e ricerca empirica possono essere considerate come due modalità differenti di conoscere aspetti della realtà, da due prospettive e con metodologie differenti. Nel nostro quotidiano, in molti campi, utilizziamo delle conoscenze che provengono dalla nostra cultura scientifica e contestualmente dalla nostra esperienza e anche dalla intuizione del momento. La competenza al fare nasce dall'intreccio di queste componenti (Polanyj, 1967; Friedson, 2001). La ricerca empirica in psicoterapia fa riferimento a quelle prassi che hanno permesso lo straordinario sviluppo di conoscenze e tecniche che caratterizza la modernità. Per ricerca clinica invece si intende il '*nucleo centrale della ricerca psicoanalitica*' classica che nasce nella situazione psicoanalitica stessa e ne è parte integrante. Essa è descrivibile come '*un processo circolare di scoperta in cui, insieme al paziente, vengono visualizzate, simbolizzate e infine verbalizzate le osservazioni idiosincrasiche sulle fantasie e i conflitti inconsci*' (Leutzinger-Bohleber, 2018, p. 270) nel contesto di una unicità personale e biografica.

La possibilità di svolgere in modo fruttuoso ricerca empirica nel campo delle prassi terapeutiche che si ispirano al sapere e al metodo psicoanalitico è stato ed è un argomento molto controverso: la maggior parte degli psicoanalisti vi individuano un'attitudine riduzionista e dubitano che l'impronta fortemente soggettiva e la complessità proprie della disciplina possano essere oggetto di un approccio scientifico, nel senso paradigmatico del termine. Questa posizione è sicuramente fondata e in qualche modo insuperabile se dovessimo ipotizzare che i metodi e i risultati della ricerca empirica possano sostituirsi tout court ai risultati della ricerca clinica sia sul piano teorico che applicativo. Ma questa posizione - propria di un certo radicalismo scienziato - è insostenibile per molti motivi che vanno dal ruolo che l'intuizione clinica e l'esperienza hanno nel costruire ipotesi scientifiche e nel determinare l'azione terapeutica ai limiti 'tecnici' delle metodologie di ricerca. Occorre tuttavia considerare che la distanza che separa l'universo della esperienza clinica in psicoanalisi da quello della ricerca empirica rende più difficile, complesso e delicato l'utilizzo dell'esperienza clinica per costruire ipotesi da verificare empiricamente.

Molti sono i limiti della ricerca empirica che la rendono, di per sé, inutilizzabile senza una stretta integrazione con la competenza clinica, definibile anche come l'insieme delle conoscenze teoriche di base, dei derivati dell'esperienza, della capacità di individuare indizi e delle intuizioni del momento. Abilità apprese nella pratica e in parte implicite. Questo processo inoltre è reso più complesso dal ruolo che il paziente stesso ha nella gestione della relazione terapeutica; non a caso Giaconia (Giaconia, Pellizzari, & Rossi, 2000) parla della competenza ad essere curati come aspetto complementare della competenza a curare. Mi riferisco al contributo specifico che il paziente può dare al processo di cambiamento e alla valutazione del ruolo del paziente nel lavoro terapeutico (Bohart & Wade, 2013), campo di indagine che incrementa le variabili di processo da prendere in considerazione. È difficile inoltre sostenere che un risultato che deriva da una media statistica possa applicarsi tout court a un singolo paziente in quanto ciò che è efficace in molte situazioni non lo è in altre. Non è possibile trascurare il ruolo che il terapeuta in quanto persona può avere nel costruire e decostruire l'oggetto del trattamento (ciò che è opportuno dire e fare in un certo momento) e non considerare i possibili bias delle ricerche, come per esempio quelli legati al periodo di osservazione, che è solitamente più breve di quella che è la durata naturale di malattia. O che una singola variabile estrapolata da un contesto complesso, come avviene negli studi empirici, possa essere considerata, al momento della messa in pratica, prescindendo dalle altre variabili con cui è connessa e interagisce. Inoltre i sistemi statistici su base correlazionale usati nella maggioranza degli studi non sembrano garantire sufficiente sicurezza nei nessi di causazione e gli effetti potrebbero essere dovuti a variabili sottostanti non considerate dai ricercatori. Non tutti i fattori terapeutici sono stati studiati a fondo: alcune aree che riguardano, per esempio, le trasformazioni nel pensiero a partire dalle intuizioni dei partecipanti al processo terapeutico e alla costruzione di metafore innovative (Ogden, 1994), non sono state studiate sistematicamente così come molti altri aspetti dei processi intersoggettivi che caratterizzano la relazione terapeutica e la sua evoluzione. Molti ricercatori ignorano i risultati degli studi in campi affini o complementari, facilitati in questo dalla richiesta di pubblicare su argomenti molto specialistici con il rischio di rimanere intrappolati in una visione deformata e riduttiva della realtà. Ricerca in psicofarmacologia e in psicoterapia tendono per esempio ad ignorarsi, pochi sono gli studi indipendenti comparativi e quelli sugli effetti delle terapie combinate.

D'altra parte anche i sistemi fondati sull'esperienza clinica e le successive teorizzazioni mostrano, accanto a geniali intuizioni, evidenti limiti da cui sono conseguiti nel tempo modelli teorico/tecnici apparentemente inconciliabili e contraddittori, la proliferazione di scuole, atteggiamenti fideistici e identitari perseguiti in modo inflessibile nelle terapie. Vignataglianti (2018) evidenzia alcuni rischi collegati ad un modo di concepire

la messa a fuoco dei problemi del paziente, che definisce ‘deriva agnostica’ la quale, nella sua forma radicalizzata, espone ad inconvenienti che *‘spaziano dall’arbitrarietà delle osservazioni cliniche che vengono ‘stressate’ per avvalorare una determinata ipotesi o posizione teorica, al rischio di punti di vista ‘ermeticamente chiusi’, alla conferma narcisistica al posto della capacità di riflessione auto-critica, alla attenzione verso casi ‘eccelsi’ rispetto ai casi che pongono difficoltà ‘al rischio di costruzioni e falsificazioni inconsce e infine alla ripetizione e al conformismo nelle discussioni istituzionali’ (ibidem, p. 244).*

In assenza di conferme empiriche il campo della psicoanalisi, e includo anche le altre forme di psicoterapia, rischia di costituirsi come una babele di linguaggi, opinioni e punti di vista più o meno contraddittori, inintelligibili per chi, per esempio, deve decidere in merito alla scelta di un certo tipo di terapia o all’organizzazione dell’assistenza psichiatrica pubblica e privata. Confermando così l’aforisma di Nietzsche: *‘il peggior nemico della verità non è la bugia ma la convinzione’*. O per dirla in altre parole: *‘in assenza di un sostegno alle proprie asserzioni basate su osservazioni controllate e ipotesi verificabili la psicoanalisi rischierebbe di privarsi di quel gioco reciproco di dati e teorie che ha contribuito in modo così determinante allo sviluppo della scienza di cui la psicoanalisi rischierebbe di privarsi’* (Kachele, Krause, Jones, Perron & Fonagy, 2000).

L’unica soluzione accettabile, date queste premesse, sembra essere quella di riuscire a integrare i due sistemi di conoscenza rispettandone le specifiche caratteristiche così come avviene in molti campi e particolarmente nelle fasi applicative delle conoscenze, cioè, nel nostro caso, nella clinica e quindi nella pratica. In definitiva, mi sembra lecito pensare che solo la mente del clinico, in uno specifico momento della relazione terapeutica, possa cogliere gli aspetti essenziali di ciò che sta avvenendo e agire di conseguenza in sintonia con l’altro membro della coppia terapeutica, il paziente, anche lui influenzato dalle sue concezioni sulla natura del problema e sul modo di risolverlo. Tuttavia occorre che la mente del clinico sia aperta ad accogliere i contributi delle neuroscienze, della psicologia cognitiva, dell’infant research, e della ricerca empirica sull’efficacia e sui fattori terapeutici per poterle utilizzare al momento opportuno. Mi riferisco al ruolo che la conoscenza dei risultati della ricerca può avere in termini di ‘perturbante’ delle credenze e delle convinzioni del clinico. Il buon medico conosce per esempio i risultati delle ricerche, conosce i limiti intrinseci alle metodologie di ricerca, e proprio per questo non applica meccanicamente queste conoscenze e le integra con l’esperienza diretta di molti casi, con la sua intuizione che lo può portare a evidenziare un sintomo poco evidente o una complessità legata alla sinergia di differenti patologie tenendo conto anche di quelle caratteristiche somatiche e psicologiche del paziente che influenzeranno l’efficacia e la compliance ai trattamenti, il rispetto delle norme di

comportamento utili e il livello di stress. È quella che viene chiamata, anche nel contesto della ricerca empirica in psicoterapia, la ‘personalizzazione dei trattamenti’. Bisogna essere aperti all’evenienza che: *‘quando pensi di avere tutte le risposte, la vita ti cambia tutte le domande’* (Charlie Brown).

Si tratta quindi in definitiva di saper porsi in una prospettiva aperta di conoscenza, in cui i dati delle ricerche empiriche e le conoscenze derivate della ricerca clinica si pongano reciprocamente come quei perturbanti cognitivi che innescano quelle ‘equilibrazioni maggioranti’ (Piaget, 1972) che costituiscono il fondamento dell’evoluzione delle nostre concezioni della realtà (Mattana & Fava, 2017). Nel nostro caso faccio riferimento, da un lato, ai modelli acquisiti attraverso le esperienze personali di vita, l’analisi personale, la formazione teorica e le supervisioni - che costituiscono la base delle nostre concezioni cliniche - e, dall’altro, ai dati delle ricerche e in particolare gli ‘hard findings’ che non possono essere trascurati, anche per rispetto del diritto alla salute dei pazienti. È indicativo come uno dei padri della EBM (medicina basata sull’evidenza) (Sackett, 1997), consapevole dei limiti degli studi classici sull’efficacia dei trattamenti, abbia sostenuto che il problema non sia quanto di sicuro (provato empiricamente) ci sia nella pratica medica, ma se ciò che è sicuro sia effettivamente conosciuto e messo in pratica. Contestualmente i ricercatori non possono trascurare l’enorme massa di osservazioni cliniche e di modelli teorici sofisticati prodotti dalla ricerca clinica su cui peraltro si basano trattamenti di provata efficacia. In effetti è ormai ‘un fatto incontestabile’ che la psicoterapia analitica, basata su principi clinici sia efficace, come risulta ‘da migliaia di studi e centinaia di meta-analisi’ (Lambert & Ogles, 2004; Leichsering & Rabung, 2009). Tuttavia il fatto che l’efficacia delle psicoterapie dinamiche sia in generale un fatto accertato non vuol dire che ciò valga per tutti i modelli, tutti i terapeuti e tutti i pazienti e in tutte le situazioni. In fondo il ruolo più prezioso che possiamo attribuire alla ricerca empirica è quello di mettere in discussione ciò che riteniamo vero.

I risultati delle ricerche empiriche in psicoterapia

Esporre in sintesi e in modo adeguato i risultati di cui disponiamo attualmente non è un compito possibile in questo contesto anche volendo fare riferimento solo a quegli studi di processo che possono interessare maggiormente i clinici. A conclusione dell’articolo suggeriremo alcuni testi adatti agli approfondimenti necessari. In estrema sintesi la ricerca di processo ha valorizzato l’importanza di alcuni fattori comuni ai trattamenti che funzionano e che riguardano: 1) costrutti descrittivi il modo della terapia, dove rientrano gli elementi che riguardano l’alleanza terapeutica, nella terapia individuale, di coppia o familiare, e la coesione nella terapia di gruppo; 2)

strategie nella gestione della relazione, come considerazione positiva (validazione), gestione dell'espressione emotiva dei vissuti, promozione della credibilità del trattamento, appropriata self-disclosure, raccolta dei feedback e risoluzione delle rotture (crisi) nella relazione; 3) qualità del terapeuta, relative più alla persona che non a strategie o abilità, in cui vengono inclusi aspetti quali la flessibilità, l'autenticità, l'empatia e la reattività nelle risposte controtransferali; 4) fattori di personalizzazione, ovvero quelle caratteristiche specifiche del paziente a cui adattare la terapia, come lo stile d'attaccamento, le preferenze e le aspettative, gli stili di coping, la cultura e i livelli di reattanza (resistenza al lavoro terapeutico e/o al cambiamento) (Fava & Papini, 2020).

Sono rilevanti inoltre: 1) gli studi sugli interventi terapeutici specifici e in particolare quelli condotti dal gruppo di Ablon e Jones (Jones, 2000; Pole, Ablon, & O'Connor, 2008; Katzenstein, Pole, Ablon & Olsen, 2012) che valutano le strutture di interazione che caratterizzano le relazioni terapeutiche e la correlazione tra tipologia di interventi ed esito utilizzando il metodo PQS (Psychotherapy Process Q-Set); 2) gli studi sull'influenza del terapeuta o 'therapist effects' che studia il ruolo delle caratteristiche del terapeuta sul processo terapeutico (Wampold & Immel, 2015; Muzi & Lingiardi, 2020).

Ricerca e clinica: le interconnessioni

In realtà il compito di strutturare quello scambio di prospettive cioè 'quel gioco di dati e teorie' tra ricerca clinica e ricerca empirica potrebbe non essere così difficile. Per diversi fatti:

- *La maggior parte delle ricerche di processo, cioè di quella parte della ricerca che esplora il processo terapeutico, anche, ma non solo in relazione agli esiti delle terapie, si basa fundamentalmente su costrutti di origine clinica, come alleanza di lavoro, qualità delle relazioni interpersonali, sviluppo delle capacità riflessive o metacognitive, tipologie degli interventi terapeutici e altro ancora. Di fatto vengono formulate e testate delle ipotesi collegate alle principali teorie e teorie della tecnica che normalmente vengono utilizzate nella clinica. Queste ipotesi definiscono la 'cintura protettiva' che, secondo Lakatos, circonda ogni asserzione teorica, di per sé inverificabile (Conte, 2005): quando le ipotesi fondate su una teoria sono disconfermate, o viceversa confermate, la teoria a cui fanno riferimento si indebolisce o si rafforza. Tipicamente il ricercatore cerca di verificare l'andamento di certe variabili che di solito fanno riferimento ad assunti teorici e confronta i casi a miglior esito (good outcome) trattati dai clinici con quelli a peggior esito (poor outcome). È interessante osservare che i comportamenti terapeutici, che possiamo valu-*

tare con apposite griglie o strumenti, a partire dalla registrazione dei colloqui, non sono necessariamente presenti alla coscienza dei terapeuti, cioè si situano in una dimensione implicita. Le convinzioni cliniche e le teorie che le sottendono possono quindi essere confermate oppure messe parzialmente in discussione dando al clinico la possibilità di rimodularle. Il clinico interessato alla ricerca può avere conferme di ciò che già ritiene di conoscere e/o allargare e/o modificare le proprie prospettive. Questo ha particolare valore se consideriamo gli effetti potenzialmente negativi di determinate credenze teoriche segnalati anche dalla letteratura clinica, per esempio quelle correlate alla presunta 'neutralità' dell'analista, nella sua prima formulazione. Gli studi suggeriscono che non solo gli interventi di terapeuti 'selvaggi' o mentalmente disturbati ma anche alcune pratiche ritenute corrette conterrebbero delle potenzialità patologiche o comunque non efficaci (Peterfreund, 1983). Il fatto che le meta-analisi mostrino che un consistente numero di pazienti non ottiene risultati soddisfacenti dai trattamenti e che una certa percentuale peggiora è uno stimolo per approfondire anche sul piano della ricerca empirica le possibili cause dei fallimenti terapeutici.

- *Come conseguenza di quello stretto legame con i sistemi teorici e le teorie della tecnica tradizionali i risultati degli studi empirici di efficacia e di processo hanno fornito conferme a molte asserzioni che riguardano le concettualizzazioni utilizzate dai clinici, frequentemente però apportando alcune modifiche o precisazioni rilevanti.* Neuroscienze e ricerche empiriche hanno dato maggior peso e spessore a fattori come alleanza di lavoro, relazione interpersonale reale, sviluppo e modalità dei processi cognitivi e riflessivi, funzionamento delle memorie, ruolo e caratteristiche del terapeuta contribuendo al progresso delle nostre concezioni e all'efficacia dei nostri trattamenti. Un esempio molto interessante è quello del funzionamento delle memorie sotto l'effetto dei glucocorticoidi durante le esperienze traumatiche. L'effetto prodotto è quello di impedire il deposito della memoria episodica ma non di quella semantica e i vissuti impliciti (apprendimento emotivo). Di conseguenza, per i pazienti traumatizzati può essere impossibile ricordare non i fatti in sé ma la loro presenza ai fatti stessi dando luogo a quei fenomeni dissociativi che caratterizzano appunto i disturbi dissociativi di personalità. L'impossibilità di ricordare in forma vivida e personale le esperienze traumatiche non sarebbe il prodotto di rimozione ma una impossibilità. L'utilità clinica di distinguere tra una scissione di qualcosa che originariamente era integrato e la dissociazione relativa a ciò che non era mai stato integrato (Stern, 1997) è stata quella di modificare le strategie terapeutiche e prima ancora di distinguere tra esperienza dissociativa e rimozione (McWilliams, 2011).
- *Alcuni risultati degli studi possono invece apparire un po' più perturbanti le nostre convinzioni e in particolare quelle che riguardano la*

superiorità del nostro personale modello di terapia. Il fatto che terapie di diverso tipo, teorizzate in modo diverso, conducano a risultati simili. Si tratta del famoso ‘*Dodo verdict*’: ‘tutti hanno vinto, tutti meritano un premio’ come dichiara il Dodo, un personaggio di ‘Alice nel paese delle meraviglie’. La difficoltà a dimostrare la superiorità di una tecnica sulle altre è infatti un dato piuttosto forte anche considerando solamente gli studi indipendenti e ben fatti (Luborsky *et al.*, 2002). Le spiegazioni di questo fenomeno sono molteplici: l’importanza dei cosiddetti fattori comuni o ‘aspecifici’, il fatto che i terapeuti non siano totalmente coerenti con le loro premesse teoriche e utilizzino interventi prototipici di altri approcci (Ablon, 1998; Kazenstein *et al.*, 2012) e che ci sia una profonda, quanto misconosciuta, osmosi di pratiche e concetti, per esempio tra cognitivisti e psicoanalisti. Infine il fatto che pazienti con la stessa diagnosi descrittiva-categoriale che entrano negli studi sono differenti per alcuni aspetti che li rendono più o meno adatti a certe tipologie di intervento. Ciò riguarda anche il confronto con le terapie farmacologiche, in particolare in alcune patologie, come ad esempio i disturbi dell’umore (Fava & Zuglian, 2016). Tutti questi fattori meritano una attenzione particolare e hanno implicazioni pratiche importanti. I fattori ‘aspecifici’ influenzano pesantemente gli esiti dei trattamenti e ad essi vengono attribuiti percentuali molto ampie, sino al 90% (Wampold & Immel, 2015), della responsabilità della varianza degli esiti. Questo ha portato qualcuno a sostenere che ‘tutte le terapie sono uguali’. Questa conclusione è, come vedremo, errata e va sostituita con: ‘affinché una terapia funzioni occorre che siano rispettati i criteri derivati dalle nostre conoscenze sui fattori comuni e su quelli di personalizzazione’. Tendenzialmente i terapeuti ‘efficaci’ o meglio in tutte le terapie efficaci i ‘fattori aspecifici’ tendono ad essere adeguatamente considerati e gestiti (Norcross *et al.*, 2018, 2019). Per esempio, uno stile relazionale che puntualizza in continuazione gli insuccessi dei pazienti, commenti o comportamenti che siano ostili, rifiutanti, svalutanti, critici nei confronti del paziente, anche in modo implicito (Von der Lippe *et al.*, 2008) o l’inflessibilità nell’applicazione del metodo e terapie fortemente strutturate sono correlate a esiti scadenti. Suggerimenti e consigli sui comportamenti al di fuori delle sedute possono correlarsi ad esiti scadenti (Ablon *et al.*, 2006). L’assenza, la non considerazione o la rottura senza riparazione dell’alleanza di lavoro implica probabili risultati scadenti (Hilsenroth, Cromer & Ackermann, 2012). Un terapeuta esperto forse non ha forse bisogno di riflettere su questi e altri aspetti ‘comuni’ della relazione terapeutica che è in grado di gestire spontaneamente, ma è evidente che nei percorsi formativi e nei contesti istituzionali occorre affrontare seriamente la questione. L’importanza della corretta gestione dei fattori ‘aspecifici’ fa di essi un elemento necessario anche se non suf-

ficiente. Inoltre, ma qui renderemmo il discorso più complicato, ci sarebbe da domandarsi in quale misura i fattori aspecifici siano davvero così aspecifici: i fattori ‘comuni’ non così sono ovvii come suggerirebbe il loro nome né facili da gestire.

- *Un altro aspetto perturbante riguarda proprio le tecniche specifiche che i terapeuti di diverso orientamento utilizzano di fatto rispetto a quelle previste dai loro sistemi teorici.* Gli studi mostrano che terapeuti di diverso orientamento utilizzano interventi prototipici di altri orientamenti con vantaggi per la terapia. Ad esempio, terapeuti di formazione cognitivista possono usare modalità di trattamento prototipiche delle terapie dinamiche. Nella mia esperienza di supervisore di gruppi istituzionali con terapeuti di diverso orientamento ho trovato conferma alle osservazioni del gruppo di Ablon e Jones e cioè che terapeuti di formazione cognitivista possono avere una accurata attenzione per i vissuti soggettivi dei pazienti, per la cura della relazione terapeutica e utilizzano interventi considerabili come interpretazioni di transfert. Viceversa alcune tecniche di impronta cognitivista come le domande al paziente su come sta andando la terapia dal suo punto di vista (feedback dal paziente) possono essere molto utili per la qualità della relazione terapeutica e la vitalità dell’alleanza di lavoro. Ciò ha motivato per esempio il mio attuale interesse per le ‘teorie private’ che terapeuta e paziente costruiscono sulla natura del problema e sul come uscirne (Werbart, 2006; Chichi *et al.*, 2019) e per le modalità con cui gli psicoanalisti costruiscono le loro idee sulla natura dei problemi del paziente e sui percorsi di cambiamento. Infatti nelle terapie *good outcome* sia le diagnosi che i possibili percorsi di cambiamento sembrano essere il prodotto della co-costruzione e del reciproco influenzamento da parte di entrambi i membri della coppia terapeutica. Gli studi empirici sembrano indicare la necessità di una sorta di decostruzione/ricostruzione degli schemi terapeutici trasversali ai diversi orientamenti. Questo riguarda a maggior ragione anche i modelli classici della psicoanalisi, dalla teoria freudiana delle pulsioni alla psicologia dell’Io, dalla tradizione delle relazioni oggettuali alla psicologia del Sé, sino ai movimenti relazionali contemporanei. McWilliams (2011), una psicoanalista molto attenta ai risultati delle ricerche osserva che *‘molti terapeuti cercano di assimilare diversi modelli e metafore, che siano o no in qualche modo contrastanti o concettualmente problematici’*. *‘I terapeuti efficaci attingono spesso liberamente a molte fonti psicoanalitiche più che aderire ideologicamente a una o due teorie preferite. E in genere diffidano di coloro che fondano la loro identità professionale sulla difesa di un unico modo di pensare e operare’* (pag 42). In uno studio condotto presso il Centro Milanese di Psicoanalisi, abbiamo potuto osservare lo stesso fenomeno, cioè l’uso di differenti modelli interpretativi in funzione delle caratteristiche specifi-

che di ogni paziente, fenomeno che abbiamo chiamato ‘eclettismo consapevole’ (Sabucco *et al.*, 2020). Le letture e le soluzioni terapeutiche che i diversi approcci suggeriscono, possono essere considerate una sorta di cestello degli attrezzi per lo psicoanalista a cui fare riferimento. Le diverse descrizioni degli specifici problemi e soluzioni che troviamo in letteratura possono essere quindi considerate come guide preziose per interventi personalizzati e specifici piuttosto che regole da applicare indiscriminatamente. La scoperta, talora geniale, di specifici pattern di funzionamento, così come la tecnica più adatta per affrontarli spesso hanno dato luogo a generalizzazioni e a modelli teorici inclusivi applicati indiscriminatamente piuttosto che suggerire quale intervento per quale situazione.

- *Poiché diversi sottotipi clinici reagiscono in modo differente a differenti tipi di terapia, o meglio di intervento, la ricerca empirica ha sviluppato il concetto di ‘personalizzazione dei trattamenti’.* Riguarda l’ambito di ricerca che esamina le specifiche caratteristiche dei pazienti che contribuiscono a determinare la scelta di determinati tipi di terapia o di intervento terapeutico. Il concetto di personalizzazione dei trattamenti è collegato all’idea che pazienti con la stessa diagnosi nosografico-descrittiva, ma differenti per altre variabili, possano beneficiare in modo differente di diversi tipi di trattamento. Esiste un’estesa letteratura su questo argomento che si fonda su quei predittori pre-trattamento relativi a specifiche caratteristiche del paziente, come le condizioni sociodemografiche, le dimensioni della personalità, a costrutti cognitivi, psicodinamici, sociali e relazionali, agli stili di attaccamento e alla gravità dei sintomi. Variabili biologiche, genetiche e di *neuroimaging*, fino ad ora meno studiate in questa prospettiva, sono attualmente oggetto di interesse da parte della comunità scientifica. La necessità di personalizzare i trattamenti coinvolge direttamente i sistemi diagnostici in uso i quali tendono a creare categorie di pazienti, considerando maggiormente ciò che unisce piuttosto che ciò che differenzia ciascuna situazione individuale dalle altre. I sistemi descrittivo-categoriali come il DSM-IV e DSM-V non consentono di cogliere le specificità dei singoli pazienti e quindi possono solo dare solo suggerimenti piuttosto generici su come impostare le terapie. Per esempio, l’interesse del paziente a lavorare su sé stesso e la fiducia nel tipo di terapia che gli viene proposta o che sceglie liberamente discriminano gruppi di pazienti con la stessa diagnosi ma profondamente differenti sul piano delle strategie terapeutiche più efficaci. I pazienti, come possiamo osservare analizzando gli studi comparativi di diversi tipi di trattamento, usufruiscono maggiormente di terapie che valorizzano le loro preesistenti caratteristiche e risorse cognitive e relazionali, cioè che tengono conto delle risorse del paziente, piuttosto che delle loro difficoltà e sintomi (Elkin *et al.*, 1989; Sotzki *et al.*, 1991;

Shea *et al.*, 1990; Huibers, 2015). L'uso di strumenti diagnostici più sofisticati e precisi può permettere scelte terapeutiche più oculate e specifiche. Attualmente disponiamo di strumenti diagnostici come il PDM e OPD-2. Il primo consente una migliore conoscenza dei meccanismi interni al funzionamento mentale delle categorie di pazienti utilizzando concettualizzazioni di origine psicoanalitica, il secondo è particolarmente adatto a valutare la situazione di ogni singolo paziente includendo anche variabili di significato prognostico e fattori di personalizzazione. OPD-2 inoltre, pur facendo riferimento a costrutti di tipo psicoanalitico, valorizza quel modo di procedere che a partire dalla osservazione accurata del funzionamento mentale in diverse aree procede nella direzione di ulteriori approfondimenti. È quindi anche adatto ad essere utilizzato nei contesti istituzionali dove sono presenti terapeuti di diverso orientamento e nel contesto dei percorsi formativi (Papini & Fava, 2019).

Ricerca empirica e ricerca clinica nei processi formativi e nell'organizzazione dei servizi

Se i clinici esperti sembrano saper gestire sia i fattori aspecifici che quelli specifici e quindi per loro i risultati delle ricerche possono avere un significato di conferma o di *openness*, stuzzicando nuove idee e favorendo una mentalità più aperta, nel campo dei servizi di igiene mentale pubblici e privati nonché nei percorsi di formazione la conoscenza dei risultati delle ricerche appare essenziale. Nessuna ignoranza dovrebbe essere permessa a chi ha responsabilità di salute pubblica. Qui hanno particolare rilevanza gli studi di efficacia che ci dicono quali tipologie di intervento hanno la probabilità di essere efficaci. C'è un'ampia letteratura su vantaggi e i limiti degli studi di efficacia che rimandano a problemi metodologici di diversa natura e ne definiscono le carenze strutturali. Infatti gli studi di efficacia e quelli complementari di tipo naturalistico o di 'effectiveness' ci dicono se certi trattamenti funzionano, ma, per loro natura, non ci dicono che cosa effettivamente li fa funzionare anche se possono dare 'l'impressione' di convalidare le convinzioni teoriche di chi le esegue (Wampold, 1997). Da quanto abbiamo precedentemente detto si comprende infatti da quanti e quali fattori può dipendere l'efficacia di un singolo trattamento e che la riuscita di una terapia può dipendere da fattori impliciti non espressamente previsti dalle teorie di chi li esegue o anche da avvenimenti del contesto di vita o 'fattori extraterapeutici' (Asay & Lambert, 1999; Lambert & Barley, 2002). Tuttavia, se un tipo di trattamento ha mostrato di essere efficace per un certo tipo di disturbo, questo tipo di trattamento deve essere preso in considerazione nella programmazione dei servizi e nell'offerta di trattamenti adeguati: sappiamo che purtroppo il tipo di terapia consigliata varia in funzione

dell'orientamento dei terapeuti e dei servizi, senza una visione complessiva basata su alcuni criteri supportati da studi e condivisi. Se è vero che gli studi di efficacia hanno forti limiti tuttavia se una terapia si mostra efficace in molti studi e meta-analisi deve essere presa in considerazione. I responsabili e gli amministratori dei servizi devono basarsi sui dati della migliore ricerca e offrire terapie, formazione e supervisione clinica. Chi ha responsabilità di cura ha il dovere morale di conoscere i risultati di questi studi sia per l'invio dei pazienti al miglior tipo di trattamento possibile che per segnalare onestamente che quella terapia in un servizio non è disponibile pur essendo potenzialmente efficace. La psicoanalisi e le psicoterapie fondate sui concetti psicoanalitici ormai hanno un forte sostegno dagli studi di esito relativamente a molte forme di disturbo anche gravi e solo recentemente questa evidenza comincia ad apparire nelle linee guida dei trattamenti (Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale, 2013). Sappiamo inoltre ancora poco, da un punto di vista empirico, sull'utilità di interventi combinati, cioè su quali trattamenti aggiuntivi possono integrare sia i trattamenti farmacologici che quelli psicoterapeutici e, all'interno di questi, se esistono delle indicazioni di trattamento più specifiche. Finora nel campo della ricerca sull'efficacia ha prevalso la tendenza a confermare il valore di determinati approcci terapeutici e abbiamo pochi dati sugli effetti di un utilizzo combinato di terapie psicologiche, riabilitative, psicoeducative e farmacologiche. Sia l'esperienza clinica che gli studi empirici, là dove sono stati condotti (Bellino *et al.*, 2002, 2008; Cuijpers *et al.*, 2015), mostrano che gli interventi combinati e integrati sono generalmente vantaggiosi. Possiamo inoltre supporre con buone ragioni che la gestione dei fattori 'aspecifici' possa essere la base comune di molti tipi di intervento che si pongono su piani differenti nel contesto di gruppi di lavoro istituzionali, che coinvolgono operatori con diverse competenze e funzioni, e che compaiono nella letteratura clinica (Correale, 2006).

Il potenziale contributo della ricerca empirica alla strutturazione e programmazione dei percorsi formativi riguarda sia problemi di prospettiva che di contenuto. Se consideriamo la rilevanza della gestione dei fattori aspecifici che si evidenzia negli studi, sembra ovvio che la messa a fuoco e l'attenzione all'insieme di questi aspetti dovrebbe essere il primo obiettivo di un programma formativo. Sappiamo bene che non stiamo parlando di novità in assoluto e che in un modo o nell'altro i formatori tengono conto o prevedono la loro gestione, ma non sappiamo fino a che punto lo facciano e se con la dovuta completezza. Per esempio, fino a che punto viene data importanza alla costruzione dell'alleanza di lavoro e alla individuazione e cura delle rotture dell'alleanza o fino a che punto vengono valorizzate l'empatia, la flessibilità, l'autenticità del terapeuta? L'inserimento nei programmi di studio di corsi sui risultati della ricerca potrebbe sensibilizzare gli studenti e i formatori stessi sul valore dei fattori aspecifici. D'altra parte, come

abbiamo più volte sottolineato, l'obiettivo della ricerca empirica non è, e non deve essere, quello di sostituire i modelli di terapia preesistenti, ma di essere uno stimolo ad un costante miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'efficacia delle cure. Ma l'attenzione rivolta all'efficacia dei trattamenti e ai fattori comuni si contrappone facilmente agli approcci che valorizzano la 'purezza' e la coerenza dei metodi, nonché la fedeltà ai rispettivi caposcuola di riferimento. La questione della coerenza, non dell'inflessibilità, dei modelli terapeutici non va comunque sottovalutata poiché è funzionale alla messa a fuoco di concetti e pratiche ben definite che possano essere studiate nella loro applicazione, nei loro effetti e quindi insegnate. La complementare prospettiva empirica non dovrebbe prevedere forme confuse di eclettismo, ma al contrario definizioni piuttosto precise di quei fattori terapeutici da cui possono dipendere i risultati delle terapie e delle tipologie di intervento tra cui poter scegliere in funzione di determinate caratteristiche del paziente.

L'intuizione clinica che porta alla possibilità di 'dare parola' a quei contenuti mentali che non raggiungono un adeguato livello di rappresentabilità e consapevolezza è uno degli strumenti che concorrono maggiormente - nella prospettiva psicoanalitica - alla possibilità di rendere elaborabili i contenuti psichici, aprendo la strada ai processi di cambiamento. D'altra parte dovremmo domandarci se nel contesto dei percorsi formativi sia utile e opportuno sviluppare quest'ultimo tipo di competenza senza il supporto di una attitudine all'osservazione fenomenologica. O senza prendere in considerazione molti altri aspetti che hanno caratteristiche di evidenza e valore prognostico. Per esempio, l'analisi di quelle circostanze che predispongono al trattamento come quelle valutate nell'asse primo di OPD-2 (esperienza di malattia e presupposti per il trattamento). Per dirla in altre parole fondare la formazione *solamente* su sofisticati strumenti intuitivi può comportare il rischio di dar valore solo a 'ciò che non si vede': 'ciò che conta veramente è solo ciò che è nascosto e perciò occulto' che Meltzer e Harris (1967) definiscono 'apprendimento delirante'. Oppure apprendimento per 'identificazione adesiva' o per 'identificazione proiettiva'. Apprendimento quest'ultimo caratterizzato da una riproduzione meccanica e talvolta arrogante dell'oggetto idealizzato (Ibidem). Infatti lo sviluppo di questa fondamentale capacità basata sull'intuizione partecipante (*réverie*), implica molta esperienza, sensibilità e buone supervisioni poiché si presta a dare spazio a fenomeni quali le proiezioni e i transfert inconsapevoli del terapeuta sul paziente, le influenze del *mainstream* teorico del momento e di certe credenze teoriche che appassionano il singolo terapeuta e altre determinanti che hanno a che fare con la storia e le esperienze personali del terapeuta stesso (Hunter, 1996). Ciò può contribuire a presentare l'azione interpretativa in modo dogmatico e oracolare e a creare dipendenza passiva da parte dell'allievo. Di conseguenza un percorso formativo, basato unicamente su questo tipo di

approccio favorirebbe il settarismo - cioè una sopravvalutazione di tecniche specifiche e una sottovalutazione della relazione terapeutica che la letteratura indica come il principale motore di cambiamento indipendentemente dalle diverse tecniche. Sul versante del paziente, aumenterebbe il rischio di restituzioni inappropriate riproducendo quelle esperienze di disconoscimento che caratterizza spesso la patogenesi della sofferenza mentale. Incrementare l'accuratezza delle osservazioni fenomenologiche ancorandola a specifici punti di osservazione, così come siamo abituati a fare applicando gli strumenti e la mentalità della ricerca empirica, può permettere successivi approfondimenti clinici guidando e orientando le dimensioni di comprensione basate sull'intuizione partecipante. Il metodo della osservazione clinica dei tre livelli (*Three-level Model*) sviluppato dal *Project Committee on Clinical Observation* (Bernardi, 2015) dell'IPA per migliorare l'osservazione clinica sistematica delle trasformazioni dei pazienti durante la psicoanalisi ci sembra indicare la strada giusta.

Conclusioni

Da quanto abbiamo visto l'integrazione tra ricerca clinica e ricerca empirica appare non solo opportuna ma anche possibile in un contesto che vede il superamento di antiche barricate ideologiche e identitarie e una concomitante maggiore attenzione all'efficacia delle cure e alle indicazioni di trattamento. Naturalmente i percorsi autoreferenziali sono sempre possibili, sia da parte dei clinici timorosi di uscire dai propri confini (Frances, 2016), che dei ricercatori sempre più condizionati dalle esigenze di pubblicazione verso forme specializzate e frammentate di ricerca. Occorre che i risultati della ricerca vengano posti in modo assimilabile dai clinici, senza inutili tecnicismi e in una prospettiva ad ampio spettro, cioè portando i risultati di molti studi e segnalandone le contraddizioni, le problematiche, le prospettive. Il linguaggio dovrebbe fare riferimento a specifiche situazioni cliniche, cosa che implicherebbe una competenza clinica dei ricercatori. Un ambito appropriato in cui portare i risultati e i metodi della ricerca è quello della discussione clinica con la possibilità di usare anche strumenti di valutazione particolarmente adatti ad evidenziare particolari aspetti diagnostici e di gestione della relazione terapeutica come CCRT, SASB, IVAT, PQS, PTI, SWAP (Fava *et al* 2005, 2016, 2020,) o quello dello sviluppo di ricerca in contesti istituzionali gestita direttamente dai clinici con la supervisione e il supporto di ricercatori esperti per quanto riguarda le scelte metodologiche, le codifiche e le analisi statistiche. In altre parole l'opportunità di integrare ricerca clinica e ricerca empirica può trovare il suo spazio nei contesti istituzionali e formativi pubblici o privati. Questa prospettiva non toglie nulla a quello che è lo specifico della formazione psicoanalitica e alla necessità

di ricorrere a costrutti che nascono dalla pura esperienza clinica. Pensiamo che, in un certo senso, i dati della ricerca la completino, la sostengano e la stimolino, recuperando il senso della parola teoria che è processione (scorrimiento) di dei, cioè movimento di idee, concetti e pratiche.

Lecture suggerite

In questo articolo, nella prospettiva di dare una visione d'insieme, molti argomenti sono stati semplicemente tratteggiati. Per una visione più approfondita dei temi che ho trattato suggerisco la lettura di *'La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca'* di Levy, Ablon e Kachele (2015) e, in particolare, il capitolo sull'efficacia dei trattamenti a lungo termine di Rabung e Leichsenring (pag 45) e i due capitoli di Katzstein, Pole, Ablon e Olsen e di Levy a pag. 419 e 453, sulla la valutazione e differenziazione degli interventi terapeutici e il capitolo 12 curato da Hilsenroth sull'alleanza terapeutica. In appendice troviamo il manuale di codifica del PQS. Un altro suggerimento riguarda *'La competenza a curare: il contributo della ricerca empirica'* (2016) di Fava e Gruppo Zoe, testo nel quale abbiamo preso in considerazione la letteratura empirica, nelle sue varie articolazioni, a partire da lavoro di raccolta della 27° task force dell'APA (Norcross, 2011, 2018) evidenziandone potenzialità, limiti e applicazioni nella clinica e nei percorsi formativi.

BIBLIOGRAFIA

- Ablon, J. S., Jones, E. E. (1998). How expert clinical practitioners' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 8 (1), 71-83.
- Asay, T. P., Lambert, M. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 33-56). Washington, DC, American Psychological Association.
- Benjamin, L. S., Cushing, G. (2000). *Interactions Manual for Coding Social in Terms of Structural Analysis of Social Behaviour*. Salt Lake City: University of Utah.
- Bernardi, R. (2015). *The three-level Model(3LM) for observing patient transformations. Time for change: tracking trasformations in Psychoanalysis-the three model*. London: Karnac Books.
- Bellino, S., Zizza, M., Di Lorenzo, R., Bogetto, F. (2002). Terapia combinata del disturbo depressivo maggiore: revisione della letteratura. In *Giornale italiano di Psicopatologia*, 8, 401-416.
- Bohart, A. C., Wade A. G. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (a cura di), *Bergin and Garfi eld's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6th ed. (pp 219-257). Hoboken, NJ: Wiley.
- Chichi, M., Fava, E., Margola, D., Galvano, G. C., Nuzzaci, V., Chiari, P., Reatto, L. L., & Linciano, A. D. (2019). *Private theories of patients and therapists in comparison: A mul-*

- tipl-case study in the preliminary phases of the psychoanalytic treatment*. Relazione presentata alla 5th Joint European & UK Chapters Conference, Society for Psychotherapy Research (S.P.R.), 'Separation and Unity', Cracovia, Polonia, 19-21 settembre.
- Conte, M. (2005). La psicoanalisi come programma di ricerca. Una lettura della psicoanalisi alla luce della epistemologia di Imre Lakatos. *Ricerca in Psicoterapia*, 8, 181-194.
- Correale, A. (2006). *Area traumatica e campo istituzionale*. Roma: Borla
- Dreher, A. U (2000), *Foundations for conceptual research in psychoanalysis*. London: Karnak Books.
- Cuijpers, P., de Wit, L., Andersson, G., Huibers, J.H. The combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of adult depression: A comprehensive meta-analysis. *Journal Evidence-Based Psychotherapies*, 15(2), 147-168.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., & Imber S. D. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 971-982.
- Fava, E. (2017). Intervista ad E. Fava sulla ricerca empirica in psicoterapia (a cura di G. Mattana). Testo disponibile sul sito: <https://www.spiweb.it/ricerca/ricerca-empirica/ricerca-empirica-in-psicoterapia-intervista-a-emilio-fava-a-cura-di-g-mattana/> Consultazione: 04/08/2018.
- Fava, E., Gruppo Zoe (2016). *La competenza a curare: il contributo della ricerca empirica*. Milano: Mimesis.
- Fava, E., Magni, M., Ferrario, D. Camarda, P. (2016). La supervisione con metodi derivati dalla ricerca. In E. Fava, Gruppo Zoe (a cura di), *La competenza a curare: Il contributo della ricerca empirica*. Milano: Mimesis.
- Fava, E. D., Ferrario, D., Sanna, B., Taino, D., Tajani, M. (2010). Valutazione multistrumentale degli interventi psicoterapeutici e integrati. *Epidemiologia e psichiatria sociale, allegato 'Accreditamento e salute mentale'* 19.4, n. 4, 241-251.
- Fava, E., Papini, S. (2020). La ricerca fa bene alla formazione? In L. Corbelli & L. Bonalume (a cura di), *Come posso esserti utile?*. Milano: Alpes.
- Fava, E. D, Zuglian, P. (2016). La personalizzazione dei trattamenti nei disturbi dell'umore. In E. Fava, Gruppo Zoe (Eds.), *La competenza a curare: il contributo della ricerca empirica* (pp. 69-86). Milano: Mimesis.
- Frances, A. (2016). Dove va la psicoanalisi? *Psicoterapia e Scienze Umane*, 50 (3), 458-461.
- Friedson, H. (2001). *Professionalism: The third logic*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Gelso, C. J., Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296-306.
- Gelso, C. J., Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research and practice*. New York, NY: Wiley.
- Giaconia, G., Pellizzari, G., Rossi, P. (2000). *Nuovi fondamenti della tecnica psicoanalitica*. Roma: Borla.
- Huibers, M., Cohen, Z., Lemmens, L., Arntz, A., Peeters, P. M. L., Cuijpers, P., De Rubeis, R. (2015). Predicting optimal outcomes in cognitive or interpersonal psychotherapy for depressed individuals using the personalized advantage index. *PLoS ONE*, 10, 11.
- Hilsenroth, M. G., Cromer, T. D., Ackermann, S. J. (2012). How to Make Practical Use of Therapeutic Alliance Research in your Clinical Work. In R. A. Levy, J. S. Ablon, H. Kächele (a cura di), *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence* (pp. 381-400). New York, NY: Humana Press.
- Hunter, V. (1996). *Psicoanalisi in azione. I modelli teorici e la loro applicazione clinica*. Roma: Astrolabio.
- Jones, E. E., Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306-316.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action: a guide for psychoanalytic therapy*. Northvale: Jason Aronson.

- Kachele, H., Krause, R., Jones, E., Perron, R., Fonagy, P. (2000). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis. Report prepared by the Research Committee of the IPA at the request of the president.* Testo disponibile al sito: https://www.ipa.world/IPA_Docs/Open%20Door%20Review%20III.pdf
- Katzenstein, T., Pole, N., Ablon, J.S., Olsen, C. (2012). Combining Idiographic and Nomothetic Approaches to Single-Case Research. In R. A. Levy, J. S. Ablon, H. Kächele (a cura di), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. New York, NY: Humana Press.
- Lakatos, I. (2001). *La metodologia dei programmi di ricerca scientifici*. Milano: Il Saggiatore.
- Lambert, M. J., Barley, D. E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. In J.C. Norcross (a cura di), *Psychotherapy relationship that work* (pp. 17-32). New York, NY: Oxford.
- Lambert, M. J., Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert, A. E. Bergin, F. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th. ed. New York, NY: Wiley.
- Leichsering, F., Rabung, S. (2009). Analyzing effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy reply. *Journal of American Medicine Association*, 301, 932-33.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2018) La ricchezza della ricerca psicoanalitica contemporanea. Osservazioni epistemologiche e metodologiche, alcuni esempi e il metodo di osservazione clinica a tre livelli. *Rivista di psicoanalisi*, 2, 225-238.
- Leuzinger-Bohleber, M., Target, M. (2002). *Outcomes of psychoanalytic treatment: Perspective for therapists and researchers*. Philadelphia, PA: Whurr Publishers.
- Leuzinger-Bohleber, M., Kachele, H. (a cura di). (2015). *An open door review studies in psychoanalysis of outcome and process*, 3rd Ed. International Psychoanalysis Association.
- Levy, R.A., Ablon, J.S., Kächele, H. (a cura di). (2012). *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. New York, NY: Humana Press. [tr. it, 'La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca' (2015). Milano: Raffaello Cortina].
- Lo Coco, G. (2020). Il rapporto tra clinica e ricerca. L'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici: nuove evidenze e sfide metodologiche. In L. Corbelli, L. Bonalume (a cura di), *Come posso esserti utile?* Roma: Alpes.
- Luborsky, L., Crits-Cristoph, P. (1998). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A. & Krause E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well-mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman J. S., Levitt J. T., Seligman D. A. & Krause E. D. (2003). Are some psychotherapies much more effective than others? *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5(4), 455-460.
- Mattana, G. (a cura di). (2017). *Ricerca empirica in psicoterapia. Intervista a Emilio Fava*. Disponibile al sito: <https://WWW.spiweb.it/ricerca/ricerca-empirica-in-psicoterapia-intervista-a-emilio-fava-a-cura-di-g-mattana/> Consultato: 16 ottobre 2019.
- Meltzer, D., Harris, M. (1986). *Il ruolo educativo della famiglia* (pp 42-50). Torino: Centro Scientifico Editore.
- McWilliams, N. (2011). *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Astrolabio.
- Muzi, L., Lingiardi, V. (2019). Diagnosi in transizione: l'influenza della personalità del terapeuta. *Ricerca Psicoanalitica*, XXX(1), 73-90.
- Nagel, E. (1967). *Psicanalisi e metodo scientifico*. In S. Hook (a cura di), *Psicoanalisi e metodo scientifico*. Milano: Einaudi.
- Nicolò, A. M. (2018). La ricerca come sfida per lo psicoanalista. *Rivista di psicoanalisi*, 2, 225-238

- Nietzsche, F. (1878). *Umano, troppo umano*. Tr.it. (1979). Milano: Adelphi.
- Norcross, J. C., Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Adapting psychotherapy to the person. *Journal of clinical psychology*, 67, 127-132.
- Norcross, J. C. (a cura di). (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Lambert M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48 (1).
- Norcross, J. C., Lambert M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55 (4).
- Norcross, J. C., Wampold, B. E. (a cura di) (2019). *Psychotherapy relationships that work (Vol.2): Evidence-based therapist responsiveness* (3rd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Ogden, T. H. (1994). The concept of interpretative action. *Psychoanalytic Quarterly*, 63(2), 219-245.
- Papini, S. P., Fava, E. D. (2019). L'integrazione nella valutazione diagnostica dei fattori terapeutici correlati agli esiti: Il sistema di diagnosi psicodinamica operazionalizzata (OPD-2). *Ricerca Psicoanalitica*, XXX(1), 37-55.
- Papini, S. P., Zuglian, P., Ferrari, A., Conte, M., Fava, E. D. (2016). La diagnosi dimensionale: il metodo OPD (Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata). In E. D. Fava e Gruppo Zoe, *La competenza a curare. Il contributo della ricerca empirica*. Milano: Mimesis.
- PDM Taskforce (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Perry, J. C., Petraglia, J., Olson, T., Presniack, M., Metzger, A. (2012). Accuratezza nella interpretazioni delle difese. In R. A. Levy, J. S. Ablon & H. Kachele (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy research. Evidence-based practice and Practice based evidence*. New York, NY: Humana Press, Springer; [tr. it, 'La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca'. Milano: Raffaello Cortina (pp. 345-386)].
- Peterfreund, E. (1983). Trad. It. (1993). *Il processo della psicoterapia psicoanalitica*. Roma: Astrolabio.
- Piaget, J. (1973). *L'equilibratura delle strutture cognitive*. Torino: Boringhieri.
- Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013, www.stato.regioni.it
- Polanyi, K. (1967). *La Conoscenza Inespressa*, trad. it, Roma: Armando.
- Sabucco, G., Fava, E., Agazzi, G., Riva, E., Scwheizer, K. (2020). *L'elettismo consapevole: uno studio presso il Centro Milanese di Psicoanalisi*. Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi; www.cmp-spiweb.it
- Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Becham, J., Collins, J. F., Elkin, I., Sotski, S. M. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Program. *American Journal of Psychiatry*, 147, 711-718.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychology*, 65(2), 98-109.
- Smith-Hansen, L., Levy, R. A., Seybert, C., Erhardt, I., Ablon, J. S. (2012). The Contributions of the Psychotherapy Process Q-Set to Psychotherapy Research. In R. A. Levy, J. S. Ablon, H. Kächele (a cura di), *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence* (pp. 381-400). New York, NY: Humana Press, Springer.
- Sotzki, S. M., Glass, D. R., Shea, M. T. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 148, 997-1008.
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Hörz, S., MacCornack, V., Lenzenweger, M., Kernberg, O. F. (2010). Structured interview of personality organiza-

- tion (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of personality assessment*, 92, 35-44.
- Tasca G. A., Sylvestre J., Balfour L., Chyurlia L., Evans J.Fortin-Langelier B., Wilson B. (2015). What clinical practitioners want: findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy*, 52(1), 1-11.
- Task Force OPD. (2006, tr.it. 2009). *OPD-2 Diagnosi psicodinamica operazionalizzata. Manuale per la diagnosi e la pianificazione del trattamento*. Milano: Franco Angeli.
- Vigna-Taglianti, M. (2018). I gruppi di ricerca sulle trasformazioni nel processo analitico. *Rivista di psicoanalisi*, 2, 225-238.
- Von der Lippe, A. L., Monsen, J. T., Rønnestad, M. H., Eilertsen, D.E. (2008). Treatment failure in psychotherapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research*, 18(4), 420-432.
- Wampold, B. E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7, 21-43.
- Wampold, B. E., Bolt, D. M. (2007). Appropriate estimation of therapist effects: one more time. *Psychotherapy Research*, 17(2), 256-257.
- Wampold, B. E., Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Werbart, A., Lavander, S. (2006). Two sets of private theories in analysts and their analysts: Utopian versus attainable cures. *Psychoanalytic Psychology*, 23, 108-127.
- Werbart, A., Levander, S. (2005). Understanding the incomprehensible: Private theories of first-episode psychotic patients and their therapists. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69, 103-136.
- Zuglian, P., Papini, S.P., Conte, M., Fava, E. D., Ferrari, A. (2011). Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata. Presupposti teorici, descrizione del sistema e applicazioni dello strumento. *Psichiatria di comunità*, 10(2), 69-76.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 6 luglio 2020.

Accettato per la pubblicazione: 27 ottobre 2020.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:309

doi:10.4081/rp.2021.309

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Giving the Subject a Voice. Material Taken from the Longitudinal Observation of an Autistic Child

Maria Gabriella Pediconi, Luca Regini***

ABSTRACT. – This work aims to merge the psychodynamic approach with the recent neuroscientific discoveries in the development of intersubjectivity, with particular focus on the communicative-linguistic area. The empirical data consists of a longitudinal semi-structured observation of a child diagnosed with autistic spectrum disorder. The data shows the intertwining of intersubjective processes and the development of the symbolic dimension in its different modes of expression, in this case, represented by speech and drawing. The interconnectedness of the three registers - phonetic, linguistic and graphic - enabled us to identify the advent of speech as an intentional production that signals the configuration of subjectivity in the relational domain.

Key words: Autism; intersubjectivity; affective attunement; language development.

Language and intersubjectivity: shared production in the relational domain

The study of language involves the intertwining of different branches of knowledge and for this reason is extremely complex. From the clinical point of view, we can select from the various branches of learning the areas of knowledge that will be the most helpful in devising interventions that support communicative-linguistic development. We also believe in the importance of identifying a theoretical framework that reflects the complexity of the language domain.

Stern (1987) has effectively highlighted the link between the intersubjective dimension and the ability to generate symbols, describing the transition between the constitution of a subjective sense of self and a verbal

*Ricercatore di psicologia dinamica dell'Università degli Studi di Urbino 'Carlo Bo', c/o Area Volponi, via Saffi 15, 61029 Urbino (PU). E-mail: maria.pediconi@uniurb.it

**Logopedista. Laureato in Scienze e tecniche psicologiche. Diplomando presso la Scuola di Musicoterapia di Assisi. E-mail: lucregini15@gmail.com

sense of self in the developmental process of the psychic life of the child. The works of Tomasello (2005) on the 'inter-subjective nature' of the linguistic symbol, and Seligman (2018; 2020), are invaluable in showing the constitution of each subjective experience - regarded as the advent of language - through an encounter with the other: an encounter that, in the case of autism, seems unable to materialise without an intense fine-tuning operation on the part of the caregiver (Laznik, 2012).

In a recent work, Seligman (2018) shows how the subjectivity of the child necessarily takes shape within an intersubjective dimension - the relationship with the care giver, *i.e.* with the other - in which ambiguity and uncertainty, alternating between moments of attunement and dissonance, represent an important creative impulse for the organisation of psychic life.

We propose that interventions in support of communicative language functions cannot be separated from a consideration of the question of subjectivity, which certainly affects the special way of relating to the world of the child with autism. In our view it is precisely through the observation of this peculiarity that the operator is called on to become an interlocutor and to provide support for the child in the formation of a 'relational mind' (Siegel, 2013).

Jacques Lacan's reflections on the value of the intersubjective language dimension in the organisation of the subject's psychic life also document the centrality of this dimension in the structuring of the symbolic dimension of experience (Lacan, 2002a). This dimension enables the production and understanding of linguistic messages (Tomasello, 2005). In his Seminar XI, Lacan (1964) invites us to consider the substantiality of repetition as the founding moment for thought, especially the child's thought, as seen in the Freudian lesson about the '*Fort-Da*' game (Freud, 1920). The repetition of a perception developed as a game becomes an opportunity to generate its psychic representation, *i.e.*, the dawning of abstract thought. The child is not repeating sorrow, but is representing what happened to him: the child's mother left and could return. The child, as protagonist, is able to access the representation and its recurrence - an abstract representation of the conditions of the experience: the beginning of individual thought. Lacan and Freud's joint elaboration of the value of repetition on the onset of subjective thought could shed some light on the significance of stereotyped behaviour in autistic subjects in a caring setting that sees their behaviour as an attempt to process experience. We do not claim that stereotypies have a symbolic function as such, but they may reflect these children's attempt to find their bearings in a relationship with the other, and with all reality. Thus, stereotypies may take on the value of metaphor of a subjective position (Egge, 2006) which is built around a bodily-affective component. In this regard, Danon-Boileau (2015) underlines that psychoanalysis works with autistic subjects as thinkers who are capable of forming emotional connections: it is a question of understanding their messages and being willing to embark on

the complex process of entering into closer contact with their unique subjectivity (Pediconi & Urbinati, 2019).

Muratori and collaborators (2011) published an interesting work on the longitudinal observation of the first eighteen months in the life of children who were subsequently diagnosed with ‘Autistic Disorder’ (according to DSM-IV criteria). These data were compared with those of the first eighteen months of children with normo-typical development, and mentally retarded children, to describe their poor early inclination towards intersubjectivity. The authors noted children diagnosed with the disorder appear to have less need of reassurance on the part of caregivers in their intervention towards affective regulation. From early childhood, children diagnosed with autism seem to have no need for the other’s intervention while, specularly, the other seems not to perceive or be concerned about this ‘excessive tranquillity’. Even Laznik (2016) observed the tendency in children - subsequently diagnosed as autistic - to make no moves towards the other, and to not appeal to the other, despite the fact that these children may have received ‘their parent’s loving and admiring gaze’ and, therefore, all the attention they needed.

Returning to language development as a way to subjectivation, in the field of *Infant Research* Anne Fernald (1989; 1991) documented the intertwining of the pre-linguistic and linguistic periods, hypothesising that the child’s communicative-linguistic development is established in proto-conversations and, therefore, in the auditory-musical character of exchanges with the caregiver. The proto-conversations are in fact characterized by an *Infant Direct Speech* (IDS) in which the intonative-melodic and rhythmic features of the language stand out with respect to content (Freddi, 2012). Interestingly, Lai and collaborators (2012) demonstrated that in subjects with autism the recruitment of networks common to speech processing and singing is favoured by sound elements - this is encouraging for rehabilitation where the sense of a conversational exchange is created by using auditory-musical elements. Complex, non-linear connections between musical and linguistic domains have been documented but require further study using new methods of investigation to understand interactions and overlap from a neurobiological point of view (Hutka; Biedelman & Moreno, 2013). Moreover, Hubbard *et al.* (2017), who studied the acoustic characteristics of the prosody of adults with autism, found greater emotional salience in their speech compared to that of subjects whose development was regular. The utterances of autistic subjects have an intensity and duration which, together with a highly variable melodic profile, make affective tone recognition more immediate. Although the authors specify that the development of this characteristic requires further study, the results presented here are of interest as they suggest that the prosodic nature of the vocalizations reported in the frames that follow are a real expression of affective experience.

Reflecting on the intertwining of the symbolic dimension and the bodily

experience, Gallese (2013; Glenberg & Gallese, 2011) has shown how one can trace the development of (symbolic) linguistic competence to the ‘body in action’ through the theory of neural exploitation, *i.e.*, to the body-world relationship (recalling the phenomenological reflection referred to by the author). Further, this shows continuity with the pre-linguistic sphere (Gallese, 2007) in line with Stern’s intuitions - for which the author provides neurological support. The sensory-motor origin of the symbol is also produced through the body-world encounter, a world which, if we consider the origin of language, has primarily auditory-musical characteristics.

We may assume that the development of symbolic competence is reflected transversely through the subject’s different modes of expression, as shown by Di Renzo and colleagues (2017). A correlation was also seen between the affective dimension, assessed in terms of the scores attributed to the Social Affection sphere of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2), and the graphic production of children with autism. The authors argue that the nature of this production is related to socio-relational difficulties and the expression of one’s emotional-affective universe, asserting that from modifications in graphic production we can see relational openness emerging as a result of undergoing a particular therapeutic path.

Development of the inter-subjective dimension, language development and graphic production are the three areas in which we have detailed the symbolic dimension of experience in its constitution, and in constituting the subjectivity of Andrea - the child with autism under observation. Having noted that autism research tends not to focus on the development of subjectivity, the present article aims to partly redress this balance by observing the emergence of language in an intersubjective frame.

The language event in autism: finding one’s bearings in the complexity of the spectrum

According to Guideline 21 of the Higher Institute of Health (*Istituto Superiore della Sanità*, 2011), the language disorder seen in autism seems to belong to the broader category of socio-communicative skill impairment.

DSM-5 counts ‘Autism Spectrum Disorder’ among the neurodevelopmental disorders and acknowledges two main characteristics: ‘persistent deficits in social communication and social interaction’ and ‘restricted, repetitive patterns of behaviour, interests or activities’ (APA, 2014). Recalling the ‘symptomatic triad’ proposed in DSM-IV-TR (APA, 2001) we can see how aspects of ‘qualitative impairment of social interaction’ and ‘qualitative impairment of communication’ have been summarised in a single criterion: the synthesis proposed by the new nosological manual seems to highlight the intertwining of aspects of social interaction and communicative development.

Uta Frith (Frith, 2010) defined autism as a heterogeneous syndrome whose course is unpredictable. On the one hand, the complexity of the clinical picture has sparked an important debate regarding the etiopathogenesis of the disorder which remains unknown to this day. On the other hand, the heterogeneity in evidence complicates tracing the phenomenal plan to specific causal factors. Some authors have emphasised the mutual conditioning of constitutional and environmental factors, arguing the importance of treating each case on its specific merits (Singletary, 2015; Ansermet & Giacobino, 2013).

The perspective that considers autism as a ‘meta-representation disorder’ (Leslie, 1987; Frith, 2010) attaches particular importance to understanding the declarative gesture. Some researchers (Perucchini, Murator, & Parrini, 2005; Bernabei, Camaioni, Levi, & Di Falco, 1997) suggest that declarative gestures (gestures performed by the child to attract and share the adult’s attention to a common object) may be used as diagnostic and prognostic indicators. The declarative intention, which may be expressed, for example, through the gesture of pointing, underlies particular socio-cognitive abilities: recognition of one’s subjectivity and the ability to attribute to another a mental state.

The interactionist model (Gallagher & Varga, 2015; Gallagher, 2004), which has its neurobiological-evolutionary base in the research on intersubjectivity conducted by Gallese and colleagues (Gallese & Rochat, 2018; Gallese, 2006a, 2006b), explains, in particular, the socio-cognitive disorders of autism. Gallese postulates that in autism the impairment of intersubjective abilities may be attributable to a disorganisation of the ‘system of shared multiplicity’ (Gallese, 2006b), which constitutes the basis for a recognition of others as similar, and an automatic understanding of their actions, implicit, through a process of embodied simulation mediated by the mirror system. Nomi and Uddin (2015) argued that to explain the deficits found in the area of socialization neurobiologically we need to deepen our knowledge of the functioning of functional networks rather than concentrating on the activation of individual areas, in that the mechanisms underlying socio-cognitive skills are made up of a complex network of attentional and perceptive processes.

Despite the heterogeneity with which the autistic syndrome manifests itself and the uncertainty relating to its underlying etiopathogenetic processes, in recent research we see a substantial convergence of the need to adopt an open, multidimensional perspective. We agree with Tafuri Ranieri (2019) on the need to structure a multidimensional (re)habilitation project which promotes the integration of the subject’s expressive uniqueness in the particular socio-environmental context in which he or she lives. In this perspective, interesting contributions from the field of music therapy (Suvini, 2019; Suvini, Apicella, & Muratori, 2017; Venuti, *et al.*, 2017; Geretsegger, Elefant, Mössler, & Gold, 2014; Raglio, Traficante, & Oasis, 2011; Kim, Wigram, & Gold, 2008). The technical approach used to support the development of shared attention and socio-communicative skills - inspired by

Stern's work on the development of a subjective sense of self (Stern, 1987) - consists of the inclusion of behaviours exhibited by the child with autism in a auditory-musical framework shared with the therapist, who seeks synchronisation (for example, rhythmic) with the child's behaviour through a musical instrument to promote moments of affective attunement which the child can experience intersubjectively.

This work is in line with the thinking of Sterponi and colleagues (2015; 2010) on the study of the communicative-linguistic sphere of autism, which shows that the production of a subject with autism may be the expression of personal experience in a specific relational context.

We could follow Ansermet's work (2013) in seeking a convergence between the debate on etiopathogenesis and the 'one for one' clinic proposed by psychoanalysis, which considers the individual with autism as a subjectivity to be produced in an intersubjective context. In this context, another - the therapist - presents himself as partner in support of the subjects' development in the singularity and the uniqueness of their neurobiological characteristics (Maestro, 2016; Barale 2016).

Since attention to detail, and to the small variations of relational style which the subjects express through the modalities available to them (gestures, play modes, graphic production, vocalizations, isolated words) can constitute important clues to deepening the psychological dimension of the child with autism (Dainesi & Pretorius, 2020), stereotypies (motor or vocal) can also be seen as a metaphor for a subjective position (Lolli, 2015; de Halleux & Baio, 2011; Egge, 2006) in a relational therapy perspective in which the communicative-linguistic processes can also develop. In this sense, autism would appear as the 'structure of existence' (Romano, Paravidini, & Próchno, 2019) of subjects who have the right to be heard in their particularity (Barale, 2016) by adults and operators who invest in their subjectivity (Pediconi & Urbinati, 2019).

We suggest that the language event in autism should be considered the expression of a emergent subjective position that the operator is required to support. The semi-structured observation presented here allows us to document that the evolution of graphic and linguistic skills in subjects with autism are the expression of personal strategies designed to gain entry into a relationship with the physical and social environment that the subject is part of.

Methodology

The methodology we will present aims to track down some experiential areas that can be considered in parallel to trace the overlaps, and help direct our observations and make a qualitative assessment of the child's developmental progress.

Here we summarize the three deeply intertwined and mutually determining aspects that guided our observations:

- intersubjectivity (Trevarthen & Aitken, 2001): as previously reported, it seems relevant that Daniel Stern (1987) highlighted that affective attunement processes promote the development of symbolisation processes and a ‘verbal sense of self’.

Inspired by the work carried out in the field of music therapy (Suvini, 2019; Venuti *et al.*, 2017) we tried to promote attunement in an auditory-musical framework, mirroring in particular the exhibited (vocal or motor) behaviours using percussion instruments or the voice, paying particular attention to ‘rhythmic’ characteristics and, in the case of vocalizations, to the melodic profile.

We attached particular importance to the synchronisation, when it occurred, (the operator’s mirroring of the child’s behaviours, including stereotypes) of the child with the therapist during treatment, on the assumption that affective attunement is generated in these moments (Venuti *et al.*, 2017) and encourages the child to take charge of the utterances (Di Ciaccia, 2011) and through the other’s response, to recognise oneself as the subject of one’s actions (Lacan, 2002a).

- Communicative-linguistic aspects: linguistic skills and their prerequisites were identified by collecting the spontaneous and recurrent productions of the child during play activity. We observed the transition from an instrumental use of the other and requesting gestures, to the use of expressions (vocalizations and gestures) with a declarative intent (Perucchini, Muratori, & Parrini, 2005) and to an increase in the number of words per utterance.

The phonetic development was recorded by collecting the sounds produced by the child during observation sessions by means of the technique borrowed from Stoel-Gammon (Stoel-Gammon, 1985) which allowed us to observe the expansion of the child’s competence in the use of linguistic sounds.

- Graphic production: by collecting the child’s spontaneously recurring marks on a sheet of paper from one time to the next, we observed the passage from scribble to spots of colour and then to circular shapes (Di Renzo, Marini, Bianchi di Castelbianco, Racinaro, & Rea, 2017). We also observed how the representation of discrete elements in graphic space which signal awareness of occupying a position in physical space (Schwab, 2014) appeared in parallel to the child’s position in relational space.

The observations are drawn from material collected in the first two years of Andrea’s speech therapy (November 2017 - November 2019). We aim to highlight the salient moments in the child’s communicative-linguistic development, presenting them in the form of three frames reconstructed *a posteriori* based on the data collected. This allowed us to analytically

observe the child's progress. Each frame interlaces development of the *phonetic inventory*, *communicative-linguistic skills (and their prerequisites)*, and *graphic production*.

Our setting for the observation of how these three aspects developed was a shared play area in which the child's productions were listened to and matched by the adult through the expression of sounds. The purpose was to promote, through repetition, the construction of an experience. The attunement modulated by the adult was conducted so that the sounds produced in the exchange between adult and child had common features, both in terms of the vowel or syllable choice, and in rhythm and melody. The same sounds were used in different game contexts: drawing, jigsaw-puzzles, hide and seek, and matching figures, and aimed to promote through mirroring, the realisation in Andrea of his subjectivity and, therefore, of his being different to the other.

The case of Andrea. Andrea (invented name) is currently 5 years old, lives with his parents, a sister, and an older brother. Today he attends the third year of Kindergarten. In October 2017, when he was aged 2 years 10 months, his parents consulted the Child Neuropsychiatry service because of a delay in language development. He was admitted to the Day Hospital for genetic tests (negative for Fragile X syndrome) and for neuropsychological-behavioural and logopedic assessments. Tests for the assessment of specific language skills could not be administered due to the child's lack of cooperation. Andrea was discharged with the diagnosis: 'Generalised developmental delay with absence of speech', 'Interaction and behavioural adaptation disorder', and instructions for speech therapy and psychomotor treatment with follow-up after one year.

Subsequently, in May 2018, following a new neuropsychological assessment that included the administration of the Autism Diagnostic Observation Schedule 2 (ADOS-2), Andrea was diagnosed with an 'Autism Spectrum Disorder', level of severity 2, with no speech. The anamnesis established absence of speech and lack of sphincter control.

The child was referred for speech therapy in November 2017 in his first year of Kindergarten. His parents describe Andrea as a cranky child, but with an interest in music - and one song in particular, 'Hold my hand' by Jess Glynne, seems to hold his attention and calm him in moments of anger. The results of the longitudinal observation of twice-weekly speech therapy sessions are presented here.

Remarks

The context and initial observations. During the first meetings in the parents' presence, the following games were made available: jigsaw puzzles,

constructions (for the building of a tower), modelling clay, toy cars. Initially Andrea seemed unwilling to take part in any activities with an adult (neither his parents, nor the speech therapist).

From time to time, the child sought physical contact with both parents, suddenly rushing to hug them when they were in the room. Andrea showed no interest in the games proposed and exhibited protest behaviour; these aspects were accentuated in his relationship with the operator who represented a novelty for him. The only moment of shared activity came at the end of the session on tidying the room: Andrea was meticulous in helping to put the objects in their containers and would not tolerate mistakes (he could not bear to see the colours placed in a tin without its top, or a car put into a box other than the one in which it had been found). Andrea's reactions to his father's 'No!' were striking: he responded with crises of anguish, manifested through crying and resorting to sequences of aggressive stereotyped gestures. It seemed that the 'No!' perceived as a reproach had the effect of destabilising Andrea's attempts to establish control over the new environment, and was interpreted by him as a threat.

The individualised enabling project. Following the diagnostic assessment carried out by the NPI (Child Neuropsychiatry Service), the following habilitation project was set up with the child's parents:

- the continuation of speech therapy, with the aim of promoting development of the pre-requisites of communication (communicative intentionality, shared attention, turn-taking);
- a cognitive-behavioural habilitation programme (Applied Behaviour Analysis, ABA) to take place in school hours with a specialised educator supervised by a psychologist from the Child Neuropsychiatry Service;
- programmed psychomotor intervention (from November 2018) aimed at supporting and implementing moments of shared attention.

In the initial phase of speech therapy, on the advice of the neuropsychiatrist, the parents were invited to participate in the sessions to create moments of sharing - for example, the exchange of a toy or a colour that had captured the child's interest - these moments, despite their brevity, meant that we could inscribe these small gestures in a relational frame.

Counselling sessions were also scheduled to lend support to parents frustrated by their child's unresponsiveness; parents were invited not to overstimulate the child through language but rather to use single words or short phrases in the fleeting moments of shared attention.

Therapeutic approaches. The guidelines of the Italian Society of Childhood and Adolescent Neuropsychiatry (SINPIA, 2005) mention two main therapeutic approaches: behavioural and developmental. In the habilitation project outlined above it was possible to propose both in different contexts, and integrate them according to their particular purpose, and considering the underlying epistemological differences of each:

- the cognitive-behavioural approach (ABA) was proposed at school to support the achievement of educational goals - once the team had agreed on shared goals - with particular focus on routine learning, the visual-motor-perceptual domain, and the development of play skills.
- The rationale of developmental approaches may be seen in speech therapy and psychomotor treatments focused primarily on promoting the pre-requisites of communicative-linguistic development - areas particularly associated with the affective-relational dimension.

In presenting the frames, we will attempt to do justice to the latter dimension breaking it down into linguistic sounds and graphic productions.

Frame 1

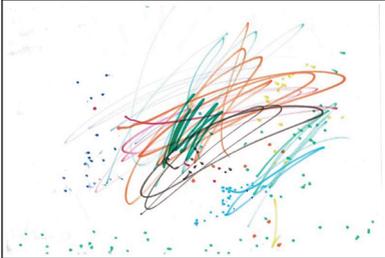
In relation to phonetic development, the table above shows the child's decidedly incomplete phonetic inventory (PI). The sounds indicated with (X) are those more rarely encountered. The PI was collected based on stereotyped vocalizations with flat intonation or from syllabic sequences attributable to canonical babbling, for example [ba ba ba]. The syllables [ma], [pa], [ti], and their respective consonant sounds were recorded about a month into treatment in an expansion phase of babbling which coincided with a reduction in moments of distress. According to the Spontaneous Language Analysis Grid (*Griglia per l'Analisi del Linguaggio Spontaneo - GALS*, Cipriani, Chilosi, Bottari, & Pfanner, 1993) Andrea would be placed at level 0 for syntax.

Concurrently, we observe Andrea's graphic production of jumbled coils - a confused tangle in the centre of the sheet, apparently drawn without control, and which, viewed synaesthetically, recalls the linguistic expressivity of the child - stereotyped vocalisations without an interlocutor which suggest production which is mere sensory self-stimulation. Di Renzo and collaborators (2017) drew attention to the fact that scribble, as stereotypical production - represented in our case by 'jumbled coils' - seems to represent a way of escape from the relational domain.

In this phase treatment focused on the operator's seeking to occupy the position of interlocutor, mirroring both the linguistic and graphic productions of the child, embodying the presence of an Other who listens to the subject's suggestions and answers, a game of attunement and mis-attunement that creates the specific intersubjective space (Seligman, 2020). The points observable in 'Graphic production 1' were in fact traced by the operator to reinforce the transmodal mirroring of the syllable [pa] which the child had begun to explore. Similarly, a line traced by Andrea on a sheet of paper could be represented by a vocalisation using the sound [i] (present in the child's repertoire) to mimic the upward and downward movement of the hand to emphasise the affective - bodily experience of the child.

CONSONANTI	p	b	f	v	t	d	ts	dz	s	z	k	g	ʃ	ʒ	f	m	n	ɲ	l	ʎ	r	j	w
Iniziale	X				X	(X)					X					X							X
Intermedia																							
VOCALI	a	e	ɛ	i	o	ɔ	u																
	X	(X)	(X)	X			(X)																

Produzione fonetica 1 – Ottobre 2018



Produzione grafica 1 - Ottobre 2018

Vocalizzazioni

- [i] prolungata con intonazione piatta
- [u'jo'jo'jo] con intonazione piatta

Produzione linguistica 1 - Ottobre 2018

The operator, focusing attention on the child's gestural or vocal expressions or the tangible act of drawing to seek a pretext for the creation of a sequence of conversational turns, is inspired by Greenspan & Wieder (1999). In their description of the Developmental Intervention Model (DIR), considered a developmental approach to autism (SINPIA, 2005), particular importance is attached to the interests and observation of the preferred interaction mode of the person affected with autism, placing the specificity and uniqueness of subjective modes of functioning at the forefront.

Frame 2

An expansion of the PI was registered after eight months. We observed the stabilisation of some consonant sounds. The asterisk in correspondence with the sound [s] indicates the phonetically incorrect production of the fricative consonant, which was aspirated, although it was used correctly from the phonological point of view, (for example to produce the word ['os:o] àrosso).

In this phase, from a linguistic point of view, we recorded the emergence of some syntactic competence. With a syllable or a single word, the child conveyed an assertive or a declarative communicative intention (holophrase). Level of competence GALS Level 1.

Regarding prosody, we observed greater modulation and differentiation in the melodic intonation of utterances - for example, rising intonation for

a question and falling intonation for an exclamation - which, in the previous frame, were monotonal vocalisations. This observation suggests that the child is beginning to express himself conversationally in a more complex way. The affective component of the conversation, conveyed by prosody, enhances - through words - the child's communicative intentions.

We observed some expansion at a conversational level (which presupposes communicative intentionality, shared attention, and turn-taking) in the game context, in particular, 'hide and seek', or with the introduction of small cylinders into a centrally perforated box. Moreover, Andrea resorts to the use of declarative gestures to attract the interlocutor's attention more frequently, also attributing states of mind to him (Perucchini, Muratori, & Parrini, 2005).

CONSONANTI	p	b	f	v	t	d	ts	dz	s*	z	k	g	ʃ	dʒ	f	m	n	ɲ	l	ʎ	r	j	w	
Iniziale	X X	X X			X X	X X		X			X X					X X	X X						X X	X
Intermedia					X				X		X X					X X	X X					X		
VOCALI	a	e	ɛ	i	o	ɔ	u																	
	X X																							

Produzione fonetica 2 – Giugno 2019



Produzione grafica 2 – Giugno 2019

Olofrase

Esempio:

A. esclama «pa!», per chiedere all'adulto di lanciargli la palla

Produzione linguistica 2 – Giugno 2019

As for turn-taking, we observe, in games, the opposition appear-disappear, that Freud and Lacan (Lacan, 1964; Freud, 1920) believed may be associated with the origin of the symbolisation process. It is in this phase that the child uses linguistic competence to represent declarative intentionality, making it symbolic, and therefore shareable. This process of symbolisation is also reflected in the observation of surprise - surprise presumes the mental construction of an expectation with regard to the interlocutor's reaction; for example, in the game 'hide and seek' someone hides (noisily) in order to be found. By attributing a state of mind to the other and expectations to himself Andrea seems to be beginning to develop a shared perspective.

Moreover, this shared perspective is given expression through imitating the operator's prosodic utterances often emphasising their emotional-affective character.

Regarding symbols we notice that even the child's graphic expression presents an interesting modification: he no longer produces tangled coils, but isolated scribbles, here and there on the paper.

From these expressive modalities we can draw the analogy of a child who occupies space on a sheet of paper with scribbles, to starting to occupy the role of interlocutor in conversational space in the relational sphere.

In parallel to graphic and communicative-relational progress we note that Andrea achieves sphincter control: thanks to gaining access to the question register, mediated by the emergence of language, Andrea's body participates in the subjectivation process successfully taking charge of a new impulse.

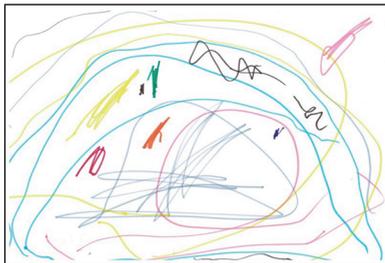
Frame 3

In parallel to a further expansion of the PI, we find that linguistic production, and in particular, morphosyntactic ability, is evolving.

In the third frame we observed the emergence of proto-morphological fillers' (*segmenti fonetici indifferenziati, SFI*) and assigned to Andrea GALS Level 2.

CONSONANTI	p	b	f	v	t	d	ts	dz	s	z	k	g	ʃ	dʒ	f	m	n	ɲ	l	ʎ	r	j	w
Iniziale	X	X	(X)		X	X		X			X			X	X	X						X	X
Intermedia	X				X				X		X			X	X	X	X					X	
VOCALI	a	e	ɛ	i	o	ɔ	u																
	X	X	X	X	X	X	X																
	X	X	X	X	X	X	X																

Produzione fonetica 3 – Novembre 2019



Produzione grafica 3 – Novembre 2019

Combinatoria

Esempio:
«mucca atte»
(indicando l'immagine di una mucca).

Produzione linguistica 3 – Novembre 2019

In language development it is interesting to note how the sound [s] which, in the previous frame we reported as being phonetically incorrect, was corrected by the child: it seems that Andrea successfully exploited the comparison between his own and the adult's target production. We suggest that this self-correction reveals a deepening of intersubjectivity.

Another observable change concerns Andrea's intonational vocal pattern and timbre. Andrea seems to have given up stereotypical vocal production and is gradually acquiring a deeper tone of voice - accentuating the intonational contour of utterances in accordance with the communicative intent (interrogative or exclamatory) of his exchange with the interlocutor.

Furthermore, in this phase we also notice that Andrea has started to draw closed, circular shapes that occupy a definite space on the paper. We suggest that the child's ability to define a space is related to the growing awareness that his body occupies a space - a space increasingly occupied in the conversational context. Andrea proposes himself as the subject of his utterances and chooses his own perspective. Again, citing Tomasello (2005) this aspect reveals the further 'perspective nature' of the linguistic symbol; in other words, we could say that Andrea has come to terms with the prospect of an Other's inclusion in his representation of the world.

Discussion

Through our three frames we can appreciate Andrea's progress, with particular reference to phonetic production, linguistic production, and graphic production. We observed how an expansion in expressiveness was accompanied by an expansion in intersubjective competence.

Our attempts to synchronise the child's spontaneous behaviours (Venuti *et al.*, 2017) - those of a vocal or gestural nature - interpreted as intentional by the operator, who deemed them to be intentional auditory-musical productions expressing a particular affective-body experience, was useful in creating a meeting space and, subsequently, a shared experience. This work recalls Stern's forms of vitality concept, then taken up by Gallese and Rochat (2018) on the development of social cognition. The authors show how deficits in autism can be attributed to an alteration in the sensory-motor processing of information concerning social relationships, which compromises the development of mentalisation processes. In this regard, mirroring enhances the experiential dimension expressed through vital affects. In referring to the quality of the experience and not to its cognitive interpretation they are transversal and freed from various perceptual modalities (Stern, 1987). The vital affects lay the foundation for parallel work on vocality and strokes drawn on a page, both refer to the same affect (see the example of the sound [pa] shown in frame 1) in an attempt to stim-

ulate the organisation of a 'system of shared multiplicity' (Gallese, 2006b) - a determining factor in the constitution of subjectivity and the attribution of sense to the experience, configured as a co-construction shaped through an encounter with the other. However, we should point out that there is an inevitable lag between moments of attunement and the child's actual affective-bodily experience - to which, being the other, we have no direct access - as pointed out in a recent work by Seligman (2020). This lag offers the opportunity to work creatively to find a subjective position. Taking up Seligman's reference to Lacan, we can see that recognising dissonance with the other is a fundamental stage in the constitution of subjectivity (Lacan, 2002c).

We observed Andrea's transition between moments of anguish, fits of anger, and greater tolerance of the frustration that misunderstandings and differences between one's own will and that of an Other inevitably produce. In parallel to this emotional-affective maturity we witnessed a decrease in the stereotypies, and an expansion of relational and communicative-language competence. We suggest, therefore, that linguistic skills may have developed through the mediation (symbolic) of a psychic space under threat from the void represented by the self's dissonant split with the other

In this perspective, the emphasis on supra-segmental aspects of language - recalling the *Infant Direct Speech* model (Freddi, 2012) - meant that we could construct short proto-conversations and consider the child's contribution to the exchange as meaningful, without making intrusive requests. Sterponi and Fasulo (2010), studying the intertwining of 'progressivity' and 'intersubjectivity' in the communication process, highlighted the importance of placing one's trust in the interlocutor's communication skills. With this in mind, it seems helpful to consider the child's expressive modalities as particular ways of inhabiting the 'here and now' (Sterponi & de Kirby, 2015), take them 'literally' (Lacan, 2002 b) and attribute intentionality to them, assuming that a child does what it is possible to do, or, citing Meltzer: 'tries to manage with the means at his disposal' (Meltzer, 2000).

In this perspective, even stereotypies (motor or vocal) could be considered metaphors of a subjective position (Lolli, 2015; de Halleux & Baio, 2011; Egge, 2006) since, as Danon-Boileau (2015) states, we cannot conclude that the language of the autistic child expresses nothing; through its singularity the subject tries to give a form to the strangeness of the internal or external world. In this perspective the operator is required to attend to the moments of 'dialogic resonance' that occur in conversational exchanges (Du Bois, Hobson, & Hobson, 2014; Hobson, Hobson, García-Pérez, & Bois, 2012). These moments mark the occurrence of a communicative exchange primarily detectable through the appearance of declarative gestures which reveal to us the interlocutor's presence in the child's conversational initiative (Perucchini, Muratori, & Parrini, 2005; Bernabei,

Camaioni, Levi, & Di Falco, 1997) - observations made possible thanks to the activities included in each frame.

From the comment to the second frame, we see how work on the mirroring process is likely to have influenced the child's ability to construct a mode of self-correction in the phonetic production of sound [s]. We suppose that it was a growing interest in the other, a relational openness, that influenced Andrea's ability to self-correct his production. The development of imitative abilities seems to have evolved from the operator's imitation of the child's production. Following a growing interest in the interlocutor and, plausibly, an increasing awareness of his own incisivity at a conversational level, Andrea used this intersubjectivity as the instrument with which to modify his linguistic production.

The development of phonetic skills, as we can see from the transition from the first to the second frame, allowed the child to start building words and short sentences to convey communicative intentionality. We suggest that the relational openness in conversation - created originally from the therapist's role as interlocutor - promoted the use of expressive skills in more complex linguistic structures (combinatorial structure) and their general application in other contexts, other than that of the present setting. In other words, we could trace this generalisation back to the internalisation of an intersubjective context which presupposes the awareness of one's communicative effectiveness and the need to address another.

In the work of Di Renzo and colleagues (2017) we can see the expansion of experience which occurs in the intertwining of graphic production and the affective domain. With the gradual transition from stereotyped scribbles - indicators of an 'escape from relationships' (Di Renzo *et al.*, 2017), to concentric shapes requiring greater control for their realisation - which we could consider precursors of pre-schematic forms of representation - we observed a deepening of Andrea's relationship with his world. Therefore, we suppose that evolving through the three frames was also expressed in the organisation of graphic elements on the sheet-space. If the origin of affect can be traced back to a bodily experience that someone responds to (Freud, 1895) and this may be tied in with Gallese's thinking on intersubjectivity (Gallese, 2013) - we might suggest that an aspect of affective expression conveys the child's awareness of occupying a space (Schwab, 2014) in which are condensed both the physical space occupied by one's body - which also implies an awareness of the I-other difference (Grinberg & Grinberg, 1976) - and the conversational space in which the child recognizes a position as subject. We can summarise intersubjectivity thus: if an adult who is working with an autistic child in a care setting 'manages to get in between the child and whatever absorbs him in the world, the child's sense of identity is consolidated. Something can be introduced into a spoken exchange. Something that will obviously reinforce the symbolising power of language' (Danon-Boileau, 2015, pp. 208-209).

Considering Lolli's observant distinction between cognitive and intellectual registers (2012), our work proposes, through the three frames, a reflection on the transversality of intellectual functioning compared with cognitive skills (such as language, graphism): the development of the intellectual register (*why* act) is crucial for directing cognitive resources (*how to* act) towards an end, and, therefore, for promoting a generalisation of acquired skills. A working perspective that cannot prescind from the importance of treating each case according to its specificity; in other words, each case results from a complex, mutual conditioning of constitutional and environmental factors (Singletary, 2015; Ansermet & Giacobino, 2013) that determine the environment in which the subject may take a place.

Conclusions

Our observation here tends to confirm that, in the case of autism, the concatenation process characterising the symbolic dimension of experience is defective. Speech - both its absence and its occurrence, becomes an emblematic expression of its structural organisation - a system of phonemes whose combination allows messages to be generated that can be understood by an interlocutor. In the case of autism, the absence of speech is reflected in the closure found in the clinical profile. Assuming the role of interlocutor and attributing intentionality to the child's expressive modalities could prove to be a useful technique; a means of resonating with what the child experiences so that the child can perceive and find a position in the conversational dimension. Longitudinal observation has brought to light the gradual process of discovery for which the operator is called on to provide support. Operators must, first and foremost, show they recognise that behaviours - often considered meaningless in the case of autism, and ignored - have meaning. This was not a causative effect, therefore, but a discreet and timely support for the process of subjectivation in which the operator took on the role of interlocutor.

The purpose of this article was to highlight the intertwining of the inter-subjective processes with the development of the symbolic dimension of experience, in the different ways in which it is expressed, represented here by language and design. Our theoretical reflections as well as observations allowed us to analyse the experience of a relationship with a child with autism in all its complexity - a complexity which was upheld through the intertwining of relational knowledge.

Our work clearly has two limitations: firstly, the presentation of a single case; secondly, the role attributed to the operator's reflections rather than to the use of standardised tools. Both of these aspects invite us to be wary of making generalisations on the reflections presented here. However, we would

specify that our proposal to consider the three levels of analysis - intersubjectivity, phonetic and linguistic production, and graphic production - is an attempt to systematise our observations clinically respecting the subject's uniqueness. We think that future research, extended to other clinical cases, can expand this perspective and make it a useful contribution to other work.

REFERENCES

- American Psychiatric Association. (2001). *DSM-IV TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Text Revision*. Milano: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic criteria. Mini DSM-5*. (FS Bersani, E. Di Giacomo, CM Inganni, N. Morra, M. Simone, & M. Valentini, Trad.) Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ansermet, F., & Giacobino, A. (2013). *Autism. To each his own genome*. (C. Nicastri, Trad.) Macerata: Quodlibet.
- Barale, F. (2016). Entering autism. *Journal of Psychoanalysis*, *LXII* (3), 649-661.
- Bernabei, P., Camaioni, L., Levi, G., & Di Falco, M. (1997, August). Socio-communicative development in the first two years of life of children with autism: possibility of an early diagnosis. *Clinical Developmental Psychology* (2), 245-260.
- Boudard, B. (2011). A program? Not without the subject. In B. de Halleux, & V. Baio (Ed.), *'Something to say' to the autistic child* (pp. 115-116). Roma: Borla.
- Cipriani, P., Chilosi, A., Bottari, P., & Pfanner, L. (1993). *The acquisition of morphosyntax in Italian - phases, and processes*. Padova: Unipress.
- Dainesi, A., & Pretorius, I. (2020). Observations according to Anna Freud's method on a child with autism. A relationship that filters through the second skin. *Clinical and Developmental Psychology* (1), 171-178.
- Danon-Boileau, L. (2015). *Autism: another way to communicate*. Milano: Franco Angeli.
- de Halleux, B., & Baio, V. (Editor). (2011). *'Something to say' to the autistic child*. Roma: Borla.
- Di Ciaccia, A. (2011). The subject and his Other. In B. de Halleux, & V. Baio (Ed.), *'Something to say' to the autistic child* (pp. 68-73). Roma: Borla.
- Di Renzo, M., Marini, C., Bianchi di Castelbianco, F., Racinaro, L., & Rea, M. (2017). Correlations between the Drawing Process in Autistic Children and Developmental Indexes. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, *7* (2), 1-9.
- EGGE, M. (2006). *Caring for the autistic child*. Roma: Astrolabio.
- Fernald, A. (1989). Intonation and communicative intent in mother's speech to infant: is the melody the message? *Child Development*, *60*, 1497-1510.
- Fernald, A. (1991). Prosody in speech to children: prelinguistic and linguistic function. *Annals of Child Development*, *8*, 43-80.
- Freddi, E. (2012). Language and Musicality. *EL.LE*, *1* (1).
- Freud, S. (1895). *Project of a Psychology* (1976 ed.). Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1920). *Beyond the pleasure principle* (1975 ed.). Torino: Bollati Boringhieri.
- Frith, U. (2010). *Autism. Explanation of a riddle*. Bari: Laterza.
- Gallagher, S. (2004). Understanding Interpersonal Problems in Autism: Interaction Theory as An Alternative to Theory of Mind. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, *11* (3), 199-217.
- Gallagher, S., & Varga, S. (2015). Conceptual issues in autism spectrum disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, *28*, 1-6.
- Gallese, V. (2006a). Intentional attunement: A neurophysiological perspective on social cognition and its disruption in autism. *Brain Research*, *1079* (1), 15-24.

- Gallese, V. (2006b). The shared multiplicity. From mirror neurons to intersubjectivity. In A. Ballerini, F. Barale, V. Gallese, S. Ucelli, & S. Mistura (Ed.), *Autism. Hidden humanity* (pp. 207-270). Torino: Einaudi.
- Gallese, V. (2007). Mirror neurons and the social nature of language: the neural exploitation hypothesis. *Social Neuroscience*, 1-17.
- Gallese, V. (2013). Body does not lie. Cognitive neuroscience and the genesis of subjectivity and intersubjectivity. *Sentimental Education*, 20, 8-24.
- Gallese, V., & Rochat, MJ (2018). Forms of Vitality: Their Neural Bases, Their Role in Social Cognition, and the Case of Autism Spectrum Disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 38 (2), 154-164.
- Geretsegger, M., Elefant, C., Mössler, K., & Gold, C. (2014). Music therapy for people with autism spectrum disorder (Review). *Cochrane Database of Systematic Review* (4).
- Giusti, M., & Suvini, F. (2014). Music therapy and autism: psychodynamic music therapy as a therapy of intersubjectivity. In G. Corrado, G. La Malfa, & A. Stefano, *Quality of life between Mind and Body*. Florence: Maddali and Bruni.
- Glennberg, AM, & Gallese, V. (2011). Action-based language: A theory of language acquisition, comprehension, and production. *Cortex*, 1-18.
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (1999). A functional developmental approach to Autism Spectrum Disorders. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 24 (3), 147-161.
- Grinberg, L., & Grinberg, R. (1976). *Identity and change*. Roma: Armando.
- Hubbard, DJ, Faso, DJ, & Sasson, PF (2017). Production and perception of emotional prosody by adults with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 10 (12), 1991-2001.
- Hutka, S., Bidelman, GM, & Moreno, S. (2013). Brain signal variability as a window in to the bidirectionality between music and language processing: moving from a linear to a non-linear model. *Frontiers in Psychology*, 4 (984), 1-11.
- Higher Institute of Health. (2011, October). Guideline 21: Treatment of autism spectrum disorders in children and adolescents.
- Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2008). The Effects of Improvisational Music Therapy on Joint Attention Behaviors in Autistic Children: A Randomized Controlled Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1758-1766.
- Lacan, J. (2002). The stage of the mirror as a trainer of the ego function. In GB Contri (Ed.), *Writings* (Vol. I). Torino: Einaudi.
- Lacan, J. (2002a). Function and field of speech and language in psychoanalysis. In GB Contri (Ed.), *Writings* (Vol. I). Torino: Einaudi.
- Lacan, J. (2002b). The instance of the letter in the unconscious or the reason after Freud. In GB Contri (Ed.), *Writings* (Vol. I). Torino: Einaudi.
- Lacan, J. (2003). *The seminar. Book XI. The four fundamental concepts of psychoanalysis*. Torino: Einaudi.
- Lai, G., Pantazatos, S., Schneider, H., & Hirsch, J. (2012). Neural system for speech and song in autism. *Brain. A journal of neurology*, 135, 961-975.
- Lashewicz, BM, Shipton, L., & Lien, K. (2017). Meta-synthesis of father's experiences raising children on the autism spectrum. *Journal of Intellectual Disabilities*, 1-15.
- Laurent, É. (2013). *The battle of autism*. Macerata: Quodlibet.
- Laznik, MC (2016). Lacan and autism. *Journal of Psychoanalysis*, LXII (3), 677-692.
- Laznik, M.-C. (2012). *With a siren's voice. Stories of autistic children, too sensitive children, and their parents*. (J. Jerkov, & C. Giovana, Trad.) Roma: Editori Riuniti.
- Leslie, A. (1987). Pretence and representation: the origins of 'theory of mind'. *Psychological Review* (94), 412-426.
- Lolli, F. (2012). *Rehabilitate the unconscious*. Pisa: ETS.
- Lolli, F. (2015). *One by one. Elements of differential diagnosis in psychoanalysis*. Alberobello: Poiesis.

- Maestro, S., & Tancredi, R. (2016). Psychoanalysis and autism: dialogues between mind and body. *Journal of Psychoanalysis*, *LXII* (3), 663-675.
- Meltzer, D. (2000). *Explorations on Autism. Psychoanalytic study*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Mignani, M., & Gobbo, C. (2002). Symbolic play and autistic syndrome: some notes on the state of research. *Clinical and Developmental Psychology* (2), 179-201.
- Mithen, S. (2007). *The song of the ancestors: the origins of language, mind, body*. Torino: Code Editions.
- Muratori, F., Apicella, F., Muratori, P., & Maestro, S. (2011). Intersubjective disruptions and caregiver-infant interaction in early Autistic Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *5* (1), 408-417.
- Nomi, J., & Uddin, L. (2015). Face processing in autism spectrum disorder: from brain regions to brain networks. *Neuropsychology* (71), 201-216.
- Pediconi, MG, & Urbinati, C. (Editor). (2019). *There are not. Autism: Healing Guidelines with Psychoanalysis*. Milano: Franco Angeli.
- Perucchini, P., Muratori, F., & Parrini, B. (2005). Theory of Mind, gesture to indicate declarative and autism. *Italian Journal of Psychology* (4), 799-817.
- Raglio, A., Traficante, D., & Oasi, O. (2011). Autism and music therapy. Intersubjective approach and music therapy assessment. *Nordic Journal of Music Therapy*, *20* (2), 123-141.
- Reiner, O., Karzbrun, E., Kshirsagar, A., & Kaibuchi, K. (2016). Regulation of neural migration, an emerging topic in autism spectrum disorders. *Journal of Neurochemistry*, *III* (136), 440-456.
- Romano, LS, Paravidini, JL, & Próchno, CC (2019). Autism: A structure of existence and the legitimacy of subjects. *Estilos da Clinica*, *24* (2), 329-341.
- Schwab, E. (2014). Autism, between psychoanalysis and behaviorism: some remarks. *La psychiatrie de l'enfant*, *57*, 465-490.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2016). *Assessment, diagnosis, and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders. A national clinical guideline*. Edinburgh.
- Seligman, S. (2018). *The development of relationships. Childhood, intersubjectivity, attachment*. Milano: Raffaello Cortina.
- Seligman, S. (2020). Affects, attunements, and the intersubjective self in early development. *Ricerca Psicoanalitica*, *XXXI* (1), 37-52.
- Siegel, DJ (2013). *The relational mind* (II ed.). (L. Madeddu, Trad.) Milano: Raffaello Cortina.
- Singletary, W. (2015). An integrative model of autism spectrum disorder: ASD as a neurobiological disorder of experienced environmental deprivation, early life stress, and allostatic overload. *Neuropsychanalysis*, *17* (2), 81-119.
- Italian Society of Childhood and Adolescent Neuropsychiatry (SINPIA). (2005, March). Guidelines for Autism. Technical-operational recommendations for developmental neuropsychiatry services.
- Stern, DN (1987). *The interpersonal world of the child*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Sterponi, L., & de Kirby, K. &. (2015). Rethinking language in autism. *Autism*, *19* (5), 517-526.
- Sterponi, L., & Fasulo, A. (2010). 'How to Go On': Intersubjectivity and Progressivity in the Communication of a Child with Autism. *ETHOS*, *38* (1), 116-142.
- Stoel-Gammon, C. (1985). Phonetic inventories, 15-24 months: a longitudinal study. *Journal of Speech and Hearing Research*, *28*, 505-512.
- Suvini, F. (2019). The application of improvisational music therapy in autism. *Life Research*, *2* (2), 52-58.
- Suvini, F., Apicella, F., & Muratori, F. (2017). Music therapy microanalysis of parent-infant

- interaction in a three-month-old infant later diagnosed with autism. *Health Psychology Report*, 5 (2), 151-161.
- Tafari Ranieri, M. (2019). Techniques for psychiatric rehabilitation. Multifactorial study on rehabilitation strategies for autism spectrum disorders with limited functioning. *Journal of Advanced Health Care*, 1 (2), 37-41.
- Tomasello, M. (2005). *The cultural origins of human cognition*. (L. Anolli, Edited by, & M. Riccucci, Trad.) Bologna: Il Mulino.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. (2001). Infant Intersubjectivity: Research, Theory, and Clinical Applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (1), 3-48.
- Venuti, P., Bentenuto, A., Cainelli, S., Landi, I., Suvini, F., Tancredi, R.... (2017). A joint behavioral and emotional analysis of synchrony in music therapy of children with autism spectrum disorders. *Health Psychology Report*, 5 (2), 162-172.

Conflict of interests: the authors declare no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 12 August 2020.

Accepted for publication: 15 May 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:313

doi:10.4081/rp.2021.313

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Dare voce al soggetto. Materiali tratti dall'osservazione longitudinale di un bambino autistico

Maria Gabriella Pediconi*, Luca Regini**

SOMMARIO. – In questo lavoro abbiamo inteso coniugare l'approccio psicodinamico con le recenti acquisizioni neuro-scientifiche sullo sviluppo dell'intersoggettività, con attenzione particolare all'area comunicativo-linguistica. Il materiale empirico, raccolto attraverso un'osservazione longitudinale semi-strutturata di un bambino diagnosticato nello spettro autistico, mostra l'intreccio tra i processi intersoggettivi e lo sviluppo della dimensione simbolica nelle diverse modalità espressive in cui si esplicita, rappresentate nel nostro caso dal linguaggio e dal disegno. L'interconnessione dei tre registri - fonetico, linguistico e grafico - ha permesso di identificare l'avvento del linguaggio come produzione intenzionale che segnala la configurazione della soggettività nel campo relazionale.

Parole chiave: Autismo; intersoggettività; attonimento affettivo; sviluppo del linguaggio.

Linguaggio e intersoggettività: produzioni condivise nel campo relazionale

Lo studio del linguaggio comporta l'intreccio di diversi rami del sapere e per questo si presenta di estrema complessità. Dal punto di vista clinico possiamo ritagliare dai vari campi del sapere le conoscenze più utili alla costruzione di un intervento che supporti lo sviluppo comunicativo-linguistico. Crediamo inoltre che sia importante individuare una cornice teorica di riferimento che rifletta la complessità della questione che il linguaggio pone.

Stern (1987) ha efficacemente messo in evidenza il legame tra la dimensione intersoggettiva e la capacità di generare simboli, descrivendo il passaggio tra la costituzione di un senso di sé soggettivo e un senso di sé verbale nel processo di sviluppo della vita psichica dell'infante. Risultano pre-

*Ricercatore di psicologia dinamica dell'Università degli Studi di Urbino 'Carlo Bo', c/o Area Volponi - via Saffi 15 - 61029 - Urbino (PU). E-mail: maria.pediconi@uniurb.it

**Logopedista. Laureato in Scienze e tecniche psicologiche. Diplomando presso la Scuola di Musicoterapia di Assisi. E-mail: lucregini15@gmail.com

ziosi anche i lavori di Tomasello (2005) sulla 'natura intersoggettiva' del simbolo linguistico e di Seligman (2018, 2020), che mostrano il costituirsi di ogni esperienza soggettiva - tale possiamo considerare l'avvento del linguaggio - attraverso l'incontro con l'altro: incontro che, nel caso dell'autismo, non sembra prodursi senza un'intensa opera di sintonizzazione che il caregiver avrebbe il compito di ricercare (Laznik, 2012).

In un recente lavoro, Seligman (2018) mostra infatti come la soggettività del bambino prenda necessariamente forma all'interno di una dimensione intersoggettiva - la relazione con il caregiver, cioè con l'altro -, in cui l'ambiguità e l'incertezza, nell'alternanza tra momenti di sintonizzazione e dissonanza, rappresentano un importante impulso creativo per l'organizzazione della vita psichica.

La nostra proposta è che un intervento di supporto alle funzioni comunicativo-linguistiche non possa prescindere da una riflessione sulla questione della soggettività, che certamente interessa anche il bambino con autismo, nel suo modo particolare di rapportarsi al mondo. Dal nostro punto di vista, è proprio a partire dall'osservazione di questa peculiarità che l'operatore sarebbe chiamato a farsi interlocutore e a sostenerlo nella formazione di una 'mente relazionale' (Siegel, 2013)

Anche le riflessioni di Jacques Lacan sul valore della dimensione intersoggettiva del linguaggio nell'organizzazione della vita psichica del soggetto documentano la centralità che tale dimensione riveste nella strutturazione della dimensione simbolica dell'esperienza (Lacan, 2002a), la quale rende possibile la produzione e la comprensione dei messaggi linguistici (Tomasello, 2005). Nel suo Seminario XI, Lacan (1964) invita ad entrare nello spessore della ripetizione come occasione fondativa per il pensiero, soprattutto per il pensiero del bambino, riprendendo la lezione freudiana sul 'gioco del rocchetto' (Freud, 1920). La ripetizione di una percezione prodotta come gioco diventa l'occasione per generare una rappresentazione psichica, ovvero l'alba del pensiero astratto. Il bambino non sta ripetendo il suo dispiacere, sta rappresentando che cosa gli è successo - sua madre si è allontanata e potrebbe tornare - accedendo così da protagonista - della rappresentazione e della sua ripetibilità - alla rappresentazione astratta delle condizioni della sua esperienza: è l'inizio del pensiero individuale. Questa elaborazione congiunta di Lacan con Freud sul valore della ripetizione per l'inizio del pensiero soggettivo potrebbe illuminare il significato delle condotte stereotipate del soggetto autistico qualora esse incontrino un contesto di cura che possa accoglierle come tentativo di elaborazione dell'esperienza. Non si vuole affermare che le stereotipie abbiano una funzione simbolica in quanto tali, ma che esse potrebbero riflettere il tentativo del bambino di orientarsi nel rapporto con l'altro e con tutta la realtà, assumendo così il valore di metafora di una posizione soggettiva (Egge, 2006), la quale si struttura a partire da una componente corporeo-affettiva. A questo proposi-

to, Danon-Boileau (2015) sottolinea che la psicoanalisi lavora con il soggetto autistico come pensante e capace di generare legami: si tratta di capire i suoi messaggi, accettando di intraprendere un complesso avvicinamento alla sua inedita soggettività (Pediconi & Urbinati, 2019).

Muratori e collaboratori (2011) hanno pubblicato un interessante lavoro sull'osservazione longitudinale dei primi 18 mesi di vita di bambini a cui in seguito è stato diagnosticato un 'Disturbo Autistico' (secondo in criteri del DSM-IV), comparandoli ai primi 18 mesi di vita di bambini con sviluppo normotipico e bambini con un ritardo mentale, nell'intento di descriverne la scarsa attitudine intersoggettiva precoce. Gli autori hanno osservato che i bambini a cui verrà diagnosticato il disturbo sembrano avere meno bisogno di essere tranquillizzati da interventi di regolazione affettiva da parte del caregiver. Già nella prima infanzia i bambini a cui sarà diagnosticato l'autismo sembrerebbero non avere necessità dell'intervento dell'altro mentre, specularmente, l'altro non sembra percepire né preoccuparsi di questa 'eccessiva tranquillità'. Anche Laznik (2016) ha osservato l'attitudine del bambino - a cui sarà diagnosticato il disturbo autistico - a non dirigersi verso l'altro, a non appellarsi all'altro, nonostante possa aver ricevuto lo 'sguardo di amore e ammirazione da parte dei genitori' e quindi tutte le attenzioni di cui ha avuto bisogno.

Tornando allo sviluppo del linguaggio come via di soggettivazione, i lavori di Anne Fernald (1989; 1991) nel campo della *Infant Research* hanno documentato l'intreccio tra pre-linguistico e linguistico, ipotizzando che lo sviluppo delle abilità comunicativo-linguistiche del bambino si installi sulle proto-conversazioni e quindi sul carattere sonoro-musicale degli scambi con il caregiver. Le proto-conversazioni sono infatti caratterizzate da un *Infant Direct Speech* (IDS) in cui risaltano i tratti intonativo-melodici e ritmici della lingua rispetto ai contenuti. (Freddi, 2012) È interessante evidenziare, come Lai e collaboratori (2012) hanno mostrato, che in soggetti con autismo il reclutamento dei network comuni al processamento dell'eloquio e del canto venga favorito dagli elementi sonori: un aspetto che supporta la prospettiva riabilitativa, in cui si tenta di costruire il senso dello scambio conversazionale a partire dagli aspetti sonoro-musicali impiegati. Sono state infatti documentate complesse relazioni non-lineari tra i domini musicale e linguistico, che devono essere ancora approfonditi con nuovi metodi di indagine che permettano di coglierne interazioni e sovrapposizioni dal punto di vista neurobiologico (Hutka, Biedelman & Moreno, 2013). Inoltre, Hubbard e collaboratori (2017), studiando le caratteristiche acustiche della prosodia di soggetti adulti con autismo, hanno rilevato la maggiore salienza della componente emotiva del loro eloquio, rispetto a quello di soggetti con sviluppo tipico. Gli enunciati dei soggetti autistici presentano caratteristiche di intensità e durata che, unitamente ad un'alta variabilità del profilo melodico, rendono il riconoscimento del tono affettivo più immediato. Nonostante gli stessi autori specifichino che

sia da approfondire il processo di sviluppo di questa caratteristica, i risultati discussi in questo lavoro ci sembrano interessanti poiché incoraggiano a considerare le caratteristiche prosodiche dei vocalizzi che riporteremo nelle cornici, come espressione reale di un vissuto affettivo.

Riflettendo sull'intreccio tra la dimensione simbolica e l'esperienza corporea, Gallese (2013; Glenberg & Gallese, 2011) ha mostrato come, attraverso l'ipotesi dello sfruttamento neurale, sia possibile far risalire lo sviluppo della competenza linguistica (simbolica) al 'corpo in azione', ovvero alla relazione corpo-mondo (riprendendo la riflessione fenomenologica a cui l'autore fa riferimento), mostrando inoltre la continuità di questa con la sfera pre-linguistica (Gallese, 2007), in accordo con le intuizioni di Stern a cui i lavori dell'autore fornirebbero un supporto neurobiologico. Anche l'origine senso-motoria del simbolo si produce attraverso l'incontro corpo-mondo, un mondo che, pensando all'origine del linguaggio, ha primariamente caratteristiche sonoro-musicali.

Potremmo supporre che lo sviluppo della competenza simbolica si rifletta trasversalmente attraverso le diverse modalità espressive di cui un soggetto può disporre, come è stato mostrato da Di Renzo e colleghi (2017), i quali hanno osservato anche la correlazione tra la dimensione affettiva, valutata in termini di punteggi attribuiti all'area dell'Affetto Sociale dell'*Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS-2), e le produzioni grafiche di bambini con autismo. Gli autori sostengono che le caratteristiche di tali produzioni siano legate a difficoltà socio-relazionali e di espressione del proprio universo emotivo-affettivo, asserendo che attraverso la modificazione delle realizzazioni grafiche siano riscontrabili le aperture relazionali conseguenti ad un percorso terapeutico.

Sviluppo della dimensione intersoggettiva, sviluppo linguistico e sviluppo della produzione grafica sono le tre aree in cui abbiamo declinato la dimensione simbolica dell'esperienza nel suo costituirsi e nel costituire la soggettività di Andrea, il bambino con autismo giunto alla nostra osservazione. Annotando che le ricerche sull'autismo tendono frequentemente a non mettere in rilievo lo sviluppo della soggettività, il presente articolo si propone di dare un contributo in questa direzione a partire dall'osservazione della comparsa del linguaggio in una cornice intersoggettiva.

L'evento del linguaggio nell'autismo: orientarsi nella complessità dello spettro

In accordo con quanto riportato dalle Linee Guida 21 dell'Istituto Superiore della Sanità (Istituto Superiore della Sanità, 2011), il disturbo del linguaggio riscontrabile nell'autismo sembra inscrivere nella più ampia compromissione delle abilità socio-comunicative.

Il DSM-5 annovera il ‘Disturbo dello Spettro dell’Autismo’ tra i disturbi del neurosviluppo riconoscendone due caratteristiche principali: ‘deficit persistenti della comunicazione sociale e dell’interazione sociale’ e ‘pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi’ (APA, 2014). Ricordando la ‘triade sintomatologica’ proposta nel DSM-IV-TR (APA, 2001) possiamo constatare come gli aspetti della ‘compromissione qualitativa dell’interazione sociale’ e della ‘compromissione qualitativa della comunicazione’ siano stati riassunti in un unico criterio: la sintesi proposta dal nuovo manuale nosologico sembra evidenziare l’intreccio tra gli aspetti di interazione sociale e dello sviluppo comunicativo.

Uta Frith (Frith, 2010) ha definito l’autismo come una sindrome eterogenea dal decorso difficilmente prevedibile. Da una parte la complessità del quadro clinico ha acceso un importante dibattito riguardo all’eziopatogenesi del disturbo che ad oggi rimane sconosciuta. Dall’altra l’eterogeneità riscontrabile complica la possibilità di ricondurre il piano fenomenico a fattori causali specifici e alcuni autori hanno sottolineato il reciproco condizionamento di fattori costituzionali e ambientali, sostenendo l’importanza di trattare ogni caso nella sua specificità (Singletary, 2015; Ansermet & Giacobino, 2013).

La prospettiva che considera l’autismo come ‘disturbo metarappresentazionale’ (Leslie, 1987; Frith, 2010) attribuisce una particolare importanza alla comprensione del gesto dichiarativo. Alcuni ricercatori (Perucchini, Muratori, & Parrini, 2005; Bernabei, Camaioni, Levi, & Di Falco, 1997) hanno proposto di considerare la presenza di gesti dichiarativi (gesti compiuti dal bambino con la finalità di attirare e condividere l’attenzione dell’adulto su un oggetto comune) come indicatore diagnostico e prognostico. L’intenzione dichiarativa, che si può esprimere, ad esempio, attraverso il gesto d’indicazione, sottende peculiari capacità socio-cognitive: riconoscimento della propria soggettività e la capacità di attribuire ad un altro uno stato mentale.

Il modello interazionista (Gallagher & Varga, 2015; Gallagher, 2004), che trova il suo fondamento neurobiologico-evolutivo nelle ricerche sull’intersoggettività condotte da Gallese e colleghi (Gallese & Rochat, 2018; Gallese, 2006a, 2006b), spiega in particolare i disturbi socio-cognitivi riscontrati nell’autismo. Gallese ipotizza che nell’autismo la compromissione delle abilità intersoggettive possa essere riferibile ad una disorganizzazione del ‘sistema della molteplicità condivisa’ (Gallese, 2006b), che costituirebbe le basi del riconoscimento degli altri come simili e della comprensione del loro agire in maniera automatica, implicita, attraverso un processo di simulazione incarnata mediato dal sistema mirror. Come sostenuto da Nomi e Uddin (2015), per spiegare neurobiologicamente i deficit riscontrabili nell’area della socializzazione, sarebbe infatti utile approfondire il funzionamento di network funzionali, piuttosto che concentrarsi sull’attivazio-

ne di singole aree, in quanto i meccanismi alla base delle abilità socio-cognitive sono costituiti da una complessa rete di processi attentivi e percettivi.

Nonostante l'eterogeneità con cui la sindrome autistica si manifesta e l'incertezza relativa ai processi eziopatogenetici sottostanti, riconosciamo nelle ricerche recenti una convergenza sostanziale riguardo alla necessità di adottare una prospettiva aperta, multidimensionale. Concordiamo con Tafuri Ranieri (2019) sulla necessità di strutturare un progetto (ri)abilitativo multidimensionale, che favorisca l'integrazione dell'unicità espressiva del soggetto nel particolare contesto socio-ambientale in cui vive. In questa prospettiva ci sembrano interessanti i contributi derivanti dal campo musicoterapico (Suvini, 2019; Suvini, Apicella, & Muratori, 2017; Venuti, et al., 2017; Geretsegger, Elefant, Mössler, & Gold, 2014; Raglio, Traficante, & Oasi, 2011; Kim, Wigram, & Gold, 2008). L'approccio tecnico impiegato per il sostegno dello sviluppo dell'attenzione condivisa e delle abilità socio-comunicative, ispirato dai lavori di Stern sullo sviluppo di un senso di sé soggettivo (Stern, 1987), consiste nell'iscrizione dei comportamenti esibiti dal bambino con autismo all'interno di una cornice sonoro-musicale condivisa con il terapeuta, il quale attraverso uno strumento musicale ricerca una sincronizzazione (ad esempio ritmica) con il comportamento del bambino, allo scopo di promuovere momenti di sintonizzazione affettiva in cui il bambino possa fare esperienza della dimensione intersoggettiva.

Questi lavori si accordano con le riflessioni di Sterponi e colleghi (2015; 2010) sullo studio della sfera comunicativo-linguistica nell'autismo, i quali mostrano la possibilità di considerare le produzioni del soggetto con autismo come espressione della personale esperienza di uno specifico contesto relazionale.

Seguendo Ansermet (2013), si potrebbe rintracciare una convergenza tra il dibattito sull'eziopatogenesi e la clinica dell' 'uno per uno' che la psicoanalisi propone, a sostegno di una prospettiva che considera l'individuo con autismo come soggettività da prodursi in un contesto intersoggettivo, in cui un altro (il terapeuta) si propone come partner per sostenere lo sviluppo del soggetto nella sua singolarità e nell'unicità delle sue caratteristiche neurobiologiche (Maestro, 2016; Barale 2016).

Poiché l'attenzione ai dettagli, alle piccole variazioni dello stile relazionale, che il soggetto esprime attraverso le modalità espressive di cui può disporre (gestualità, modalità di gioco, produzione grafica, vocalizzi, parole isolate) possono costituire importanti indizi per approfondire la dimensione psicologica del bambino con autismo (Dainesi & Pretorius, 2020), anche le stereotipie (motorie o vocali) potrebbero essere considerate come metafora di una posizione soggettiva (Lolli, 2015; de Halleux & Baio, 2011; Egge, 2006), nella prospettiva di un trattamento centrato sulla sfera relazionale, all'interno della quale si sviluppano anche i processi comunicativo-lingui-

stici. In questo senso l'autismo si presenterebbe come 'struttura di esistenza' (Romano, Paravidini, & Próchno, 2019) di un soggetto che ha diritto di essere ascoltato nella sua particolarità (Barale, 2016) da adulti e operatori che investano sulla sua soggettività (Pediconi & Urbinati, 2019).

La nostra proposta è quella di considerare l'evento del linguaggio nell'autismo come espressione di una posizione soggettiva che l'operatore avrebbe il compito di sostenere nel suo emergere. L'osservazione semi-strutturata che presentiamo ci permette di documentare che nello sviluppo del soggetto con autismo, l'evoluzione delle competenze grafiche e linguistiche diventano espressione di strategie personali costruite per tentare di entrare in relazione con l'ambiente fisico e sociale di cui è parte.

Metodologia

La metodologia che presenteremo ha la finalità di rintracciare alcune aree esperienziali che possono essere considerate parallelamente per rintracciarne le sovrapposizioni, così da orientarsi nell'osservazione e nella valutazione qualitativa dei progressi riscontrabili nel processo di sviluppo del bambino con autismo.

Sintetizziamo qui i tre aspetti, profondamente intrecciati e reciprocamente determinanti, che hanno guidato la nostra osservazione:

- l'intersoggettività (Trevarthen & Aitken, 2001): come riportato precedentemente, ci sembra rilevante che Daniel Stern (1987) abbia evidenziato che i processi di sintonizzazione affettiva favoriscano lo sviluppo dei processi di simbolizzazione e di un 'senso di sé verbale'.

Ispirandoci ai lavori condotti in campo musicoterapico (Suvini, 2019; Venuti *et al.*, 2017) abbiamo tentato di promuovere i processi di sintonizzazione in una cornice di senso sonoro-musicale, rispecchiando innanzitutto i comportamenti esibiti (vocali o motori) attraverso strumenti a percussione o per mezzo della voce, con particolare attenzione alle caratteristiche 'ritmiche' e, nel caso dei vocalizzi, al profilo melodico.

A questo proposito abbiamo dato rilevanza ai momenti di sincronizzazione (rispecchiamento dei comportamenti del bambino, comprese le stereotipie, da parte dell'operatore) che durante il trattamento si verificavano tra bambino e terapeuta, supponendo che l'esperienza di sintonizzazione affettiva si generi attraverso di essi (Venuti *et al.*, 2017) e che questo favorisca il bambino nell'appropriarsi della propria enunciazione (Di Ciaccia, 2011) e a riconoscersi, attraverso la risposta dell'altro (Lacan, 2002a), soggetto delle proprie azioni.

- Aspetti comunicativo-linguistici: le abilità linguistiche e i loro prerequisiti sono state rilevate raccogliendo le produzioni spontanee e ricorrenti del bambino durante l'attività di gioco. Abbiamo osservato il passaggio

da un uso strumentale dell'altro e da gesti richiestivi all'uso di espressioni (vocalizzi e gesti) con un'intenzione dichiarativa (Perucchini, Muratori, & Parrini, 2005) e ad un incremento del numero di parole nell'enunciato.

Lo sviluppo fonetico è stato registrato raccogliendo i suoni prodotti dal bambino durante le sedute di osservazione, secondo la tecnica mutuata da Stoel-Gammon (Stoel-Gammon, 1985), che ci ha permesso di osservare l'ampliamento della competenza del bambino nell'uso dei suoni linguistici.

- Produzione grafica: raccogliendo i segni ricorrenti, tracciati spontaneamente dal bambino sul foglio, di volta in volta, abbiamo constatato il passaggio dallo scarabocchio a macchie di colore e quindi a forme circolareggianti (Di Renzo, Marini, Bianchi di Castelbianco, Racinaro, & Rea, 2017). Abbiamo inoltre osservato come la rappresentazione di elementi discreti nello spazio grafico, che segnalano la consapevolezza di occupare una posizione nello spazio fisico (Schwab, 2014), sia emersa parallelamente alla presa di posizione nello spazio relazionale.

Le osservazioni sono tratte dai materiali raccolti durante i primi due anni del trattamento logopedico di Andrea (Novembre 2017 - Novembre 2019), con lo scopo di evidenziare i momenti salienti dello sviluppo delle abilità comunicativo-linguistiche, presentandoli attraverso tre cornici ricostruite a posteriori sulla base dei dati raccolti, le quali ci hanno permesso di osservare analiticamente i progressi del bambino. Ciascuna cornice intreccia lo sviluppo dell'*inventario fonetico*, delle *abilità comunicativo-linguistiche* (e i loro *prerequisiti*) e la *produzione grafica*.

Lo sviluppo osservato rispetto a queste tre aree è stato sostenuto attraverso la condivisione di uno spazio di gioco in cui le produzioni del bambino venivano ascoltate e corrisposte dall'adulto per mezzo di espressioni sonore, allo scopo di favorire, attraverso la ripetizione, la costruzione di un'esperienza. Il lavoro di sintonizzazione modulato dall'adulto faceva in modo che i suoni prodotti negli scambi tra questi e il bambino avessero caratteristiche comuni, sia in termini di scelta della vocale o della sillaba impiegata che di aspetti ritmico-melodici. Gli stessi suoni venivano impiegati in diversi contesti di gioco: nel disegno, nel gioco degli incastri, nel nascondino, nell'accoppiamento di figure, per tentare di favorire, attraverso il rispecchiamento, il riconoscimento da parte del bambino della propria soggettività e quindi della propria differenza dall'altro.

Il caso di Andrea. Andrea (nome di fantasia) ha attualmente 5 anni, vive con i genitori, una sorella e un fratello più grandi di lui. Ad oggi frequenta il terzo anno della Scuola dell'Infanzia. Nell'ottobre 2017, quando il bambino aveva 2 anni e 10 mesi, i genitori si sono rivolti a un servizio di Neuropsichiatria Infantile per un ritardo nello sviluppo del linguaggio. Ricoverato in Day-Hospital per l'esecuzione dei test genetici (negativi per

la sindrome X-Fragile) e delle valutazioni neuropsicologico-comportamentali e logopedica, non è stato possibile somministrare test strutturati per la valutazione delle specifiche competenze linguistiche a causa della mancanza di collaborazione del bambino. Andrea è stato dimesso con la diagnosi di ‘Ritardo globale dello sviluppo con assenza di linguaggio’ e ‘Disturbo della interazione e dell’adattamento comportamentale’, con indicazione di trattamento logopedico, psicomotorio e follow-up a un anno.

Successivamente, a maggio del 2018, in seguito ad una nuova valutazione neuropsicologica che ha incluso la somministrazione dell’ADOS-2, è stato diagnosticato ad Andrea un ‘Disturbo dello Spettro dell’Autismo’, livello di gravità 2, con assenza di linguaggio. Dall’anamnesi l’assenza di linguaggio e mancanza del controllo sfinterico.

Il bambino è giunto all’osservazione logopedica nel Novembre 2017, mentre frequentava il primo anno della Scuola dell’infanzia. I genitori presentano Andrea come un bambino irascibile, ma con un interesse per la musica: una canzone in particolare, ‘Hold my hand’ di Jess Glynne, sembra attrarre la sua attenzione fino a tranquillizzarlo nei momenti di rabbia. Le sedute logopediche in cui è stata raccolta l’osservazione longitudinale che presentiamo hanno avuto cadenza bisettimanale.

Osservazioni

Il contesto e le osservazioni iniziali. Durante i primi incontri, svolti in presenza dei genitori, sono stati messi a disposizione alcuni giochi tra cui: gli incastri, le costruzioni (con la consegna di costruire una torre), il didò, le automobiline. Inizialmente Andrea non sembrava disponibile a condividere alcuna attività con l’adulto (né con il genitore, né con il logopedista).

Talvolta, con entrambi i genitori, il bambino ricercava un contatto fisico, correndo improvvisamente ad abbracciarli quando questi erano in stanza. Andrea non mostrava interesse per le proposte di gioco ed esibiva comportamenti di protesta, aspetti enfatizzati nella relazione con l’operatore, che rappresentava per lui una novità. L’unico momento di condivisione era possibile alla fine della seduta nel mettere in ordine la stanza: Andrea aiutava meticolosamente a riporre gli oggetti nei loro contenitori e non tollerava errori (non sopportava che i colori venissero riposti senza tappo nel barattolo o che una macchinina venisse inserita in una scatola diversa da quella in cui era stata trovata). Vistose erano anche le reazioni di Andrea ai ‘no!’ del padre, a cui egli rispondeva con intense crisi di angoscia, manifestate attraverso il pianto e il ricorso a sequenze di gesti stereotipati aggressivi. Sembrava che il ‘no!’, percepito come un rimprovero, intervenisse a destabilizzare il controllo che Andrea stava tentando di instaurare sul nuovo ambiente e venisse interpretato dal bambino come una minaccia.

Il progetto abilitativo individualizzato. In seguito alla valutazione diagnostica effettuata dal servizio di NPI è stato condiviso in équipe e con i genitori del bambino un progetto abilitativo in cui si prevedeva:

- il proseguimento dell'intervento logopedico, con la finalità di supportare lo sviluppo dei pre-requisiti della comunicazione (intenzionalità comunicativa, attenzione condivisa, alternanza dei turni);
- un programma abilitativo di orientamento cognitivo-comportamentale (*Applied Behaviour Analysis*, ABA) svolto durante l'orario scolastico da un educatore specializzato supervisionato da uno psicologo del servizio di NPI;
- un intervento programmato di psicomotricità (attuato a partire da Novembre 2018) con l'obiettivo di sostenere e implementare i tempi di attenzione condivisa.

Nella fase iniziale del trattamento logopedico, su consiglio della neuropsichiatra, i genitori sono stati invitati a partecipare alle sedute, il cui obiettivo era quello di creare momenti di condivisione - ad esempio lo scambio di un giocattolo o di un colore che aveva catturato l'interesse del bambino - che, nonostante la loro brevità, permettessero di evidenziare la possibilità di iscrivere piccoli gesti in una cornice relazionale.

Sono stati inoltre programmati incontri di counselling volti a sostenere i genitori nel tollerare la frustrazione per le mancate risposte del figlio, invitandoli a non sovrastimolare il bambino attraverso il linguaggio e ad usare piuttosto singole parole o brevi frasi nei fugaci momenti di attenzione condivisa.

Approcci terapeutici. Le linee guida della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA, 2005) menzionano due principali approcci terapeutici: comportamentali ed evolutivi. Nel progetto abilitativo precedentemente sintetizzato è stato possibile proporli entrambi in contesti differenti e integrarli nelle loro diverse finalità, considerando le differenze epistemologiche che ne stanno alla base:

- L'approccio cognitivo-comportamentale (ABA) è stato proposto a scuola in supporto del raggiungimento degli obiettivi scolastici, con particolare attenzione - in seguito alla condivisione degli obiettivi in équipe - all'apprendimento di routine, all'area visuo-motorio-percettiva e allo sviluppo del gioco.
- Il rationale degli approcci di tipo evolutivo può invece essere rintracciato nei trattamenti logopedico e psicomotorio, maggiormente focalizzati sul supporto dei pre-requisiti dello sviluppo comunicativo-linguistico, aree particolarmente legate alla dimensione affettivo-relazionale.

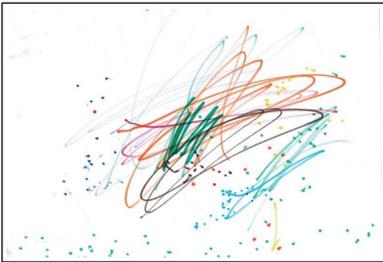
Nella presentazione delle tre cornici, cercheremo di valorizzare quest'ultima dimensione declinandola attraverso la condivisione di suoni linguistici e delle produzioni grafiche.

Cornice 1

Rispetto allo sviluppo fonetico, osserviamo la tabella riportata in alto, che mostra l'inventario fonetico (IF) del bambino, che si presenta decisamente incompleto. I suoni indicati con (X), sono suoni riscontrati più raramente. L'IF è stato raccolto sulla base dei vocalizzi stereotipati, con intonazione piatta o da sequenze sillabiche riconducibili al babbling canonico, ad esempio [ba ba ba]. Le sillabe [ma], [pa], [ti], quindi i rispettivi suoni consonantici, sono stati registrati circa un mese dopo l'inizio del trattamento, in una fase di espansione del babbling, verificatasi in concomitanza ad una riduzione dei momenti di angoscia. Rispetto alla Griglia per l'Analisi del Linguaggio Spontaneo, GALS (Cipriani, Chilosi, Bottari, & Pfanner, 1993), le competenze sintattiche di Andrea sarebbero collocabili al livello 0.

CONSONANTI	p	b	f	v	t	d	ts	dz	s	z	k	g	ʃ	dʒ	ʒ	m	n	ɲ	l	ʎ	r	j	w
Iniziale	X				X	(X)					X					X							X
Intermedia																							
VOCALI	a	e	ɛ	i	o	ɔ	u																
	X	(X)	(X)	X			(X)																

Produzione fonetica 1 – Ottobre 2018



Produzione grafica 1 - Ottobre 2018

Vocalizzazioni

- [i] prolungata con intonazione piatta
- [u'jo'jo'jo] con intonazione piatta

Produzione linguistica 1 - Ottobre 2018

Parallelamente possiamo osservare come la produzione grafica sia caratterizzata da una matassa intrecciata, un groviglio confuso al centro del foglio, tracciata apparentemente senza controllo, la quale, in chiave sinestetica, richiama la modalità espressiva impiegata dal bambino sul versante linguistico: vocalizzi stereotipati, senza interlocutore, che danno l'impressione di essere prodotti come mera autostimolazione sensoriale. Nel lavoro di Di Renzo e collaboratori (2017) è stato evidenziato come lo scarabocchio, come produzione stereotipata - nel nostro caso rappresentata dalla 'matassa intrecciata' -, sembra rappresentare una modalità di evasione dal contesto relazionale.

In questa fase il trattamento è stato incentrato sulla ricerca, da parte dell'operatore, di occupare la posizione di interlocutore, rispecchiando le produzioni del bambino, sia sul piano linguistico che grafico, incarnando la presenza di un Altro che ascolta le proposte del soggetto e dà una risposta, un gioco di sintonizzazioni e mancate sintonizzazioni che crea lo specifico spazio intersoggettivo (Seligman, 2020). I punti osservabili in 'Produzione grafica 1' sono stati infatti tracciati dall'operatore per rafforzare il rispecchiamento, in senso transmodale, della sillaba [pa], che il bambino aveva iniziato ad esplorare. Similmente, una linea che Andrea tracciava sul foglio, poteva essere marcata con un vocalizzo con il suono [i] (presente nel repertorio del bambino) per mimare il movimento ascendente e discendente della mano, nel tentativo di enfatizzare il vissuto affettivo-corporeo del bambino.

L'attenzione dell'operatore ai comportamenti esibiti dal bambino, di natura gestuale, vocale o concretizzati nell'atto grafico, sulla base dei quali viene ricercato un pretesto per produrre una sequenza di turni conversazionali, trae ispirazione dal lavoro di Greenspan & Wieder (1999), i quali nella descrizione del *Developmental Intervention Model* (DIR) - un modello annoverato tra gli approcci terapeutici evolutivi all'autismo (SINPIA, 2005) - attribuiscono grande valore agli interessi e all'osservazione delle modalità di interazione predilette dalla persona con autismo, ponendo in primo piano la specificità e l'unicità delle modalità di funzionamento soggettive.

Cornice 2

A distanza di 8 mesi abbiamo registrato un ampliamento dell'IF. Osserviamo la stabilizzazione di alcuni suoni consonantici. Con l'asterisco in corrispondenza del suono [s] si indica la produzione foneticamente scorretta della consonante fricativa, che veniva aspirata, anche se usata correttamente dal punto di vista fonologico (ad esempio per produrre la parola ['os:o]à rosso).

Dal punto di vista linguistico, in questa fase abbiamo registrato l'iniziale formazione di una competenza sintattica, in quanto il bambino, con l'impiego di una sillaba o una sola parola, traduce un'intenzione comunicativa assertiva o dichiarativa (olofrase). Potremmo pertanto collocare le sue competenze al Livello 1 della GALIS.

Considerando la prosodia, abbiamo inoltre osservato una maggiore modulazione e differenziazione dell'intonazione melodica degli enunciati - ad esempio la comparsa dell'intonazione ascendente della domanda e discendente dell'esclamazione - i quali, nella cornice precedente, erano caratterizzati da vocalizzi monotoni. L'osservazione di quest'aspetto fa supporre che il bambino stia iniziando a rappresentarsi in maniera più complessa il contesto conversazionale, in cui la componente affettiva veicolata dalla prosodia arricchisce le intenzioni comunicative espresse dal bambino attraverso le parole.

CONSONANTI	p	b	f	v	t	d	ts	dz	s*	z	k	g	ʃ	ʒ	f	m	n	ɲ	l	ʎ	r	j	w	
Iniziale	X	X			X	X		X			X					X	X						X	X
Intermedia					X				X		X					X	X					X		
VOCALI	a	e	ɛ	i	o	ɔ	u																	
	X	X	X	X	X	X	X																	
	X	X	X	X	X	X	X																	

Produzione fonetica 2 – Giugno 2019



Produzione grafica 2 – Giugno 2019

Olofrase

Esempio:

A. esclama «pa!», per chiedere all'adulto di lanciargli la palla

Produzione linguistica 2 – Giugno 2019

È stato possibile osservare l'ampliamento della dimensione conversazionale (che presuppone intenzionalità comunicativa, attenzione condivisa e alternanza dei turni) nel contesto del gioco, in particolare attraverso il nascondino o nell'introduzione a turno di piccoli cilindri all'interno di una scatola forata al centro. Inoltre, Andrea ricorre più frequentemente all'uso di gesti dichiarativi per attirare l'attenzione dell'interlocutore, attribuendogli anche stati mentali (Perucchini, Muratori, & Parrini, 2005).

Rispetto all'alternanza dei turni, riscontriamo nei giochi l'opposizione apparire-sparire che, riprendendo Freud e Lacan (Lacan, 1964; Freud, 1920), potremmo associare all'origine del processo di simbolizzazione. È in questa fase infatti che il bambino usa la sua competenza linguistica per rappresentare la propria intenzionalità dichiarativa, rendendola simbolica e quindi condivisibile. Questo processo di simbolizzazione è riscontrabile anche nell'osservazione della sorpresa, sentimento che presuppone un lavoro mentale di costruzione di un'aspettativa rispetto alla reazione dell'interlocutore; ad esempio, nel gioco del 'nascondino' ci si nasconde (rumorosamente) per poter essere trovati. Attribuendo all'altro uno stato mentale e a sé stesso delle aspettative, Andrea sembra cominciare a costruire una prospettiva condivisa.

Tale prospettiva condivisa sembra esprimersi anche attraverso l'imitazione delle caratteristiche prosodiche degli enunciati dell'operatore, spesso enfatizzati nel carattere emotivo-affettivo.

A proposito dei simboli vediamo che anche la modalità espressiva grafica presenta un'interessante modificazione: il bambino non produce più

matasse intrecciate, ma scarabocchi isolati, dislocati per lo spazio foglio.

La similitudine che possiamo riscontrare tra le modalità espressive ci mostra che, così come il bambino riempie uno spazio sul foglio attraverso i suoi scarabocchi, sembra iniziare ad occupare, nell'ambito della relazione, il ruolo di interlocutore nello spazio conversazionale.

Parallelamente ai progressi osservati rispetto alle aree grafiche e comunicativo-relazionali, evidenziamo che Andrea ha raggiunto il controllo sfiniterico: il corpo di Andrea partecipa, grazie all'accesso al registro della domanda, mediato dalla comparsa del linguaggio, al processo di soggettivazione appropriandosi di una nuova conquista pulsionale.

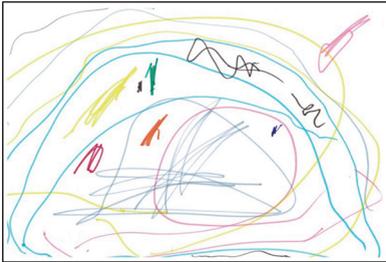
Cornice 3

Parallelamente all'ulteriore ampliamento dell'IF, riscontriamo un'evoluzione della produzione linguistica, in particolare rispetto alle abilità morfosintattiche.

In questa terza cornice abbiamo osservato la comparsa di 'segmenti fonetici indifferenziati' (SFI) potremmo ricondurre le competenze di Andrea al Livello 2 della GALS.

CONSONANTI	p	b	f	v	t	d	ts	dz	s	z	k	g	ʃ	dʒ	f	m	n	ɲ	l	ʎ	r	j	w	
Iniziale	X X	X X	(X)		X X	X		X			X X			X		X X	X X						X X	X
Intermedia	X				X				X		X X			X X	X X	X X	X X					X		
VOCALI	a	e	ɛ	i	o	ɔ	u																	
	X X																							

Produzione fonetica 3 – Novembre 2019



Produzione grafica 3 – Novembre 2019

Combinatoria

Esempio:
«mucca atte»
(indicando l'immagine di una mucca).

Produzione linguistica 3 – Novembre 2019

A proposito dello sviluppo linguistico è inoltre interessante notare come il suono [s], che nella cornice precedente avevamo riportato come foneticamente scorretto, sia stato corretto dal bambino, il quale sembrerebbe avere

sfruttato vantaggiosamente il confronto tra la sua produzione e il target adulto, un'autocorrezione che secondo noi evidenzia l'approfondimento della dimensione intersoggettiva.

Un altro cambiamento rilevato riguarda il profilo intonativo e il timbro vocale. Andrea sembra aver rinunciato alle produzioni vocali stereotipate per acquisire progressivamente una voce dal timbro più profondo, marcando più incisivamente il contorno intonativo degli enunciati a seconda dell'intenzione comunicativa (interrogativa o esclamativa) con cui vuole coinvolgere l'interlocutore.

Vediamo inoltre come in questa fase Andrea abbia iniziato a disegnare figure circolareggianti, chiuse, che ritagliano uno spazio all'interno del foglio. Possiamo pensare che l'abilità del bambino di circoscrivere uno spazio sia connessa alla maturata consapevolezza di occupare egli stesso uno spazio, con il suo corpo, spazio che Andrea ha iniziato sempre più ad occupare anche nella dimensione conversazionale, ponendosi come soggetto dei propri enunciati e assumendo la scelta della propria prospettiva. Un aspetto che rivela, per riprendere Tomasello (2005), l'ulteriore 'natura prospettica' del simbolo linguistico. In altre parole potremmo ipotizzare che Andrea abbia acquisito la possibilità di includere un Altro nella sua rappresentazione del mondo.

Discussione

Attraverso le cornici riportate si possono apprezzare i progressi riscontrati da parte di Andrea, con particolare riferimento alla produzione fonetica, alla produzione linguistica e alla produzione grafica. Abbiamo osservato come l'espansione della dimensione espressiva sia stata accompagnata da un'espansione della competenza intersoggettiva.

Il lavoro di ricerca di una sincronizzazione con i comportamenti spontaneamente esibiti dal bambino (Venuti *et al.*, 2017) - di carattere vocale o gestuale - a cui è stata supposta un'intenzionalità dall'operatore, il quale li ha considerati come produzioni intenzionali di tipo sonoro-musicale esprimenti un particolare vissuto affettivo-corporeo, è stato utile per la costruzione di uno spazio di incontro e, successivamente, di condivisione. Questo lavoro richiama al concetto di forme vitali, introdotto da Stern, che è stato ripreso dai lavori di Gallese e Rochat (2018) sullo sviluppo della cognizione sociale. Gli autori mostrano la possibilità di ricondurre i deficit riscontrabili nell'autismo ad un'alterazione del processo di percezione senso-motoria delle informazioni riguardanti il piano della relazione, che comprometterebbe la possibilità di sviluppo dei processi di mentalizzazione. In questo senso i processi di rispecchiamento hanno assunto per noi il valore di rafforzare la dimensione esperienziale che si esprime attraverso gli affetti vitali, i quali,

riferendosi alla qualità dell'esperienza e non alla sua interpretazione cognitiva, risultano trasversali e svincolati dalle differenti modalità percettive (Stern, 1987) e fondano la possibilità di lavorare parallelamente su un suono e su un tratto grafico, entrambi riferiti al medesimo affetto (esempio del suono [pa] riportato nella cornice 1), nel tentativo di stimolare l'organizzazione di un 'sistema della molteplicità condivisa' (Gallese, 2006b), determinante nel processo di costituzione della soggettività e per l'attribuzione di un senso all'esperienza, che si configura come una co-costruzione che prende forma attraverso l'incontro con l'altro. Tuttavia è utile evidenziare che è proprio l'inevitabile presenza di uno scarto tra i momenti di sintonizzazione e l'effettiva esperienza affettivo-corporea del bambino - a cui, in quanto alterità, non abbiamo direttamente accesso - , come messo in luce in un recente lavoro di Seligman (2020), che offrirebbe a questi l'opportunità di adoperarsi creativamente alla ricerca di un posizione soggettiva. Seguendo il richiamo di Seligman a Lacan, possiamo individuare il riconoscimento della dissonanza con l'altro come tappa fondamentale della costituzione soggettiva (Lacan, 2002c).

In riferimento ad Andrea abbiamo osservato il passaggio tra i momenti di angoscia, crisi di rabbia ed una maggiore tolleranza della frustrazione che le incomprensioni e gli scarti tra la propria volontà e quella di un Altro inevitabilmente producono. Parallelamente a questa maturazione emotivo-affettiva abbiamo assistito ad una diminuzione delle stereotipie, e ad un'espansione delle competenze relazionali e comunicativo-linguistiche. Potremmo pertanto ipotizzare che è possibile che le abilità linguistiche si siano sviluppate a partire da una mediazione simbolica di uno spazio psichico minacciato dal vuoto rappresentato dalla frattura dissonante tra sé e l'altro.

In questa prospettiva l'enfasi sugli aspetti sovrasegmentali della lingua, riprendendo il modello dell'*Infant Direct Speech* (Freddi, 2012), ci ha permesso di costruire brevi proto-conversazioni e considerare i contributi del bambino come significativi nel processo di scambio, senza avanzare invadenti richieste. Sterponi e Fasulo (2010), studiando l'intreccio tra 'progressività' e 'intersoggettività' nel processo comunicativo, hanno evidenziato l'importanza di riporre fiducia nelle abilità comunicative dell'interlocutore. In questo senso sembrerebbe utile considerare le modalità espressive di un bambino con autismo come modi peculiari di abitare il 'qui ed ora' (Sterponi & de Kirby, 2015), prendendole 'alla lettera' (Lacan, 2002b) e attribuendogli un'intenzionalità, presumendo che il bambino fa ciò che può o, riprendendo Meltzer: 'tenta di cavarsela con ciò che ha a disposizione' (Meltzer, 2000).

In questa prospettiva anche le stereotipie (motorie o vocali) potrebbero essere considerate come metafora di una posizione soggettiva (Lolli, 2015; de Halleux & Baio, 2011; Egge, 2006) in quanto, come afferma Danon-Boileau (2015), non possiamo concludere che il linguaggio del bambino

autistico non esprima nulla, poiché attraverso la sua singolarità il soggetto tenterebbe di dare forma all'estraneità del mondo interno o esterno. In questa prospettiva l'operatore è chiamato a prestare attenzione ai momenti di 'risonanza dialogica' che si verificano negli scambi conversazionali (Du Bois, Hobson, & Hobson, 2014; Hobson, Hobson, García-Pérez, & Bois, 2012), in quanto essi esprimerebbero l'evento di uno scambio comunicativo, primariamente riscontrabile attraverso la comparsa dei gesti dichiarativi, che permettono di osservare la presenza di un interlocutore nell'iniziativa conversazionale creata dal bambino (Perucchini, Muratori, & Parrini, 2005; Bernabei, Camaioni, Levi, & Di Falco, 1997), la quale abbiamo potuto osservare nel nostro lavoro a partire dalle attività riportate in ciascuna cornice.

Da quanto riportato nel commento alla seconda cornice, possiamo osservare come i lavori sui processi di rispecchiamento abbiano presumibilmente influito sull'abilità del bambino di costruire una modalità di autocorrezione nella produzione fonetica del suono [s]. Supponiamo che sia stato l'interesse sviluppato per l'altro, l'apertura relazionale, ad aver influito sulla capacità di Andrea di autocorreggere la propria produzione. Lo sviluppo delle capacità imitative sembra essersi evoluto a partire dall'imitazione dell'operatore delle produzioni del bambino, il quale, in seguito all'interesse maturato per l'interlocutore e la plausibile presa di consapevolezza della propria incisività sul piano conversazionale, ha impiegato tale abilità intersoggettiva, come strumento per modificare la propria produzione linguistica.

Lo sviluppo delle abilità fonetiche, come possiamo osservare dal passaggio tra la prima e la seconda cornice, ha permesso al bambino di iniziare a costruire parole e brevi frasi per tradurre la propria intenzionalità comunicativa. Ipotizziamo che l'apertura relazionale nel contesto conversazionale, originariamente creato attraverso la posizione di interlocutore occupata dal terapeuta, abbia favorito l'impiego delle abilità espressive in strutture linguistiche più complesse (struttura combinatoria) e una loro generalizzazione ad altri contesti, oltre quello del setting. In altre parole potremmo ricondurre la generalizzazione riscontrata all'interiorizzazione di un contesto intersoggettivo che presuppone la consapevolezza della propria efficacia comunicativa e l'esigenza di rivolgersi ad un altro.

Possiamo ritrovare quest'espansione dell'esperienza nell'intreccio tra produzione grafica e sfera affettiva, studiata da Di Renzo e colleghi (2017). Parallelamente al passaggio progressivo da scarabocchi stereotipati, indicatori di un'evasione dalla relazione (Di Renzo *et al.*, 2017), a forme concentriche che, necessitando di un maggiore controllo per la loro realizzazione, potremmo considerare precursori di forme pre-schematiche di rappresentazione, abbiamo osservato un approfondimento della relazione di Andrea con il mondo di cui è parte. Ipotizziamo quindi che l'evoluzione riscontrabile nell'attraversamento delle tre cornici riportate, sia stata espressa anche attraverso l'organizzazione degli elementi grafici sullo spazio-foglio.

Riconducendo l'origine dell'affetto ad un'esperienza corporea a cui un altro risponde (Freud, 1895), aspetto che a nostro parere si intreccia con le riflessioni di Gallese sull'intersoggettività (Gallese, 2013), potremmo ipotizzare che un aspetto dell'espressione affettiva traduca nel nostro caso la consapevolezza del bambino di occupare uno spazio (Schwab, 2014), in cui si condensano lo spazio fisico occupato dal proprio corpo, che implica anche la consapevolezza della differenza io-altro (Grinberg & Grinberg, 1976), e lo spazio conversazionale, all'interno del quale il bambino ha riconosciuto la sua posizione di soggetto. Possiamo sintetizzare così che cosa succede in termini di intersoggettività: quando l'adulto che lavora con il bambino autistico in un contesto di cura 'riesce a introdursi tra il bambino e quello che lo assorbe nel mondo, il sentimento di identità del bambino si consolida. Qualcosa può entrare in uno scambio. Qualcosa che rinforzerà, ovviamente, il potere di simbolizzazione del linguaggio' (Danon-Boileau, 2015, pp. 208-209).

Riprendendo l'attenta distinzione che Franco Lolli (2012) propone tra i registri cognitivo e intellettuale, il nostro lavoro ha proposto una riflessione, attraverso le tre cornici, sulla trasversalità del funzionamento intellettuale rispetto alle competenze cognitive (come il linguaggio, grafismo): lo sviluppo del registro intellettuale (*perché* agire) sarebbe indispensabile per orientare le risorse cognitive (*come* agire) verso un fine, e quindi per poter promuovere la generalizzazione delle abilità acquisite. Una prospettiva di lavoro che non può prescindere dall'importanza di trattare ogni caso nella sua specificità, ovvero come risultante di un complesso e reciproco condizionamento di fattori costituzionali e ambientali (Singletary, 2015; Ansermet & Giacobino, 2013) che determinano l'ambiente in cui il soggetto può prendere posto.

Conclusioni

L'osservazione che è stata presentata tende a confermare che, nel caso dell'autismo, è il processo di concatenazione che caratterizza la dimensione simbolica dell'esperienza ad essere difettoso. Il linguaggio - tanto la sua assenza quanto il suo accadere - ne diventa espressione emblematica per l'organizzazione strutturale che gli è propria - un sistema di fonemi la cui combinazione permette la generazione di messaggi comprensibili ad un interlocutore. Nel caso dell'autismo, l'assenza del linguaggio si riflette nell'atteggiamento di chiusura riscontrabile nel quadro clinico. A questo scopo porsi in posizione di interlocutore e attribuire un'intenzionalità alle modalità espressive del bambino potrebbe rivelarsi un'utile tecnica per tentare di entrare in risonanza con l'esperienza vissuta dal bambino, affinché egli possa percepire e scoprire la sua posizione all'interno della dimensione conversazionale. L'osservazione longitudinale ha messo in luce questo graduale processo di scoperta che l'operatore sarebbe chiamato a sostenere,

innanzitutto attraverso un lavoro che riconosca un senso a quei comportamenti che, nel caso dell'autismo, vengono spesso considerati insensati e quindi accantonati. Non si è trattato dunque di un effetto causativo, bensì di un supporto discreto e puntuale al processo di soggettivazione in cui l'operatore ha incarnato il posto dell'interlocutore.

Lo scopo del presente articolo era quello di evidenziare l'intreccio tra i processi intersoggettivi e lo sviluppo della dimensione simbolica dell'esperienza, nelle diverse modalità in cui si esprime, qui rappresentate dal linguaggio e dal disegno. Tanto le riflessioni teoriche quanto il percorso dell'osservazione hanno permesso di analizzare l'esperienza della relazione con un bambino con autismo nel rispetto della complessità dell'incontro, che è stato possibile preservare attraverso l'intreccio di saperi relazionali.

Potremmo riassumere i limiti di questo lavoro attraverso due considerazioni: la presentazione di un caso singolo e l'importante ruolo attribuito alla riflessione dell'operatore piuttosto che all'impiego di strumenti standardizzati. Entrambi questi aspetti ci invitano a prendere con prudenza le riflessioni qui presentate nella prospettiva di una generalizzazione. Specifichiamo tuttavia che la proposta di considerare questi tre livelli di analisi - intersoggettività, produzione fonetica e linguistica, produzione grafica - si configura come tentativo di sistematizzare le osservazioni in una prospettiva clinica che rispetti l'unicità del soggetto. E' auspicabile che futuri lavori, estesi ad altri casi clinici, possano espandere questa prospettiva e permettano di rivisitarla attraverso altri contributi.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2001). *DSM-IV TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Text Revision*. Milano: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic criteria. Mini DSM-5*. (FS Bersani, E. Di Giacomo, CM Inganni, N. Morra, M. Simone, & M. Valentini, Trad.) Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ansermet, F., & Giacobino, A. (2013). *Autism. To each his own genome*. (C. Nicastri, Trad.) Macerata: Quodlibet.
- Barale, F. (2016). Entering autism. *Journal of Psychoanalysis*, LXII (3), 649-661.
- Bernabei, P., Camaioni, L., Levi, G., & Di Falco, M. (1997, August). Socio-communicative development in the first two years of life of children with autism: possibility of an early diagnosis. *Clinical Developmental Psychology* (2), 245-260.
- Boudard, B. (2011). A program? Not without the subject. In B. de Halleux, & V. Baio (Ed.), *'Something to say' to the autistic child* (pp. 115-116). Roma: Borla.
- Cipriani, P., Chilosi, A., Bottari, P., & Pfanner, L. (1993). *The acquisition of morphosyntax in Italian - phases, and processes*. Padova: Unipress.
- Dainesi, A., & Pretorius, I. (2020). Observations according to Anna Freud's method on a child with autism. A relationship that filters through the second skin. *Clinical and Developmental Psychology* (1), 171-178.
- Danon-Boileau, L. (2015). *Autism: another way to communicate*. Milano: Franco Angeli.
- de Halleux, B., & Baio, V. (Editor). (2011). *'Something to say' to the autistic child*. Roma: Borla.

- Di Ciaccia, A. (2011). The subject and his Other. In B. de Halleux, & V. Baio (Ed.), *'Something to say' to the autistic child* (pp. 68-73). Roma: Borla.
- Di Renzo, M., Marini, C., Bianchi di Castelbianco, F., Racinaro, L., & Rea, M. (2017). Correlations between the Drawing Process in Autistic Children and Developmental Indexes. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 7 (2), 1-9.
- Egge, M. (2006). *Caring for the autistic child*. Roma: Astrolabio.
- Fernald, A. (1989). Intonation and communicative intent in mother's speech to infant: is the melody the message? *Child Development*, 60, 1497-1510.
- Fernald, A. (1991). Prosody in speech to children: prelinguistic and linguistic function. *Annals of Child Development*, 8, 43-80.
- Freddi, E. (2012). Language and Musicality. *EL.LE*, 1 (1).
- Freud, S. (1895). *Project of a Psychology* (1976 ed.). Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1920). *Beyond the pleasure principle* (1975 ed.). Torino: Bollati Boringhieri.
- Frith, U. (2010). *Autism. Explanation of a riddle*. Bari: Laterza.
- Gallagher, S. (2004). Understanding Interpersonal Problems in Autism: Interaction Theory as An Alternative to Theory of Mind. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 11 (3), 199-217.
- Gallagher, S., & Varga, S. (2015). Conceptual issues in autism spectrum disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 28, 1-6.
- Gallese, V. (2006a). Intentional attunement: A neurophysiological perspective on social cognition and its disruption in autism. *Brain Research*, 1079 (1), 15-24.
- Gallese, V. (2006b). The shared multiplicity. From mirror neurons to intersubjectivity. In A. Ballerini, F. Barale, V. Gallese, S. Ucelli, & S. Mistura (Ed.), *Autism. Hidden humanity* (pp. 207-270). Torino: Einaudi.
- Gallese, V. (2007). Mirror neurons and the social nature of language: the neural exploitation hypothesis. *Social Neuroscience*, 1-17.
- Gallese, V. (2013). Body does not lie. Cognitive neuroscience and the genesis of subjectivity and intersubjectivity. *Sentimental Education*, 20, 8-24.
- Gallese, V., & RoCHAT, MJ (2018). Forms of Vitality: Their Neural Bases, Their Role in Social Cognition, and the Case of Autism Spectrum Disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 38 (2), 154-164.
- Geretsegger, M., Elefant, C., Mössler, K., & Gold, C. (2014). Music therapy for people with autism spectrum disorder (Review). *Cochrane Database of Systematic Review* (4).
- Giusti, M., & Suvini, F. (2014). Music therapy and autism: psychodynamic music therapy as a therapy of intersubjectivity. In G. Corrado, G. La Malfa, & A. Stefano, *Quality of life between Mind and Body*. Florence: Maddali and Bruni.
- Glenberg, AM, & Gallese, V. (2011). Action-based language: A theory of language acquisition, comprehension, and production. *Cortex*, 1-18.
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (1999). A functional developmental approach to Autism Spectrum Disorders. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 24 (3), 147-161.
- Grinberg, L., & Grinberg, R. (1976). *Identity and change*. Roma: Armando.
- Hubbard, DJ, Faso, DJ, & Sasson, PF (2017). Production and perception of emotional prosody by adults with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 10 (12), 1991-2001.
- Hutka, S., Bidelman, GM, & Moreno, S. (2013). Brain signal variability as a window in to the bidirectionality between music and language processing: moving from a linear to a non-linear model. *Frontiers in Psychology*, 4 (984), 1-11.
- Higher Institute of Health. (2011, October). Guideline 21: Treatment of autism spectrum disorders in children and adolescents.
- Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2008). The Effects of Improvisational Music Therapy on Joint Attention Behaviors in Autistic Children: A Randomized Controlled Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1758-1766.

- Lacan, J. (2002). The stage of the mirror as a trainer of the ego function. In GB Contri (Ed.), *Writings* (Vol. I). Torino: Einaudi.
- Lacan, J. (2002a). Function and field of speech and language in psychoanalysis. In GB Contri (Ed.), *Writings* (Vol. I). Torino: Einaudi.
- Lacan, J. (2002b). The instance of the letter in the unconscious or the reason after Freud. In GB Contri (Ed.), *Writings* (Vol. I). Torino: Einaudi.
- Lacan, J. (2003). *The seminar. Book XI. The four fundamental concepts of psychoanalysis*. Torino: Einaudi.
- Lai, G., Pantazatos, S., Schneider, H., & Hirsch, J. (2012). Neural system for speech and song in autism. *Brain. A journal of neurology*, 135, 961-975.
- Lashewicz, BM, Shipton, L., & Lien, K. (2017). Meta-synthesis of father's experiences raising children on the autism spectrum. *Journal of Intellectual Disabilities*, 1-15.
- Laurent, É. (2013). *The battle of autism*. Macerata: Quodlibet.
- Laznik, MC (2016). Lacan and autism. *Journal of Psychoanalysis*, LXII (3), 677-692.
- Laznik, M.-C. (2012). *With a siren's voice. Stories of autistic children, too sensitive children, and their parents*. (J. Jerkov, & C. Giovana, Trad.) Roma: Editori Riuniti.
- Leslie, A. (1987). Pretence and representation: the origins of 'theory of mind'. *Psychological Review* (94), 412-426.
- Lolli, F. (2012). *Rehabilitate the unconscious*. Pisa: ETS.
- Lolli, F. (2015). *One by one. Elements of differential diagnosis in psychoanalysis*. Alberobello: Poesis.
- Maestro, S., & Tancredi, R. (2016). Psychoanalysis and autism: dialogues between mind and body. *Journal of Psychoanalysis*, LXII (3), 663-675.
- Meltzer, D. (2000). *Explorations on Autism. Psychoanalytic study*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Mignani, M., & Gobbo, C. (2002). Symbolic play and autistic syndrome: some notes on the state of research. *Clinical and Developmental Psychology* (2), 179-201.
- Mithen, S. (2007). *The song of the ancestors: the origins of language, mind, body*. Torino: Code Editions.
- Muratori, F., Apicella, F., Muratori, P., & Maestro, S. (2011). Intersubjective disruptions and caregiver-infant interaction in early Autistic Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5 (1), 408-417.
- Nomi, J., & Uddin, L. (2015). Face processing in autism spectrum disorder: from brain regions to brain networks. *Neuropsychology* (71), 201-216.
- Pediconi, MG, & Urbinati, C. (Editor). (2019). *There are not. Autism: Healing Guidelines with Psychoanalysis*. Milano: Franco Angeli.
- Perucchini, P., Muratori, F., & Parrini, B. (2005). Theory of Mind, gesture to indicate declarative and autism. *Italian Journal of Psychology* (4), 799-817.
- Raglio, A., Traficante, D., & Oasi, O. (2011). Autism and music therapy. Intersubjective approach and music therapy assessment. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20 (2), 123-141.
- Reiner, O., Karzbrun, E., Kshirsagar, A., & Kaibuchi, K. (2016). Regulation of neural migration, an emerging topic in autism spectrum disorders. *Journal of Neurochemistry*, III (136), 440-456.
- Romano, LS, Paravidini, JL, & Próchno, CC (2019). Autism: A structure of existence and the legitimacy of subjects. *Estilos da Clinica*, 24 (2), 329-341.
- Schwab, E. (2014). Autism, between psychoanalysis and behaviorism: some remarks. *La psychiatrie de l'enfant*, 57, 465-490.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2016). *Assessment, diagnosis, and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders. A national clinical guideline*. Edinburgh.
- Seligman, S. (2018). *The development of relationships. Childhood, intersubjectivity, attachment*. Milano: Raffaello Cortina.

- Seligman, S. (2020). Affects, attunements, and the intersubjective self in early development. *Ricerca Psicoanalitica*, XXXI (1), 37-52.
- Siegel, DJ (2013). *The relational mind* (II ed.). (L. Madeddu, Trad.) Milano: Raffaello Cortina.
- Singleton, W. (2015). An integrative model of autism spectrum disorder: ASD as a neurobiological disorder of experienced environmental deprivation, early life stress, and allostatic overload. *Neuropsychoanalysis*, 17 (2), 81-119.
- Italian Society of Childhood and Adolescent Neuropsychiatry (SINPIA). (2005, March). Guidelines for Autism. Technical-operational recommendations for developmental neuropsychiatry services.
- Stern, DN (1987). *The interpersonal world of the child*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Sterponi, L., & de Kirby, K. &. (2015). Rethinking language in autism. *Autism*, 19 (5), 517-526.
- Sterponi, L., & Fasulo, A. (2010). 'How to Go On': Intersubjectivity and Progressivity in the Communication of a Child with Autism. *ETHOS*, 38 (1), 116-142.
- Stoel-Gammon, C. (1985). Phonetic inventories, 15-24 months: a longitudinal study. *Journal of Speech and Hearing Research*, 28, 505-512.
- Suvini, F. (2019). The application of improvisational music therapy in autism. *Life Research*, 2 (2), 52-58.
- Suvini, F., Apicella, F., & Muratori, F. (2017). Music therapy microanalysis of parent-infant interaction in a three-month-old infant later diagnosed with autism. *Health Psychology Report*, 5 (2), 151-161.
- Tafuri Ranieri, M. (2019). Techniques for psychiatric rehabilitation. Multifactorial study on rehabilitation strategies for autism spectrum disorders with limited functioning. *Journal of Advanced Health Care*, 1 (2), 37-41.
- Tomasello, M. (2005). *The cultural origins of human cognition*. (L. Anolli, Edited by, & M. Riccucci, Trad.) Bologna: Il Mulino.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. (2001). Infant Intersubjectivity: Research, Theory, and Clinical Applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (1), 3-48.
- Venuti, P., Bentenuto, A., Cainelli, S., Landi, I., Suvini, F., Tancredi, R.... (2017). A joint behavioral and emotional analysis of synchrony in music therapy of children with autism spectrum disorders. *Health Psychology Report*, 5 (2), 162-172.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 12 agosto 2020.

Accettato per la pubblicazione: 15 maggio 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:313

doi:10.4081/rp.2021.313

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Mary e ‘l’orologio biologico che fa tic tac’

Alessandra Micheloni*

Mary è una giovane donna, da poco trentacinquenne, che bussa alla mia porta un paio di anni fa.

Proviene da una famiglia abbastanza benestante; è cresciuta in una villa costruita con gli sforzi del padre nel centro città; villa che nella mente dei genitori sarebbe diventata la casa futura di Mary, o del fratello minore di pochi anni, e della loro futura nuova famiglia.

A discapito delle aspettative genitoriali, Mary vive sola in affitto da qualche anno in un bilocale in centro che lei definisce ‘*la perfetta casa da single*’, con la movida a portata di mano, ma anche con l’incognita del posteggio auto tutte le sere.

Quando io e Mary iniziamo ad incontrarci, mi colpisce subito come la sua domanda di aiuto entri nella stanza di terapia attraverso canali diversi dalla parola, nonostante si mostri da subito una ragazza estremamente loquace.

Del primo colloquio infatti, che lei utilizza per consegnarmi un densissimo riassunto di tutta la sua vita, io riesco a registrare solo una serie di sensazioni fisiche: stordimento; dolore alla mandibola, per le diverse volte in cui mi sono sentita spinta ad assecondare le sue risatine sarcastiche su quel colossale fallimento che sente essere la sua vita; dolore al collo, per quei momenti di sintonizzazione spontanea della mia postura con la sua, in cui mi ritrovavo a seguire un particolare rapido movimento del suo collo da destra a sinistra, come stesse recitando, usato quasi come un intercalare. In quel primo colloquio mi sentii bloccata nel pensiero, incapace di riflettere nonostante Mary mi avesse portato ‘il mondo’, il suo mondo, in quei primi sessanta minuti.

Provando a guardare oltre le sensazioni fisiche di quel particolare incontro, scorgo poi dei vissuti: rassegnazione, tanta rassegnazione; rabbia; invidia; senso di ingiustizia e infine, sotto sotto, un velo di tristezza.

Sento che quel velo di tristezza che provo mi salva. Mi sembrò l’unica

*Psicologa-Psicoterapeuta, Socia SIPRe, Socio Fondatore Psiche Srl, Membro Area Adolescenza e Giovane Adulto - SIPRe Parma.
E-mail: psico.alessandramicheloni@gmail.com

tonalità emotiva che mi permetteva di iniziare a pensare con Mary in merito al suo stare male e che mi permetteva di non sentirmi schiacciare da quel senso di immobilità che la seduta mi aveva lasciato.

Mary è giovane, bella, semplice, una ragazza acqua e sapone, ma ciò che mi racconta di sé la fa sembrare molto più in là con gli anni e ormai verso la fine della sua vita. Le sedute con lei, per un buon primo anno, sono tutte un racconto di sintomi fisici, acciacchi e malesseri che Mary porta con scontatezza, senza troppi dettagli e velocemente, come fossero parte di una narrativa abituale su sé stessa e che condiscono il motivo principale del suo venire in terapia: la sua insoddisfacente vita sentimentale.

Ma proprio come l'acqua con l'olio, Mary mi porta questi due macro-temi, i dolori del corpo da un lato e le difficoltà relazionali dall'altro, insieme benché separati tra loro.

Il modo in cui Mary mi porta queste due tematiche non è problematizzante, ma per lo più fatalistico. L'emotività e i sentimenti circa gli eventi di cui mi parla sono espressi in modo vago, approssimativo e solamente su mia richiesta di un maggior approfondimento. Solitamente non sa dire cosa prova.

Sul piano delle relazioni Mary è ossessionata dall'idea di costruirsi una famiglia, che dice essere un suo desiderio da sempre; non si capacita però di come il mondo sembra prendersi gioco di lei in questo senso. Tutte le sue amiche ormai sono accasate, molte con figli e lei sente il peso dell' *'orologio biologico che fa tic tac'* e che le sbatte in faccia la sua paura più grande: restare sola, con la casa piena di gatti, i suoi animali preferiti. Questa ormai, più che una paura, ha preso le sembianze di una certezza la quale si consolida e fortifica ad ogni nuova delusione amorosa, che lei mi racconta con quell'autoironia che ormai la tiene in piedi e allo stesso tempo la ingessa in un'armatura sempre più scomoda per muoversi. Mary fa un ampio uso dell'autoironia e dell'umorismo per parlare di sé e se questo da un lato la rende una persona piacevole, simpatica nonché dotata di risorse psichiche, dall'altro questa rigidità del suo sistema difensivo non le consente di entrare in contatto con il flusso delle emozioni che prova e delle quali fa davvero fatica a parlare.

L'ossessione e l'armatura, che presto capiamo nascondere un profondo senso di inadeguatezza e uno spasmodico bisogno di riconoscimento di sé da parte dell'altro, la portano a condurre una vita sessualmente promiscua; la sua non sarebbe tanto una dipendenza dal sesso fine a sé stesso, come esperienza di piacere evaporativo, ma una dipendenza dal sentirsi oggetto del desiderio di qualcuno; ciò la porta nei rapporti a errare da un tentativo di relazione all'altro, con l'idea che prima o poi qualcuno la prenderà con sé e vorrà costruire qualcosa insieme a lei.

L'armatura di Mary è quella della donna indipendente, seducente, sicura di sé, che non ha bisogno di nulla e in prossimità del weekend entra in gioco alla ricerca di un partner con cui trascorrerlo, poiché è troppo doloroso pensare di non avere nessuno con cui dividerlo; agisce sui social e sui siti di

incontri; il suo palcoscenico prediletto è una cena con una bottiglia di vino, meglio ancora se una bottiglia di vino senza cena, perché alla 'femme fatale' (come abbiamo chiamato questa sua parte) non piace farsi vedere mangiare, la fa sentire sporca e nuda; la nudità, che è però una nudità effimera, arriva poi in camera da letto, preferibilmente 'la sua' camera da letto, dove lei possa sentirsi a proprio agio.

Mary mi racconta le sue avventure, le avventure di questa 'femme fatale' che io, guardandola in seduta, faccio quasi fatica ad immaginare e nei racconti perdo il conto, nonostante la mia buona memoria, dei nomi di tutti gli uomini che nel corso del tempo si avvicendano. A ognuno di essi Mary si presenta così, attenta a non lasciar intravedere alcun bisogno, alcuna fragilità o vulnerabilità. Ogni tanto qualche conoscenza va oltre i primi incontri, prova a decollare e Mary inizia a crederci, ma quando questo accade, quando Mary inizia a sentire il legame, prende il sopravvento l'irrefrenabile necessità di mettere l'altro alla prova, di inondarlo di richieste, sopraggiunge la competizione e il dubbio e l'urgenza di sentirsi al centro della vita dell'altro; il tutto si traduce in una vorace accelerata, che finisce per fagocitare l'altro, il quale poi puntualmente se ne va. La metafora 'animalesca' che sottende l'uso dei termini 'vorace' e 'fagocitare', non è casuale, ma mi viene suggerita dal modo particolare in cui Mary si è riconosciuta dentro a un'immagine che usai con lei una volta, quando le dissi che spesso mi sembra si comporti come un felino in caccia. La parola 'caccia', sulla quale è lei stessa a soffermarsi, le suscita una sensazione di eccitazione e di ebbrezza irresistibili, solamente a sentirla pronunciare.

Ci mettiamo un po' prima di poterci spostare da una visione di sé stessa come vittima di un destino avverso, passiva rispetto a ciò che le accade. Questo inizia ad essere possibile piano piano, dopo aver orientato la terapia da un lato sulla necessità di soffermarci, approfondire, prenderci del tempo per stare su un evento alla volta e dall'altro sul tentativo di esplorare, comprendere, anche solo semplicemente nominare, i suoi vissuti in merito.

Una volta compresa l'esistenza di una sua parte in gioco e la possibilità di essere parte attiva, Mary comincia ad affinare sempre di più una tecnica di avvicinamento dell'altro, che già le veniva discretamente bene: dare all'altro ciò che egli vuole da lei, o meglio, ciò che Mary immagina che l'altro voglia da lei. Gli occhi, le orecchie e le sedute con me, sono tutte tese a scrutare l'altro, analizzare i suoi movimenti, i suoi segnali, come se Mary si aspettasse in questo modo di scongiurare il dramma di un'altra ennesima delusione; mentre invece questa immancabilmente arriva.

Questa è la parte che Mary sente di poter fare in un primo momento; questo è il suo primo maldestro tentativo di iniziare a riconoscersi in quello che le accade e parallelamente cambia anche il suo approccio con me. Smetto di essere una semplice spettatrice delle sue disgrazie, come mi percepivo in un primo momento e inizio a sentirmi vista come un 'altro', dap-

prima forse da dover ammalare, perché Mary sembra aver bisogno di sentirsi una paziente desiderabile per me, più tardi invece nel corso della terapia, un 'altro' con cui confrontarsi davvero.

Nel frattempo, il corpo di Mary continua a parlarci e lo fa spesso attraverso le immagini dei suoi sogni. Colloco i sogni dentro la sfera del corpo, poiché come suggerito dalle neuroscienze, prodotti da quella parte dell'attività celebrale (l'emisfero destro, il solo attivo durante lo stato di sonno) direttamente connessa con il sentire corporeo, con il pre-simbolico, con l'immaginario. Secondo questa prospettiva, corpo e inconscio diverrebbero sinonimi.

Mary sogna molto e il clima dei suoi sogni è sempre angosciante. Scorgiamo in essi come una sorta di filo rosso, che consiste nel vedere di volta in volta parti di sé in una particolare interazione tra loro. Queste interazioni prevedono quasi sempre la presenza di una parte carnefice da cui fuggire, una parte fragile e indifesa che necessita di essere salvata e una parte ancora, non presente in tutti i sogni, che si occupa di questo compito salvifico, ma che allo stesso tempo non riesce nell'impresa.

Un sogno che mi riporta alla dodicesima seduta è particolarmente rappresentativo di questa dinamica:

'Mi trovavo nel giardino di casa dei miei, anche se non era esattamente come è nella realtà, ero vestita con un camice, come di quelli che si usano in sala operatoria, ero spaventata e stavo scappando da qualcosa; a un certo punto capisco da chi stavo scappando, un'altra me stessa, un'altra persona con le mie stesse sembianze, armata di un coltello, la faccia indemoniata, cattiva, insanguinata...dovevi vedere quella faccia, era spaventosa! Sono corsa via, ma ero debole, tanto debole; mi sono rifugiata dentro a un luogo che sembrava un obitorio, con quei tavoli di acciaio, freddi e grandi; mi sono raggomitolata in un angolo, ma la parte che voleva uccidermi mi ha raggiunta, mi ha colpita con il coltello più volte, con violenza, ero quasi in fin di vita, quando a un certo punto arriva un'altra me stessa, vestita come fosse una poliziotta e che riesce ad allontanare quella che mi aggrediva. Io ero sola, senza forze, ferita e ormai mi sentivo che stavo per morire. La poliziotta è tornata, mi ha preso in braccio e mi ha messo dentro a una gabbia dicendomi che sarei stata al sicuro e che andava a cercare aiuto. Nel frattempo però la parte che voleva farmi del male è tornata, non so come e voleva prendermi; non poteva raggiungermi poiché mi trovavo dentro alla gabbia, ma era lì e sapevo che prima o poi ce l'avrebbe fatta.'

Sembra evidente come i sogni di Mary parlino di una sofferenza inascoltata, messa all'angolo, di bisogni taciuti, incompresi e braccati da una mente spesso giudicante, altrettanto spesso ridicolizzante, che li imprigiona.

A quella sofferenza, come accade nel paziente psicosomatico, non resta che manifestarsi, scegliere un'altra via nella speranza di ricevere ascolto ed è iniziando a porre attenzione a queste manifestazioni che cominciamo lentamente ad accedervi.

Il disturbo alimentare

In adolescenza Mary ha sofferto di anoressia e tutt'ora, benché la sintomatologia non sia più presente ai livelli di un tempo, il rapporto con il cibo e con la sua immagine corporea continua ad essere una questione delicata. La soluzione che Mary ha adottato nel tempo è quella di evitare il più possibile di specchiarsi, mentre per quanto concerne il cibo, quando inizia un pasto cerca di portarlo a termine nel minor tempo possibile, riducendo il nutrimento ad un puro atto necessario. Vede il nutrirsi come un atto superficiale, di poco conto, che va espletato unicamente per sopravvivere. Quando esce a cena con le amiche dice loro di essere molto affamata e di voler ordinare le pietanze più prelibate proposte dal menù, spesso scegliendo lei stessa il ristorante in cui andare, ma poi, di fronte al piatto si sazia subito e perde ogni interesse. Dell'anoressia oggi resta questo, accanto a dei brevi periodi anoressizzanti coincidenti con le sue due più grandi delusioni amorose avvenute tra i venti e i trent'anni: la vita sentimentale di Mary in effetti non è sempre stata bloccata. Tra i 23 e i 26 anni ha avuto la sua prima relazione significativa corredata da un anno e mezzo di convivenza e un trasferimento in un'altra regione; in essa Mary subisce il tradimento per la prima volta, ne sperimenta il perdono e poi un secondo tradimento, che segnerà la fine di quel rapporto.

Poco tempo dopo, Mary inizia una breve frequentazione con un giovane uomo del quale si innamora perdutamente; con lui Mary descrive una connessione particolare, un'intesa molto forte mai provata prima, aspetti che resero ancor più duro il colpo quando questi decise di lasciarla per ricongiungersi alla precedente fidanzata.

Da allora Mary sente che *'qualcosa si è rotto'* e non solamente la relazione in sé.

Di tanto in tanto, mentre le sedute con Mary sono di solito pervase dal suo presente, ci ritroviamo in modo ciclico a guardare da quel pertugio, come se cercassimo ogni volta di vedere qualcosa in più. Di recente mi dice ancora: *'in quel punto della mia vita, con quel ragazzo, è successo qualcosa. Non so perché, ma quella delusione mi ha fatto più male della precedente che era durata anche molto di più e sento che quel dolore non si è mai sistemato del tutto. C'è qualcosa, ma non capisco cosa'*.

Il tumore e il trauma

Circa tre anni e mezzo fa Mary riceve la diagnosi di carcinoma all'utero, scoperto casualmente a seguito di una visita di controllo per un'altra patologia genitale diagnosticata tempo prima: il Papilloma Virus. Benché la patologia del Papilloma Virus costituisca un fattore altamente predisponente per i car-

cinomi in quest'area, la condizione di Mary ha comunque sorpreso i medici per la manifestazione rapida e improvvisa del tumore, non evidenziata dai frequenti controlli antecedenti. Mary ricorda di non aver avuto molto tempo per pensare a quella diagnosi, pur di una certa gravità, perché nel giro di qualche giorno era già sotto i ferri. Il ginecologo di fiducia, amico di famiglia, ha ritenuto di dover intervenire nel modo più tempestivo possibile, così tempestivo che le visite pre-operatorie non furono nemmeno debitamente completate.

Il ricordo che Mary ha dell'intervento è traumatico e ha del surreale: l'anestesia locale, scelta dal chirurgo per evitare di attendere gli accertamenti necessari all'anestesia totale, in qualche modo non fece del tutto effetto e Mary ricorda di aver *'sentito tutto'*: *'se chiudo gli occhi posso sentire ancora le sensazioni fisiche degli attrezzi che ha utilizzato e sento ancora le parole del dottore 'Mary abbiamo quasi finito, resisti'*. Ricorda le urla, ma ancora una volta il suo racconto è distaccato, piatto, privo di emozione, scandito solo ogni tanto da una risatina e una gestualità che paiono dire *'capitano tutte a me'*.

A me che ascolto, il suo racconto mette i brividi, resto di ghiaccio e incredula.

Il decorso post-operatorio fu altrettanto travagliato, ma ad oggi i controlli fanno ben sperare. Questo evento segna un altro passaggio importante nella storia di Mary che da allora vive con l'incognita di poter mai portare avanti una gravidanza qualora lo desiderasse, poiché nessun medico ha potuto darle risposte certe in merito.

Il sogno di Mary di potersi costruire una famiglia subisce qui un altro duro colpo.

La fibromialgia

Qualche tempo dopo la terribile esperienza dell'operazione, circa un anno, Mary iniziò ad essere pervasa spesso da dolori fortissimi in tutto il corpo, dolori diffusi, difficili da collocare in una zona precisa del corpo, forse legati ai nervi, forse ai muscoli, forse alle ossa; dopo svariati e incerti approfondimenti, le fu diagnosticata la fibromialgia, le cui cause per i medici sono tuttora sconosciute. Fu allora che le venne consigliata per la prima volta la psicoterapia ed è lì che ebbe inizio il suo primo percorso psicoterapeutico. Mary si trovava molto bene con la sua precedente terapeuta e quello spazio le permise di fermarsi per la prima volta ad osservare la sua vita.

L'insoddisfazione con cui arriva da me, costretta a cambiare terapeuta per una gravidanza della collega unita a esigenze lavorative di Mary che le avrebbero reso impossibile raggiungere lo studio, è il vissuto principale di quel primo sguardo su di sé.

Disturbi vaginali e anorgasmia

I disturbi a livello genitale sono per Mary all'ordine del giorno; candidi, vaginiti, cistiti sono talmente frequenti che all'ingresso di casa sua tiene un mobile colmo di medicinali quasi come fosse il suo paradossale biglietto da visita ed io mi interrogo su quella femme fatale e sul reale piacere sessuale che Mary possa provare durante i suoi incontri focosi. E' allora che mi racconta come non raggiunga mai l'orgasmo, ma il sesso sia per lei un'abitudine che paragona al nutrirsi, al dissetarsi, della quale non riesce a fare a meno. Il piacere che Mary ne trae sembra aver poco o nulla a che fare con una dimensione corporea, ma sia prettamente legato alla conquista: *'se riesco a portarmelo a letto, vuol dire che ancora posso piacere, sono scopabile... per me è come una sfida, con me stessa'*.

L'elemento della sfida è quasi sempre parte del clima delle nostre sedute, almeno in una buona parte di questi due anni insieme. Mary sembra perennemente in una sorta di competizione, con sé stessa, con le amiche, con il mondo e probabilmente ogni tanto anche con me. Osserviamo come questo vissuto in Mary si attivi principalmente verso le figure femminili e verso i bambini, come ad esempio il suo nipotino, figlio del fratello che diversamente da lei, dice, sta riuscendo a realizzare i propri progetti o come il figlio di un uomo divorziato con cui si è frequentata per qualche mese.

Il terzo intollerabile e la resa

Lentamente riconduciamo i sentimenti di competizione e invidia, che quando escono la fanno sembrare una bambina piagnucolosa nell'atteggiamento e nell'eloquio, a un'esperienza della sua infanzia, dalla quale lei sente di non essersi mai sganciata: la nascita di suo fratello.

Fa fatica a legittimarsi nel parlarmi apertamente di questi sentimenti, giudicandoli infantili ed errati; tuttavia percepisco che in quella vergogna e dietro a quell'apparente minimizzazione, c'è ancora una bambina che vorrebbe essere ascoltata; per questo cerco di rassicurarla e la invito a dirmi di più.

A poco a poco Mary racconta come la nascita di suo fratello l'abbia gettata in uno stato di gelosia profonda ed emergono ricordi vividi; la gelosia era al punto tale che da bambina giocava a spingerlo nella carrozzina facendolo sbattere contro il muro; la madre, donna molto ansiosa, con la quale Mary ricorda aver avuto un legame viscerale, rispose a queste sue manifestazioni cercando di tenere Mary il più possibile vicino a sé, tanto da farle saltare quasi completamente gli anni della scuola dell'infanzia, così che potesse stare a casa con lei e il fratellino appena nato. Questa ferita di Mary tuttavia sembrava non sanarsi mai, anzi, sembrava ingigantirsi con il passare del tempo e in effetti solo ora, nei tempi più recenti del percorso di terapia, sembra iniziare a rimarginarsi.

Mary dice di aver passato tutta la vita, specialmente gli anni dell'adolescenza, facendo la *'brava bambina'*, comportandosi al meglio, portando ottimi risultati scolastici, *'ma sembrava non bastare mai! I miei mi facevano i complimenti, mi riconoscevano nei miei sforzi... eppure a me sembrava non fosse mai abbastanza ed ero sempre profondamente arrabbiata.'* A Mary pareva che il fratello non dovesse fare alcuno sforzo per ricevere amore, mentre lei sentiva continuamente di doverlo conquistare. Sembrava che Mary combattesse una battaglia, senza avere un nemico da combattere e in effetti anche nel suo presente, specialmente nel rapporto con i suoi genitori, Mary sembra vittima di sé stessa.

Del padre Mary ha l'immagine di un uomo buono, che non si arrabbia mai, disponibile, paziente, che l'ha sempre assecondata nelle sue richieste e questa immagine, non sa dire perché, la infastidisce.

Con il tempo emerge come Mary attribuisca il sogno di una famiglia, un marito, una bella casa, non veramente a sé stessa, ma alla madre, che a suo dire non perde occasione per lanciarle quelle che Mary sente come stilette pungenti: *'sai...la mia amica mi ha detto che sua figlia aspetta il secondo figlio...'*

Questo restituire in capo alla madre il sogno del quale Mary si sente ormai schiava e che nel corso della terapia inizia ad essere da lei percepito come un abito troppo stretto, le permetterà parallelamente di riconoscersi nelle scelte fatte finora: una casa da single, una vita scandita dalla ricerca confusa e spasmodica di qualcuno da avere accanto, spesa a scegliersi sempre partner incompatibili in un modo o nell'altro con quel sogno.

Abbozziamo allora l'ipotesi che il senso di tradimento materno, il senso di rifiuto percepito, quel terzo intollerato, abbiano portato Mary a costruire negli anni una sorta di vendetta. Dopo un'infanzia e un'adolescenza spesa a cercare di essere perfetta agli occhi dei genitori, per conquistarsi quell'amore che il fratello sembrava averle tolto, Mary implementa la sua vita adulta sul fargliela pagare con la propria 'imperfezione', incarnando la delusione e il fallimento.

L'occasione per mettere a fuoco questa dinamica ce la dà la recente ricerca di una nuova casa: Mary è stanca di cercare parcheggio tutte le sere rientrando dal lavoro, sperando di trovarlo il più vicino possibile così che la spesa della settimana non sia troppo pesante da portare per il suo corpo sempre dolorante; è stanca di pagare un affitto e vorrebbe che il proprio denaro possa essere investito in qualcosa di progettuale; è stanca del chiasso delle vie del centro e soprattutto, nonostante siano solo lei e il suo gatto in casa, questa casa la sente ora troppo piccola *'non so dirti perché, ma sento di avere bisogno di più spazio, almeno di una stanza in più'*.

Sorprendendosi di sé stessa, Mary sceglie di coinvolgere i genitori nella ricerca di questa nuova casa e rimane colpita nell'apprendere, durante il tempo condiviso con loro, come i genitori fossero sempre stati fieri di lei e come quel sogno, che lei era convinta avessero su di lei, in realtà non esistesse. *'Prima di andare a vedere un'altra casa sabato ho fatto colazione con i miei; mio padre mi ha fatto tutto un discorso sul suo dispiacere per non poter-*

mi essere economicamente di aiuto in questo momento; poi ha aggiunto che aveva pensato di vendere la villa di famiglia perché a lui e alla mamma non serviva una casa così grande. Gli ho detto 'Papà ma sei matto? Quella è la casa che hai costruito con tutti i tuoi sacrifici! Non puoi venderla!'. Mi ha risposto che l'aveva costruita così perché pensava che magari io o mio fratello saremmo voluti stare lì un domani, al piano di sopra, ma che era solo una sua idea, non è la realtà e giustamente noi siamo liberi di fare le nostre scelte e dunque lui sarebbe felice di aiutarmi così.'

Questa conversazione con il padre è stata per Mary illuminante; illuminante rispetto a una battaglia condotta per tutta la sua vita alla conquista dell'amore; amore che in realtà pare sia sempre stato lì, ma per il quale lei ha sempre sentito di 'dover essere' per esserne degna.

Considerazioni finali

Lo stile relazionale di Mary mi richiama alla mente la posizione della Benjamin circa la terzietà e la funzione della *resa* (Benjamin, 2019): per Mary le relazioni sono sempre rapporti di dominio, dove esiste un dominante e un dominato, esiste un carnefice e una vittima, un soggetto e un oggetto; Mary non tollera e non riesce ad accedere a quello spazio terzo, lo spazio mentale intersoggettivo, che consente un rapporto tra due soggetti, distinti e separati.

Questa stessa intollerabilità del terzo è quella che le ha impedito e le impedisce di accogliere il punto di vista dell'altro e di avvicinarsi dunque a una visione più complessa/completa della realtà che vive.

Nella relazione con la madre sembra essere mancata quella funzione protosimbolica che aiuta il bambino a generare il terzo simbolico e a comprendere dunque che non esistono unicamente la rottura o la fusione, ma avvia verso la reciprocità delle relazioni.

Direziona dunque il mio intervento terapeutico con Mary facilitando l'accesso alla *resa*, intesa come rinuncia a ogni volontà di coercizione e di controllo, che implica un lasciarsi andare del sé, un fare spazio al punto di vista dell'altro e la solleccito implicitamente a una ricerca attiva della realtà. A proposito di questo ultimo punto, mi chiedo e le chiedo che cosa ne pensi ad esempio suo fratello di questi suoi vissuti circa la sua nascita; Mary risponde che non sa, poiché non è mai riuscita a parlargliene, nonostante più volte avesse sentito che potesse essere utile farlo.

Parallelamente mi sembra importante aiutare Mary ad attivare un dialogo, che parta dal riconoscimento e dall'ascolto, tra le parti vittima e carnefice che la abitano e che di volta in volta entrano in seduta, potenziando la voce di quella parte mediatrice, ancora debole, ma pur sempre presente.

L'intervento con Mary è anche orientato a comprendere e a dare senso ai sintomi del suo corpo, che in assenza del terzo simbolico diventa il canale

preferenziale d'espressione della sua sofferenza. La fibromialgia è forse il segnale più alto di questo funzionamento diffuso, ma anche i disturbi dell'area genitale sembrano simbolicamente evocare quel blocco generativo e creativo che si riscontra poi nel suo processo evolutivo e in modo particolare nelle relazioni amorose.

Ad oggi, il procedere in questa direzione, sta portando a uno sfumare dei sintomi fisici sullo sfondo delle nostre sedute e quantunque vengono portati, l'attenzione di Mary è da subito spontaneamente posta sulla relazione che essi possono avere con ciò che parallelamente sta avvenendo al suo interno sul piano emozionale e allo stesso tempo in rapporto con ciò che le accade al di fuori.

Anche nella sfera delle relazioni sentimentali si percepisce un lento ma significativo passaggio dal vedere l'altro come mezzo, oggetto, da conquistare, da manipolare e dal quale a sua volta poter essere 'strumentalizzata', a soggetto relazionale con propri bisogni, un proprio funzionamento, che partecipa tanto quanto lei a costruire lo spazio intersoggettivo.

Allo stesso tempo, il clima stesso dei suoi sogni ha iniziato a mutare; qualche mese fa mi racconta di aver fatto un sogno dal quale è rimasta colpita:

'Mi trovavo in Liguria, stavo passeggiando e a un certo punto sono entrata in una via piena di gatti senza una casa. Alcuni erano belli, in salute, altri invece erano malati e avevano bisogno di cure. Mi sentivo in difficoltà all'inizio perché avrei voluto prenderli tutti con me, per occuparmi di loro e salvarli, ma non potevo. Ho capito che avevo due opzioni: cercare di salvarli tutti, senza probabilmente riuscire a salvarne nemmeno uno, oppure sceglierne uno e occuparmi di lui al meglio. Ho deciso di fare così, ne ho preso uno che assomigliava ad A. (il suo gatto) e l'ho portato con me. Ero dispiaciuta per gli altri gatti, ma mi sentivo anche molto felice perché avrei potuto dare a uno di loro una possibilità.'

BIBLIOGRAFIA

Benjamin, J. (2019). *Il riconoscimento reciproco. L'intersoggettività e il Terzo*. Milano: Raffaello Cortina.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 4 marzo 2021.

Accettato per la pubblicazione: 7 marzo 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:534

doi:10.4081/rp.2021.534

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Commento al caso clinico di A. Micheloni

*Giuseppe Martorana**

La lettura di questo caso clinico è stata piuttosto suggestiva, in parte per i temi affrontati, ma soprattutto per la sua narrazione accurata e coinvolgente, che ti fa immergere sin da subito all'interno del processo analitico. Sin dalle prime battute ho avvertito tutta quella serie di sensazioni quasi fisiche, che la terapeuta stessa descrive durante i colloqui, quasi ci fosse un corpo che parlasse, usando tutti i linguaggi possibili per esprimere un disagio taciuto per troppo tempo. Lo stesso tic tac dell'orologio biologico, sembra scandire tanto il processo analitico quanto la storia della paziente, sembra infatti uno di quei suoni emanati da un corpo che grida aiuto. La sensazione che subito prende vita è che questa paziente sembra sia più comprensibile utilizzando un registro somatico rispetto ad uno più mentale, il che ci dà già alcune indicazioni su di lei e il suo funzionamento psicologico.

Dalle prime fasi sembra emergere tutta la fatica che Mary impiega nel metariflettere su di sé, e forse lei, così come la terapeuta avverte durante il loro primo incontro, è anch'essa bloccata nel suo pensiero ed incapace di riflettere. Forse per questo, l'unico modo con cui avviare un percorso psicoterapico è quello di portare il suo mondo fisico, tangibile, fatto di sensazioni fisiche, sofferenze, che però riflettono un malessere più profondo e radicato nella relazione con l'altro, a testimonianza di quanto spesso corpo e mente risultano intrecciati ed interconnessi tra loro. D'altronde, il dolore non è un fatto fisiologico, ma un fatto legato all'esistere (Le Breton, 1995), per cui non è solo il corpo di Mary a soffrire, ma il soggetto intero nella sua singolarità.

Mary in seduta sembra portare il suo personaggio fatto di sintomi e dolori piuttosto significativi insieme alla paura di restar da sola, riflesso di quell'orologio che si muove incessantemente, senza guardar in faccia nessuno, aspetti questi che sembrano intrecciarsi e sfociare in quel vissuto

*Giuseppe Martorana, Psicologo Psicoterapeuta, socio SIPRe, Sezione di Parma.
E-mail: giuseppe.martorana@sibric.it

di tristezza, e senso di immobilità che si è fatto strada all'interno della terapeuta nel corso del loro primo incontro. Questo insieme di sofferenze, sventure, malesseri sembrano il biglietto da visita di una donna che necessita del suo corpo e dei suoi dolori per poter avvicinare l'altro, così come accaduto con la terapeuta. Il dolore sembra assolvere la funzione di 'pretesto' (Negri & Belotti, 2017) per giungere ad un percorso di cura, impensabile e forse almeno apparentemente negato, perché questo è un sentimento che lei non può concedersi di vivere, è troppo per lei sentire quella tristezza, quella immobilità, perché lei non vuol essere una donna triste, impaurita, sola, ma una 'femme fatale', una donna autonoma, indipendente, che non ha bisogno della casa dei genitori, ma di un suo spazio, indipendente da tutti. Come fare a far convivere questi due animi così contrapposti tra loro, quello forte e indipendente, e quello triste, debole e bisognoso di attenzioni?

Mary sembra volersi porre come una cacciatrice, una predatrice, ed in proposito risultano interessanti i termini usati dalla terapeuta nel descrivere la paziente e questo suo lato relazionale, 'voracità', 'fagocitare', che fanno pensare a bisogni 'orali' piuttosto aggressivi, impetuosi, irruenti, che inondano le sue relazioni, sia familiari che sentimentali. Sembra infatti che Mary abbia bisogno della completa attenzione dell'altro, non è disposta a compromessi né a mezze misure, non è disposta a condividere, piuttosto preferisce 'la perfetta casa da single', vicina alla movida, punto nodale delle relazioni, sebbene con l'incognita del parcheggio tutte le sere, e designato come suo luogo per la caccia. Insomma, preferisce una vita spesa alla ricerca compulsiva di quel qualcuno che soddisferà, senza se e senza ma, i suoi bisogni, piuttosto che confrontarsi con questa sua insaziabilità emotiva. Così il corpo di Mary diventa il suo biglietto da visita, utile per avvicinare l'altro, per legarlo a sé.

È molto interessante il sogno che la terapeuta riferisce della 12° seduta. Seppur sono dell'idea che i sogni vadano letti e interpretati all'interno del setting e della relazione analitica, fatico a non leggere nel sogno quelle due parti scisse di sé che la paziente porta in analisi, la parte debole e la parte forte, persecutoria e aggressiva. Ed ancor più interessante è l'ingresso del terzo, la poliziotta, che riesce ad allontanare la parte violenta, che l'ha presa in braccio e posta dentro una gabbia dicendole che sarebbe stata al sicuro! Come mai, mi chiedo, una gabbia sia per lei un posto sicuro? Cosa c'è di rassicurante nell'idea di una gabbia? Di una prigione? La mente mi porta ad una associazione con lo spazio analitico, mi faccio la fantasia che la poliziotta richiami qualche aspetto inerente la terapeuta, e che forse proprio lo spazio terapeutico rappresenti quella gabbia, che seppur ti trattiene ma ti protegge da altri pericolosi, facendo sentire la paziente più sicura, aspetto che non potrà che giovare all'iter analitico.

Anche il rapporto col cibo, così come il sesso, sembra riflettere un lega-

me di tipo oggettuale con l'altro che nutre, un rapporto superficiale, svalorizzato, che nonostante la grande fame, sembra saziare subito lasciando un senso di insoddisfazione e perdita di ogni interesse.

Tutti i sintomi di Mary sembrano parlare in qualche modo di lei, del suo rapporto con l'altro, delle sue difficoltà, delle sue emozioni congelate e allontanate da sé, depositate e iscritte sul suo corpo. Questo vale per il suo carcinoma all'utero, organo della femminilità e della generatività, per la fibromialgia, per il disturbo alimentare, ed infine per i disturbi a livello genitale. Anche io come la collega mi chiedo cosa rimane del piacere sessuale nei rapporti che Mary intrattiene con i suoi partner, ma in realtà la dimensione del piacere è un livello che forse lei non può permettersi, non è funzionale al bisogno primario di identificarsi con la femme fatale, forte e indipendente che sente di dover essere. Ma i suoi sintomi sembrano parlare per lei, i sintomi ed il dolore della paziente sembrano la manifestazione di un tentativo di affermazione di un proprio modo di essere assolutizzato che, proprio perché assolutizzato, diviene disfunzionale alla vita. Il dolore diviene il segno del suo disagio ed insieme possibile rappresentazione di ciò verso cui tende, e che sente mancare.

L'irruzione nella stanza di analisi del terzo intollerabile sembra aprire finalmente una breccia nelle difese di Mary ed una possibile riflessione sui suoi smisurati e insaziabili bisogni affettivi. La nascita del fratello sembra aver attivato in lei una forte gelosia, una competizione per l'affetto materno, in cui, come lei stessa dice, sembrava che il fratello non dovesse faticare per ricevere amore mentre lei ha dovuto sempre conquistarselo, sudarselo. Mi chiedo in proposito come avrà vissuto il dover cambiare terapeuta, a causa di una sopraggiunta gravidanza.

La paziente nonostante le sue numerose avventure sessuali però non sente il piacere del suo godimento, non sente il piacere derivato da quelle avventure sessuali tanto ricercate, insomma non sente la musica, così come accade nel romanzo 'Musica' di Yukio Mishima (1994), dove la protagonista, Reiko, dice di non riuscire a sentire la musica, metafora dell'impossibilità a raggiungere l'orgasmo durante il rapporto sessuale.

Mary sembra sentire molto più facilmente il dolore, che il piacere, sembra dover dare di sé l'immagine di una donna forte ma sofferente, come involucro di sofferenza da offrire al mondo. Una sorta di sacrificio umano da offrire per ricevere il favore degli Dei. Lei sembra bisognosa semplicemente di esser desiderabile per gli altri, in una sfida continua per dimostrare di valer qualcosa.

Il caso di Mary sembra adatto per una sua lettura nei termini della teoria del codice multiplo della Bucci (2015a, 2015b). Secondo la Bucci vi sono tre diversi sistemi di funzionamento dell'individuo: subsimbolico, simbolico non verbale, simbolico verbale, e questi possono avere aspetti sia somatici che psichici. Per la Bucci, dunque, si può ridefinire il rapporto

mente/corpo come il rapporto tra i sistemi simbolici e il sistema subsimbolico, ricordando come ciascun sistema possa esser visto – a seconda del vertice di osservazione - come mente o corpo. In condizioni di salute i tre sistemi presentano forti connessioni tra loro, mentre il sintomo (sia fisico che mentale) viene concettualizzato come una disconnessione tra sistemi su base traumatica (Di Trani, Renzi, & Solano, 2015).

All'interno di tale modello, il sintomo somatico offerto da Mary, o meglio, i sintomi somatici potrebbero esser letti come la testimonianza di una disconnessione, o la prima espressione, subsimbolica di un contenuto che non ha trovato altra possibilità di espressione. Non quindi un disagio mentale che si esprime nel corpo grazie a qualche tipo di spostamento o conversione, ma piuttosto l'espressione di un disagio che non trovando uno spazio adeguato di elaborazione mentale (simbolica) trova espressione soltanto a livello del corpo (sistema subsimbolico) (Di Trani *et al.*, 2015). In un quadro del genere la stessa preoccupazione della paziente per il sintomo somatico può fungere da primo tentativo di riconnessione, preoccupazione che può averla spinta a ricorrere all'aiuto di uno psicoterapeuta con cui fare quel lavoro di riconnessione simbolica.

Forse Mary ha avuto bisogno di riavviare, con la psicoterapeuta, un lavoro interrotto tanto tempo prima con la madre, interrotto forse per l'irrompere di sentimenti di invidia e rabbia molto forti, che hanno inciso sul suo sviluppo. Il lavoro di integrazione dei livelli simbolico e subsimbolico svolto attraverso la funzione di regolazione all'interno della relazione primaria, che avrebbe dovuto far fare questo passaggio e che non è mai avvenuta. Per questo c'è stato bisogno di un altro in grado di aiutarla ad integrare i due aspetti, che l'aiutasse a comprendere il suo malessere ed il rapporto tra questo e lei, tutta lei.

Il passaggio finale, descritto dalla collega, in cui sembra assistere ad uno sfumare dei sintomi fisici sullo sfondo, sembra in qualche modo richiamare quell'importante passaggio dalla modalità subsimbolica alla modalità simbolica di percepire sé stessi, passaggio svolto attraverso la relazione con l'altro, che non sembra poi lontano da quel cogliersi, dalla presenza a se stessi di cui parlava Minolli (2009), che implica un cogliersi concreto e corporeo, a partire da quel che si è che si vive.

BIBLIOGRAFIA

- Bucci, W. (2015a). I molteplici livelli dell'interazione nella comunicazione terapeutica: applicazioni cliniche della teoria. *Ricerca Psicoanalitica*, 26(3), 25-36.
- Bucci, W. (2015b). I molteplici livelli dell'interazione nella comunicazione terapeutica: teoria e ricerca di base. *Ricerca Psicoanalitica*, 26(3), 9-24.
- Di Trani, M., Renzi, A., Solano, L. (2015). Mente e corpo nella teoria del codice multiplo. Riflessioni sul concetto di Alessitimia. *Ricerca Psicoanalitica*, 26(3), 105-118.

-
- Le Breton, D. (1995). *Antropologia del dolore*. Milano: Meltemi editore.
- Minolli, M. (2009). *Psicoanalisi della relazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Negri, A., Belotti, L. (2017). Sulla funzionalità dei sintomi e dei problemi. I pretesti professionali della psicologia clinica. *Ricerca Psicoanalitica*, 27(3), 21-35.
- Mishima, Y. (1994). *Musica*. Milano: Feltrinelli editore.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 15 marzo 2021.

Accettato per la pubblicazione: 22 marzo 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:536

doi:10.4081/rp.2021.536

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Commento al caso clinico di A. Micheloni

Giulio Fabri Poncemi*

Per i greci esistevano due parole per descrivere il tempo: *Kronos*, il tempo oggettivo e lineare, scandito dal susseguirsi dei giorni, delle stagioni e in epoca moderna dall'invenzione degli orologi e *Kairos* traducibile come 'momento giusto' che si riferisce alla percezione soggettiva di una condizione propizia per una presa di decisione. La collega ha intitolato la sua presentazione 'Mary e l'orologio biologico che fa Tic Tac' che ci rimanda a una dimensione più oggettiva e, non a caso, corporea e biologica del trascorrere del tempo. L'età compresa tra i trenta e trentacinque anni è quella in cui la maggior parte delle donne che lo desiderano costruiscono una famiglia e fanno dei figli, come impunemente la mamma di Mary le rinfaccia. Mary non ha il controllo né su *Kronos* e né sullo stato di salute del proprio corpo e allora si ribella, distrugge e si autodistrugge. Arriva poi *Kairos*, il momento giusto, la fibromialgia e l'inizio di un percorso di terapia, una domanda vaga, poco mentalizzata, come accade sempre nei disturbi di somatizzazione.

Nel primo colloquio Mary parla del 'fallimento colossale che è la sua vita'. La terapeuta nel colloquio si sente messa al muro. Riesce però ad osservare il suo controtransfert, a tollerare la confusione, Mary parla del suo dolore a un livello fisico e la terapeuta sente come sente Mary, inizia a sentire dei dolori alla mandibola e al collo. Spesso i pazienti narcisisti inondano la seduta di parole, parlano tanto e velocemente e questo diventa un modo per controllare lo spazio interpersonale lasciando il terapeuta attonito e un po' frastornato: aveva comperato il biglietto per una tragedia (i freudiani ortodossi) o una commedia e si ritrova ad assistere a un monologo. Passiamo quindi dal fallimento colossale della vita di Mary a una sorta di fallimento dell'anamnesi di Mary/paziente. Non sappiamo infatti come la paziente funziona a livello lavorativo (le stesse dinamiche di potere e invidia sono presenti anche sul lavoro? Come si relaziona con i superiori i pari e i sottoposti?) né a livello di amicizie (ha relazioni di lunga durata? ha delle amiche

*Libero professionista, via Trento 49, Parma. E-mail fabri.giulio@gmail.com

intime con cui parlare quando se la vede male?), in modo da capire se le difficoltà relazionali di Mary siano relegate alla sfera sentimentale o siano pervasive e più in generale se ci sono aree della sua vita in cui ci sono degli investimenti più stabili. Sappiamo poco sia della sua storia, a parte il disturbo alimentare in adolescenza che delle fasi dello sviluppo. Ora, sono sicuro che queste lacune sarebbero facilmente colmabili dalla collega se questa fosse un'intervisione ma preferisco indugiare nell'idea che non sia un caso che queste informazioni manchino nella presentazione e che questo possa far riflettere sul bisogno di Mary di sentire di avere il controllo sull'altro. Il controllo onnipotente, sempre che di questo si tratti, è una difesa la cui funzione è di proiettare la propria aggressività su un oggetto esterno, dai cui attacchi ci si difende tenendolo in scacco. L'aggressività e la distruttività di Mary appaiono ben in evidenza in vari punti del racconto della collega, sia nel presente che nel passato della paziente. Si nota nell'eloquio sarcastico e nell'atteggiamento un po' nichilista con cui la paziente in qualche modo attacca sé stessa sabotando la possibilità di porre pensiero alle proprie emozioni. La stessa sessualità è infiltrata di aggressività e Mary attira gli uomini nel suo appartamento, li usa e si sente padrona della situazione per poi sentirsi usata e vittima impotente, la dinamica è sempre la stessa solo a ruoli invertiti, questo le impedisce di costruire una relazione stabile: idea di una famiglia che Mary attacca costantemente attaccando in realtà un'immagine ideale di sé che in modo confusivo appartiene talora a lei, talora alla madre.

Più avanti in un passaggio molto indicativo la collega descrive un cambiamento nella terapia. Mary passa da essere spettatrice delle proprie disgrazie ad accogliere l'immagine della terapeuta che la descrive come un felino in caccia. Mary inizia a poter pensare di avere un ruolo più attivo nella costruzione del proprio destino. Sarei curioso di sapere che forma ha preso nella mente di Mary questa presa di coscienza e come si è sviluppata nel transfert. Come la collega ha detto le emozioni sembrano mancare all'appello in questa storia, anche i sistemi motivazionali che ne sono alla base sembrano estremamente inibiti, parlo in particolare dell'aggressività e del sistema dell'attaccamento e delle emozioni legate alla dipendenza che vi sono legate. La Mary cacciatrice in che modo occupa la relazione terapeutica? L'invidia e la distruttività di Mary sono scisse e agite sul mondo e sul sé, e la terapeuta è salvaguardata e mantenuta in uno stato di idealizzazione? Se la somatizzazione può essere vista come una forma di acting out in cui Mary attacca la terapia attaccando sia la propria capacità di pensare, sia una parte del proprio corpo, è stato possibile far emergere questi sentimenti aggressivi e distruttivi nel transfert?

Concludo ringraziando la collega per aver condiviso questo materiale, estremamente ricco. Rileggendolo più volte colpisce la quantità di spunti e di 'angoli' da cui si può guardare: il tema alessitimico della somatizzazione, il tema del narcisismo, della gestione della rabbia e dell'invidia, più o meno

inconscie, e quello della malattia fisica. Sarei molto curioso di sapere come proseguirà la terapia di Mary. La stanza in più sarà una dependance del sé grandioso rinforzato dal sacrificio estremo del padre, disposto a rinunciare alla casa costruita con i risparmi di una vita, per rendere felice la figlia o sarà uno spazio abitabile da un sé meno onnipotente e disponibile a un incontro più realistico con l'altro?

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 14 aprile 2021.

Accettato per la pubblicazione: 14 aprile 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:541

doi:10.4081/rp.2021.541

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Risposta dell'autrice ai commenti

*Alessandra Micheloni**

Inizio ringraziando profondamente i colleghi per gli spunti che i loro puntuali commenti hanno regalato al mio dialogo interiore su Mary e sul nostro essere in terapia insieme. Grazie alle loro parole ho potuto 'portare fuori' questo dialogo e favorire il mio contatto con l'implicito che mi abita, che abita la relazione con la paziente e fertilizzare così il terreno dell'analisi.

Ringrazio anche *Ricerca Psicoanalitica* per aver pensato a questo formato interattivo della neonata rubrica, che sento non solo fruttuoso, ma anche in qualche modo coerente con l'orientamento relazionale su cui la rivista stessa si fonda.

Nelle voci di Martorana e Poncemi ho sentito risuonare diversi aspetti del loro pensiero nel mio, divenendo tiranti per quest'ultimo e per l'emergere di un grado ancora maggiore di complessità.

Decido di esporre qui le mie sollecitazioni come esse mi vengono, senza troppo ordinarle, poiché anche questo è parte del mio stile terapeutico e mi piace l'idea che lo stesso possa emergere attraverso il mio scritto.

Colgo inoltre l'opportunità di questo ulteriore spazio di riflessione per aumentare lo sguardo sulla mia relazione con Mary, lasciata originariamente più sullo sfondo più che altro per ragioni di sintesi espositiva.

Mi ritrovo molto nell'idea del dolore come pretesto, che Martorana propone citando Negri e Belotti (2017): per Mary la sofferenza fisica pare più tollerabile rispetto a quella emotiva, poiché vista come qualcosa che avvicina l'altro, ne scatena l'accudimento ed è qualcosa di cui lei, nel suo sistema di significati, non può aver colpa. Allo stesso tempo, l'attivarsi nell'altro del sistema motivazionale dell'accudimento, per richiamare la sollecitazione di Poncemi circa i sistemi motivazionali interper-

*Psicologa-Psicoterapeuta, Socia SIPRe, Socio Fondatore Psiche Srl, Membro Area Adolescenza e Giovane Adulto - SIPRe Parma.
E-mail: psico.alessandramicheloni@gmail.com

sonali di Liotti, sembra smuovere emozioni ambivalenti e l'attivazione parallela di comportamenti difensivi di attacco-fuga, propri del sistema agonistico, piuttosto che le complementari risposte di attaccamento che ci si attenderebbe. Questo a richiamare l'ipotesi di Martorana circa il fatto che qualcosa nella relazione materna non abbia funzionato e mi sovviene alla mente un ricordo molto doloroso che Mary condivide all'inizio del percorso di terapia: a sei anni è stata ricoverata per un'importante operazione ai piedi e ricorda che la sua era l'unica mamma del reparto che non poteva permanere durante la notte per via della presenza del fratello. Mary ricorda di aver pianto moltissimo in quelle notti e che a nulla valessero i tentativi delle infermiere di sostituirsi a quella madre assente. Gli stessi vissuti abbandonici accompagnavano Mary anche durante le gite scolastiche che la portavano lontano da casa per più giorni. La tristezza, la paura, i vissuti di solitudine la fanno sentire indesiderabile per l'altro, debole, fragile, probabilmente perché le rievocano quelle esperienze di bisogno e allo stesso tempo di indisponibilità. E allora forse lo spostare sul corpo diviene altresì un modo per provare a ripararle.

Un altro elemento che mi ha particolarmente sollecitato riguarda quella gabbia nel sogno e il pensiero di Martorana che si chiede cosa ci sarà di rassicurante nell'immagine di una gabbia. Mi fa pensare ancora una volta a come per Mary le relazioni consistano più che altro in 'giochi di potere', anche quando implicino una figura in qualche modo salvifica. Un atto d'amore, di cura, per Mary pare essere allo stesso tempo connesso a un atto di aggressività e di sottomissione all'altro. Questo passaggio mi ha richiamato alla mente alcuni recenti frammenti di seduta con Mary, posteriori alla stesura del caso clinico qui presentato, nei quali ha fatto capolino l'orgasmo. Il picco del piacere, prima praticamente assente, ora riesce a sopraggiungere di tanto in tanto, ma in presenza di un cocktail di condizioni particolari, che mi paiono significativi per la comprensione del funzionamento della paziente: Mary deve trovarsi in una posizione di sottomissione all'altro e questi deve abbandonare ogni forma di dolcezza nell'atto, in caso contrario subentra la noia e la necessità per Mary di assumere lei il controllo della situazione. A questo proposito mi ricollego al commento di Poncemi, che come Martorana interroga lo spazio terapeutico circa l'esigenza di controllo da parte della paziente, espresso attraverso il saturarlo con parole e contenuti. Mi trovo a riflettere su come la stessa danza relazionale descritta poco sopra si riproduca anche nel rapporto terapeutico: rispetto alle sedute iniziali siamo infatti passate dal controllo assoluto della paziente a fronte di un mio atteggiamento più accogliente, ricettivo, di ascolto gentile (che chi mi conosce direttamente sa essere alcune delle mie caratteristiche principali come terapeuta e come persona, tanto forse nelle mie fattezze, quanto nel mio modo di pormi con l'altro, almeno inizialmente), all'alternanza di momenti sem-

pre più frequenti in cui mi sento ingaggiata, nonché legittimata, ad assumere un atteggiamento più incisivo, affermativo, più cooperativo direi e meno accidentato. Questo mi pare stia lentamente aiutando Mary a portare in seduta anche i suoi aspetti più fragili, a lasciare andare il 'potere' e in modo reciproco/ricorsivo potrei altresì dire che l'emergere di questi aspetti di fragilità in Mary mi sta probabilmente aiutando a spostarmi dal piano accidentato per lasciare spazio a un livello più paritario di relazione. Ciò senz'altro a vantaggio del lavoro terapeutico.

Sempre in rapporto alle dinamiche di controllo, per rispondere all'osservazione di Poncemi circa la mancanza di maggiori dettagli anamnestici, ritengo fondamentale precisare che non fa parte del mio modo di lavorare condurre un'anamnesi approfondita all'interno del primo colloquio, ma al contrario sono solita lasciare che l'anamnesi emerga o meno spontaneamente dal paziente; trovo infatti che ciò che il paziente sceglie di condividere o il modo di presentarsi a me sia altamente informativo e preferisco indugiare in una diffusione poco organizzata di informazioni, senza anteporre quel che sarebbe una mia urgenza di controllo a quella del paziente. Il fatto che Mary si presenti attraverso la sua 'cartella clinica' piuttosto che attraverso la sua storia anagrafica per così dire, mi dice molto di come lei risponda implicitamente alla domanda 'chi sono?'. La sofferenza del suo corpo la definisce e con essa si identifica. Questo è il modo attraverso cui lei si presenta all'altro e la prima domanda che mi pongo è 'perché?', 'a cosa le serve?'

Nelle ipotesi di risposta a questo 'perché' convengo con il collega circa la necessità di Mary di controllare la relazione e sono altresì d'accordo sulla possibilità di leggere tale controllo come una forma di aggressività che la paziente agisce. A questo proposito, alla domanda che il collega si pone circa il ruolo dell'aggressività all'interno della relazione con me, mi sento di rispondere che essa sia stata presente sin dall'inizio in modo dapprima preponderante e poi via via sempre più sfumato. Spesso mi sono sentita idealizzata da Mary e proprio per questo al contempo oggetto della sua invidia espressa velatamente, vuoi per la vicinanza di età tra me e lei, vuoi per una breve pausa della terapia poco dopo l'inizio delle sedute dovuto alla mia partenza per il viaggio di nozze, vuoi per quella fede al mio dito, vuoi per la foto di mio figlio sul profilo di WhatsApp; insomma, sono state tante le occasioni di idealizzazione e invidia, di amore e odio e mi sembra importante segnalare come queste si siano fortemente attenuate nel corso del lavoro terapeutico specialmente dopo la mia separazione coniugale; di questa lei certo non è al corrente (anche se la sparizione della mia fede al dito non credo sia passata inosservata), ma senz'altro è entrata nello spazio della terapia attraverso la mia soggettività e penso di poter dire che il lavoro sulla mia fallibilità veicolato dalla separazione abbia certamente inciso sul mio modo di

aprirmi alla fallibilità di Mary, creando maggiore spazio affinché essa potesse emergere, forse guardata con maggiore indulgenza e magari vista anche come l'aprirsi di una possibilità.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 13 maggio 2021.

Accettato per la pubblicazione: 14 maggio 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:554

doi:10.4081/rp.2021.554

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Alessandro Musetti*

Freud, Sullivan, Mitchell, Bion and the Multiple Voices of International Psychoanalysis

di Marco Conci

INTERNATIONAL BOOKS, NEW YORK, 2019

Freud, Sullivan, Mitchell, Bion, and the Multiple Voices of International Psychoanalysis è un'opera imponente che raccoglie in 735 pagine un complesso intreccio di storia della psicoanalisi e storie di psicoanalisti. Una lettura per pochi, sembrerebbe. Ma non è così. Si tratta di un'antologia di testi - pubblicati tra il 1992 e il 2016 con l'eccezione di un lavoro inedito su 'Mitchel in Italia' - che si leggono un po' come si può guardare una serie TV che appassiona. 'Episodio' dopo 'episodio', l'architettura dei capitoli va a comporre un lungometraggio avvincente che si dipana dal giovane Freud fino ai giorni nostri. Cercherò dunque di tratteggiare qualche elemento saliente di questa opera senza fare troppi spoiler per lasciare spazio all'esperienza diretta del lettore/spettatore.

Innanzitutto due parole sull'autore. Marco Conci è medico, psichiatra, membro sia della Società Psicoanalitica Italiana sia della *Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft* (entrambe componenti dell'*International Psychoanalytic Association*), ha pubblicato oltre 100 lavori indicizzati su Pep-Web ed è Co-Editor-in-Chief dell'*International Forum of Psychoanalysis*. Ed è proprio dalla biografia dell'autore che bisogna partire per entrare nella prospettiva di questo libro. Giusto alcuni flash: l'Alto Adige/Südtirol della sua infanzia, l'esperienza adolescenziale a New York, il suo lavoro successivo a Trento e a Monaco come psicoanalista in uno studio accreditato al sistema sanitario nazionale. Ma è soprattutto una sorta di terra senza frontiere quella che sembra delinarsi dai tanti viaggi e dalla fitta rete di scambi con studiosi internazionali. Questa peraltro è anche una sorta

*Psicoanalista SPI-IPA, Università degli Studi di Parma, Dipartimento di Discipline Umanistiche, Sociali e delle Imprese Culturali, Borgo Carissimi 10, Parma.
E-mail: alessandro.musetti@unipr.it

di dimensione mentale in cui mi sono sentito invitato a entrare nella mia personale esperienza di lettore. Partendo da questo vertice, che definirei interculturale, il lettore è accompagnato in un percorso di deidealizzazione della teoresi psicoanalitica pura e allo stesso tempo di ritrovamento di un sapere psicoanalitico inteso come un tessuto di concetti, pratiche, storie personali e contesti di vita. L'autore, lungi dall'aver mire autocelebrative, parla di sé e dei mondi culturali che ha attraversato per ricordare al lettore che la psicoanalisi non ha sede nella libreria polverosa che arreda il suo studio ma al contrario è un discorso vivo che si va facendo nell'interazione tra diverse comunità culturali di analisti - e in un certo senso anche di pazienti. Una prospettiva di tutto interesse per chiunque abbia a cuore il destino di questa disciplina.

Il volume si compone di dodici capitoli a loro volta suddivisi quattro sezioni, rispettivamente dedicate a Freud, Sullivan e Mitchell, Bion/campo psicoanalitico e, infine, alla psicoanalisi internazionale.

A Freud sono dedicate un centinaio di pagine. Si parte dalla corrispondenza di Freud adolescente con Eduard Silberstein, e con Emil Fluss per arrivare alle lettere alla fidanzata Marta e alla scelta degli studi universitari fino all'autoanalisi. Siamo ben lontani da quelle citazioni ornamentali del nostro Maestro che campeggiano vacue in certi scritti privi di spessore psicoanalitico e che scoraggiano anche il lettore più tenace. Nella prospettiva di Conci - rispetto alla quale mi sento particolarmente sintonico - gli epistolari costituiscono una chiave di accesso fondamentale per comprendere più a fondo l'opera di Freud. La psicoanalisi ha iniziato a prendere corpo proprio in quelle lettere: in modo dialogico, attraverso scambi intersoggettivi che da esterni - già ben prima della corrispondenza Freud/Fliess - sono diventati interni, per poi essere formalizzati in concetti e divenire un'ulteriore occasione di scambio di idee. L'idea di un'influenza reciproca tra le relazioni interpersonali e le relazioni intrapsichiche non è solo un assunto fondamentale condiviso da qualsiasi modello psicoanalitico ma può essere anche inteso in senso riflessivo per ripensare in senso storico e relazionale alla psicoanalisi stessa: '[...] following Fleck, I could say that we need both a group to work with, and also space to think things through for ourselves' (p. 16).

La seconda parte del volume prende in esame le radici del modello teorico interpersonale e gli sviluppi contemporanei in senso relazionale. Sullivan e Mitchell sono le figure cardine attorno alle quali ruota questa riflessione. E qui si apre l'eterna diatriba tra le metafore 'pulsione' e 'relazione', che Conci attraversa ancora una volta evitando facili slogan e sottolineando che ciò che ha preso una forma compiuta con il concetto di 'osservazione partecipe' di Sullivan è in qualche modo l'onda lunga di quello che Freud stesso ha iniziato a fare con i suoi pazienti - peraltro, come è noto, già Luciana Nissim in *Ma Freud era veramente freudiano?* aveva messo a fuoco un Freud analista molto più interattivo di quello che si potrebbe desumere dai suoi testi di teo-

ria della tecnica. Dall'altra parte, spostandoci nel capitolo successivo, la figura di Mitchell è vista da Conci in linea di continuità con il pensiero di Sullivan: *'I propose to look at Mitchell not only as a post- Sullivanian author, but as the best possible continuatore, as I would say in Italian, of Sullivan's work, that is, as his best follower, meaning the author who at best further articulated and continued his work'* (p. 152). Il lavoro inedito *S.A. Mitchell (1946-2000) in Italy* (capitolo 6) è particolarmente utile dato il vuoto di letteratura sulla recezione del pensiero di Mitchell in Italia. Anche in questo caso la documentazione sulla fitta rete di rapporti personali di Conci con gli autori italiani di riferimento della *Svolta relazionale* e con Mitchell stesso rende bene l'idea delle condizioni storiche - e in un certo senso politiche - che permettono di contestualizzare le teorie dentro a reti di relazioni: *'my role as Stephen Mitchell's 'Italian ambassador' allowed me to establish a whole series of important contacts with some of the most prominent members of the Italian Psychoanalytic Society'* (p. 172).

E veniamo a Bion. La terza parte del volume inizia con un capitolo sul rapporto tra Bion e Rickman che tra esperienza di analisi e scambio epistolare tocca diversi punti salienti: *'how Rickman's scientific contribution influenced Bion's scientific production; how important his relationship to Rickman was in the establishment of his identity as a psychoanalyst; and how crucial Bion's life experience and character were to the nature of his psychoanalytic orientation and legacy'* (p. 366). A seguire un capitolo su un complesso confronto tra Bion e Sullivan di cui riporto un passaggio significativo: *'Bion utilized [the very same tools and multidimensional perspective] to find his personal answer to the same fundamental question that Sullivan had set for himself, by writing Learning from experience [Bion, 1962] - for example, an answer such as the concept of 'alfa function' as the key to and/or the threshold from the inanimate world to the dimension of human experience, that is, that very same experience that we can assimilate, communicate, and utilize for our growth, and thus the function that protects us from psychosis'* (p. 374). E, in conclusione, una ricca e molto dettagliata ricostruzione delle origini del concetto del campo analitico. Uno snodo teorico di assoluta rilevanza per la psicoanalisi italiana che grazie alla *Bionian Field Theory* della Scuola pavese ha guadagnato un posto di primo piano a livello internazionale.

La quarta parte è focalizzata per l'appunto sulla psicoanalisi internazionale con un particolare riguardo per quella italiana e tedesca. Anche qui è preziosa l'esperienza e la narrazione in prima persona dell'autore che permette di avere una visione in medias res. Nello specifico un capitolo è dedicato a Gaetano Benedetti e a Johannes Cremerius e due capitoli raccolgono le interviste a Stefano Bolognini e a Horst Kächele. Tutta questa sezione è arricchita da documenti dell'archivio personale di Conci.

Il libro si conclude con uno scritto autobiografico, *I was born in Trento,*

Italy, in the spring of 1955... (pp. 547 e sgg.) che rende conto delle vicissitudini che hanno condotto l'autore a questa imponente opera oltre ad essere a tutti gli effetti un lavoro di storia della psicoanalisi/degli psicoanalisti.

Freud, Sullivan, Mitchell, Bion, and the Multiple Voices of International Psychoanalysis è una lettura che non può che fare bene a chiunque sia interessato alla psicoanalisi - e in modo particolare, credo, agli studenti di psicologia, agli specializzandi di psicoterapia e ai candidati del training psicoanalitico - perché permette di mettersi in contatto con una psicoanalisi viva. Una psicoanalisi che ha una storia, e quindi uno sviluppo, che non mira alla purezza e all'onniscienza ma ad estendere la possibilità di essere vivi nella propria umanità: questo è il motore pulsante dietro alla trasposizione più libresca del corpus psicoanalitico che spesso allontana ancora prima di essere conosciuto. In attesa dell'edizione italiana del volume, che auspico possa arrivare al più presto, raccomando la lettura della versione in inglese edita dall'*International Psychoanalytic Book*.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 25 febbraio 2021.

Accettato per la pubblicazione: 7 marzo 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:533

doi:10.4081/rp.2021.533

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

*Fabio Vanni**

Gang giovanili: perché nascono, chi ne fa parte, come intervenire

di Franco Prina
IL MULINO, BOLOGNA, 2019

Ho letto il libro di Franco Prina, sociologo della devianza, in occasione dell'invito a discuterlo in un webinar di presentazione e sono stato molto lieto di questa opportunità, sia di lettura che di scambio con l'autore e con i partecipanti, perché ha costituito per me un'occasione di conoscenza con un ambito che nel mio lavoro con gli adolescenti ed i giovani avevo spesso sfiorato ma che non avevo quasi mai incontrato in modo diretto. Questo è già un primo spunto di riflessione. Occupandomi di cura, prevalentemente in un contesto sanitario, i fenomeni umani che non producono domanda di cura non vengono intercettati, se non in misura marginale qualora un 'minore' commetta dei reati ed il Tribunale per i Minorenni avvii un processo di approfondimento, che viene coordinato dai Servizi Sociali territoriali e che coinvolge anche i Servizi Sanitari - questo almeno nella realtà emiliana nella quale opero.

In effetti i ragazzi (che sono la grande maggioranza) e le ragazze che fanno parte di gang o bande o gruppi giovanili (Prina dedica un'approfondita e non secondaria trattazione alla definizione dei confini del campo del quale si occupa il libro, e diremo dopo qualcosa anche di questo) non propongono domande di cura in senso classico, trovano anzi proprio in questa via da loro reperita e in ciò che comporta proprio una 'soluzione' ad una parte dei loro problemi, ed è una soluzione che, nelle vere e proprie gang, non lascia molto spazio alla riflessione e agli ondeggiamenti della coscienza. Questo non comporta tuttavia che essi siano impermeabili ad un'esigenza di cura che anzi è ciò che, come le ricerche e le esperienze citate dall'autore ci ricordano, servirebbe. Ma non già una cura farmacologica o neppure psicoterapeutica in senso stretto, ma un

*Psicologo e psicoterapeuta, lavora nell'ASL di Parma, è docente a contratto dell'Università di Parma, è socio di Progetto Sum, SIPRe, IFPS e AGIPPSA. Dirige 'Ricerca Psicoanalitica' e 'Adomagazine'. E-mail: fabiovanni@progettosum.org

approccio di ascolto ed interlocuzione che abbia cura di come queste compagnie vivono, di cosa cercano, del perché nascono, di come si evolvono, *etc.*

Poco importa qui che sia il sistema sanitario ad occuparsene, sarebbe ovviamente improprio, ma certo un sistema di welfare che si rispetti sarebbe bene lo facesse, e in molti casi - anche nel nostro paese - lo fa o prova a farlo.

Le forme di aggregazione giovanile sono molteplici e richiedono un'analisi su diversi livelli, tutti riportati con chiarezza e profondità nel libro, a partire da un piano macrosociale (le culture, le economie, le vicende migratorie e politiche, *etc.*) per toccare il piano mesosociale (le ragioni di attrattiva e di interesse nonché di collocazione specifica sulla scena cittadina o di quartiere, o talvolta più ampia, delle aggregazioni stesse) ed infine il piano microsociale o soggettuale-relazionale che riguarda le ragioni per le quali il singolo partecipa di questo tipo di esperienza.

Qui va detto che il volume tratta in larga prevalenza il tema delle gang ovvero di quei fenomeni di aggregazione più strutturata e autoorganizzata che fanno dell'appartenenza, talvolta contro altri, e dell'azione spesso trasgressiva o dichiaratamente delinquenziale, la loro cifra comune ma, come sappiamo, lo stare in gruppo da parte dei giovani costituisce un'evoluzione e un'opportuna complessificazione della loro biografia personale che li porta ad una relativizzazione del mondo familiare, ad una conoscenza di altri mondi (spesso di portata anche molto ampia sul piano geografico, culturale, intersoggettuale) che nella gran parte dei casi nulla ha a che fare con la delinquenza, ma che spesso prevede comunque comportamenti ispirati ad un'etica propria del gruppo stesso e della generazione di appartenenza dei suoi componenti.

La presenza di criteri etici generazionali mi pare un aspetto comune delle aggregazioni giovanili di ogni genere e latitudine, con la differenza che i gruppi aggregativi più comuni hanno anche a mente il riferimento etico e normativo adulto e ne tengono conto in modo non dichiaratamente oppositivo mentre per le gang questi riferimenti sono spesso 'altri' e avversi.

Ciò che mi pare unisca tutti questi gruppi, dai ragazzi sul muretto alle gang etniche dei *latinos*, dagli scout ai *muschilli*, è il loro tentativo di trovare una collocazione nel mondo sociale futuro.

A partire da un piano prossimale - la via, il quartiere - per allargarsi oltre ogni confine grazie al web, *come mi colloco nel mondo* è uno dei temi chiave delle adolescenze di ogni epoca e di ogni localizzazione geografica, ma oggi esso include alcune specificità - riassumibili nella varietà e nell'incertezza di esito degli algoritmi identitari che fino a qualche tempo fa guidavano la crescita - che ne fanno una questione particolarmente complessa e dove quindi, anche solo per questa ragione, l'essere sulla stessa barca con altri coevi all'interno di un'aggregazione che consenta di fare delle sperimentazioni congiunte appare attraente, per tutti.

Non è questa la sede per trattare il tema di come la nostra società avvia, o non avvia, alla presenza sociale i nostri ragazzi e le nostre ragazze, di come li

tratta in termini di autonomia e di presenza nei luoghi della città, di come viva la loro cittadinanza, in maniera marginale, interstiziale, spesso quasi invisibile (oggi grazie al COVID quasi del tutto ridotta a zero).

Le gang in fondo danno, spesso avventurosamente - cifra chiave per quest'epoca della vita -, risposta a questa esigenza attraverso una struttura fatta di ideali (che non è detto siano altissimi, anzi, ma sempre ideali sono, come vedremo anche alla fine di questo breve contributo), di riferimenti morali (qualcuno si stupirà ma la lealtà nel gruppo, il rispetto delle gerarchie, lo sprezzo del pericolo per uno scopo condiviso appartengono a questo ambito), di prospettive economiche, di rispettabilità in un certo mondo (che non è quello che la maggior parte di noi vedono e conoscono, ma che è ben esistente).

In fondo la co-presenza di mondi paralleli è uno dei fenomeni della post o della iper modernità e sviluppare una traiettoria verso il futuro in uno di questi mondi è già una soluzione al problema di *come mi colloco...*

È poi secondario che la società 'ufficiale' degli adulti, quella che si vede in tv, non appaia condividere i valori ed i comportamenti di queste altre 'società'.

Ecco quindi perché, come Prina mette bene in luce, sono altamente opportuni i ponti fra questi diversi mondi che non siano tanto orientati a controllare e reprimere (i risultati delle azioni solo o prevalentemente repressivi sono mostrati chiaramente essere disastrosi) quanto a partire da un ascolto del senso di questa presenza 'altra', spesso trasgressiva e fastidiosa (per i commercianti, per le scuole, per i rappresentanti cioè di quella parte di società che qualche tempo fa avremmo definito 'borghese') che prova, a volte semplicemente, ad essere nel mondo in forme creativamente possibili fra le opzioni presenti sulla piazza, altre volte ad attaccare e altre volte ad utilizzare la società 'ufficiale' stessa.

Dare ascolto però non solo non basta ma può produrre conseguenze difficili, se si prende sul serio ciò che si va così a conoscere, poiché comporta poi la pressione a trasformare ciò che ci dà mandato di ascoltare: la società degli adulti.

Prendere sul serio l'esigenza di presenza sociale futura dei ragazzi e dei giovani implica vedere un po' come fare perché essa non sia più 'altra' ma abbia diritto di parola e di partecipazione in un contesto sociale, anche, unitario con quello adulto. La strada seguita finora nell'occidente del mondo, non entro qui in altre culture e luoghi, è, dicevamo, la facilitazione e la tolleranza (finché non disturba troppo) verso altri mondi paralleli, dei quali le gang, ma anche i più normali gruppi informali, fanno parte.

Un aspetto ulteriore ma connesso sul quale mi vorrei soffermare un momento prima di concludere è la relazione fra genere e ideali che sembra pervadere molte gang.

Pur nell'eterogeneità di esse infatti la presenza maschile è di solito assolutamente maggioritaria mentre spesso la minoritaria collocazione femminile è stereotipatamente orientata a ruoli ancillari, esibiti, servili. La ricerca di suc-

cesso economico, di solito attraverso azioni criminose o l'organizzazione di quella attività - come lo spaccio di sostanze o la gestione della prostituzione o del gioco d'azzardo - delle quali il 'nostro mondo' fruisce, l'ideale di guadagno che porta al possesso di beni di consumo, mi pare del tutto in linea con gli ideali anche di genere della società consumistica occidentale nella quale le gang giovanili si collocano.

Quindi anche l'idea di giovane maschio che spesso pervade questi gruppi - forte, deciso e se necessario violento, assolutamente etero, dominatore sulle donne che, appunto, sono da esibire e da tenere in posizione subordinata - mi pare costituisca una nemmeno troppo accentuata sottolineatura di una cultura di genere assai presente nel nostro mondo (non abbiamo forse collocato i nostri adolescenti maschi davanti alle Playstation a divertirsi con gli 'sparatutto'?). Facile mostrare come la fragilità venga così occultata da parte dei ragazzi ma anche come tutti gli sforzi per l'autonomia femminile vengano così ridotti a vantaggio di un appoggio protettivo ed utilitaristico ai ragazzi stessi.

Un mondo altro? Non pare proprio sia così. Anzi forse un mondo, quello delle gang, che realizza ciò che la pancia sociale porta ancora con sé e che traduce poi in fenomeni violenti intergenerare che arrivano spesso sui giornali.

Toccare questi temi identitari maschili e femminili è naturalmente delicato e però interessante e opportuno. La violenza è sempre attuazione di sé nell'uso dell'altro e dunque è carente di rispetto della diversità e delle sfumature. Non è un'esclusiva delle gang né tantomeno dei giovani che però hanno il vantaggio di avere preso quella strada solo di recente nella loro vita e dunque di poterla riconsiderare senza tradirsi troppo e purché abbiano la possibilità di reperire vie identitarie altre possibili e valorizzabili.

Un libro breve, come caratteristico della prestigiosa e benemerita collana 'Per farsi un'idea' de Il Mulino, che però fornisce un attraversamento accurato e carico di conoscenza e di esperienza, non solo accademica, di fenomeni che solo in apparenza stanno appena fuori dalle nostre porte.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 28 marzo 2021.

Accettato per la pubblicazione: 7 aprile 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:539

doi:10.4081/rp.2021.539

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Valentina Rodolfi*

Ethos

di Berkun Oya, 2020

NETFLIX

Meryem è giovane, ha grandi occhi azzurri e un bel viso incorniciato da un rigoroso *hijab*. Con la madre di Cristo condivide il nome, la paziente e ostinata dedizione verso il prossimo e il destino virginale.

Meryem però non è né madre né moglie ma procede nel mondo come sorella, appellativo con cui viene nominata e con cui nomina. Con un ossequioso ‘sorella’ si rivolge anche a Peri (fata, in turco) austera e istrutissima psichiatra junghiana del sistema sanitario nazionale, a cui la ragazza verrà inviata dopo una serie di svenimenti dal significato tanto chiaro quanto inafferrabile.

Il primo incontro tra le due donne, che sancisce il vero inizio della serie, si rivela teso e affannato e il motivo è presto svelato: Meryem, umile e povera, crede in Dio, osserva con scrupolo i precetti dell’islam che agisce con garbato fervore, Peri invece discende da un’aristocratica famiglia con villa vista Bosforo e, con altrettanto fervore ma meno garbo, quello stesso Dio (e qualsiasi altro) lo nega. Entrambe hanno ragione, entrambe torto e l’apparente inconciliabilità sembra essere destinata a non fornire nessun appiglio per tentare una correzione a una relazione appena nata e già vistosamente zoppicante. Eppure...

Questa, e le numerose altre storie che da qui partono seguendo una traiettoria propria, pongono interrogativi complessi e universali su dimensioni, spazi, relazioni e tempi ben prima di iniziare ma, a ben guardare, già dal titolo o meglio, dai titoli: *Bir Başkadır*, in turco, lingua originale di questa serie *Netflix* girata a Istanbul da Berkun Oya, che letteralmente significa ‘è un altrə¹’ (forma neutra né maschile né femminile per indicare qualcosa

*Psicologa, psicoterapeuta, socia SIPRe, Parma.

E-mail: valentina.rodolfi@hotmail.com

¹Per l’uso della *schwa* ad indicare il genere non definito si coglie la proposta della sociolinguista Vera Gheno in ‘Femmini singolari. Il femminismo è nelle parole’ (Effequ, 2019).

di diverso); Ethos, titolo con cui la serie è stata diffusa in Italia e in molti altri paesi, il cui senso è 'il posto da vivere' ma anche 'il costume, la norma di vita, la convinzione e il comportamento pratico dell'uomo e delle società umane'; fino al tedesco '*Acht Menschen in Istanbul*' cioè 'otto esseri umani a Istanbul' (anche se di esseri umani in questa serie ce ne sono molti di più), difficile non notare come proprio la Germania, la cui comunità turca rappresenta una delle più importanti e numerose in Europa opti per sottolineare da subito l'appartenenza territoriale dei protagonisti.

Se Ethos, da un lato, è forse una serie poco godibile per chi si aspetta una narrazione lineare e approfondita, dall'altro, come probabilmente già era nelle intenzioni del regista, ben asseconda una lettura analitica nella sua naturale tendenza a spacchettare e a significare i tanti livelli di lettura per poi tracciare una linea di senso globale che li comprenda tutti.

Ethos non ne fa mistero: i veri protagonisti della storia non sono tanto i personaggi quanto le relazioni che intercorrono tra di essi e la loro evoluzione nel corso di un anno. Relazioni che si incrociano e si contaminano (anche se i protagonisti non lo sapranno mai e viene lasciato allo spettatore il compito di compiere questa operazione) in una Istanbul claustrofobica, tutta interni giorno e interni notte e pochi esterni, per lo più di passaggio.

Tutti i personaggi sono alle prese con un tentativo di ricollocazione di sé rispetto all'altro - a UN'altrø -. Tutti si sforzano, in un movimento dolorosamente corale, di sbrogliare certe questioni esistenziali irrisolte ma fondanti della propria identità, che proprio l'incontro con l'altro risveglia.

Sono tanti i personaggi che sfilano durante le otto puntate ma è la lettura 'a coppie' che a mio parere, esalta sia le caratteristiche soggettive sia i grandi temi umani: ci sono Yasin (fratello di Meryem) e sua moglie Ruhiye, il primo sopraffatto da una frustrazione disperata e legittima che però non riesce a diventare altro che un'evacuazione costante di urla e ordini, la seconda irrimediabilmente prostrata e silenziosa, uniti da una promessa d'amore ma separati da una sofferenza incompresa. C'è l'*hodja* (guida spirituale islamica) che dispensa con benevola pazienza insegnamenti di vita a chi ha bisogno di un consiglio o semplicemente di conforto utilizzando come metafora della vita fiori di plastica confezionati a Taiwan e la giovane figlia (forse lesbica) che nel presentarsi senza *hijab* al cospetto del padre rivendica con coraggio una scelta identitaria che nulla toglie all'amore filiale. Gülbin, la supervisora di Peri, altrettanto bella e istruita, proveniente da un'umile famiglia curda, la cui dolorosa eredità di una guerra fratricida appena accennata ma molto presente, fa a sua volta da sfondo ad un antico conflitto sororicida che la vede protagonista insieme a una sorella meno istruita e molto religiosa. Il dongiovanni Sinan, datore di lavoro e indicibile oggetto del desiderio di Meryem, frivolo e superficiale in relazione alle sue amanti: l'intellettuale e verbosa Gülbin e la leggera ma saggia *starlette* Melisa.

Le donne e gli uomini di Ethos sono alla costante ricerca di una sintesi esistenziale che possa tenere insieme questioni di natura soggettiva, relazionale, ma anche culturale e sociale senza mai riuscire davvero a compierla.

Per parecchie ore, prima che il miracolo del contagio intersoggettivo si realizzi, li guardiamo ripetersi sempre uguali a loro stessi, affrontare la vita con le stesse grida, gli stessi pianti, lo stesso pudore, gli stessi segreti... in un moto penoso e sofferente ma inarrestabile. Non che non vengano fatti tentativi per ribellarsi a ciò che sembra un inevitabile destino, ma nulla sembra davvero scalfire la ripetitività immobile della vita di ognuno. La vicinanza con l'altrø addolora, umilia e attiva fantasie persecutorie, allora le si sfugge.

Siccome Ethos però, al di là delle atmosfere fosche e polverose, non rinuncia alla vita né alla speranza, succede che a un certo punto, per ragioni che non intendo anticipare, tutti questi esseri umani inizino a toccarsi tra di loro, imparando in modo più o meno doloroso a guardare l'altrø e a guardare sé stessi attraverso l'altro. Di tutto questo è emblematico il rapporto di Peri con Meryem che si rivelerà forse essere più catartico per l'analista che per la sua paziente.

'Io è un altro' scriveva Rimbaud a cui sembra fare eco il titolo originale 'è un altrø' a sottolineare il ruolo centrale dell'alterità nella comprensione di sé stessi e del mondo. Peri, nonostante i suoi modi austeri e la migliore formazione, non è in grado di dominare sé stessa e i proprio pregiudizi sul velo di Meryem che rappresenta simbolicamente l'antitesi di un certo tipo di visione della vita di cui Peri stessa è attiva anche se tormentata promotrice. Benché durante i primi colloqui la terapeuta infili una serie di enactment da manuale e sia tentata di interrompere la terapia, qualcosa nella relazione tra le due donne, tra due esseri umani così simili ma allo stesso tempo profondamente diversi, funziona. Non tanto per svelare il molto poco misterioso significato degli svenimenti di Meryem, quanto per innescare la scintilla per una riflessione critica rispetto a sé stesse, e quindi dare impulso a un processo di crescita ed evoluzione l'una grazie all'altra. È ovvio, ma comunque importante sottolineare, come questa possibilità fiorisca sulle basi di una precedente conquista, forse la più importante, che riguarda la possibilità che entrambe si concedono di 'poterci stare'. Per Peri significa non agire la fuga interrompendo la terapia mentre per Meryem potersi concedere e difendere lo spazio terapeutico.

In realtà tutti i protagonisti di questa serie in qualche modo evolvono, con modalità certamente diverse e non per tutti c'è un lieto fine, ma ognuno di loro impara qualcosa su di sé, trovando in effetti un proprio posto tra i confini di una Turchia *melting pot*.

Tra confronti a viso aperto, conversazioni origliate, conflitti feroci, tutti faranno un passo avanti più vivi che mai. Come a dire che senza l'altro non si va avanti.

Ethos è anche una possibile metafora del mondo: parla sì di persone, di

intrecci che suggeriscono una potenziale moltiplicazione all'infinito delle storie relazionali, ma anche di famiglie, comunità e intere società, come fosse un frattale che ingrandendosi e rimpicciolendosi mantiene le stesse caratteristiche e le ripeteretua.

Mentre riflettevo su questa serie e sul titolo un amico greco di vecchia data mi ha fatto notare quanto fosse curiosa la scelta di una parola greca per una serie turca, dato che la storia tra i due paesi non è certo delle più rosee (siamo nel bel mezzo dell'anniversario della guerra greco-turca per l'indipendenza della Turchia, 1919-1922), come a sottolineare ulteriormente come le inconciliabilità offrano la possibilità intrinseca di essere tenute insieme, risolte, in movimenti a volte disorientanti ma anche ricchi di creatività e coraggio.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 23 marzo 2021.

Accettato per la pubblicazione: 23 marzo 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:538

doi:10.4081/rp.2021.538

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Federico Buffagni,* Francesca Durante,** Maurizio Mistrali,***
Laura Polito,**** Sara Santi,***** Fabio Vanni,*****
Giovanni Zorzi*****

‘Progetto Sum’: per la presenza sociale e la cura con il soggetto

‘Progetto Sum’ (www.progettosum.org) nasce da riflessioni critiche sull’insufficienza del sistema sanitario ed educativo a trattare il tema della cura del soggetto relazionale. Non già primariamente un’insufficienza di risorse o un deficit di competenze e nemmeno solo, o principalmente, il prevalere di differenti interessi. Prima ancora di questo la cura con i soggetti, il *care*, ci sembra essere un problema culturale che determina, a seconda di quale taglio si dia ad esso, una collocazione, un grado di priorità, ed infine dunque anche le risorse che vengono ad esso destinate.

Se si fa della cura con i soggetti portatori di malessere, ad esempio, un tema medico-psichiatrico la sua collocazione nel mondo sanitario ne è logica conseguenza e così la richiesta a quel mondo di dare risposta a questi bisogni. Se si mette l’accento della prospettiva educativa sullo sviluppo delle conoscenze o delle funzioni cognitive si produce una formazione coerentemente orientata in questa direzione. A nostro parere questa impostazione crea/è creata in ordine ad un vertice (scientifico, politico, economico) che riduce, in senso epistemologico, la cura con (*care with*) i soggetti ad una prospettiva determinata e gravida di conseguenze, fra le quali un ‘effetto imbuto’ nella domanda, tanto temuto dal sistema quanto ‘cercato’¹.

*Psicologo psicoterapeuta. E-mail: f.buffagni01@gmail.com

**Psicologa psicoterapeuta. E-mail: fradurante87@gmail.com

***Medico psicoterapeuta, Presidente ‘Progetto Sum’. E-mail: m.mistrali@virgilio.it

****Psicologa psicoterapeuta, socia SIPRe e AGIPPSA, Redazione di RP.

E-mail: laurapolito.psicologa@gmail.com

*****Psicologa psicoterapeuta. E-mail: sarasanti89@gmail.com

*****Psicologo, psicoterapeuta, Dirigente AUSL Parma, Direttore RP, Direttore Scientifico ‘Progetto Sum’. E-mail: fabiovanni@progettosum.org

*****Psicologo psicoterapeuta. E-mail: giovanni.zorzi.psy@gmail.com

¹Si veda a questo proposito il testo di Alessandro Baricco ‘Quel che stavamo cercando’

Eppure già Margaret Mead pare abbia fatto risalire al momento in cui un uomo primitivo ha cercato di prendersi cura di un suo consimile la nascita della civiltà. La cura fraterna, fra pari, che diviene poi nei secoli competenza specifica ma che non deve perdere, a nostro parere, la sua orizzontalità relazionale.

La concezione del soggetto della quale siamo portatori, e della sua sofferenza, è troppo complessa per poter stare nel ristretto ambito dei paradigmi psicopatologici e per essere compatibile con una filosofia dell'educazione normativizzante. Si tratta di un soggetto specifico, 'quel' soggetto direbbe Michele Minolli (2015), unitario eppure internamente articolato, relazionale e dunque immerso nella cura fin dall'inizio della sua esistenza e non solo quando è portatore di malessere. Questa prospettiva sulla cura non sembra però trovare oggi un'istituzione pubblica che la comprenda appieno e che la tratti rispettosamente ed efficacemente. Non sembra trovare un altro spazio adeguato né idoneo riconoscimento sociale.

Non si tratta qui di negare l'esistenza di eccezioni o di esperienze di frontiera, delle quali alcuni di noi sono stati e sono peraltro partecipi. Si tratta però di constatare la larga prevalenza nel sistema di welfare di modelli teorici del soggetto, del suo sviluppo e del suo disagio che riteniamo riduttivi e dunque del tutto inadeguati ad informare le pratiche conseguenti. Non è strano, anche se può essere doloroso per alcuni di noi, constatare questo stato delle cose, ma sappiamo anche che l'evoluzione delle conoscenze sul soggetto umano ha avuto, in particolare nell'ultimo secolo, sviluppi davvero importanti e dunque ci si può aspettare che la cura con esso possa non rimanere ancorata a paradigmi scientifici, ed istituzionali, oramai datati e trovare forme nuove di presenza anche sulla scena sociale.

Il campo semantico della cura si trova a dover superare le distinzioni accademiche che distinguono nettamente fra terapeutico-riabilitativo ed educativo quando invece essi possono ben rientrare in un ambito ampio di declinazione del *care*, che poi trova al suo interno naturalmente accenti e differenze, ma che necessita si sottolinei la sua unitarietà data dal suo occuparsi del soggetto umano e delle sue microaggregazioni, collocati entro un contesto più ampio di natura culturale, biologica, economica.

Immaginare dunque uno spazio concettuale e poi operativo che si occupi di questo e che lo faccia in forme *sostenibili* è stato uno dei compiti principali che ci siamo assunti e che abbiamo cominciato dall'inizio del 2021 a rendere operativo.

La forte connotazione etica, la collocazione sociale e l'esigenza di una qualità relazionale adeguata del progetto, anche per quanto riguarda il siste-

(2021) ove l'esito della 'ricerca' è il COVID-19 ma nel quale si rappresenta una logica 'mitica' valida anche per il nostro discorso qui.

ma clinico, attore principale della sostenibilità, ne hanno determinato la collocazione nel cosiddetto ‘terzo settore’, un ambito che sta faticosamente trovando anche nel nostro paese un assetto giuridico-amministrativo più preciso ma che già oggi vede la presenza di migliaia di organizzazioni e di qualche milione di soggetti che ne sono partecipi, molti dei quali operanti proprio nel mondo del care.

‘Progetto Sum’, che contiene già nel nome un riferimento chiaro e antico al soggetto, vuole essere quindi sia un luogo di produzione culturale e di comunicazione/formazione sul tema del soggetto relazionale o ecologico sia un luogo di cura psicologica, intesa qui come centrata sul soggetto e le sue microaggregazioni, che si faccia carico in modo universalistico della domanda di aiuto e del malessere che essa veicola nonché delle esigenze di accompagnamento e facilitazione dello sviluppo del soggetto stesso in una prospettiva che riguarda l’intero ciclo di vita.

L’*universalismo* è da intendersi sia come intento di rispondere alla domanda di cura psicologica di soggetti di ogni grado di disponibilità economica, in modo che il costo della cura sia proporzionato ad essa, sia come orizzonte di utilizzo e verifica di modelli teorico-clinici che siano efficaci con ogni forma di espressione del malessere, anche le più gravi, anche le più lontane dai classici setting della psicoterapia e della psicoanalisi realizzando in tal modo una sollecitazione importante ai nostri modelli teorico-clinici stessi, mettendone alla prova l’efficacia e la capacità esplicativa.

Rendere onore al sintomo, per citare il titolo del testo di Ripa di Meana (2015), significa infatti ampliare le *porte d’accesso* alla sua lettura e comprensione, dando voce ad una sofferenza che si racconta non solo nelle parole, ma anche attraverso strumenti ed esperienze che vanno al di là dell’espressione verbale, e che ampliano lo sguardo sulla complessità del soggetto umano.

Da questo punto di vista, il processo di *consultazione* acquisisce particolare valore per noi, come spazio in cui immaginare e co-costruire una potenziale *via d’ingresso* al mondo del paziente, connettendo realtà anche differenti (educative, laboratoriali, teatrali, *etc.*) e superando quell’inaccessibilità allo spazio di cura causato, a volte, da una fedeltà a modelli teorici e prassi cliniche che troppo spesso portano ad una parcellizzazione dell’esperienza umana e di ciò che può definirsi terapeutico.

Il consultorio di Parma, sede centrale del progetto, funziona come snodo delle attività cliniche e come luogo di scambio all’interno dell’équipe, un gruppo che opera con situazioni che hanno magari un unico psicoterapeuta che lavora con esse ma che in molti casi vede la collaborazione di diversi colleghi che cooperano, per esempio seguendo genitori e figlio/a o famiglie, anche in collaborazione con i servizi pubblici del territorio, che sono diventati in breve tempo significativi inviati.

Nei primi sei mesi della sua attività il consultorio ha visto pervenire, ed

accogliere, una cinquantina di domande di cura psicologica, variamente collocabili fra i quattro e i settant'anni di età ed equamente spalmate redditualmente nelle cinque fasce tariffarie (da 20 euro orarie a 100 euro orarie) previste in riferimento all'ISEE dell'utente stesso.

Si sta peraltro concretamente realizzando un'estensione della rete, che abbiamo chiamato *Sumus*, in numerose altre città italiane (ad oggi una decina) consentendo in tal modo sia una verifica più ampia del modello che una presentabilità di esso in termini più generali e fondati.

Oltre ad alcune iniziative culturali già in essere e in programma si è sviluppato rapidamente un versante formativo in ambito scolastico, nel quale siamo portatori di una visione del bambino e dell'adolescente, e degli adulti ivi operanti, coerente con i nostri presupposti teorici e con le nostre forme relazionalmente orientate di lavoro con le istituzioni.

Ma stiamo anche pensando allo sviluppo di azioni di cure nelle quali sia dato rilievo al fare, e dunque a laboratori, atelier, *etc.* e a forme terapeutiche, anche gruppalì, che mettono il corpo al centro dell'esperienza terapeutica ed educativa.

Nei *luoghi del fare* infatti possono emergere vissuti e dimensioni della complessità umana per i quali non c'è ancora uno spazio di pensabilità, ma che si rivelano attraverso canali forse inconsapevoli ma pur sempre carichi di senso.

Stiamo poi dedicando attenzione sia alla raccolta di dati relativi alla casistica che stiamo incontrando che al tema della verifica di efficacia dei nostri interventi, necessario feedback contro le derive autocentrate di ogni soggetto e di ogni organizzazione di soggetti.

BIBLIOGRAFIA

- Minolli, M. (2015). *Essere e divenire. La sofferenza dell'individualismo*. Milano: FrancoAngeli.
- Ripa di Meana, G. (2015). *Onore al sintomo*. Roma: Astrolabio.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 25 giugno 2021.

Accettato per la pubblicazione: 28 giugno 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:585

doi:10.4081/rp.2021.585

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

EDITORIAL

Corporeity, Empirical Research and Clinical Dialogue:
Three Approaches for Renewal in Psychoanalysis 261
▪ *Attà Negri*

Focus 1: Corporeity and Psychoanalytic Practice**ARTICLES**

The Body and the Action of Narrating in Psychotherapy:
Somatisation, Enactment and Consciousness Processes 269
▪ *Marina Amore*

New Perspectives on Symptoms and Symbols in the Case
of Clara and Their Role in the Treatment Process 319
▪ *Wilma Bucci*

The Embodiment of 'Us and Them': Fascist Experience
in a Traumatized World 359
▪ *Jon Sletvold, Doris Brothers*

Focus 2: Psychoanalysis and Research**ARTICLES**

Efficacy of Psychotherapeutic Treatments:
Research Based on Clinical Practice 387
▪ *Gianluca Lo Coco*

Clinical Research and Empirical Research 419
▪ *Emilio Fava*

WRITINGS

Giving the Subject a Voice. Material Taken from the
Longitudinal Observation of an Autistic Child 459
▪ *Maria Gabriella Pediconi, Luca Regini*

DIALOGUES ABOUT CARE

Mary e 'l'orologio biologico che fa tic tac' 503
▪ *Alessandra Micheloni*

Commento al caso clinico di A. Micheloni 513
▪ *Giuseppe Martorana*

Commento al caso clinico di A. Micheloni 519
▪ *Giulio Fabri Poncemi*

Risposta dell'autrice ai commenti 523
▪ *Alessandra Micheloni*

LECTURES

Freud, Sullivan, Mitchell, Bion and the Multiple Voices
of International Psychoanalysis 527
MARCO CONCÌ
▪ *Alessandro Musetti*

Gang giovanili: perché nascono, chi ne fa parte,
come intervenire 531
FRANCO PRINA
▪ *Fabio Vanni*

GLANCES

Ethos 535
▪ *Valentina Ridolfi*

TRANSFORMATIONS

'Progetto Sum': per la presenza sociale e la cura
con il soggetto 539
▪ *Federico Buffagni, Francesca Durante, Maurizio Mistrali, Laura Polito, Sara Santi, Fabio Vanni, Giovanni Zorzi*

EDITORIALE

Corporeità, ricerca empirica e confronto clinico:
tre possibilità di rinnovamento per la psicoanalisi 265
▪ *Attà Negri*

Focus 1: Corporeità e clinica psicoanalitica**ARTICOLI**

Il corpo e l'azione del narrare in psicoterapia.
Somatizzazione, *enactment* e processi di coscienza 293
▪ *Marina Amore*

Nuove prospettive sui sintomi e simboli nel caso di Clara
e il loro ruolo nel processo terapeutico 339
▪ *Wilma Bucci*

L'incarnazione del 'noi e loro': l'esperienza fascista
in un mondo traumatizzato 373
▪ *Jon Sletvold, Doris Brothers*

Focus 2: Psicoanalisi e ricerca**ARTICOLI**

L'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici:
per una ricerca basata sulla pratica clinica 403
▪ *Gianluca Lo Coco*

Ricerca clinica e ricerca empirica 439
▪ *Emilio Fava*

SCRITTI

Dare voce al soggetto. Materiali tratti dall'osservazione
longitudinale di un bambino autistico 481
▪ *Maria Gabriella Pediconi, Luca Regini*

DIALOGHI SULLE RELAZIONI DI CURA

Mary e 'l'orologio biologico che fa tic tac' 503
▪ *Alessandra Micheloni*

Commento al caso clinico di A. Micheloni 513
▪ *Giuseppe Martorana*

Commento al caso clinico di A. Micheloni 519
▪ *Giulio Fabri Poncemi*

Risposta dell'autrice ai commenti 523
▪ *Alessandra Micheloni*

LETTURE

Freud, Sullivan, Mitchell, Bion and the Multiple Voices
of International Psychoanalysis 527
MARCO CONCÌ
▪ *Alessandro Musetti*

Gang giovanili: perché nascono, chi ne fa parte,
come intervenire 531
FRANCO PRINA
▪ *Fabio Vanni*

SGUARDI

Ethos 535
▪ *Valentina Ridolfi*

TRASFORMAZIONI

'Progetto Sum': per la presenza sociale e la cura
con il soggetto 539
▪ *Federico Buffagni, Francesca Durante, Maurizio Mistrali, Laura Polito, Sara Santi, Fabio Vanni, Giovanni Zorzi*