

Cesare Albasi <sup>1</sup>

Ricerca Psicoanalitica, 2009, Anno XX, n.2, pp. 199-215

## PER UNA PSICOANALISI DEI GESTI TERAPEUTICI

### Commento alla relazione di Steven H. Cooper <sup>2</sup>

*La psicoanalisi ha la passione per il possibile*

S.H. Cooper

#### SOMMARIO

Il commento prende spunto dal contributo di Cooper per sottolineare l'importanza di una teoria psicoanalitica dei gesti e degli atti terapeutici e, quindi, per riflettere sui capisaldi che la psicoanalisi relazionale offre per una tale teoria e cioè i concetti di *enactment* e di *self-disclosure*.

#### SUMMARY

##### **Some reflections toward a psychoanalysis of therapeutic acts**

This paper about the contribution of Cooper underlines the importance of a psychoanalytic theory of therapeutic acts and gestures with a particular attention for the concepts of enactment and self-disclosure.

-----

Leggendo la relazione di Steven Cooper si è stimolati a riflettere su molte dimensioni del lavoro clinico. Cooper ci porta ad esplorare i differenti luoghi dell'analisi: l'interiorità dell'analista, l'interazione momento per momento, la storia del rapporto, i molteplici livelli della mente del paziente e dell'analista che si incontrano e cercano di entrare in contatto fra loro e di conoscersi reciprocamente, ecc..

---

1 Cesare Albasi, Psicologo, Psicoterapeuta, Psicoanalista della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe). Specialista in Psicologia Clinica, è Ricercatore in Psicologia Clinica presso il Dipartimento di Psicologia della Facoltà di Psicologia dell'Università di Torino. Email: [albasi@psych.unito.it](mailto:albasi@psych.unito.it)

2 Questo scritto è stato pronunciato il 8 novembre 2008 al Seminario di Steven Cooper *La privacy dell'analista nel lavoro con il paziente: una rivisitazione dei concetti di neutralità, rêverie e disclosure da una prospettiva relazionale* alla Scuola di specializzazione in "Psicoanalisi della relazione" di Milano (SIPRe).

L'autore riesce a esprimere in un modo esemplare, articolato e affascinante, il modo in cui è necessario riuscire a lavorare con molti dei nostri pazienti, almeno con quelli che con maggiore evidenza sono cresciuti in contesti di attaccamento traumatico<sup>1</sup> e che mostrano le caratteristiche di funzionamento mentale e relazionale tipiche dei livelli di organizzazione borderline di personalità (PDM Task Force, 2006; Albasì, 2009).

Si prova ammirazione profonda per l'autore e per la sua scrittura, che rende le sfumature dei diversi livelli dell'incontro tra terapeuta e paziente, compresi i livelli che hanno un impatto di fondazione sul costituirsi delle strutture psichiche che ai pazienti cresciuti in contesti di attaccamento traumatico fanno difetto; inoltre, si prova intensa stima per la sua capacità di esprimere, nel breve spazio di un paper, una encomiabile sintesi di psicoanalisi relazionale contemporanea, che sceglie la via evocativa dell'approfondimento del caso clinico con l'obiettivo, squisitamente relazionale, non di esemplificare determinati disturbi o problemi del paziente, ma enucleare gli aspetti dell'esperienza di incontro tra paziente e analista, stimolando la riflessione sui gesti terapeutici psicoanalitici.

### **La plurivocità della psicoanalisi relazionale e il suo spirito inclusivo**

La psicoanalisi può essere praticata in molteplici modi e seguendo plurivoci modelli, questo lo sappiamo. La psicoanalisi relazionale ha avuto il pregio di essere nata e cresciuta non per differenziarsi da altri modelli ma, fin dalle intenzioni espresse nel lavoro scientifico e culturale, *in primis*, di Mitchell e Aron, per connettere modelli in un dialogo costruttivo finalizzato al lavoro clinico (cioè, letteralmente, all'essere prossimi al paziente per aiutarlo); essa si è mostrata da sempre interessata a chiarire la miglior cosa da fare per il paziente, piuttosto che non ciò che la identificherebbe come la "vera" psicoanalisi, pura e differente dagli altri approcci. E questo è un motivo per cui molti la amano.

La psicoanalisi relazionale ha uno spirito *inclusivo*, non "esclusivo": ci spinge a sperimentare la nostra identità di clinici non "per differenza" ma in un confronto dialogico e costruttivo che mantiene idealmente la nostra stessa identità professionale come molteplice, flessibile; e su queste caratteristiche la rende potenzialmente più coerente e forte, anziché rigida (e quindi, a partire da queste sue premesse, potenzialmente foriera di contesti fecondi per la salute psichica). Questo ideale di inclusività costituisce anche un fondamento epistemologico per la psicoanalisi relazionale, secondo il quale i problemi vanno sperimentati e osservati "dal di dentro": dentro la relazione, dentro il contesto, dentro la matrice intersoggettiva, ecc..

La posizione esterna e oggettivante (anch'essa da riconoscere come una esigenza del nostro funzionamento mentale e dei nostri processi psichici), nell'ambito del lavoro clinico, può trasformarsi in una tentazione epistemica che seduce con la promessa di fondare false certezze e identità "forti"; possiamo osservare questa deriva oggettivistica particolarmente rappresentata in approcci psicoanalitici "classici".<sup>2</sup>

Schematicamente, potremmo polarizzare due orientamenti opposti sul trattamento psicoanalitico: un primo che pone idealmente il terapeuta al di fuori del processo interattivo e con un ruolo spiccatamente di "governo"; da questo punto di vista, il terapeuta deve cercare di non inquinare il processo terapeutico con i propri bisogni e i propri desideri. Un secondo orientamento, che teorizza un'inclusione continua e inevitabile del terapeuta nel processo interattivo, e che concepisce questa inclusione come l'ingrediente più importante del processo terapeutico stesso; da questa seconda prospettiva, dunque, l'analista dovrà, anziché limitare la sua partecipazione, esplorarla collaborativamente con il paziente e riflettere sui suoi interventi sempre dal di dentro della relazione.

La distinzione tra queste due prospettive evidenzia due tendenze, la prima delle quali è di tipo oggettivista: il terapeuta è il soggetto degli interventi e il paziente è oggetto di diagnosi e cambiamento terapeutico. Nonostante il suo spirito inclusivo, questo punto è il più difficile da inserire in un modello relazionale, perché prevede che l'analista si ponga nella posizione e nell'atteggiamento di chi comunica al

paziente un qualche “contenuto” (qualche idea) presupponendo che il paziente possa ascoltare e comprendere la comunicazione in modo “oggettivo”, cioè tramite una passiva accoglienza dei contenuti trasmessi esattamente come ce li aveva in testa il terapeuta (questo problema è stato diffusamente trattato da Mitchell, 1993).

Questo sbilanciamento oggettivista intende i *contenuti* trasmessi come se si trasferissero in un canale comunicativo privilegiato che unisce la mente del “soggetto analista” alla mente dell’“oggetto paziente”; e come se i contenuti potessero essere estrapolati dalla dialettica contenuto-*processo* o individuo-*relazione*, ecc.; e come se i contenuti potessero essere comunicati “tra una testa e l’altra” in una trasmissione disincarnata.

L’epistemologia relazionale ci permette di includere anche alcune posizioni del modello classico all’interno di una tensione dialettica tra esigenze differenti delle menti nell’incontro psicoanalitico (bilanciando i rischi dell’oggettivismo e del soggettivismo), e precisandone la natura di *momenti osservativi* nel quale la mente tende inevitabilmente a scivolare (più che una Realtà), un momento di distanziamento prospettico e distanziante. Questo momento osservativo, anziché ritenersi la posizione *standard* dello scientismo empirista di parte dell’approccio classico alla psicoanalisi, si intende come un momento che ricerca di essere compreso anche esso, rimandandolo ad un contesto più ampio che è quello della matrice di processi che continuamente si attivano nella storia del trattamento.

Contributi come quello di Cooper, invece, orientano la riflessione verso alcuni concetti clinici relazionali che occupano un posto centrale nel dibattito psicoanalitico attuale, come la *self-disclosure*, l’*enactment*, i livelli impliciti e intuitivi del funzionamento mentale dell’analista. La relazione di Cooper ci spinge a considerare la molteplicità di prospettive sull’esperienza specifica che il processo psicoanalitico relazionale permette o, in un certo senso, garantisce, dati i vincoli e le possibilità che offre al sistema terapeuta-paziente che porta a costruire; inoltre, Cooper offre molti spunti per pensare alle possibilità di connettere queste molteplici prospettive tramite processi di negoziazione, sia interni alla mente sia interni alla relazione.

Vorremmo condividere alcune riflessioni su alcuni dei concetti principali trattati da Cooper, in particolare sull’esigenza di concepire le dimensioni relazionali nella loro complessità di gesti interattivi reciproci e continui, e sull’autosvelamento.

### **La dimensione dei gesti e degli atti nella relazione intima terapeuta-paziente**

Aron (1996) fa notare come, in inglese, le tre parole utilizzate nei principali dibattiti sul trattamento, *interazione*, *enactment*, e *attualizzazione*, contengono tutte la parola “act” (*interaction*, *enactment*, *actualization*).

Una teoria del trattamento psicoanalitico sembra non possa sfuggire ad una chiarificazione in merito alla teoria dell’azione e dell’interazione. Il trattamento implica azioni e atti reciproci continui che, in senso più ampio e calati nella storia del rapporto tra le due persone coinvolte, costituiscono *gesti* relazionali dal significato complesso.

Il modello freudiano classico distingue nettamente fra le parole e gli atti: questi ultimi sono prodotti delle pulsioni che condizionano il corpo ad agire per essere soddisfatte. Uno dei capisaldi del modello psicoanalitico freudiano vorrebbe che l’azione fosse contrapposta all’elaborazione e al pensiero; occorre, quindi, limitare l’azione affinché l’energia possa essere deviata dalla motricità all’attività intellettuale.

Gli impulsi all’azione del paziente, dunque, devono essere frustrati affinché l’analisi abbia successo.

Se noi pensiamo, però, che le parole, quando utilizzate in un dialogo, non sono solo concetti e simboli, ma sono atti discorsivi complessi, ancorché linguistici, allora la *talking-cure* freudiana diventa un trattamento mediante atti, azioni e interazioni.

Ferenczi può essere considerato l'antesignano della contemporanea rivalutazione del concetto di interazione, della partecipazione affettiva dell'analista nella relazione terapeutica e dell'attività del terapeuta (Aron, 1996; Borgogno, 1999). Rischiando la presa in carico di pazienti a quel tempo considerati "non analizzabili", egli inverte concettualmente le priorità terapeutiche tra ripetere e ricordare, sostenendo la necessaria precedenza della ripetizione di esperienze emotive intense nell'interazione con l'analista rispetto al ricordo cosciente delle stesse. In *Prospettive di sviluppo della psicoanalisi*, viene attribuito "il ruolo principale, nella tecnica analitica, al ripetere anziché al ricordare" (Ferenczi e Rank, 1924, p. 203).<sup>3</sup>

Oggi, l'orientamento relazionale in psicoanalisi e la teoria dell'attaccamento ci forniscono strumenti concettuali utili a valorizzare l'aspetto comunicativo dei *gesti* e degli atti compiuti dalla coppia terapeuta-paziente nella sua specificità.

Terapeuta e paziente sono sempre calati in una relazione che è la matrice del significato (Bateson, 1972, 1979). Ciò che dice il terapeuta va inteso come un *gesto*, un gesto che è più significativo tanto quanto più è lunga e intensa la storia tra i due.

In questa prospettiva è limitativa la dicotomia tra linguaggio verbale e linguaggio non verbale. In una relazione stretta come quella psicoterapeutica non si tratta mai solo di "comportamento non verbale" in senso stretto, come di singoli comportamenti o posture che possono certamente avere un significato comunicativo, ma di complessi gesti che comprendono sia le *parole* sia il *corpo* e che danno forma alle azioni reciproche strutturando la complessità della relazione nella sua storia. La dicotomia verbale-non verbale, nella comprensione della molteplice realtà dello scambio psicoterapeutico, è poco utile in quanto i molteplici livelli verbali e non verbali si articolano nelle connessioni continue tra il *sapere relazionale implicito* (come lo concepisce il Boston Group di Stern, Sander, Lyons-Ruth, ecc.), le rappresentazioni simboliche, e le dimensioni complesse dell'*enactment*, da un lato, e della metafora dall'altro (cfr. Albasi, 2006).

La visione classica tendeva a rappresentare la relazione psicoanalitica attraverso dicotomie, come quelle tra transfert (inteso come una distorsione) e alleanza terapeutica, tra fantasie e realtà, tra comunicazione e interpretazione e altri interventi di preparazione, ecc.. Queste dicotomie semplificano la complessità della relazione in modo riduzionistico. Lo "scandalo" del trattamento psicoanalitico è che funziona tanto più quanto la relazione professionale tra terapeuta e paziente assume valori "sentimentali", cioè attiva profondi sentimenti che la trasformano in una importante relazione di attaccamento. È abbastanza curioso constatare che per molti decenni si è voluto credere che quanto vale per tutte le relazioni di attaccamento possa essere sospeso per la relazione psicoanalitica: le relazioni di attaccamento sono costruite a partire da fondamentali gesti che veicolano i sentimenti reciproci.

Uno degli obiettivi principali del trattamento psicoanalitico è quello di ampliare le competenze relazionali del paziente; cioè di renderlo sempre più capace di costruire relazioni nelle quali stare bene e realizzarsi come persona. Da questa prospettiva, si cerca anche di aiutare il paziente a comprendere le relazioni di attaccamento traumatico, quelle nelle quali egli non potrebbe crescere e realizzarsi perché in esse non si trova spazio di riconoscimento per la propria specificità e soggettività. Le relazioni di attaccamento traumatico sono caratterizzate da forme, più o meno sottili, di distruttività e di manipolazione: i partner si dichiarano un bene che non si traduce nei fatti; al contrario, le parole e i fatti pongono piani interattivi paradossalmente contraddittori (questa contraddizione paradossale è l'ingrediente fondamentale del trauma (Albasi, 2006, 2008).

Quello che i terapeuti sperano che l'analisi porti al paziente è la capacità di riconoscere le persone che dicono di voler bene e fanno del male, non danno risposte, lasciano soffrire in silenzio; la speranza è che il paziente impari a vedere il significato di ampi gesti relazionali che fanno la differenza tra la salute e la malattia, tra il crescere realizzando se stessi e l'essere traumatizzati. Sappiamo che nella vita quotidiana le relazioni di attaccamento si costruiscono con gesti nei quali si riconosce l'altro nella sua specificità: eppure

queste considerazioni venivano sospese per la relazione psicoanalitica. La teoria classica sosteneva che in questa relazione l'analista dovesse essere neutrale, opaco, astenersi dal rispondere affettivamente: alle richieste del paziente non si doveva rispondere se non offrendogli rimandi interpretativi sulle sue presupposte distorsioni della realtà interpersonale. In altri termini, si pensava che nel rapporto psicoanalitico potessero essere sospese alcune fondamentali condizioni del funzionamento mentale e relazionale che fanno di un individuo una persona sana a favore dell'auto-conoscenza del proprio inconscio.

Ferenczi, per primo, ha constatato che invece questa impostazione reca sofferenze iatrogene al paziente (1932a), e la psicoanalisi relazionale ci offre un contesto teorico per discutere alcune dimensioni di questo "scandalo" psicoanalitico per il quale la relazione di cura deve effettivamente prendersi cura della persona.

Uno dei concetti più sofisticati per comprendere queste dimensioni è quello di *enactment*, ben esemplificato dal lavoro di Cooper.

### **Gli enactment**

Ponendo l'*enactment* nel cuore del lavoro terapeutico, i clinici relazionali hanno aperto una nuova strada per la psicoterapia psicoanalitica dei pazienti con attaccamenti traumatici. Il concetto di *enactment* offre, al lavoro con questi pazienti, un modo di comprendere l'interazione e la comunicazione interpersonale che sembra fatto su misura per i bisogni di attualizzazione delle dimensioni più primitive del funzionamento mentale (le dimensioni dissociate; i livelli di funzionamento borderline (Albasi, 2009; Albasi, 2006). Questo livello, fatto di gesti (e dove le parole diventano azioni discorsive, *speech acts*), è quello in cui si gioca la sfida, nella terapia con i pazienti traumatizzati, dell'"entrare nella vita mentale" (ampliando lo stesso concetto di mente fino ad includere gesti e relazioni): diventare (come psicoterapeuti) persone significative, dalle quali arrischiarsi e pretendere qualcosa di nuovo, con le quali potersi autenticamente arrabbiare o appassionare, per le quali, cioè, i pazienti provano speranze e timori (Mitchell, 1993). Con questi pazienti, ancor più che con altri, è feconda la prospettiva relazionale secondo la quale "la ricchezza dell'esperienza si genera nella sottile dialettica tra interiorità ed esteriorità, distruzione e riparazione, Sé e altro" (Aron, 2002, p. 168; cfr. Mitchell, 1988, 2000).

Sullivan (1953; cfr. anche Conci, 2000) ci ha invitati a considerare i Sé come qualcosa che le persone *fanno* insieme agli altri. Metaforicamente, la mente è sia all'interno che *tra* le persone, è un sistema di processi interattivi che tessono l'organizzazione dei significati dell'esperienza.

Con il proseguire del rapporto terapeutico, lo psicoterapeuta giunge a sentire di essere coinvolto in questo tessuto, di essere oggetto delle intenzioni del paziente di "fare" qualcosa con lui e a lui; entra così nella sua sfera emozionale, frammentata e coartata dalla dissociazione, e crea un sistema diadico interattivo (Beebe, Lachmann, 2002), con il paziente, che genera processi mentali condivisi, esperienze affettive e significati "nuovi" intersoggettivi.

Il terapeuta deve avere contemporaneamente elasticità mentale e assetto interno molto solido. Egli cerca in modo dialettico, da una parte, di mantenersi ancorato alla sua identità professionale, al suo compito di pensare a quel che sta succedendo e di mantenere viva la funzione riflessiva, per cercare un senso a quello che lui e il paziente si stanno facendo; ma per fare autenticamente questo, egli deve, dall'altra parte, lasciarsi profondamente coinvolgere in quel che succede fino a sentire minacciata la propria *privacy*, farsi trascinare dall'*enactment*, *sentirsi* coinvolto in uno scambio relazionale (che può essere anche forzoso e coartante per la propria *privacy*, per il proprio abituale Sé, spesso mutevole in modo repentino, a volte deludente o anche umiliante). Lo psicoterapeuta deve bagnarsi nel torrente dell'*enactment* per passare sulla sponda della mentalizzazione.

I pazienti che ripensano ai propri percorsi terapeutici raccontano come particolarmente significativi i momenti in cui il loro terapeuta sembra uscire dal suo atteggiamento abituale in un modo che implica un profondo riconoscimento (Bromberg, 1998b; Hoffman, 1998, Mitchell, 1993, Pizer, 1998).

Il termine *enactment* è un concetto squisitamente relazionale; non potrebbe essere concepito nell'ambito della metapsicologia freudiana, dove i gesti del paziente connessi al terapeuta e alla relazione con lui venivano ricondotti alla dimensione intrapsichica tramite il concetto di *acting out*. Cambiando la prospettiva teorica di riferimento, ed in particolare l'ipotesi motivazionale soggiacente da scarica pulsionale a ricerca relazionale, muta conseguentemente il significato che assume l'azione nel "qui e ora" che, liberato dalle ipotesi idrauliche, può essere guardato come il campo di regolazione dell'interazione tra terapeuta e paziente e di costruzione di modi per stare affettivamente in contatto (dando vita a configurazioni interattive specifiche).

In questa concezione del lavoro psicoterapeutico, che enfatizza l'importanza dell'interazione e vede il terapeuta come soggetto attivo in una relazione diadica con il paziente e viceversa, qualsiasi atteggiamento, comportamento, reazione, risposta e azione del terapeuta risulta parte dell'obiettivo di attivare un processo di comprensione del paziente e di esplorazione della sua esperienza. *La comprensione del paziente, cioè, non si ferma alle ipotesi sui suoi meccanismi interni ma giunge fino a comprendere le azioni del terapeuta.*

Il terapeuta si osserva agire (anche quando fa delle interpretazioni) e può considerare apertamente le sue azioni e le sue osservazioni come possibile oggetto di discussione per cercare di alimentare, rispettosamente, una eventuale ulteriore comprensione dell'interazione attraverso la negoziazione con il paziente.

Nell'elaborare l'esperienza in corso, il terapeuta utilizza l'osservazione dei propri gesti integrandola con le proprie fantasie e le proprie risposte somatiche.<sup>4</sup>

Le prospettive osservative si ampliano articolandosi e cercando forme di integrazione complesse. Attraverso l'approfondimento della riflessione sulla propria gestualità, il terapeuta può contestualizzare relazionalmente ciò che il paziente esprime a livello implicito nell'interazione.

Se ciò che il terapeuta fa viene riconsiderato, in modo radicale, come parte della relazione unica e specifica con il singolo paziente, entra in crisi anche il concetto di *teoria della tecnica* intesa come il repertorio di azioni a disposizione del terapeuta.

La *tecnica* psicoterapeutica non è un oggetto, nel senso che non è oggettiva ma intersoggettiva; non è una collezione di interventi predefiniti e categorizzabili in manuali standard, ma un insieme complesso e specifico di processi continuamente negoziati relazionalmente.<sup>5</sup>

La *negoziazione* è imprescindibile per Chused (1992), data l'inevitabile quota di conflittualità e ambiguità che caratterizza ogni comunicazione.

È il "*potere evocativo dell'enactment*" (1991) a rendere effettiva la possibilità di elaborare ed analizzare gli schemi interpretativi del paziente e dell'analista che si palesano nell'azione, generando, in entrambi, emozioni altrimenti non veicolabili.

Lo strumento terapeutico si ricrea, quindi, ad ogni incontro con un nuovo paziente; in senso ampio, la "tecnica" psicoterapeutica orienta l'atteggiamento clinico verso una disposizione a seguire le proposte interattive del paziente per permettere al terapeuta di scoprirsi all'interno della relazione con le proprie caratteristiche soggettive continuamente rinnovate nell'intersoggettività; un "*metodo incarnato per avviare forme di dialogo sempre più specifiche*". Gli strumenti psicoterapeutici si possono cercare nelle connessioni e disconnessioni dialettiche tra i diversi *modi dell'esperienza* (Mitchell, 2000), e nei tentativi di contatto tra il paziente e il terapeuta che si inseguono negoziando la loro interazione, come in un gioco, nell'intreccio dei molti modi dell'esperienza, dando vita ad un dialogo incarnato.<sup>6</sup>

### **L'auto-svelamento**

Gli autori relazionali connettono il tema dell'*enactment* a quello della *self-disclosure* (auto-svelamento) (cfr. Aron, 1996; Ehrenberg, 1992).<sup>7</sup>

Secondo Tricoli, la *self-disclosure* può essere intesa come la tecnica “secondo la quale la comprensione ottenuta dall’analista attraverso l’analisi del controtransfert si estende fino alla comunicazione al paziente della propria esperienza interiore” (2003, p. 237).

Il concetto di auto-svelamento (*self-disclosure*) è uno dei pilastri di una teoria psicoanalitica dei gesti terapeutici reciproci della coppia terapeuta paziente.

Renik (1993) sostiene che il dialogo stesso è una forma di azione e che, tramite le parole, sia il paziente sia il terapeuta offrono reciprocamente atti attraverso i quali svelano il proprio mondo interno. Quindi, una forma implicita di *self-disclosure*, o meglio la *self-disclosure* del proprio funzionamento relazionale implicito, è inevitabile. La linea che divide l’auto-rivelazione intenzionale da quella spontanea è assai sottile e di difficile definizione; l’auto-rivelazione è inevitabile, avviene tramite la comunicazione verbale e non verbale.

L’auto-rivelazione può essere utile come strumento per perseguire l’obiettivo di fornire al paziente una chiave di lettura alternativa delle sue emozioni, dei suoi vissuti, e della sua competenza nel saper comprendere le relazioni interpersonali e i significati altrui.

Le persone (e intendiamo anche il terapeuta e il paziente) hanno sia un profondo desiderio di contatto, di conoscere gli altri e di essere conosciuti da loro, sia un profondo desiderio di autonomia e di indipendenza, di mantenere nascoste e *private* parti di sé, di godere dei propri spazi (fisici e metaforici).

In una prospettiva relazionale, ogni aspetto dell’interazione paziente terapeuta vive del rapporto dialettico tra queste dimensioni. Per cui, se è vero che l’auto-rivelazione è inevitabile, lo è anche l’auto-occlusione (Aron, 1996).

L’auto-svelamento va contestualizzato in questa dialettica e, quando è utilizzato intenzionalmente per ampliare il campo di interazione con il paziente, va trattato con grande delicatezza, consapevolezza e cautela, deve rimanere molto vicino al discorso del paziente e proporsi come un’esperienza da discutere, il significato della quale può essere negoziato; non deve scadere nell’esibizionismo e tenere in estrema considerazione le possibili fantasie di attribuzione di autorità e di potere del paziente verso il terapeuta.

Se il trattamento psicoterapeutico ha avuto già il sufficiente tempo a disposizione, la *self-disclosure* è uno strumento di grande impatto sul paziente: egli è abituato alla riservatezza che il terapeuta usa nei confronti della sua *privacy*, intesa come vita privata, ma anche come la utilizza Cooper come privatezza del mondo interno. Per cui, una comunicazione del terapeuta che apre una finestra sui suoi pensieri e sulle sue fantasie crea nel paziente un’intensa esperienza di entrare in una dimensione di privatezza che potenzialmente amplia l’esplorazione della sua base di esperienze del contatto con l’altro di qualcosa che è qualitativamente specifico e rappresentativo di un contatto profondo tra menti e tra inconsci. Contatto che testimonia sia il superamento dell’intenzionalità della coscienza sia la possibilità di dialogare su quanto di dissociato può essere comunicato tramite l’*enactment*.

L’auto-svelamento resta un fenomeno che si situa nella complessità dell’interazione anche perché, oltre a quello che più o meno consciamente il terapeuta rivela, c’è quanto comunica inconsciamente e quanto inconsciamente il paziente recepisce e sente. Non andrebbe trattato alla stregua di una “tecnica relazionale” ma come uno dei modi possibili di stare con il paziente, di inter-agire. L’auto-svelamento *deve trasmettere il senso del rischio* intrinseco nel fare qualcosa di così estremamente delicato e quindi del *coraggio* e della *responsabilità* che il terapeuta cerca di assumersi. Se egli riesce in questo intento, ancora una volta, il processo che si attiva, più ancora del contenuto comunicato, è essenzialmente terapeutico e va molto vicino alla natura processuale dei MOID, che stanno proprio appena al di là di ciò che non era e non è affrontabile dal coraggio del paziente lasciato solo.

Quello che può trasmettere un attentissimo intervento di auto-svelamento è un processo, la proposta di un possibile modo di affrontare l’esperienza mentale in tutta la sua complessità e delicatezza; un gesto di intenso coinvolgimento e partecipazione rispetto ai timori, alle difese e allo spaesamento del paziente.<sup>8</sup>

Naturalmente, anche la comunicazione di auto-svelamento utilizza prevalentemente il canale verbale, anche se può implicare qualche comportamento non verbale o atteggiamento corporeo; ma il suo significato può essere racchiuso solo considerando *la complessità di un gesto interattivo articolato e inserito nel contesto della storia di uno specifico rapporto psicoterapeutico*.

Il suo significato ha un impatto, sull'andamento della psicoterapia, ancora più importante se si articola, intenzionalmente (oltre che per le componenti inconsce), prevalentemente nel tentativo di comunicare sul piano procedurale: quello, appunto, di offrire un modo di trattare e di esprimere una certa esperienza, attraverso una sorta di tentativo di ricreare una tensione dialettica che contempli la dimensione procedurale all'interno di una narrazione aperta e plurivoca (squisitamente dialogica).

Se la psicoterapia, al momento di un intervento intenzionalmente auto-svelante, ha già una storia, il paziente conosce la particolare forma di dialogo che si sviluppa con il terapeuta e potrà cogliere l'auto-svelamento come qualcosa da inserire nella modalità conosciuta di negoziazione dell'esperienza e di scomposizione di configurazioni dialogiche (parti e voci che costituiscono un discorso plurivoco, una *multivoicesness*) che il terapeuta può avergli già presentato e anche esplicitamente spiegato, all'interno della sua visione della terapia come processo che istruisce uno spazio potenziale "terzo", un dialogo intersoggettivo dove si dà voce a personaggi e personificazioni che sono figli degli scenari costruiti dall'incontro di terapeuta e paziente nella loro relazione (nel loro stesso dialogo).<sup>9</sup>

## Conclusioni

L'interazione psicoanalitica è continua e comprendere come prende vita un *enactment* è una questione di "punteggiatura" (detto in termini sistemico-relazionali; Watzlawick, Beavin, Jackson, 1967); ma punteggiare l'interazione è inevitabile. Per esempio, l'*enactment* che il terapeuta "punteggia" come uno scambio che inizia da lui, può individuare i suoi interventi che hanno attivato il paziente.

L'auto-svelamento non è un gesto indiscriminato alla ricerca della completezza delle associazioni e delle fantasie fatte dal terapeuta (nel senso di esprimere tutto quanto egli pensi rispetto alla specifica linea di contatto, o al confine intimo, in gioco), ma è limitato a restituire al paziente un'esperienza che racchiuda alcuni scambi interattivi in una configurazione che comprenda le fantasie e i pensieri associativi del terapeuta, e sia aperta ad ulteriori interrogativi ed esplorazioni di senso o pensieri su cosa il paziente può sperimentare, sperare o temere nella relazione con il terapeuta.<sup>10</sup>

L'*enactment*, inizialmente considerato un evento sporadico che si verificava solo con pazienti molto disturbati che necessitavano di usare forme primitive di comunicazione, è oggi trattato e discusso come una dimensione costitutiva dell'interazione psicoterapeutica per lavorare con i livelli procedurali, impliciti, concernenti i traumi, le dissociazioni, i MOID; può riguardare tutti i pazienti, ed è un processo che riguarda anche lo psicoterapeuta.

Abbiamo proposto queste brevi riflessioni per ampliare gli stimoli di grande portata che ci ha offerto Cooper nel fondare una teoria psicoanalitica dei gesti e degli atti terapeutici.

## NOTE

<sup>1</sup> Se ampliamo la prospettiva dal trauma focale (l'evento di abuso) sulla scorta delle caratteristiche che lo contraddistinguono dal punto di vista della soggettività e delle strutture mentali, possiamo definire *attaccamenti traumatici* i legami che vincolano ad una figura di attaccamento che sconfessa la propria esperienza soggettiva, ne discredita la validità, sgretola e frantuma dimensioni importanti della propria realtà interna, favorendo lo sviluppo di MOID (Modelli Operativi Interni Dissociati, Albasi, 2006; 2008); questo vale per la relazione genitore-bambino ma anche per ogni relazione di attaccamento, da cui, cioè, si

dipende per il proprio funzionamento mentale; quindi, anche quelle con partner sentimentali nell'età adulta, la relazione psicoterapeutica. Per comprendere come Steven Cooper affronta il tema del lavoro con pazienti cresciuti in contesti traumatici attraverso una lettura comparativa dei modelli psicoanalitici del concetto di "speranza", si veda Cooper, 2000, 2008.

<sup>2</sup> Ma anche, e soprattutto, negli attuali orientamenti biologisti e radicati nella cultura diagnostica nosografica espressa dal DSM (per una discussione più ampia su questi problemi si rimanda ad Albasi, 2009).

<sup>3</sup> A questo proposito, uno dei temi di dissapore tra Freud e Ferenczi riguarda proprio il tema dell'azione e dell'interazione. Un'apertura alla rilevanza che Ferenczi assegna all'*attività* dell'analista, Freud (1918) la mostra in *Vie della terapia psicoanalitica*; ma egli, sempre nello stesso testo, tiene a precisare il significato del suo modo di intendere il termine attività riferendolo al precetto tecnico di rendere cosciente il rimosso e di scoprire le resistenze, e di lavorare sulla cornice di esperienze sfavorevoli alla guarigione; così, Freud limita nuovamente la possibilità di un'esplorazione del coinvolgimento affettivo dell'analista.

<sup>4</sup> Quando il paziente è portatore di profonde ed intense esperienze corporee, quali traumi, malattie, interventi chirurgici ecc., potrebbe essere più facilitato un coinvolgimento corporeo nel terapeuta (una sintonizzazione somatica, una risonanza di configurazioni posturali e gestuali). Così come traumi, malattie, interventi chirurgici, ecc., del terapeuta sono anche strumenti di comprensione attraverso processi di identificazione mediati dalle dimensioni implicite e procedurali del conoscere. Chi ha avuto segnato il proprio corpo da eventi traumatici può riconoscere più facilmente una sofferenza nel corpo altrui in quanto riconosce alcune tensioni e dinamiche nei movimenti e nelle posture dell'altro che ha vissuto in prima persona, per esempio tramite i processi identificativi mimetici del conoscere procedurale. La storia delle esperienze corporee del terapeuta ha un ruolo nella strutturazione della sua risposta al paziente.

Anche a proposito di come il corpo e tutte le sue espressioni hanno una grande influenza sull'azione terapeutica, Ferenczi fu anticipatore di molte riflessioni contemporanee (cfr. 1927; 1920-1932; 1932b; cfr. anche, a questo proposito, le sottolineature di Jacobs, 1991, considerato tra i primi autori che hanno utilizzato la nozione di *enactment* in senso teorico).

<sup>5</sup> Renik (1993b) ritiene indispensabile una revisione della teoria della tecnica che non renda più necessario chiedere invano al terapeuta di non essere un persona reale, incarnata, passionatamente e razionalmente coinvolto nel lavoro clinico quotidiano. La dimensione di realtà della relazione tra terapeuta e paziente aiuta il paziente a non dissociare lo spazio terapeutico dal resto della sua esistenza e a trasferire i suoi cambiamenti nelle sue relazioni quotidiane (Renik, 1998). Secondo Renik (1993a) il terapeuta deve mettere il paziente nelle condizioni di ampliare le proprie tensioni interne fino ad includervi il terapeuta stesso tramite il processo di *enactment*.

<sup>6</sup> Anche le moderne neuroscienze cognitive postulano un mente profondamente incarnata (*embodied*) (Damasio, 1999), ed in particolare la ricerca relativa ai *neuroni specchio* teorizza un meccanismo di *simulazione incorporata* alla base delle transazioni intersoggettive (Gallese, 2003).

<sup>7</sup> Come per tutti i temi di interesse clinico-psicoterapeutico contemporaneo, anche per la *self-disclosure* non si può non risalire a Ferenczi (1932b) per osservare le prime e più profonde intuizioni sull'importanza di aprire al paziente l'esplorazione del funzionamento mentale del terapeuta come un ambito in cui avviene una parte importante del lavoro terapeutico.

<sup>8</sup> Può essere la comunicazione, al paziente, della comprensione, a livello implicito, sia della sua difficoltà o impossibilità a trattare la sua esperienza interna sia di un'ipotesi di come farlo. La comunicazione di queste *realtà paradossali* può essere fatta tramite gesti complessi e densi di significato a livello implicito, livello nel quale la logica lineare della conoscenza dichiarativa può essere superata.

<sup>9</sup> Ferenczi (1932b) (nello stesso modo in cui lo viviamo oggi da terapeuti relazionali) era immerso pienamente in una comprensione profonda dei bisogni determinati dai MOID dei suoi pazienti e viveva il

bisogno di ricerca di modalità per aiutarli ad esprimere ciò che non aveva mai avuto possibilità di espressione. Non sostenuto da nessun modello teorico, Ferenczi, per reagire alla neutralità coattiva del modello freudiano, stabilì l'auto-rivelazione come un'auto-prescrizione tecnica, giungendo a non avere più riferimenti per elaborare le sue preziose scoperte nel mantenimento dei ruoli della relazione psicoterapeutica.

<sup>10</sup> Il terapeuta può anche esprimere i suoi timori su cosa egli stesso non è sicuro di aver contenuto o trattato con sufficiente tatto.

## BIBLIOGRAFIA

- Albasi C. (2006) *Attaccamenti traumatici. I Modelli Operativi Interni Dissociati* UTET, Torino.
- Albasi C. (2008) *Modelli Operativi Interni Dissociati: una prospettiva relazionale sull'attaccamento, il trauma, la dissociazione* in Caretti, V., Craparo, G. (a cura di) *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo relazionale* Astrolabio, Roma.
- Albasi C. (2009) *Psicopatologia e ragionamento clinico* Raffaello Cortina, Milano.
- Aron L. (1996) *Menti che si incontrano* trad. it., Raffaello Cortina, Milano, 2003.
- Aron L. (2002) *Sbottare nella clinica per aprire nuovi orizzonti teorici: un tema unificante nel lavoro di Stephen Mitchell*. Postfazione in S. Mitchell *Il modello relazionale. Dall'attaccamento all'intersoggettività* trad. it., Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Bateson G. (1972) *Verso un'ecologia della mente* trad. it., Adelphi, Milano, 1979.
- Bateson G. (1979) *Mente e natura* trad. it., Adelphi, Milano, 1984.
- Beebe B., Lachmann F.M. (2002) *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni* trad. it., Raffaello Cortina, Milano, 2003.
- Borgogno F. (1999) *Psicoanalisi come percorso* Bollati Boringhieri, Torino.
- Chused J.F. (1991) *The Evocative Power of Enactments* Journal of American Psychoanalytic Association, 39: 615-639.
- Chused J.F. (1992) *The patient's perception of the analyst: The hidden transference* Psychoanalytic Quarterly, 56: 161-184.
- Cooper S. (2000) *Objects of Hope: Exploring Possibility and Limit in Psychoanalysis* Hillsdale Analytic Press.
- Cooper S. (2008) *An attachment and relational perspective in the treatment of traumatized patients* Paper presentato al IARPP Annual Conference *Relational Perspectives on Attachment Theory and Psychoanalytic Process* Baltimore, May 29 - June 1, 2008.
- Damasio A.R. (1999) *Emozione e coscienza* trad. it., Adelphi, Milano, 2000.
- Conci M. (2000) *Sullivan rivisitato* Massari, Bolsena.
- Ehrenberg D.B. (1992) *The Intimate Edge: Extending the Reach of Psychoanalytic Interaction* Norton, New York.
- Ferenczi S. (1920-32) *Frammenti e annotazioni* trad. it., in *Opere* Vol 4, Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Ferenczi S. (1927) *L'adattamento della famiglia al bambino* trad. it., in *Opere* Vol 4, Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Ferenczi S. (1932a) *Confusione di lingue tra gli adulti e il bambino. Il linguaggio della tenerezza e il linguaggio della passione* trad. it., in *Opere* Vol 4, Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Ferenczi S. (1932b) *Diario clinico* Raffaello Cortina, Milano, 1988.
- Ferenczi S., Rank O. (1924) *Prospettive di sviluppo della psicoanalisi* trad. it., in *Opere* Vol. 3, Raffaello Cortina, Milano, 1992.
- Freud S. (1918) *Vie della terapia psicoanalitica* trad. it., in *Opere*, Vol. 9, Bollati Boringhieri, Torino, 1977.
- Gallese V. (2003) *La molteplice natura delle relazioni interpersonali: la ricerca di un comune meccanismo neurofisiologico* Networks, 1: 24-47 (disponibile on-line presso: <http://www.swif.uniba.it/lei/ai/networks/>).
- Jacobs T.J. (1991) *The Use of the Self: Countertransference and Communication in the Analytic Situation* International Universities Press, Madison.
- Mitchell S.A. (1988) *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1993.

- Mitchell S.A. (2000) *Il modello relazionale* trad. it., Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Mitchell S.A. (1993a) *Speranza e timore in psicoanalisi* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1995.
- Mitchell S.A. (1993b) *Influenza e autonomia in psicoanalisi* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1999.
- PDM Task Force (2006) *PDM-Manuale Diagnostico Psicodinamico* trad. it., (a cura di) Del Corno F., Lingiardi V., Raffaello Cortina, Milano, 2008.
- Pizer S.A. (1998) *Building Bridges: the Negotiation of Paradox in Psychoanalysis* The Analytic Press, Hillsdale.
- Renik O. (1993) *Analytic Interaction: Conceptualizing Technique in Light of the Analyst's Irreducible Subjectivity* Psychoanalytic Quarterly, 62: 553-571.
- Renik O. (1998) *Getting Real in Analysis* Psychoanalytic Quarterly, 67: 590-593.
- Sullivan H.S. (1953) *La teoria interpersonale della psichiatria* trad. it., Feltrinelli, Milano, 1962.
- Tricoli M.L. (2003) *Dal controtransfert alla self-disclosure: la scoperta della soggettività dell'analista* Ricerca Psicoanalitica, 12, 3: 229-245.
- Watzlawick P., Beavin H.J., Jackson D.D. (1967) *Pragmatica della comunicazione umana* trad. it., Astrolabio, Roma, 1971.