

L'ESPERIENZA EMOTIVA DI CONTINUITA' E CESURA NELLA RELAZIONE TERAPEUTICA COME ESPERIENZA MUTATIVA DEL SE'

Claudio Miglioli* - Raffaella Roseghini**

Il paziente e l'analista subito si impegnano in un esperimento, nei confini della situazione analitica che ha lo scopo di creare le condizioni nelle quali l'analizzando (con la partecipazione dell'analista) possa migliorare la sua capacità di sognare i suoi sogni non sognati e interrotti. I sogni non sognati dal paziente e dall'analista sono contemporaneamente i loro sogni (e rêverie) e quelli di un terzo soggetto che allo stesso tempo è il paziente e l'analista e nessuno dei due. (Ogden Th., 2005, 2)

Prendiamo spunto da questa citazione di Ogden per introdurre il nostro lavoro. Si parla di un esperimento, cioè di un'esperienza emotiva che viene vissuta nel contesto di regole definite ma il cui esito non è scontato, trattandosi dell'incontro tra due persone che può essere vivificante oppure sterilirsi in un rigido gioco di ruoli. Siamo qui nell'area del paradosso che, come dice Winnicott, richiede di essere accettato come tale e non di essere risolto. E' necessario un limite perché si possa avere accesso ad un'esperienza di libertà e di creatività che in fondo è lo scopo della psicoanalisi, quello cioè di aumentare la capacità di essere il più possibile vivi e veri all'interno dell'intero spettro dell'esperienza umana. E ancora: un'esperienza sentita come assolutamente personale, unica e irripetibile, deve essere condivisibile per trovare un senso. Per Winnicott madre e bambino non entrano in rapporto l'una con l'altro finché essi *“non hanno un vissuto comune. La madre, matura e abile fisicamente, deve essere l'elemento tollerante e comprensivo, cosicché sarà lei a produrre una situazione da cui, con un po' di fortuna, deriverà il primo legame che il bambino piccolo stabilisce con un oggetto esterno, un oggetto che è esterno al Sé dal punto di vista del bambino”* (Winnicott, 1945, p. 184).

L'esperienza di essere vivi, che fonda il sentimento di continuità dell'essere, costituisce la base dell'illusione. Madre e bambino entrano in rapporto l'una con l'altro quando vivono insieme un'esperienza: ciò non significa semplicemente che la sperimentano allo stesso tempo, ma che comunicano all'altro di essere vivi nel vivere l'esperienza.

L'esperienza dell'illusione condivisa è vissuta con tutta la ricchezza delle sensazioni corporee, è un'esperienza incarnata che costituisce un momento di integrazione psiche-soma in cui il soggetto trova un contenimento al riparo da pressioni. Il paradosso implicito nell'illusione è che l'idea di vivere un'esperienza insieme serve a separare madre e bambino.

L'angoscia della perdita e del limite è tollerabile solo se si sente di potersi appoggiare ad uno psiche-soma vitale e integrato, con la sicurezza di non perdere parti di sé. Solo allora si può sostare in quella incerta zona di confine e di scambio tra realtà esterna e realtà interna, tra me e non me.

E' il luogo in cui è possibile fare esperienza emotiva inconscia, è quell'“ombelico del sogno” di cui parla Freud, in cui il sogno stesso affonda nell'ignoto per trovarvi la sua fonte creativa. La relazione analitica avviene in un contesto preciso, con scopi e ruoli definiti, ma essa deve essere reinventata

* Psicologo, Psicoterapeuta, Socio e Docente PsiBA.

** Psicologa, Psicoterapeuta, Socia, Docente e Membro del Direttivo PsiBA.

ogni volta dalle due persone reali che partecipano al gioco, un gioco che è diverso per ogni singola coppia perché le differenti storie attivano risonanze specifiche, e che modifica entrambi gli attori. La relazione è mutativa se entrambi fanno l'esperienza di essere coinvolti in maniera viva.

“E' essenziale che l'analista sia capace di crescere emotivamente in conseguenza della sua esperienza con il paziente di modo che, nel corso dell'esperienza, possa essere sempre più in grado di diventare l'analista di cui il paziente ha bisogno” (Ogden, 2005, p. 9).

L'analista si assume perciò il compito di garantire la continuità dello spazio analitico, cioè del contesto regolato al cui interno si svilupperà la relazione a livello inconscio tra lui e il paziente. Egli si assume la responsabilità di un'asimmetria esperienziale ed emotiva all'interno della coppia analitica, almeno nelle aree più problematiche per il paziente. Pensiamo che il fondamento di questo farsi carico della relazione terapeutica debba essere un atteggiamento profondamente etico: è l'etica del concern, il rispetto per l'altro e la preoccupazione per la sua esistenza.

Ci vengono in mente alcuni concetti teorico-clinici: lo spazio transizionale in cui si consente al paziente di oscillare fra sé e l'altro, fra fantasia e realtà (Winnicott); la capacità negativa, intesa come competenza emotiva acquisita dal terapeuta di tollerare il dubbio, di sostenere per lunghi periodi uno stato di ricettività prima che i contenuti si organizzino in qualcosa di coerente (Bion); ancora, l'attitudine costante a regolare la relazione sintonizzandosi con le risposte verbali o corporee del paziente ai nostri interventi o al clima emotivo della seduta (Stern).

Ci sembra che tutto questo corrisponda a ciò che Civitarese definisce un principio di ospitalità e di compassione per il dolore altrui. Dal momento che il filo rosso del dialogo terapeutico è costituito dalle angosce e dalle difese inconsce suscitate nel paziente dalla relazione analitica, *“l'analista sa che nel teatro dell'analisi non possono non abitare pena, paura e pericolo. Pensa che in ultimo la verità della solitudine di fondo della condizione umana debba affiorare”* (Civitarese, 2011, p. 48).

Il terapeuta insomma si riconosce come facente parte, alla stregua del paziente, della stessa dolente umanità. A proposito di rispetto per il paziente ci vengono in mente le curiose parole usate dalla Little per descrivere lo stile di Winnicott; dice che per lui *“le buone maniere erano importanti. Richiedere delle associazioni o forzare un'interpretazione sarebbe stato maleducato, oltre al fatto che sarebbe stato inutile”* (Little, 1990, p. 47). Queste buone maniere si riferiscono appunto a un rapporto di ospitalità, un rapporto in cui c'è accoglienza, curiosità e interesse ma non intrusione, un clima di familiarità in cui non si forza l'ospite verso un'intimità che può essere sentita come angosciante.

L'etica del concern è ciò che dovrebbe stare alla base di ogni relazione umana orientata alla cura e alla salvaguardia dell'altro. Françoise Dolto, nel suo libro *“I Vangeli alla luce della psicoanalisi”*, commenta la parabola del Samaritano, che Gesù narra a un Dottore della Legge che lo interpella per metterlo alla prova. Sulla strada che porta da Gerusalemme a Gerico un uomo è assalito da una banda di briganti. E' derubato, percosso a sangue e lasciato mezzo morto sul ciglio della strada. Arriva un sacerdote e poi un levita, entrambi uomini di Dio per gli ebrei. Lo vedono ma per prudenza stanno alla larga. *“Invece un Samaritano, che era in viaggio, passandogli accanto, vide e ne ebbe compassione. Gli si fece vicino, gli fasciò le ferite, versandovi olio e vino; poi lo caricò sulla sua cavalcatura, lo portò in un albergo e si prese cura di lui. Il giorno seguente tirò fuori due denari e li diede all'albergatore, dicendo: ‘Abbi cura di lui; ciò che spenderai in più te lo pagherò al mio ritorno’. Chi di questi tre ti sembra sia stato prossimo di colui che è caduto nelle mani dei briganti? Quello rispose: Chi ha avuto compassione di lui”* (Luca, 10, pp. 25-37).

Il modello samaritano, dice la Dolto, lascia l'altro libero. *“Si ritira dal nostro cammino e continua il suo. Il debito d'amore, di riconoscenza che abbiamo contratto verso chi ci ha aiutati possiamo saldarlo solo agendo allo stesso modo con altri. Quando sei samaritano devi ignorare sia debito che riconoscenza. E' disinteressato chi, avendo compiuto un gesto di generosità, non se lo ricorda più. Non deve fare nemmeno lo sforzo di cacciarne il ricordo. E' un fatto compiuto. Ma chi se ne ricorderà? Il bambino, che è in debito di una vita, in debito di rifare altrettanto con i suoi figli o con i compagni della sua vita. Ma non per dovere, non per giustizia. E' una corrente d'amore. Se viene*

arrestata, è la morte. Il nostro prossimo è il “tu” senza il quale non ci sarebbe più un “io” in noi; è quello che ci ha aiutati in un momento in cui, privi di risorse fisiche o morali, non potevamo più farci né da padre né da madre, non potevamo più soccorrerci, prenderci in carico, sostentarci, guidarci” (Dolto, 1996, pp. 100-102). Nota Amati Sas (1994): “Una premessa teorica per definire l’etica in senso psicoanalitico consiste nel supporre che ogni essere umano abbia, all’inizio della vita, la fantasia originaria di un oggetto che sostiene. Infatti, ogni essere umano ha sperimentato alla nascita l’esistenza necessaria di un altro essere umano che offre cura, preoccupazione, sostegno e sostentamento primari alle ansietà e alle incertezze del neonato. L’esperienza psichica di essere sorretti da qualcun altro si trasforma progressivamente nel divenire capaci di offrire, a propria volta, sostegno. Questo può essere considerato come la base dell’etica, poiché sostenere nel tempo e nello spazio l’infermità e la vulnerabilità di un altro significa mantenere il suo divenire fino a che questi possa assumere e dare senso da sé all’interdipendenza umana”.

L'appoggio

Vediamo ora qual è l'appoggio che il terapeuta offre al paziente.

Per Winnicott il buon ambiente di holding viene riprodotto nel setting analitico, che include anche la personalità dell’analista. L’ambiente è infatti affidabile solo se ciò che viene fornito da esso non è affidabile in modo meccanico, ma viene garantito da una presenza viva e umana.

La parola holding suggerisce l’immagine di una madre che regge il figlio tra le sue braccia, tenendo conto della sua sensibilità cutanea, uditiva, visiva, della sua sensibilità alla caduta, della mancanza di consapevolezza da parte del bambino che esista qualcos’altro oltre sé stesso.

La madre inoltre tiene il passo con i più piccoli cambiamenti che avvengono giorno per giorno nel processo di crescita e di sviluppo del bambino, ed è questa la ragione per cui l’holding assicurato da lei è diverso per bambini diversi. Attraverso l’holding la madre sostiene la continuità dell’esperienza del bambino di essere e di divenire nel tempo, conservando la sensazione di essere vivo nei diversi stadi evolutivi.

Un adolescente portatore di handicap, Vittorio, non investe minimamente il proprio corpo, che porta in giro in modo sciatto e trascurato, denegando la sua mortificazione attraverso un’ipertrofia delle funzioni intellettive e di controllo. Le emozioni che mostra sono di rabbia e di disprezzo verso i coetanei che non restano minimamente affascinati dalle sue qualità intellettuali e morali, chiusi, secondo lui, in un mondo insulso e superficiale.

Alterna fantasie di feroce vendetta a cadute depressive. Ad un certo punto, con titubanza e una certa vergogna, racconta di passare molto tempo a giocare ai videogiochi. Rinfrancato dall’atteggiamento di curiosità del terapeuta, inizia a saturare le sedute con il racconto dettagliato delle sue prodezze in vari videogiochi, soprattutto World of Warcraft, in cui si attribuisce i ruoli del guerriero bello e invincibile, oppure quello del curatore. Il terapeuta è portato a dare un senso ai personaggi, a riportare i contenuti del gioco ai vissuti del paziente, ma trova una reazione infastidita di rifiuto a questi prematuri legami di senso. E’ come se il paziente volesse prima di tutto essere visto da un testimone vivo che gli consenta, con il suo sguardo interessato e affascinato, di farlo uscire dalla solitudine di uno spazio/tempo autistici per trovare un altro spazio/tempo in cui possa aver luogo un altro gioco, più reale perché condiviso.

A questo punto il ragazzo sente il peso della ripetitività dei suoi racconti, come se occultassero il suo dolore e allora mette in campo tutto il suo mondo desolato; ma quando il racconto del suo dolore diventa insostenibile chiede al terapeuta di permettergli di tornare a parlare dei suoi videogiochi, ma non troppo, non esclusivamente. E’ come se affidasse al terapeuta una funzione di modulazione paraeccitatoria che tenga aperto lo spazio transizionale.

Winnicott parla di *“un’esperienza molto comune del paziente che ci fornisce ogni particolare del suo weekend e si sente alla fine soddisfatto se tutto è stato detto, anche se l’analista si rende conto che non è stato fatto nessun lavoro analitico. Qualche volta dobbiamo interpretare questo comportamento del paziente come il suo bisogno di essere conosciuto in tutte le sue parti da una*

persona: l'analista. Essere conosciuto significa sentirsi integrato almeno nella persona dell'analista" (Winnicott, 1945, pp. 180-181).

Maddalena è una paziente psicotica in terapia da qualche anno. Sta meglio, conduce una vita abbastanza normale divisa tra il lavoro nel negozio dello zio, una scuola di pittura e le attività sportive. Da alcune volte arriva in seduta con l'agenda che appoggia sul tavolo e dopo il saluto la apre e legge la cronaca di tutto quello che ha fatto o è successo durante l'intervallo di tempo intercorso tra le sedute. E' un racconto minuzioso di fatti, alcuni consueti e ripetitivi, altri nuovi. Desidera che il terapeuta sia informato della sua vita nei minimi particolari: ogni complimento rivoltole da un cliente, ogni acquisto fatto, ogni nuova competenza acquisita nelle faccende domestiche.

Come dice Winnicott, al terapeuta sembra di non aver fatto nessun lavoro analitico, in realtà svolge la funzione, essenziale per la paziente, di contenitore delle varie parti del suo Sé. Il terapeuta svolge una funzione di specchio che, riflettendo e ricomponendo un'immagine unitaria a partire dalla discontinuità degli eventi, fa sentire Maddalena una persona viva ed intera. Inoltre il terapeuta è colui che con la sua attenzione e memoria tiene il filo rosso della vita stessa della paziente, perché non c'è ancora in lei uno spazio interno in cui depositare sensazioni, emozioni e pensieri che vadano a costituire la continuità del senso di esistenza.

Questo contenitore è ancora la relazione fra paziente e terapeuta. Progressivamente si forma la capacità di essere solo (solo in presenza di qualcuno), che è uno sviluppo dell'esperienza transizionale e viene interiorizzata la madre come ambiente che mantiene una situazione nel tempo. Questa funzione tempo permette di favorire la consapevolezza di una diversità.

La madre/terapeuta che tollera la separazione, il dolore della perdita, permette al bambino/paziente di vivere la componente aggressiva insita nel distacco non come un atto distruttivo ma come una tappa evolutiva. Non dobbiamo pensare all'holding come se si svolgesse secondo un processo lineare; dobbiamo piuttosto pensarlo come un insieme di elementi in costante interrelazione tra loro. La sua funzione è quella di permettere di vivere i cambiamenti non come rotture della continuità ma come possibilità di ampliare lo spazio esperienziale ed emotivo, di oscillare tra figura e sfondo, fra madre ambiente e madre oggetto.

Esso è la condizione di esperienza di sottofondo (o matrice psicologica) in cui si genera la mente e si genera il transfert/controltransfert in perenne dialettica tra loro. Ciò che il paziente trasferisce nella situazione analitica non è semplicemente il transfert delle sue relazioni oggettuali interne ma anche l'esperienza dell'ambiente che ha interiorizzato nella relazione con l'oggetto primario. Sia l'analista che il paziente sono immersi in un dialogo intrapsichico e interpersonale che li fa oscillare fra diverse modalità di esperienza del sé e dell'altro, perdendosi e ritrovandosi.

Ogden parla di un terzo analitico intersoggettivo come di una terza soggettività prodotta dalla dialettica generata da e tra le due soggettività separate di analista e paziente all'interno del setting analitico. Dicendo che analista e analizzando sono creati dal terzo analitico, Ogden intende che quel che essi percepiscono come prodotto della propria individuale soggettività storica trova un senso nuovo e specifico solo all'interno della relazione analitica.

Consideriamo la situazione riflettendo sulla nostra esperienza di terapeuti durante una seduta: i pensieri, le immagini, i ricordi, le profantasie somatiche (le fantasie nel corpo di Gaddini), i sogni ad occhi aperti, quel rimuginare su fatti e fatterelli della nostra quotidianità che ci appaiono dispersivi ed estranei come un inutile cascame del nostro lavoro psichico, dovrebbero al contrario trovare un senso all'interno di ciò che si sta creando tra due menti al lavoro.

Succede che qualcosa che ci è ben noto, un ricordo, ad esempio, o un semplice oggetto dello studio, ci si impongono improvvisamente all'attenzione per qualche caratteristica particolare o perché suscitano emozioni nuove o insolitamente forti; questa cesura della sensazione di familiarità crea un effetto straniante figura/sfondo che ci mette in contatto con un oggetto nuovo: si è creato un oggetto analitico che cerca una nuova collocazione e un nuovo senso all'interno di ciò che sta succedendo qui e ora. Ci aiuta, per approfondire il nostro tema, far riferimento al concetto di ambiguità e di

depositario simbiotico proposto da Bleger (1967).

L'ambiguità è l'espressione clinica di un nucleo ambiguo, agglutinato, non differenziato, erede dell'indifferenziazione primaria per cui, a partire dalla nascita, l'essere umano si trova in una condizione di impotenza e di profonda dipendenza e per accedere alla facoltà di pensare ha bisogno di depositare nel contesto esterno quelle angosce primarie che non hanno a disposizione una mente autonoma che le possa elaborare. Non possiamo certo pensare a una sorta di processo lineare di bonifica: come abbiamo precedentemente illustrato, l'apparato psichico funziona procedendo in modo dialettico, da zone d'ombra a zone di luce, da momenti di confusione a momenti di integrazione. Un residuo di questo nucleo agglutinato di contenuti indiscriminati rimane perciò necessariamente nella personalità matura; tale residuo, non potendo essere contenuto dall'Io, è proiettato e depositato in depositari esterni attraverso un legame simbiotico.

Questa depositazione inconscia in una persona o in un contesto esterno è ciò che fonda quel sentimento di sicurezza di base senza il quale nessun essere umano potrebbe esistere: è quello che Sandler (1960) chiama *background of safety*.

In questa situazione la dipendenza dal contesto non è altrimenti percepita che come una tacita certezza sulla coincidenza tra le proprie percezioni e le rappresentazioni condivise. Nell'ambiguità i termini opposti, contraddittori e potenzialmente conflittuali non sono ancora individuati né contrastati.

Per tale ragione l'ambiguità dà ai fenomeni psichici un carattere proteiforme di imprecisione, malleabilità e adattabilità che permette mobilità tra spazi e tempi psichici. L'ambiguità può presentarsi perciò tanto come una regressione che frena quanto come un'apertura che permette nuove discriminazioni e creatività. Pensiamo che questi concetti ci possano essere utili per illustrare alcuni aspetti del setting e della relazione analitica.

Possiamo considerare anche il setting da una parte come il luogo in cui vengono depositati gli aspetti ambigui della personalità di entrambi i soggetti della relazione e dall'altra come lo spazio psico-psichico in cui si gioca la possibilità di differenziare e differenziarsi, per accedere ad un sentimento di sé, sempre provvisorio ed in fieri, maggiormente integrato e vitale.

Amati Sas parla di un "*oggetto da salvare*", che è la rappresentazione intrapsichica di una dinamica relazionale protettore-protetto, che si è in qualche modo e forma sperimentata nelle fasi dell'accudimento primario e che non si cessa mai di cercare di ripresentificare nelle successive relazioni. Se guardiamo in particolare la situazione dalla parte del terapeuta, questa protezione è rivolta verso quegli aspetti del paziente ma anche di sé che rischiano di cadere nell'indifferenziato dell'ambiguità.

E' quell'attitudine a mantenersi continuamente in contatto con le proprie emozioni controtransferali, quella capacità di sostenere l'altro nei suoi aspetti vulnerabili e nel suo smarrimento. Quando il terapeuta si trova nella posizione di oggetto depositario, assume su di sé la responsabilità della sua ambivalenza riguardo agli aspetti ambigui dell'altro.

L'analista dunque, anche nell'*hic et nunc* della relazione analitica, garantisce una funzione di continuità in questo processo di velamento-svelamento; egli è dunque non solo oggetto di transfert ma anche oggetto reale, impegnato a ridefinire la propria appartenenza etica e simbolica.

Può accadere, tuttavia, che anche lui si smarrisca nell'ambiguità e si difenda trincerandosi dietro alle regole formali del setting. Questo accade quando è portato a dare interpretazioni analitiche banalizzanti e di maniera che lo proteggano da un confronto emotivo realmente umano.

Ci viene in mente, a questo proposito, un caso clinico riferito da Stern (2004). Stern parla di un momento-ora, così chiamato perché implica la percezione immediata che il campo intersoggettivo esistente è minacciato, che si prospetta nel bene e nel male un cambiamento importante nella relazione, che è rimessa in campo per essere rinegoziata. Il momento-ora richiede qualcosa di più di una risposta "tecnica": richiede un momento di incontro, una risposta autentica, adatta a quella situazione, una risposta spontanea del terapeuta che ne rechi la peculiare impronta.

Il momento di incontro interroga le due soggettività in interazione. Uno degli ostacoli a che il

momento di incontro si realizzi, ampliando il campo intersoggettivo, è il senso di pressione e l'ansia del terapeuta. Per parlare in termini di ambiguità, il depositario simbiotico viene terremotato, l'omeostasi routinaria viene messa in crisi e diventa urgente trovare un nuovo equilibrio.

Ecco l'esempio clinico. *“Un adolescente, da bambino, aveva subito su gran parte del petto e dell'addome una grave ustione che aveva lasciato un segno molto evidente. In molte sedute era stata affrontata la questione, in particolare il grado in cui quel segno ripugnava o scoraggiava le ragazze. Era estate e tutti erano in spiaggia. Un giorno, durante la seduta, il giovane disse senza preavviso: “Dopo tutto questo parlare, penso che debba vedere com'è fatto”, e subito alzò la maglietta (momento-ora). Il terapeuta si affrettò a dire “No!”, mostrandosi evidentemente preoccupato. “Non è necessario che me lo mostri -aggiunse- ma solo che me ne parli”. Il ragazzo interruppe il movimento e disse di non capire perché il terapeuta non volesse vedere il suo segno. Discussero animatamente su questo episodio per il resto della seduta e anche in quella successiva.*

Vi possono essere diverse ragioni convincenti per il rifiuto del terapeuta. Forse lo considerava un gesto esibizionistico, omosessuale o una qualche altra forma di acting in.

Per quanto possano essere fondate queste motivazioni, ciò che turbava l'adolescente era l'eccessiva foga con cui il terapeuta aveva agito. Nella seduta seguente il terapeuta disse: “Ho pensato a quanto è accaduto e mi sento frustrato per non aver guardato”. Il ragazzo rispose: “Non mi importa che lei sia frustrato; sono io che mi sento frustrato per ciò che ha fatto”. Non mostrò mai più il segno al terapeuta e, anche se fu portata a termine, la terapia fu gravemente compromessa. Una parte significativa del mondo del paziente restò tagliata fuori da una possibile condivisione intersoggettiva con il terapeuta. Più che espandersi, la terapia si era ristretta” (2004, p. 147).

Cesura

“Un bambino non nasce sapendo che ciò che gli accade nella mente e quello che vede nel mondo esterno sono tipi diversi e separati di realtà. Deve scoprire lentamente e faticosamente, attraverso l'esperienza, che il pensiero è diverso dalle cose. Per esempio, all'inizio presume che basti pensare o desiderare una cosa per farla accadere, grazie all'onnipotente magia del pensiero. Per conoscere la natura della sua esperienza o quella degli altri deve imparare a dubitare di questa sua convinzione originaria secondo cui le sue idee sono onnipotenti e le uniche che esistono. Prima di raggiungere questo dubbio non fa che pensare di sapere” (Milner, 1987, p. 29).

Per discernere le due realtà, dando loro un differente peso, e per sentire come esse si influenzino reciprocamente è dunque necessario tollerare il dubbio che ciò che si pensa non sia l'unica verità. Se il dubbio è una cesura rispetto alla verità delle proprie convinzioni su sé stessi e sul mondo, d'altra parte è un'apertura verso un atteggiamento di curiosità che alimenta quel dinamismo psichico che fa sentire artefici e responsabili della propria vita. Si tratta di un processo dialettico in cui il soggetto tollera di essere permanentemente decentrato da una statica evidenza di sé.

Nel suo scritto “La negazione” Freud afferma che il contenuto di un'idea o di un'immagine rimossa può cercare la sua strada nella coscienza a patto che essa sia negata; si conosce dunque nel dubbio e nell'incertezza; ciò che è conosciuto è contemporaneamente rimosso e viceversa, la tensione dialettica fra presenza e assenza, fra chiarezza e oscurità porta a integrazioni sempre provvisorie.

I due poli dell'esperienza sono dunque da una parte una conoscenza basata solo sul pensiero razionale e sull'adesione omologante alle convinzioni condivise, con il pericolo di perdersi in un mondo privo della componente emotiva, dall'altra l'illusione di giungere alla verità ultima di sé e della relazione, con il rischio di perdersi in un mondo di sensazioni soggettive senza pensiero. Attestarsi sull'uno o sull'altro polo significherebbe fare della cesura non un momento di dubbio creativo ma una frattura nel percorso della conoscenza e della relazione.

Trascendere la cesura significa viceversa tenere aperto uno spazio transizionale in cui il pensiero sia vivificato dalla ricchezza delle sensazioni corporee e delle emozioni e in cui si tollera l'incertezza della conoscenza e il paradosso di poter vivere le proprie esperienze considerandole da punti di vista sempre diversi. Possiamo considerare dunque la cesura come una pelle relazionale, come un modo di

funzionamento della barriera di contatto, che simultaneamente separa ed unisce.

Laura è una paziente che viene in consultazione perché si sta separando dal marito. Il rapporto terapeutico nasce all'insegna dell'interruzione: Laura viene una volta e partecipa all'incontro mostrando un desiderio di stare in relazione, poi salta due appuntamenti mandando messaggi di scuse e spiegazioni. Il terapeuta risponde agli sms perché sente che questa modalità di “mordi e fuggi” è ciò che la paziente può tollerare in questo momento. Laura, in una fase difficile della sua vita in cui sta affrontando il dolore della separazione da una relazione in cui ancora una volta si è sentita tradita, fatica a investire in un rapporto nuovo anche se scelto da lei.

Prima di potersi fermare deve tastare il terreno, mettere alla prova la tenuta dell'altro e la sua capacità di accogliere. Nel rapporto con Laura il terapeuta ha la sensazione ora di essere messo a fuoco, ora di scomparire dalla sua visuale senza lasciare traccia. Attraverso un'identificazione proiettiva Laura sembra far vivere al terapeuta l'esperienza da lei vissuta più volte di una relazione lassa, altalenante e ambigua, nella speranza tuttavia che l'esito non sia ancora una volta la rottura. Solo dopo vario tempo Laura dirà al terapeuta: *“La ringrazio per la sua pazienza; sa, io in situazioni di stress mi sento soffocare e allora elimino tutto, anche le cose importanti”*. Così la relazione terapeutica comincia a prendere un ritmo regolare e costante.

Come la pelle si infiamma se il contatto è urticante, così la cesura si fa più netta e necessita di attenzione e cura particolari perché l'ustione pian piano scompaia. La cesura nel dialogo analitico si può presentare sotto diverse forme: può essere la risposta o l'associazione del paziente o dell'analista che sembrano non c'entrare, che producono un effetto straniante di sorpresa, interrompendo l'apparente continuità del testo manifesto e testimoniando il sotterraneo lavoro di due menti che comunicano a livello inconscio co-costruendo il campo.

L'emozione, oltre che di sconcerto, può essere di fascinazione di fronte a ciò che di primo acchito si presenta come un corpo estraneo, a patto che si sia in grado di tollerare la sospensione della comprensione immediata e del contatto. Un momento che nasce all'insegna dell'ambiguità è l'incontro iniziale con un paziente. L'attesa è carica di fantasie, di emozioni, di pensieri su chi sia l'altro. E' la curiosità ciò che permette di essere aperti e di accogliere quello che nascerà dall'incontro, anche se con un po' di ansia di fronte a una relazione di cui non si conosce la sorte. Alessandro, un adolescente di diciannove anni, viene in terapia perché si sente imprigionato in un continuo turbinio di pensieri che in certi momenti lo soffocano, sensazione che esprime bene con un tic al collo che fa pensare al tentativo di liberarsi da una presa che attanaglia.

E' un ragazzo come tanti, curato, vestito in modo casual, ma che porta un vistoso tatuaggio sul braccio che contrasta con il suo modo di apparire. La parte evidente di esso è un disegno banale, anonimo, in bianco e nero, mentre la parte più nascosta è colorata e più significativa.

Parla continuamente, con l'atteggiamento di chi non si aspetta repliche, del resto dice di venire ma non crede di poter essere aiutato. La vita, aggiunge, non ha senso. Il terapeuta si sente confuso dalle tante parole talvolta contraddittorie e dalle tante emozioni che fatica a tradurre in pensieri, come fatica a mantenere il filo del racconto. Sente però che l'importante è stare, senza evidenziarsi troppo, senza troppi commenti, così che il paziente incominci a viverlo come ambiente che accoglie e non ancora come altro. Dirà: *“Lei non è come gli altri che, quando parlo delle mie idee sulla vita o del valore del tatuaggio per me, incominciano a criticarmi, dicendo che sbaglio. Lei talvolta esprime il suo pensiero e basta”*. Ascoltando e guardando Alessandro, al terapeuta vengono in mente i ritratti di Bacon, quei corpi tormentati in drammatica torsione in cui sembra che la bellezza fatichi ad emergere da una deformità confondente. Cosa emergerà da Alessandro? Un adolescente che cercherà di ridefinire una sua personale immagine o un Mr. Hyde? Dalla confusione pian piano affiora nel terapeuta il ricordo di un piccolo bambino incontrato una notte a Delhi che si aggirava solo, tendendo la manina; è un ricordo che ancor oggi gli suscita un profondo dolore per il senso di impotenza nei confronti di un mondo così violento e ingiusto.

La massa di emozioni indistinte vanno configurandosi in un'immagine che richiama la solitudine, la paura, lo smarrimento. Forse dietro all'atteggiamento sicuro, un po' gradasso del ragazzo c'è un

vuoto angosciante. Il terapeuta non può che accogliere e lavorare su ciò che dentro di lui si va chiarendo, senza ancora comunicarlo. Ciò lo aiuta a sentirsi più in contatto con il paziente, un contatto muto ma carico affettivamente. Sentire la presenza dell'altro, cogliere il suo interesse aiuta a sentirsi vivi, sostiene l'epifania di un desiderio di relazione. Alessandro racconta di quando sono morte le sorelline gemelle qualche mese dopo la nascita e di cui non ha un ricordo perché era troppo piccolo ma, dice, *“non ci sono fotografie”*. Alessandro sta parlando di un trauma che ha lasciato un vuoto incolmabile, che ha spazzato via qualunque ancoraggio.

Il terapeuta sente proiettate su di sé da un lato una richiesta urgente, muta perché non ancora sorretta dal desiderio di una relazione, che questo vuoto sia colmato d'incanto, dall'altro una sfiducia, una diffidenza che tiene lontani. Il terapeuta è dunque per ora l'oggetto ambiguo e cangiante che racchiude sia l'oggetto buono sia l'oggetto ingannatore e ammaliatore che si alternano, si mescolano, si confondono. Il terapeuta viene a sapere dai genitori di Alessandro che le gemelline sono morte al sesto mese di gravidanza, quando la madre era in vacanza con Alessandro piccolo. Che cosa è vero e che cosa è falso? E' vero ciò che Alessandro sente come tale, è vero quel lutto che per ora ha l'immagine delle gemelline, è vero perché ciò gli permette di dare una rappresentazione al vuoto. Proseguire nel cammino con Alessandro comporta accettare e indagare l'ambiguo, alla ricerca di una verità che può nascere solo all'interno di una relazione foriera di fiducia e speranza.

Immagini

A proposito di immagini, vorremmo sottolinearne l'importanza nella progressiva costruzione di un senso in ciò che accade nella relazione terapeutica. Le immagini sono una prima messa in forma, in maniera figurativa, dell'esperienza emotiva vissuta, una rappresentazione presimbolica.

Esse si collocano al confine tra il somatico e lo psichico: si impongono con la vividezza delle percezioni e delle sensazioni ma veicolano al contempo delle emozioni che, per essere elaborate, hanno bisogno del concorso di un'altra mente. Il paziente arriva, si sdraia, dice che fa molto caldo, è a disagio. Questo caldo improvviso, insolito per la stagione, lo fa sentire braccato. La sensazione di calore eccessivo che sente oggi è in realtà l'espressione di un'eccitazione sotto traccia che sottende tutte le sue relazioni, un'eccitazione confusa che non ha ancora imparato a modulare, che lo fa sentire a volte passivo e a volte eccessivamente reattivo. Il terapeuta è sorpreso da una immagine che gli si presenta alla mente. Vede un quadro di De Chirico che rappresenta una piazza italiana deserta, immersa in una luce metafisica e straniante. Rivive le emozioni provate in adolescenza durante dei pomeriggi estivi con quella luce accecante che sfumava i contorni delle cose e che sospendeva il tempo; prova una sensazione di solitudine e di ansia. Comunica questa immagine al paziente che a sua volta ricorda che, quando era ancora molto piccolo, in un maggio luminoso fu sequestrato in casa perché il pediatra di famiglia temeva che delle febbri ricorrenti di cui soffriva fossero il sintomo di una malattia potenzialmente letale. Continua ricordando l'ansia materna che condizionò la scelta dei suoi sport e dei suoi studi; riuscì tuttavia a emanciparsi, anche troppo, dice, diventando un leader all'università. L'inquietante sensazione fisica descritta dal paziente, una sorta di fantasia nel corpo, attraverso un'immagine densa di emozioni si è trasformata in una fantasia sul corpo. L'immagine proposta al paziente sembra aver costituito un punto di reperi, allentando la tensione e rimettendo in movimento il lavoro psichico, svolgendo dunque da una parte una funzione paraeccitatoria e dall'altra una funzione vitalizzante.

Cesura è anche il processo di individuazione, il lutto sotteso alla separazione. Tutta la vita è un succedersi di separazioni, a partire dall'impressionante cesura della nascita, che è tale sia per il neonato che per la madre. Ogni tappa evolutiva comporta il rischio di un vissuto traumatico di perdita che può insinuarsi in ogni successiva relazione se non trova senso e integrazione nella continuità della propria storia personale. In questo caso anche i momenti di pienezza e di condivisione possono comportare il dubbio angosciante di non trovare più l'oggetto soddisfacente.

Giulia, in terapia da circa un anno, racconta un giorno di essere uscita con il suo compagno, un uomo sposato. *“Doveva essere una serata speciale, dice, ci trovavamo in un bellissimo albergo a cinque*

stelle, ma dopo cena mi sentii male. Questo malessere mi rovinò la serata perché avevo mostrato una parte di me che poteva non piacergli, e per questo lui si sarebbe allontanato. Così me ne andai via di corsa per prima”.

Il terapeuta riporta quanto detto alla comunicazione, fattale dalla paziente alla fine della seduta precedente, di voler ridurre le sedute da due a una la settimana. Lungo silenzio. “*Sa, dice, lei mi ha fatto notare che io non riesco a stare in una relazione quotidiana con tutta me stessa. Credevo il contrario, ma è proprio come dice lei. Ho paura che se sono me stessa non piaccio all'altro”.* “*Allora, risponde il terapeuta, mette subito distanza, fugge o rallenta il ritmo degli incontri come vuole fare qua”.* Silenzio. “*Oggi è stata una seduta molto importante, perché sono riuscita a dichiarare la mia paura e non è successo niente”.*

La magia del momento di incontro porta con sé la minaccia del suo poter essere distrutto: l'oggetto presente contiene l'ombra dell'oggetto assente. Allora ogni relazione fa sentire in pericolo, in balia dei propri desideri, e richiede difensivamente di prenderne il controllo tornando a un vissuto onnipotente di autosufficienza. Valeria racconta di aver fatto l'esame medico prescrittole dal ginecologo per appurare in via definitiva se le sarà possibile avere figli.

Ne aveva parlato la volta scorsa, dicendosi molto angosciata, non tanto perché l'esame avrebbe potuto rivelare qualche sua grave patologia, quanto perché si sarebbe sentita molto inadeguata e avrebbe deluso le aspettative materne: tutte le sue amiche stanno facendo figli, lei cosa aspetta? Segue un silenzio: da qualche mese a questa parte le sedute sono caratterizzate da silenzi lunghissimi di cui la paziente dice di non capire la ragione e da cui si sente imprigionata.

A volte è come se avesse un totale vuoto mentale, altre volte vorrebbe parlare ma si sente completamente bloccata. Dice che la seduta scorsa si vergognava moltissimo a manifestare la sua angoscia perché era stata stoppata subito dalla madre quando aveva provato ad esprimere le sue emozioni: le cose si affrontano, tutto si risolve, le era stato detto bruscamente. La volta scorsa qui in seduta si era sentita molto sollevata, come legittimata dall'intervento del terapeuta. Aveva avuto la sensazione che questi fosse infastidito dal suo silenzio, poi, quando è riuscita a parlare ha sentito nel terapeuta un tono di grande condivisione.

Però le è venuto un dubbio: e se si trattasse di un tono di circostanza? Se così fosse cadrebbe tutto. Il terapeuta ricorda che quando la paziente aveva accennato alla possibilità di ridurre il numero delle sedute settimanali le era parso che a lui non importasse granché.

A questo punto la paziente racconta un sogno in cui era venuta in studio con il marito e la madre e sentiva che il terapeuta era diverso dal solito, non lo riconosceva. Il terapeuta commenta che allora forse il suo silenzio le permette di non chiarire il dubbio cruciale sulla realtà ed affidabilità della loro relazione, così come era estremamente reticente a fare l'esame medico perché temeva un responso negativo circa la sua capacità di generare una nuova vita.

Il dubbio tormentoso è quello del bambino di fronte al volto della madre in cui a volte si perde rapito e che altre volte gli appare ostile e inospitale, irricognoscibile. Prova allora un'angoscia nata da un'alternanza senza mediazioni fra pieno e vuoto, fra oggetto buono in quanto familiare e oggetto cattivo in quanto estraneo. Perché il bambino riesca a tollerare la frustrazione dell'assenza dell'oggetto che lo rispecchia senza sentirsi intrappolato in una immobile palude senza orizzonte è necessario che interiorizzi una funzione tempo.

Questo esistere nella continuità dipende dalla percezione della preoccupazione e del desiderio dell'altro, dagli accadimenti e dalle cure materni, dalla realtà della presenza viva del terapeuta. Solo alla fine di un lungo processo è possibile vivere la magia dell'incontro sostenendone l'ambiguità, sentire che l'intensità, l'unicità dell'emozione è proprio legata alla fugacità dell'esperienza che si sta vivendo, che ciò che è luminosamente presente non ci sarà più fra un attimo.

Viene da pensare alle tappe di un viaggio, quando per l'ultima volta si vede un paesaggio bellissimo, o ci si congeda da qualcuno, incontrato per caso, con cui è avvenuto uno scambio emotivo intenso ma che non si vedrà mai più. Sono momenti che non lasciano un senso di vuoto ma l'emozione

struggente di essere al contempo presenti con tutto sé stessi ma di non poter più sostare. Come se si fosse pervasi da una sorta di ansia creativa. La cesura fa venire in mente il diaframma della macchina fotografica, che allarga o restringe il campo visuale, volta a volta mettendo in luce o nascondendo i vari particolari. Trascendere la cesura significa allora duttilità, capacità di muoversi da un punto di vista all'altro, non considerando un punto di vista come l'unico o il più importante ma mettendo a fuoco ciò che in quel momento è emotivamente più pregnante; significa sfumare i contorni che separano i vari personaggi, considerandoli tutti, appunto, come interagenti tra loro all'interno di un campo condiviso.

Viene anche da dire che questi personaggi possono scambiarsi i ruoli se ciò è necessario per il buon successo della commedia. Il terapeuta è al contempo attore e regista e in veste di regista ha il compito di arricchire l'esperienza emotiva e gli scambi fra i partecipanti al gioco, cercando di capire come gli interventi dell'uno e dell'altro aprano o chiudano il campo. Quel che succede in seduta va riferito al campo, la malattia del paziente contagia e fa ammalare il campo: il terapeuta dunque si trova a dover oscillare continuamente fra la confusione e la differenziazione tra sé e il paziente.

Può capitare che la distrazione o la dimenticanza da parte del terapeuta provochino una cesura nell'equilibrio relazionale della coppia terapeuta-paziente, ma che costituiscano al contempo un'apertura nel lavoro analitico.

Il terapeuta esce dallo studio per andare ad accogliere Federico. Quando lo vede ha un attimo di sorpresa e di smarrimento: non se lo aspettava quel giorno a quell'ora. Il paziente coglie il dubbio nell'espressione del terapeuta e frettolosamente dice: "Se ho sbagliato giorno me ne vado". E' un momento di smarrimento reciproco che fa momentaneamente sbiadire i confini dell'uno e dell'altro. Sono entrambi nella confusione. Per un attimo la sensazione è quella di aver perso le coordinate spazio-temporali. Il terapeuta ricorda quasi immediatamente di aver concesso il recupero di una seduta saltata dal paziente per motivi di lavoro. Questo ricordo lo rassicura in parte, ma gli resta dentro l'interrogativo di come mai se ne fosse dimenticato, e un certo senso di colpa. Lo fa entrare. L'atmosfera è tesa, imbarazzata, c'è un silenzio greve.

E' come se il terapeuta e il paziente dovessero nuovamente prendersi le misure. Il terapeuta commenta quanto è avvenuto fuori dalla porta dicendo che il paziente aveva reagito al suo stupore senza difendere il suo posto, come se lui fosse fuori luogo in quel momento, e fosse naturale cedere il posto a qualcun altro. Il paziente allora per la prima volta esterna la sua gelosia verso i due fratelli minori ai quali, a detta dei genitori, doveva, in quanto fratello maggiore, cedere o un gioco o l'attenzione della mamma o del papà, accumulando dentro di sé un senso di ingiustizia, di privazione e di rabbia che non poteva manifestare.

Era infatti considerato il fratello bravo, responsabile, generoso. *"Così anche qui oggi, commenta il terapeuta, si è comportato come allora, non si sentiva in diritto di difendere il posto che le era stato assegnato perché il timore era da un lato di averlo portato via a qualcun altro, dall'altro che, se non si fosse mostrato generoso, avrebbe deluso il terapeuta, come allora i genitori"*.

Cosa si è verificato? Come mai quella dimenticanza? La terapia attraversava un momento di stallo: c'era una ripetitività che rendeva difficile procedere nel lavoro analitico. Era come se paziente e terapeuta si fossero assestati su una posizione di quiete stagnante. L'errore del terapeuta è stato come uno scossone che ha messo a soqquadro un ordine costituito.

Qualcosa in realtà pulsava sotto pelle ma non riusciva ad emergere e a trovare un varco. La dimenticanza del terapeuta sembra essere stata frutto di un lavoro inconscio, o meglio di una comunicazione tra inconsci, esito di una consuetudine relazionale e di una sensibilità che si è andata affinando, comunicazione di cui il terapeuta si è fatto portavoce.

L'esitazione del terapeuta sembra aver intercettato un'area traumatica del paziente che solo nella concretezza di un atto mancato poteva emergere. E' una manifestazione di transfert in cui i protagonisti sono una madre che non salvaguarda l'ambiente di holding sufficientemente buono, che non tiene a mente, che confonde, e dall'altra un figlio che pensa di dover essere bravo e adeguato per meritare l'amore e mantenere un posto nella mente del genitore. Così, attraverso un fraintendimento,

un “momento ora” si è trasformato in un momento di incontro, cioè in un momento che ha messo la coppia analitica in sintonia con un aspetto nuovo del paziente.

Transfert/Controtransfert

Il punto di vista del campo decostruisce la cesura rigida fra transfert e controtransfert, fra paziente e analista, portandoci a considerare il transfert come l'aspetto di un sistema a due persone in cui nessun elemento può essere compreso se separato dall'altro. In questo contesto il terapeuta non cerca di depurare prematuramente il campo da ciò che sente come un riflesso della propria personalità, ma *“piuttosto utilizza la propria comprensione di sé per cogliere come i sentimenti e i pensieri che sono apparsi siano stati forgiati e colorati unicamente da quella precisa esperienza con il paziente”* (Ogden, 1991, p. 73).

Ciò è tanto più vero se consideriamo come una forma di transfert l'identificazione proiettiva, che implica che il terapeuta sia coinvolto in una messa in scena del mondo interno del paziente. L'identificazione proiettiva non è solo la proiezione di parti cattive di sé, degli oggetti interni o di emozioni angoscianti che non hanno trovato una mente che le elaborasse, ma costituisce una pressione per cui il ricevente della proiezione si sente spinto a sentire, a pensare e a comportarsi in maniera coerente alla proiezione stessa.

L'identificazione proiettiva si insinua dunque in un'altra persona, entrando in risonanza con degli aspetti reali dell'altro, facendolo sentire confuso, dal momento che vive le sensazioni e le emozioni, da cui è temporaneamente colonizzato, come verità assolute e immodificabili.

Al terapeuta viene allora fatta provare la sensazione di non esistere se non accetta il ruolo che viene spinto a interpretare. Parlare di ruolo significa parlare di un luogo in cui si svolge la scena e l'identificazione proiettiva si svolge appunto in uno spazio di transizione. Il terapeuta non è solo l'oggetto soggettivo da manipolare e controllare inconsciamente, ma è un attore nuovo, reale, che partecipa attivamente al gioco e lo modifica.

Ciò permette che l'insieme di sentimenti evocati vengano elaborati diversamente e che, una volta restituiti, contribuiscano ad arricchire il mondo interno del paziente e allarghino il campo entro cui procede la relazione. Certo questa trasformazione non sarà mai completa perché recherà anche le tracce opache, idiosincratiche, non pensate del ricevente stesso.

Da questa descrizione emerge che l'identificazione proiettiva non è solo una forma più primitiva di transfert, ma una modalità di comunicazione sempre presente: se essa da una parte oscura la relazione, dall'altra la inverte perché attinge la sua energia alle radici dello psiche-soma. Il campo non sarà mai bonificato del tutto e il senso non si saturerà mai, ma si farà strada negli interstizi, nelle zone di unione/disgiunzione fra mente e corpo, fantasia e realtà, passato e presente, paziente e analista. E' solo così che l'inconscio dinamico attraverso le cesure permette la continua seppur non lineare espansione del sé. Achille è un ragazzo di bella presenza, apparentemente molto sicuro di sé, consapevole del fascino che esercita.

Frequenta con difficoltà l'ultimo anno di liceo. Viene in consultazione mandato dai genitori che non sanno più come gestirlo perché frequenta la scuola a singhiozzo, è polemico con i professori, beve e fa uso di spinelli in modo preoccupante. Figlio di una famiglia prestigiosa e molto esigente, è l'angelo caduto: era un bambino che incantava tutti, finché non cominciarono alle medie le prime difficoltà scolastiche. Non si sente riconosciuto e non si riconosce; questo gli fa sentire che ha perso il filo della sua vita ma non sa come riacciuffarlo.

Reagisce alla sensazione di smarrimento e di inesistenza con rabbia e con atteggiamenti di sfida continua, che lo fanno sentire vivo e potente. L'alcool e lo spinello sono per lui dei modi per spegnere una mente che è sempre accesa: fatica molto ad addormentarsi, pensa continuamente a quel che è successo durante la giornata, all'immagine che ha dato, a quello che è riuscito e soprattutto a quello che non è riuscito a fare. Oscilla fra una rabbia da mancato risarcimento a una sensazione di totale fallimento perché ha interiorizzato le grandi aspettative familiari.

In guerra si va per vincere, non per perdere. A volte è il despota pretenzioso e implacabile, altre volte

è il povero lavavetri all'angolo della strada che torna a casa con un gruzzoletto che non è mai sufficiente. Ha costruito una difesa potente: è acutissimo, attento a decifrare ciò che sta dietro ai comportamenti delle persone per sfidarle, metterle in difficoltà con una logica tagliente che sfinisce. Al di là di momentanee aperture in cui si mostra fragile e raggiungibile, il suo atteggiamento verso il terapeuta è prevalentemente di diffidenza, freddezza e ostilità, e il terapeuta si sente molto spesso inquisito e messo all'angolo. Un giorno, parlando dei personaggi dell'Iliade, il terapeuta cita Tersite, il che suscita nel paziente una reazione beffarda: nulla capita a caso e dunque come mai al terapeuta è venuto in mente questo personaggio così disprezzabile?

Quel che viene in mente a lui è invece il coraggioso Achille. Il terapeuta accusa il colpo, però è anche incuriosito e va a rinfrescare i suoi lontani ricordi scolastici. Scopre che le vicende di Achille e Tersite sono molto intrecciate: Achille uccide in battaglia Penthesilea, la regina delle Amazzoni accorsa in aiuto dei Troiani, la spoglia per prendersi l'armatura e, quando scopre che si tratta di una bellissima donna, non resiste all'impulso e ne violenta il cadavere. Tersite lo sbeffeggia per questo e viene ucciso dall'eroe. Man mano che il terapeuta si sintonizza con gli aspetti originali, vitali, non omologati del paziente intuendo un suo personale progetto, Tersite può avere diritto di cittadinanza e perdere un po' i suoi connotati ripugnanti. Il transfert è un falso nesso fra presente e passato, fra oggetti interni e oggetti esterni, fra percezioni reali dell'altro e proiezioni in fantasia.

E' un falso nesso che occulta ma anche interroga la cesura fra queste dicotomie e riporta all'ambiguità. Il transfert è infatti un'esperienza perturbante di familiare ed estraneo.

Gli antichi oggetti, insieme alla matrice della relazione (cioè l'ambiente originario costituito da sensazioni, immagini, esperienze corporee non ancora mentalizzate), vengono trasferiti in una relazione e in un ambiente nuovo, facendo entrare in contatto con elementi noti ma anche imprevedibili. Esso, in quanto depositario simbiotico, cerca di assicurare con la sua ripetitività un'identità di percezione che garantisca una sensazione basica di continuità e di sicurezza.

D'altra parte il transfert veicola il desiderio di conoscere e di essere conosciuti in maniera nuova, di cimentarsi con un oggetto perturbante a cui ci si rivolge con ansia, diffidenza ma anche con la speranza di rimettere in gioco un processo bloccato. Il paziente cerca un oggetto che risponda in modo diverso rispetto al passato, sulla base della percezione di un sé oggetto in qualche modo accudito, abbracciato, tenuto.

Del resto già Freud così si esprimeva: *“La traslazione crea una provincia intermedia tra la malattia e la vita, attraverso la quale è possibile il passaggio dalla prima alla seconda. Il nuovo stato ha assunto su di sé tutti i caratteri della malattia, ma costituisce una malattia artificiale completamente accessibile ai nostri attacchi. Al tempo stesso questo stato è una parte della vita reale, favorito tuttavia da condizioni particolarmente propizie e coi caratteri della provvisorietà”* (Freud, 1914, p. 360).

Andrea viene mandato in consultazione dai genitori per un blocco negli studi universitari, per una difficoltà di socializzazione e per una tendenza a isolarsi con il computer.

Al primo incontro si definisce pigro, lo annoia dover rispondere alle scadenze burocratiche dell'università. I suoi genitori lo incalzano continuamente perché studi e pensano che si nasconda dietro al computer per sfuggire alle sue responsabilità; in realtà se un esame non gli interessa non riesce proprio a studiarlo. Reagisce alle pressioni dei genitori facendo resistenza passiva; come detesta, dice con ironia, le critiche costruttive!

Prendere delle decisioni, scegliere qualcosa significa perdere qualcos'altro, quindi forse è meglio stare fermi. Ha una bassa opinione del genere umano perché, dice, generalmente le persone non fanno un'allocazione ottimale delle risorse. Ad esempio non capisce perché la gente in autostrada continui ad occupare la corsia centrale e non stia in quella di destra dove rimane lui.

Dice però anche che non gli dispiacerebbe guidare un'automobile più brillante di quella che ha ora a disposizione. Nel corso del colloquio il terapeuta suggerisce che dietro il suo saggio atteggiamento ci sia la paura di crescere perdendo la rassicurante routine del suo ambiente familiare; prendere delle decisioni espone al rischio del fallimento e della mortificazione. Gli dice che d'altra parte dietro la

sua apatia si sente un'inquietudine, una spinta a sperimentarsi diversamente, provando l'ebbrezza del movimento e della velocità. Alla fine del colloquio il ragazzo mostra curiosità per degli oggetti che si trovano sulla scrivania, ad esempio per una lente di ingrandimento che funge da fermacarte. Il disagio e l'inibizione delle sue spinte vitali, che sperimenta sentendosi scrutato da un occhio costantemente critico, possono trasformarsi nella curiosità verso una lente che può sì evidenziare difetti e fallimenti ma può anche mettere a fuoco e far vedere più chiaramente.

Il terapeuta mantiene aperto il paradosso tra transfert e relazione reale, tra l'accettazione di una ripetizione che non ammette alcuno scarto e la rispettosa introduzione di punti di vista ed emozioni nuovi, tra amore di transfert e amore vero, inteso in senso generale come interesse, attaccamento, partecipazione. Il terapeuta maneggia il transfert come esperienza transizionale, proponendosi lui stesso come oggetto da usare, in senso winnicottiano, tenendo conto delle modalità di funzionamento del paziente. Il transfert è anche trauma, espressione cioè di un senso profondo di mortificazione del sé che non ha potuto essere mentalizzato, e in quanto trauma tende a ripetersi all'infinito. Questa continua ripetizione comporta anche una progressiva familiarizzazione, un lento apprendimento che si verifica attraverso piccoli cambiamenti resi possibili non soltanto da interpretazioni verbali ma anche da una diversa esperienza di sé in un ambiente facilitante, cambiamenti favoriti da un oggetto diverso dal passato, che si lascia manipolare ma non assimilare. Giovanna, una giovane donna, nel corso di una seduta accenna alla sessualità, argomento per lei tabù. Dice che la mamma non le ha mai spiegato nulla circa il sesso, anzi, quando a quindici anni la scoprì che si toccava, la fulminò con lo sguardo. La terapeuta commenta che, senza qualcuno che ci indichi il percorso della crescita del corpo, si è smarriti nell'esperienza dello sviluppo e ci si può perciò sentire colpevoli per la curiosità relativa ai mutamenti del corpo.

Giovanna si inalbera e dice che una persona che parla così è una cattiva madre, che una buona madre non può raccontare queste cose sporche alla figlia. Con chi se la sta prendendo Giovanna? Con la madre che non l'ha introdotta alla vita o con la terapeuta che la spaventa con le sue parole, che la mette in conflitto con l'altra madre ma che può incuriosirla?

Oppure sta rivivendo la scissione fra due suoi aspetti interni: quello che aderiva al dettame materno rinunciando a sé e quello, più fedele a sé stessa, che ha dovuto nascondere e far vivere in clandestinità. Non c'è paradossalmente in questa reazione così violenta la speranza di trovare una risposta nuova e una relazione accogliente?

L'errore del terapeuta presentifica un errore passato delle figure primarie di riferimento ma al contempo, evidenziando l'errore, suggerisce un'altra possibilità e rimette in moto un lavoro psicologico alla scoperta di un senso nuovo.

Una paziente che aveva chiesto aiuto perché si sentiva invasa da pensieri parassiti che la spingevano a immaginare azioni autolesive, un po' per volta si rende conto di come la sua vita sia sempre stata dominata dall'imperativo di uniformarsi alle aspettative degli altri, al prezzo di una sensazione di futilità. La terapia procede bene, con una partecipazione attiva della paziente che associa, porta sogni significativi, inizia a crearsi spazi di autonomia nella sua vita.

Un giorno annuncia che ha deciso di separarsi dal marito con cui è da tempo in crisi, non può più aspettare. Il terapeuta commenta che è una decisione importante su cui vale forse la pena di meditare ancora un po'. Inizia una nuova fase in cui la paziente diventa sempre più mutacica, dicendosi intrappolata lei stessa nel suo silenzio, un silenzio che diventa sempre più pesante anche per il terapeuta, che lo vive con noia, insofferenza, distacco emotivo. Ad un certo punto il terapeuta incontra ricordi personali che gli fanno provare sentimenti di abbandono, solitudine, inconsistenza. Chiede alla paziente come abbia vissuto la seduta in cui diceva di voler dare un taglio al suo matrimonio. La paziente risponde che si è sentita negata, come se il terapeuta non credesse in lei, nella sua capacità di scegliere e di vivere autonomamente.

Il terapeuta si è trovato dunque a riproporre quella stessa identità di percezione ben nota alla paziente e a poter ripristinare la comunicazione emotiva con lei solo dopo aver vissuto sulla sua pelle i sentimenti della paziente ed essersene distaccato. Con il suo controtransfert, dunque, il terapeuta a

volte riattualizza nel paziente antiche configurazioni relazionali in cui egli stesso è vissuto esattamente come una figura del passato: si può venire allora a creare una situazione di stallo che si sblocca solo quando il terapeuta è in grado di sentire le stesse emozioni del paziente. Quando il paziente tocca delle corde personali dell'analista che rispecchiano le sue stesse emozioni, si verifica nell'analista una doppia identificazione che gli fa vivere non solo i sentimenti del paziente ma anche le sue personali reazioni e il suo essere altro.

E' necessario dunque che l'analista condivida in modo profondo quel che il paziente sperimenta emotivamente, vivendo un momento di unisono, per poi distaccarsene, distinguendo quel che è suo da quello che si è prodotto dentro di lui nell'esperienza interpersonale. Solo così si può creare uno spazio di pensabilità per il paziente.

La relazione terapeutica

Il filo d'Arianna che permette di non perdersi nel labirinto è la tensione costante a cogliere la verità emotiva che si percepisce nel presente della relazione perché è proprio ciò che accade emotivamente nel qui e ora che costituisce il fattore potenzialmente più trasformativo.

Quando l'esperienza viene vissuta da entrambi, nel senso che ognuno partecipa emotivamente all'esperienza dell'altro, il campo intersoggettivo si amplia, modificando il rapporto fra i due partecipanti e permettendo loro di tentare strade nuove: entrambi hanno fatto esperienza di un modo nuovo di essere con sé e con l'altro. Questa intelligenza nuova della relazione, che non sempre implica una consapevolezza o esige una verbalizzazione, si sedimenta in una storia specifica di quel rapporto, creando uno stile e una modalità peculiari di comunicare.

Perché questo incontro strutturante si verifichi è necessario un lungo processo di sintonizzazione e di regolazione della relazione. Possiamo pensare alla sintonizzazione come se fosse una funzione fisiologica, una sorta di respiro della relazione. Attraverso un'oscillazione continua tra apertura e chiusura, avvicinamento e allontanamento, fraintendimento e recupero, viene interiorizzato un ritmo che consente di contestualizzare i momenti di eccitazione e quelli di opacità, che permette in definitiva di interiorizzare non tanto un oggetto quanto la relazione con un oggetto.

Stern (2004) a questo proposito parla di approssimazione, che per lui è qualcosa che va vissuta più che capita e può essere fonte di creatività solo a patto che si manifesti nel contesto teorico e tecnico fornito dal terapeuta; in caso contrario genera solo disordine. All'interno di questo setting garantito trovano spazio gli stili idiosincratici di entrambi i partecipanti. Per Stern esistono due modalità di conoscenza relazionale: una implicita e procedurale, che non ha a che fare con la parola e molto con il sapere del corpo, e una verbale, dichiarativa, simbolica.

Le due forme di conoscenza si influenzano reciprocamente senza che nessuna delle due saturi mai l'altra. Per Stern gran parte della comunicazione avviene a livello della conoscenza implicita ed è destinata a rimanere inconscia, non nel senso del rimosso ma in quello del conosciuto non pensato di Bollas. E' come se si trattasse di un sotterraneo fiume carsico, supporto vitale della comunicazione, che di tanto in tanto affiora alla superficie e può essere espresso in parole e in interpretazioni che danno temporaneamente un significato alla relazione.

Queste conoscenze implicite possono dunque costituire la base di ciò che successivamente potrebbe essere rappresentato simbolicamente, ma possono rimanere inconsapevoli. In questo contesto il terapeuta cerca di riportare l'esperienza emotiva al qui e ora della relazione, attento a capire come i vari interventi, dell'uno e dell'altro, aprano o chiudano il campo.

Cerca di trovare un modo di essere e di parlare con il paziente attraverso il quale possa accogliere aspetti non integrabili del mondo interno del paziente; solo così può restituirglieli in una forma che egli sia in grado di accettare e dalla quale possa imparare. Questa restituzione non sempre può essere fatta in forma verbale e non solo perché, quando il paziente vive ad esempio un transfert relativo a oggetti parziali, l'interpretazione gli risulterebbe del tutto estranea.

C'è dell'altro. Il terapeuta è coinvolto in una relazione autentica in cui ha una percezione subliminale del modo di "essere con" di ognuno dei due partecipanti, modo che è continuamente mutevole e

negoziato: da questo punto di vista sono entrambi realmente in gioco.

La capacità negativa del terapeuta può essere considerata allora come la capacità di lasciare in sospeso, di rimanere nell'incertezza all'interno di una situazione che neppure lui padroneggerà mai del tutto perché la relazione è sempre precaria, in fieri, e la sintonia non è mai garantita. Viene in mente un campo affidato alle cure di qualcuno che non potrà mai bonificarlo o coltivarlo completamente, ma di cui accetta di essere il guardiano.

E in questo farsi carico ravvisiamo il carattere di realtà della presenza del terapeuta e l'aspetto solidale ed etico del suo impegno. Vogliamo ora riportare un esempio fatto da Stern (2004, pp. 151-52) che ci sembra ben illustrare il processo di sintonizzazione. Si tratta del brano di una seduta di una bambina di sette anni. La terapeuta aveva annullato l'incontro precedente, ma di questo non avevano parlato in seduta.

Il dialogo segue un andamento ritmico simile a una cantilena.

Mariah: Penso che farò una zuppa di verdure.

Terapeuta: Sì, benissimo! Mi piace la zuppa di verdure!

Mariah: Lo so.

Terapeuta: Sei una brava...Sei una brava...ummm mamma.

Mariah: Io non sono la tua mamma.

Terapeuta: Sei una brava cuoca in cucina.

Mariah: Non sono in cucina, sono in un ristorante. E sto facendo...

Terapeuta: Oh, meglio ancora! Sei una brava ristoratrice!

Mariah: Nnnnn...una cuoca.

Terapeuta: La cuoca di un ristorante.

Mariah: Sono una ragazzina.

Terapeuta: La ragazza di un ristorante – molto bene! Questo è il nostro ristorante e...

Il dialogo proseguì finché la bambina chiese improvvisamente: "Dove sei stata venerdì?" (la seduta annullata). Ciò che questo frammento clinico mostra non è la costruzione di un significato ma di un modo di stare insieme attraverso un'alternanza ritmica e ripetitiva, che qui sembra una sorta di gioco di fioretto. L'esplorazione del campo, con il senso di sicurezza connesso, rende alla fine possibile affrontare l'elemento emotivo che disturba la relazione in quel momento.

Viene qui in mente anche la sintonizzazione nel gioco dello scarabocchio di Winnicott.

Lo scarabocchio istituisce una relazione in cui non viene da subito definita la distinzione tra paziente e terapeuta, me e non-me; si gioca in uno spazio in cui viene condivisa una ricerca e viene costruito, con l'apporto di entrambi, un oggetto che sta lì in mezzo, che può essere usato o lasciato cadere, che può assumere un senso oppure no, che può anche solo semplicemente esprimere il piacere di giocare. Nel ritmo oscillatorio della terapia si evidenziano di tanto in tanto quelli che Stern definisce momenti di incontro.

Quando si verifica una situazione particolarmente carica che rischia di rompere le regole abituali e che mette in discussione la natura della relazione terapeutica, il terapeuta può uscire dall'ansia o fornendo una risposta tecnica di maniera o una risposta autentica e specifica rispetto alla crisi e al suo stile personale. E' un momento di verità che rivela la realtà emotiva di entrambi e che può creare un cambiamento durevole del campo intersoggettivo senza che sia necessaria una verbalizzazione. Giuliana è un'adolescente molto problematica che vive in una famiglia in cui tutti i membri sono seguiti da un servizio di igiene mentale.

La terapia è caratterizzata da un transfert tirannico per cui la ragazza tiene in scacco la terapeuta con un muro inespugnabile di silenzio ostile che la fa sentire in costante apnea e che sembra spegnere ogni sua capacità di pensare. Quando accetta di entrare in qualche modo in relazione, la paziente lo fa tormentando la terapeuta, imponendole i giochi e il modo di giocarli, offendendola, trattandola in definitiva, per dirla con Winnicott, come una feccia. Quello che segue è il resoconto di una seduta.

Giuliana prende un blocco di carta di fianco a lei, strappa un foglio e lo fa a pezzetti. Mi spiega che ci potrebbe fare dei coriandoli, però bisognerebbe colorarli e poi non vuole sprecare la carta.

Li ammicchia sul bordo della scrivania, li prende in mano e me li lancia addosso. E' un attimo. Lei ride come raramente l'ho sentita fare, con una risata spontanea, libera; io rido sorpresa di questo gesto che non so come interpretare. *“Non ce l'ho fatta a fermarmi, è tutta l'ora che sono tentata”*, dice divertita. *Mentre mi scrollo i mille coriandoli di dosso, penso a questo suo gesto, a cosa abbia voluto comunicarmi, e mentre i pensieri vanno: aggressione?, cosa ho fatto?, cosa ha fatto?, cosa ho detto?, seguo un istinto, li raggruppo e glieli lancio addosso anch'io, indirizzandoli però verso l'alto e annunciandole il gesto che stavo per fare. Io rido, lei mi guarda sorpresa, poi si china a raccogliarli. Mi dice che adesso, con tutta la carta che abbiamo sprecato, non possiamo mica buttarli. Cerco e trovo una busta in cui poterli tenere; mi dice: “Di' ai tuoi colleghi che se me li buttano via gli spacco le gambe!”*. Le rispondo che li avrei tenuti da parte, di non preoccuparsi. La terapeuta, attraverso la sua rêverie, coglie sotto il gesto della ragazza un desiderio di entrare in contatto e le restituisce la sua aggressività sotto forma di un gesto non distruttivo e traumatico ma in maniera giocosa, proponendole una reazione-relazione alternativa a quella da lei conosciuta. All'agito spiazzante della ragazza fa seguito immediatamente una risposta della terapeuta che sorprende lei per prima. Possiamo definire quel che accade come un momento di illusione in cui entrambe sentono di stare vivendo un'esperienza comune. La percezione coinvolge direttamente il corpo (entrambe scoppiano a ridere) procurando una sensazione di sollievo e di pienezza.

Questi momenti di integrazione mente-corpo, che scandiscono la relazione, espandono il campo contribuendo a costruire una storia condivisa. Nel paziente si crea progressivamente una fiducia nell'affidabilità della relazione e si apre uno spazio di autonomia in cui gli sia possibile esplorare le proprie emozioni senza eccessiva paura di perdersi e di perdere di vista l'altro.

Bion parla di fatto scelto quando in seduta un elemento interviene quasi per magia a dare ordine al caos. E' un momento epifanico in cui la sensazione di piacevole sorpresa, di ampliamento dell'esperienza emotiva e di creazione di senso provata dall'analista può diventare esperienza di finzione e di gioco condivisa con il paziente.

Andrea è un bambino di sette anni, portato in terapia per il suo comportamento violento sia a casa che a scuola. Per molte sedute entra in stanza, rovescia il contenuto del suo cassetto per terra sparpagliando tutti i giochi per la stanza, calpestandoli e rompendoli con noncuranza.

Ormai, pensa il terapeuta, la stanza sembra un cimitero. Se osa fare qualche commento viene zittito e malamente apostrofato. Il terapeuta è provato, non riesce a pensare, si sente in un vicolo cieco ed è anche arrabbiato perché in balia di quel distruttore che ha perso ai suoi occhi le sembianze del bambino. Ricorda una frase della mamma di Andrea: *“E' nato così, violento, non c'è nulla da fare e, per fargli capire che non deve picchiare i compagni, lo picchio a mia volta anche senza motivo”*. Forse A. con il suo comportamento vuole indurre il terapeuta a impersonare un ruolo, così da riprodurre una modalità relazionale claustrofobica in cui lui è il distruttore odiato che non può che odiare a sua volta. Sembra identificarsi con l'aggressore interno per esorcizzare la sua paura. Lentamente il terapeuta comincia a cogliere degli sguardi rivolti a lui, dei momenti di incertezza nel comportamento di Andrea, una fugace curiosità relativa ai giochi che gli permettono di vedere in Andrea un bambino e non più un distruttore spietato. Un giorno Andrea entra nella stanza e come sempre rovescia per terra il suo cassetto oltre a un grosso contenitore di costruzioni. *“Nulla è cambiato, pensa il terapeuta, adesso sparpaglierà tutto per la stanza”*. Invece Andrea si infila nello scatolone e sta lì, come in attesa e con aria sorpresa. *“Potrebbe essere un treno, dice il terapeuta memore del suo interesse per i trenini, se vuoi lo possiamo far andare e possiamo costruire anche la stazione”*. Andrea acconsente e il gioco può cominciare.

E' stato un momento di incontro che ha permesso il sorgere di una relazione nuova. La capacità di tollerare del terapeuta ha favorito la creazione di uno spazio transizionale in grado di contenere passato e presente, in cui poter ripetere schemi relazionali antichi e perversi ma in presenza di un oggetto nuovo che, assumendo inizialmente l'ambiguità del bambino verso l'oggetto cattivo, ha poi consentito il cambiamento.

Vorremmo accennare a un ultimo aspetto del nostro argomento: qual è il rapporto tra la verità delle

emozioni che si vivono nel qui e ora di una relazione in fieri e la verità storica del paziente? Possiamo dire che i frammenti biografici del paziente si presentano in seduta, si aggregano e disaggregano diversamente a seconda dell'andamento della relazione e si colorano delle emozioni che vengono vissute nel momento presente. "Queste esperienze presenti, dice Stern (2004, p. 164), agiscono da innesco nel selezionare e assemblare i frammenti del passato che, una volta integrati, ci aiutano a riconoscere quanto sta accadendo nel presente e ad affrontarlo, nel bene e nel male... Non è il passato storico a essere ricordato, ma il presente". Il passato dunque entra nel presente per farcelo comprendere meglio, ed è continuamente risignificato. Può accadere così che al termine di una terapia il paziente ricordi il suo passato in modo diverso da come lo aveva sempre raccontato.

Chiara, una donna di grande intelligenza e sensibilità con una storia di grave deprivazione, ritorna di tanto in tanto ad una scena del suo passato che ha costituito una svolta nella sua vita. Ricorda che il suo compagno, durante un feroce litigio avvenuto nella loro cucina nel periodo in cui il loro rapporto stava franando, alzava verso di lei un coltello con cui stava tagliando qualcosa.

Convinta che lui potesse perdere il controllo e ferirla, lo disarmò con un calcio. Il modo in cui l'episodio fu raccontato suscitò nel terapeuta l'immagine dell'indomita guerriera che a nessun costo si lascia sopraffare. Quel che il terapeuta le disse allora, dietro la suggestione di questa immagine, fece arrabbiare la paziente che si sentì fraintesa.

D'altra parte l'immagine che Chiara avvalorava di sé era quella di una donna forte che non accetta compromessi e che smaschera la debolezza quando si nasconde dietro l'ipocrisia.

Nel corso della terapia affiorano i suoi fantasmi, gli incubi in cui nel buio della notte un assalitore senza volto la aggredisce alle spalle in casa sua, il terrore di essere aggredita per strada da un maniaco. Un giorno, mentre Chiara ripropone la scena della cucina, il terapeuta sente tutta la paura, l'angoscia, l'impotenza della vittima messa con le spalle al muro senza possibilità di scampo e glielo dice. Molto nel frattempo è cambiato nel mondo interno della paziente e nel suo modo di relazionarsi con le persone. In una delle ultime sedute della sua terapia dice che prima si sentiva fatta da un insieme di pezzi di roccia che si staccavano e agivano, ora si sente più fusa e integrata. Ad esempio quando deve dare uno stop al suo nuovo compagno perché è troppo invadente non lo fa più con rabbia e lui a sua volta non reagisce con risentimento.

E' riuscita a ritagliarsi del tempo che prima dedicava al suo impegnativo lavoro di manager per fare del volontariato a favore delle donne maltrattate e in particolare si sta facendo carico di una ragazza la cui storia racconta con molta emozione. Essendo riuscita a mostrare e a vivere in una relazione i suoi aspetti fragili e violati, può alla fine della terapia non parlare più del vecchio compagno come se fosse un mostro e dire che quello che le pareva un attacco pericoloso poteva anche essere solo un atteggiamento maldestro. La relazione terapeutica non è un'esperienza correttiva che colmi le carenze affettive o corregga i fallimenti empatici del passato, ma una nuova esperienza emotiva di sé e dell'altro all'interno di una relazione. L'esperienza passata, risignificata nel presente, costruisce un diverso scenario mentale che permette di proiettarsi nel futuro con un nuovo progetto di sé.

Bibliografia

- AMATI SAS S. (1994) Etica e trans-soggettività. *Rivista di psicoanalisi*, XL, 4.
BLEGER J. (1967) Trad. It. *Simbiosi e ambiguità*. Libreria Editrice Lauretana, Loreto, 1992.
CIVITARESE G. (2011) *La violenza delle emozioni*. Cortina, Milano.
DOLTO F. (1996) Trad. It. *I vangeli alla luce della psicoanalisi*. Et al./ Edizioni, Milano, 2012.
FREUD S. (1914) *Ricordare, ripetere e rielaborare*. O.S.F., vol. 7. Boringhieri, Torino.
FREUD S. (1925) *La negazione*. O.S.F., vol.10. Boringhieri, Torino.
GADDINI E. (1969) Sulla imitazione. *Scritti*. Cortina, Milano, 1989.
LITTLE M. I. (1990) Trad. It. *Il vero Sé in azione*. Astrolabio, Roma, 1993.
MIGLIOLI C., ROSEGHINI R. (2012) *Sulle orme di Winnicott*. Mimesis Edizioni, Milano-Udine.
MILNER M. (1987) Trad. It. *La follia rimossa delle persone sane*. Borla, Roma, 1992.

- OGDEN T. (1991) Trad. It. *L'identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*. Astrolabio, Roma, 1994.
- OGDEN T. (1994) Trad. It. *Soggetti dell'analisi*. Masson, Milano, 1999.
- OGDEN T. (2005) Trad. It. *L'arte della psicoanalisi*. Cortina, Milano, 2008.
- SANDLER J. (1960) The background of safety. *Int. J. Psychoanal.*, 41, pp. 325-355.
- STERN D. (2004) Trad. It. *Il momento presente*. Cortina, Milano, 2005.
- WINNICOTT D.W. (1945) TRAD. IT. Lo sviluppo emozionale primario. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze.