

MATERIALI DI LAVORO
DELLA A.F.P.P.
COMPONENTE DELLA
EUROPEAN FEDERATION
FOR PSYCHOANALYTIC
PSYCHOTHERAPY
IN THE PUBLIC SECTOR

N° 21



INDICE

PRESENTAZIONE

Pag. 1

**CATASTROFE, OGGETTI E RIPARAZIONE:
TRE LIVELLI DI INTERPRETAZIONE**

- di Robert D. Hishelwood

Pag. 3

**LAVORARE CON IL CONTROTRANSFERT.
RIFLESSIONI SU UN CICLO DI LEZIONI**

- di Laura Mori, Linda Root Fortini, Giovanni Trapani

Pag. 17

OEDIPAL ISSUES AT 4 AND 44

- di Paul Barrows

Pag. 33

RITAGLI

**COMMEMORAZIONE DI TOMMASO SENISE
O DEL DISCORSO "VIVENTE E ANIMATO"**

- di Gioia Gorla

Pag. 49

RECENSIONI

**PSICOANALISI IN PSICHIATRIA. CULTURA PSICO-
ANALITICA E SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE**

Pag. 65

**COUNSELLING PSICODINAMICO
CON ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI**

Pag. 68

CONGRESSI E CONVEGNI

Pag. 71

NOTIZIARIO DELL'ASSOCIAZIONE

Pag. 89



Franco Cesati Editore

CONTRAPPUNTO

**Materiali di lavoro per l'Associazione
Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica**

REDAZIONE:

Luigia Cresti Scacciati (*Direttore responsabile*)

Rossella Cubeddu (*Segretaria di Redazione*)

Silvia Fano Cassese

Andrea Friscelli

Isabella Lapi

Laura Mori

Roberta Pisa

Antonio Suman

COLLABORATORI ESTERI

Jeanne Magagna (Gran Bretagna)

Sesto Marcello Passone (Francia)

Rosella Sandri (Belgio)

SEDE DELLA REDAZIONE:

presso Luigia Cresti Scacciati

Via Fra' Giovanni Angelico, 11

50121 FIRENZE - Tel. 66.71.21

Periodico Semestrale

Numero 21 - dicembre 1997

Autorizzazione Tribunale N. 3602 del 3/7/1987

Amministrazione

FRANCO CESATI EDITORE

50134 Firenze, via Cesare Guasti, 2

Telefono e fax 055/486441

Periodico semestrale

Abbonamenti 1998

Italia ed estero £ 60.000

sostenitore £ 200.000

una copia Italia ed estero £ 35.000

Conto corrente postale 22081509

intestato alla Casa Editrice

Gli abbonamenti non disdetti entro il 30 novembre
si intendono rinnovati per l'anno successivo

PRESENTAZIONE

L'esperienza ormai decennale di *Contrappunto* è stata ricordata il 13 dicembre scorso presso la Libreria Le Monnier, in occasione della presentazione del numero 20, attraverso una manifestazione che in un'atmosfera amichevole ed intima ha voluto con semplicità sottolineare il raggiungimento dei dieci anni di vita della rivista. L'occasione si prestava ad un piccolo bilancio che ci è sembrato positivo e che ci conforta nel proseguire il nostro sforzo redazionale di cui il numero 21, primo del '98, rappresenta l'ultima realizzazione.

Il numero è aperto dall'articolo di Robert Hinzelwood che riprende i temi già da lui stesso presentati al nostro gruppo in un seminario dell'ottobre '97. Lo sforzo che l'autore compie nell'espone le idee di Esther Bick sulla catastrofe psichica consiste nel connetterle alle precedenti opinioni della Klein e di Freud. In tal modo l'autore mette in evidenza il processo di stratificazione del pensiero psicoanalitico che finisce poi per orientare le scelte tecniche dell'analista e per disporre le interpretazioni.

Il nostro gruppo ha da tempo sviluppato una sua funzione didattica e di formazione ed i primi riflessi si cominciano a cogliere anche in *Contrappunto*. Il secondo pezzo curato da Laura Mori, Linda Fortini e Giovanni Trapani infatti nasce dal lavoro di un gruppo di formazione che si è interessato del controtransfert, non solo nel suo uso a scopi prettamente terapeutici di cui sono messe in rilievo anche le difficoltà, ma con una visione più estensiva dell'uso in situazioni non cliniche come per esempio nell'infant observation. Si tratta di un lavoro molto interessante e utile.

Come abbiamo già fatto un'altra volta pubblichiamo un pezzo in lingua originale: si tratta del lavoro di Paul Barrows, psicoterapeuta inglese di bambini ed adulti, nel quale si mette a confronto il materiale clinico di una bambina di 4 anni e quello di una donna di 44. Il materiale è valutato attraverso la situazione edipica che per l'autore dipende dall'orientamento interno nei confronti del problema della conoscenza e che così concepito permette sorprendenti parallelismi in due situazioni così diverse.

Per la rubrica *Ritagli* accogliamo volentieri la commemorazione di Tommaso Senise, recentemente scomparso, scritta da Gioia Gorla. È un pezzo ricco di suggestioni, di brani di vita dell'autore, in qualche punto anche toccante e che dà la sensazione, dopo averlo letto, di aver conosciuto Senise anche a chi non ha mai avuto questo piacere.

Per le *Recensioni* Gianfranco Buonfiglio riferisce sull'ultimo libro di Brignone che prosegue nel suo sforzo spesso riuscito di coniugare cultura psicoanalitica e cultura dei servizi. È uno sforzo sempre più importante

e che viene come completato dall'altra recensione di Cristina Pratesi sul libro della Noonan, recentemente tradotto in Italia, sul counselling per adolescenti e giovani adulti.

Interessante il resoconto del convegno sui 100 anni di psicoanalisi tenutosi a Milano su Musatti di cui ricorre la nascita.

Gli ultimi sviluppi della ricerca e lo stato dell'arte sull'infant observation sono riportati da Luigia Cresti e Linda Root che hanno partecipato alla II conferenza internazionale svoltasi a Londra su questo tema nel settembre scorso. Infine Antonella Lumachi ci riporta i riflessi del convegno che tutti gli anni, ad inizio estate, si tiene a Lavarone, luogo carico di reminiscenze e nostalgie freudiane.

Sempre in tema di bilanci e ricorrenze crediamo inoltre di compiere un'opera utile per i lettori nel pubblicare a parte gli indici dei primi 20 numeri (dal numero 0 al numero 19) di *Contrappunto* elaborati da Andrea Friscelli secondo tre criteri principali: per numero, per autore e per argomento. Lo facciamo con l'intenzione di rendere più facile la lettura e la ricerca di temi o articoli, ma anche per far conoscere la completezza del nostro lavoro.

CATASTROFE, OGGETTI E RIPARAZIONE: TRE LIVELLI DI INTERPRETAZIONE

*R.D. Hinsbelwood**

Sommario.

Questo articolo espone alcune delle idee oggi non frequentemente usate di Esther Bick. Nel ricapitolare brevemente le sue scoperte, ho cercato di dimostrare che lei stesse in effetti tentando di raggiungere un terzo livello di esperienza nell'inconscio, una lotta neo-natale per il contenimento che sta alla base del livello descrittivo della Klein di relazioni oggettuali che hanno a che fare con meccanismi primitivi di difesa nel neonato, e l'ulteriore livello di rimozione e simbolizzazione (e rappresentazione) sviluppato da Freud. Con un breve brano di materiale clinico intendo indicare come ogni livello sia legato agli altri. Questo modello di stratificazione aiuta, in maniera concettuale, a definire le scelte interpretative. Resta comunque oggetto di ulteriore dibattito la decisione riguardante la scelta del livello interpretativo (o livelli).

La catastrofe psichica è stata una questione fondamentale fin dalla nascita della psicoanalisi. Un paziente poteva contenere potenzialmente tale esperienza nella propria mente, come fantasia inconscia, come memoria oppure, in alternativa, come una qualche distorta versione difensiva della sua esperienza di catastrofe psichica.

Intendo esporre in breve il cammino storico di questa idea, analizzando in dettaglio il modo in cui le opinioni della Klein circa le situazioni di angoscia si rifacciano a Freud¹, e come le idee della Bick si riferiscano alla Klein.

1. Freud descrisse il trauma psichico come qualcosa che opprime l'apparato psichico nell'infanzia - come effettivo trauma sessuale o fisico. Ciò è stato confermato in seguito, in maniera evidente, dalle esperienze dei soldati durante la Prima Guerra Mondiale.

2. Quando Freud mise in evidenza il ruolo della fantasia, che il bambino non riesce a distinguere dalla realtà, la sua ipotesi era quella della castrazione (angoscia di castrazione).

3. In ogni caso, c'erano altre versioni della catastrofe. Jones ha parlato

* Membro della British Psycho-Analytical Society e Direttore Clinico del Cassel Hospital.

¹ Questi tipi di osservazioni cliniche portavano sempre Melanie Klein a mettere in evidenza l'importanza dell'angoscia - o situazione di angoscia, come lei la chiamava, rispetto ai meccanismi di difesa. Mi sembra che sia oggi opportuno un ritorno ad una maggiore attenzione alle situazioni di angoscia. Ciò in effetti permetterebbe la costruzione di nuovi ponti e punti di contatto con altri gruppi teorici.

di afanisi, e Rank di trauma della nascita.

4. Nel cercare di comprendere i pazienti psicotici, Freud notò che il Giudice Schreber viveva in una realtà tutta sua, una catastrofe mondiale, con l'onere di dover ricreare il mondo (Freud 1911).

5. Melanie Klein fu messa in allarme dai suoi piccoli pazienti riguardo una varietà di catastrofi che lei chiamava "situazioni di angoscia" (prendendo da Freud 1929). Tipicamente, queste ultime sembravano essere una paura di "persecuzione" che portava il bambino ad uno stato di panico, o pavor nocturnus. Tali stati sono come dei circoli viziosi in cui le misure ostili prese dall'Io per salvarsi dal pericolo non fanno che aumentarlo, in un crescendo di paura ed aggressività (Klein 1929, 1932).

6. Melanie Klein riteneva di avere scoperto "un'angoscia, o meglio una situazione di angoscia, che è specifica per le bambine ed è l'equivalente dell'angoscia di castrazione provata dai bambini" (Klein 1932, p.31). In questo caso la madre, che è stata attaccata dalla bambina, viene creduta essere un'intrusa che attacca la bambina nel suo spazio interno. In ogni caso, quest'idea ha avuto vita relativamente breve, dando spazio al riconoscimento del fatto che il terrore di una violazione di uno spazio interno fosse comune ad entrambi i sessi. E come sappiamo, le vicissitudini dello spazio interno sono diventate un tratto caratteristico cruciale della psicoanalisi Kleiniana fino ad oggi.

7. Nel 1935, Melanie Klein descrisse la posizione depressiva in cui la violenza veniva diretta verso un oggetto interno. Il bambino dipende da quest'oggetto per la sua sopravvivenza psichica (Klein 1935,1940), ed il danno o la morte di questo "oggetto buono" interno porta ad una grande angoscia. Era la sensazione di un oggetto morto dentro, simile ad un cadavere, che diventava la cruciale situazione di angoscia.

8. In seguito, la Klein descrisse un tipo diverso di angoscia (Klein 1946). In questa, non era l'oggetto interno ad essere minacciato, bensì lo stesso Io. Cioè a dire, il paziente rivolgeva gli impulsi aggressivi contro il proprio Io, il suo "sé" dando adito ad una profonda paura di attacco e disintegrazione dall'interno. Melanie Klein ed i suoi successori pensavano quindi di aver scoperto l'angoscia cruciale, o la situazione di angoscia, dello schizofrenico, elaborando, in effetti, la descrizione di Freud del caso di Schreber. In relazione a quest'ultima angoscia, la Klein descrisse una nuova forma di difesa, l'identificazione proiettiva. La persona si sente frammentata in pezzetti che vengono poi espulsi da quello spazio interno.

9. Infine, la Klein descrisse un'ulteriore fondamentale situazione di angoscia, che lei riteneva essere, a volte, primaria, e che chiamò invidia (Klein 1957). Una delle sue conseguenze era il terrore che nasceva dal desiderio di attaccare l'oggetto buono a causa della sua stessa bontà (!), e non in quanto contrastante o frustrante.

10. In breve, Rosenfeld (1971) descrisse una forma di organizzazione della personalità in cui il paziente sperimenta una terrorizzazione del pro-

prio mondo interno, come se fosse occupato da una gang mafiosa. Sotto questo aspetto assomiglia alla situazione di angoscia (vedi punto 6) in cui la Klein descrisse la violenta invasione dello spazio interno della bambina.

11. Bion elevò l'esperienza della catastrofe alla più normale di tutte le esperienze. Ogni cambiamento richiede la dissoluzione della mente e la riformazione di una nuova struttura di pensieri e sentimenti. Così, una catastrofe deve aver luogo prima che una nuova idea sia digerita.

12. Infine, come scrisse Elizabeth Spillius, "questo concetto di un terribile stato catastrofico come aspetto basilare e continuo dell'esperienza umana è stato inoltre fondamentale al lavoro di Esther Bick" (Spillius 1988, p.158). Il bisogno di contenimento da parte del neonato fu descritto dalla Bick nel suo articolo del 1968.

Sensibilità della pelle e confine dell'Io

Il primo oggetto è quello che dà al neonato la sensazione di esistere - di avere un'identità. L'osservazione dell'interazione della coppia madre-neonato ha portato la Bick a comprendere due stati opposti:

a) La sensazione di esistere con una qualche coerenza; nei primissimi giorni e settimane dopo la nascita, movimenti irrequieti e non coordinati degli arti, brontolii, grida e pianti sembrano aver luogo in certe occasioni tipiche - quando il neonato viene spogliato, gli si lava la faccia, o quando viene tenuto in maniera precaria durante l'allattamento.

b) Al contrario, una sensazione di dissoluzione, di cessazione dell'esistenza. Questo stato non coordinato diminuisce quando il neonato è tenuto e trasportato dandogli sicurezza, quando viene vestito dopo un bagno, quando viene avvolto da coperte.

Melanie Klein descrisse stati mentali non coordinati simili in pazienti schizoidi, ma con maggiore enfasi nel descrivere ciò come un processo di scissione, e collegandolo ai processi di proiezione, introiezione ed identificazione. Non spiegò, peraltro, come un'Io così estremamente fragile potesse introiettare e proiettare. Tali processi richiedono una ferma idea di un dentro, di un fuori e di un confine intermedio. La Bick riconobbe il fatto che un confine coerente è una condizione che deve esistere prima che la proiezione e l'introeiezione possano aver luogo. La proiezione deve avvenire al di fuori di qualcosa, l'introeiezione all'interno di qualcosa.

"...nella sua forma più primitiva, le parti della personalità vengono vissute come non aventi una forza aggregante tra di loro, e devono dunque essere tenute insieme in un modo vissuto da esse in maniera passiva, da una pelle che funzioni come confine. Lo stadio di scissione primaria...può adesso essere visto come qualcosa che si basa su questo precedente processo di contenimento del Sé e dell'oggetto da parte delle loro rispettive pelli" (Bick 1968, p.484)

La brillante osservazione della Bick fu che il contatto e le sensazioni della pelle hanno degli equivalenti psicologici - l'esperienza di un confine

e la coerenza al sé. Nel primo caso il neonato dipende dal fatto che la sua pelle sia stimolata in questo modo. La rappresentazione mentale di quelle sensazioni della pelle è di sentirsi tenuto insieme da qualche "cosa", un confine, che crei un senso di spazio, spazio delimitato - od una "pelle interna". Tale spazio permette i processi e le fantasie di passare degli oggetti dentro e fuori - proiezione ed introiezione.

Esso rende inoltre possibile l'esperienza di un oggetto che ha uno spazio interno. In un certo senso, non si può proiettare in un oggetto finché non si ha un concetto di uno spazio in cui si possa proiettare. Questo è il difetto nel caso dell'autismo: non vi è alcun senso di uno spazio all'interno dell'oggetto.

La sensazione di pelle viene presto accompagnata da altre percezioni. Le sensazioni da vari altri organi sono vissute nella stessa maniera. La bocca, gli occhi, le mani sono inizialmente usati in modo simile; ogni buco viene chiuso da qualche oggetto che completa il senso di un confine - il capezzolo nella bocca, un punto di luce per gli occhi, un oggetto duro per la mano, ecc. Essi rappresentano le stesse due possibilità - qualcosa di aperto e filtrante, oppure chiuso e riempito da un oggetto. L'attenzione verso quell'oggetto "riempie" un buco catastrofico nel confine. Quando più organi iniziano a funzionare in questa maniera, il neonato riesce a controllare le proprie esperienze molto più attivamente.

Un insieme di punti conclusivi derivano da questo legame tra sensazione della pelle e contenimento psicologico:

I) Io corporeo. L'Io corporeo ha inizio con la pelle. Potrebbe essere chiamato l'Io della pelle (Anzieu 1985).

II) Percezione. Molto rapidamente, questo Io corporeo include le percezioni di altri organi, la bocca per prima, poi gli occhi, le orecchie e le mani.

III) Containment passivo. Le esperienze iniziali che comprendono le fondamenta dell'Io stesso sono passive. Il neonato viene tenuto insieme passivamente dall'oggetto esterno, e questo evidenzia la sua dipendenza dall'oggetto esterno (Perez-Sanchez 1990). Così l'incoerenza, il cadere a pezzi, è anch'esso un evento passivo, quando l'oggetto esterno è mancante.

IV) Intrapsichico ed interpersonale. Le osservazioni della Bick creano una visione interattiva: sia il neonato che la madre dipendono visibilmente l'uno dall'altra per la costituzione stessa del sé, momento per momento. La teoria è quella dei rapporti interpersonali, anche se visti attraverso processi intrapsichici.

V) Seconda pelle. Gli attivi sforzi del neonato (quando può iniziare a farli) costituiscono un modo radicalmente diverso di concettualizzazione delle difese psicologiche. Le difese, da questo punto di vista, vengono operate in modo da preservare un senso del confine (Bick 1968).

VI) Identificazione adesiva. Alcuni neonati non raggiungono mai una fase in cui il senso del confine possa essere rappettato dalle difese di

una seconda pelle. C'è allora un'esperienza di liquefazione - uno scorrere, un perdere liquido non contenuto (Rosenfeld 1988; Tustin 1981). Così il neonato rimane senza uno spazio interno, incapace di concettualizzare un oggetto dotato di uno spazio interno, restando bloccato con un oggetto esterno, in una dipendenza caratterizzata dall'imitazione e dalla mimica, chiamata identificazione adesiva (Bick 1986; Meltzer 1975).

A questo punto, vorrei parlare del confronto tra differenti punti di vista riguardo all'angoscia catastrofica, ordinandoli su tre livelli.

Livelli di Angoscia

Queste molte angosce differenti non sono, peraltro, equivalenti; esse possono essere ordinate in tre gruppi.

1) L'approccio classico - rimozione e simboli. L'approccio classico di Freud ebbe inizio con l'interpretazione dei simboli. Tale approccio portò in seguito al quadruplice conflitto che Freud descrisse nel 1923: quello tra i desideri (che rappresentano gli impulsi dell'Es), gli standard sociali e morali (che rappresentano i genitori introiettati come Super-Io), la realtà (rappresentata dall'attenzione percettiva) ed infine l'Io (rappresentato come Sé).

2) Angosce psicotiche e relazioni oggettuali. Melanie Klein riteneva di avere ottenuto l'accesso ad un livello della mente su cui poggiasse il mondo rappresentazionale di Freud. Non era più un mondo di rappresentazioni, bensì un mondo popolato da oggetti molto concreti e polarizzati - con intenzioni buone o cattive. Tali oggetti, inizialmente ritrovati all'interno dell'Io, si ritrovano presto, nell'infanzia, anche nel mondo al di fuori del confine dell'Io.

3) Contenimento. Allo stesso modo, sembra esserci un ulteriore livello che si estende ancor più profondamente, al di sotto del precedente, e che riguarda lo sviluppo del confine stesso dell'Io, intorno al quale le esperienze concrete del livello 2) possono poi aver luogo. In certa misura, questo livello è indicato dal termine "contenimento". In ogni caso, lo sviluppo da parte di Bion dell'idea di contenimento è interamente nei termini di un buono o cattivo funzionamento psicologico. Per ricondurre tale idea alle manifestazioni dell'Io corporeo, dobbiamo nuovamente tornare al lavoro di Esther Bick, secondo la quale l'organo corporeo di contenimento è la pelle. La pelle, in un certo senso, è dove si situa il Sé.

Questi gruppi formano tre diversi livelli di esperienza.

Se Melanie Klein ha scoperto i meccanismi primitivi di difesa sottostanti la rimozione e le difese del complesso di Edipo maturo, la Bick ha introdotto i fenomeni della seconda pelle sottostanti i meccanismi primitivi di difesa della Klein.

La Bick ha concepito la pelle come organo di identità, e ciò ha dei rapporti distinti con altre idee che si stavano sviluppando all'epoca: il contenitore di Bion (Bion 1959), lo "holding" di Winnicott (Winnicott 1967), il

sistema di difesa sociale di Jaques (Jaques 1955; Menzies 1960), la "pelle del mio vicino" di Turquet (Turquet 1975), e (strettamente collegato alle idee della Bick) l'Io della pelle o involucri psichici di Anzieu (Anzieu 1985,1987). Questa è un'intera famiglia di idee, ma soltanto quella della Bick collega l'esperienza del contenimento-(e della catastrofe) all'Io corporeo primitivo.

L'organo del contenimento

Le idee di Esther Bick le sono venute per caso: lei era inizialmente alla ricerca di un metodo di insegnamento. La prima abilità di cui uno psicoanalista ed uno psicoterapeuta necessitano prima di fare interpretazioni, prima di imparare la teoria, è di essere capaci di stare con il paziente, e la "baby observation" era un metodo per insegnare tale abilità (Bick 1964). Lei diede inizio a questa pratica con studenti che seguivano il training in psicoterapia infantile presso la clinica Tavistock nel 1948 e in seguito con tirocinanti presso l'Istituto di Psicoanalisi di Londra.

La Bick sviluppò un metodo rigoroso di osservazione. Osservatori iniziali, tra cui la Klein (1952) e Freud (1920)², fecero delle osservazioni casuali, riportando ciò che avevano notato con i propri bambini o con quelli altrui. La Bick, comunque, lo stabilì come metodo in cui l'osservatore e la famiglia non si conoscevano. Lei aveva studiato come psicologa a Vienna con Charlotte Buhler che era stata una pioniera dell'osservazione diretta dei bambini con le loro madri. La Bick prese questo metodo di psicologia sperimentale e lo trasformò in un esercizio di training (Bick 1964).

In ogni caso, lei aveva un dono che solo Melanie Klein poteva eguagliare, e cioè la sua capacità di osservazione dettagliata; aveva una capacità estremamente acuta di percepire una narrativa nella sequenza di eventi che avevano luogo tra madre e neonato. Nonostante la sua prima intenzione, la Bick, quasi in maniera riluttante, elaborò certe implicazioni teoriche (Bick 1968), e soltanto in seguito lei ed altri applicarono ciò al lavoro clinico con bambini ed adulti (Bick 1986; Cornwall 1983).

Opinioni critiche sulle idee teoriche di Esther Bick.

C'è stata una certa riluttanza da parte degli psicoanalisti, per lo meno psicoanalisti britannici, di sviluppare oltre le implicazioni del lavoro della Bick per la psicoanalisi clinica. Ci sono, in effetti, dei problemi riguardo la nozione di pelle come organo di contenimento, e voglio adesso fare riferimento ad alcuni di questi problemi.

a) Il metodo. Le osservazioni della Bick provenivano da un metodo non psicoanalitico - la "baby observation". In prima istanza il suo lavoro è paragonabile al lavoro sperimentale di laboratorio di Middlemore (1941),

² Vedi anche Freud (1909), Ferenczi (1913), Abraham (1914).

Trevarthen (1977), Stern (1985), Brazelton (Brazelton & Cramer 1991) o Murray (1989). L'accesso a questi livelli molto iniziali sembra essere soltanto tramite un metodo osservativo non psicoanalitico, e ciò sembra sospetto agli psicoanalisti che riconoscono solamente i risultati provenienti dal lavoro clinico psicoanalitico. La Bick pensava che il suo metodo fosse soltanto come l'invenzione della Klein della tecnica di gioco per l'analisi di bambini molto piccoli. Comunque una tecnica che non può raggiungere un livello verbale di comunicazione mette in evidenza i limiti della psicoanalisi stessa³.

b) Il livello. La sensazione che stava avvicinandosi ai primissimi livelli di esperienza incoraggiò la Bick a credere di essere anche in contatto, attraverso il suo metodo di osservazione, con le più primitive esperienze umane, e ciò la portò ad esigere che tutte le interpretazioni venissero rivolte a questo livello più primitivo. Lei credeva di stare riportando i conflitti ai più iniziali livelli, così come la Klein aveva insegnato (Klein 1927). In ogni caso molte persone pensavano che lei fosse riduttiva.

c) Passività. La Klein descrisse una dipendenza passiva dall'oggetto per il ricostituirsi o il disgregarsi dell'Io, e ciò non si adatta all'opinione della Klein di un'elaborazione attiva della pulsione di morte all'interno della libido. Per la maggior parte dei kleiniani il lavoro della Bick pone una forte enfasi sul mondo esterno come il primo fattore determinante dello sviluppo iniziale della personalità, e ciò ha fatto sì che la Bick fosse notevolmente ignorata da essi.

d) Il mondo interpersonale. L'enfasi che il metodo pone sulla sequenza tra madre, poi bambino, poi madre ecc. mette in evidenza l'interazione. Nonostante la preoccupazione della Bick riguardo l'intrapsichico c'è una concentrazione sui fenomeni interpersonali. Poiché il suo metodo metteva in evidenza l'interazione tra madre e neonato, ciò rendeva interpersonale il resoconto narrativo⁴. Il metodo di osservazione dall'esterno della Bick produceva una visione psicoanalitica dell'interazione tra le persone, e ciò contrasta con l'opinione comune che la psicoanalisi si rivolga ai processi intrapsichici all'interno di una persona.

e) Identificazione proiettiva. E' interessante notare che più o meno nello stesso periodo in cui la Bick stava sviluppando il suo metodo di osservazione stavano velocemente cambiando le vedute riguardo al con-

³ Ciò potrebbe persino anticipare spiacevolmente le critiche di Grunbaum sul fatto che le idee psicoanalitiche possono essere verificate solo mediante metodi non psicoanalitici. Le idee raggiunte mediante metodi non psicoanalitici sono viste con un certo sospetto dagli psicoanalisti che hanno familiarità solamente con il proprio metodo.

⁴ Ciò è simile all'invenzione della Klein della tecnica del gioco nel 1920, in cui venivano dati al bambino dei piccoli giocattoli da manipolare e da porre in relazione tra loro. Il risultato fu che la Klein si trovò a parlare del modo in cui i bambini manipolano e sistemano insieme i loro oggetti psicologici; ed in uno o due passi successivi ciò portò allo sviluppo di un'intera scuola psicoanalitica di relazioni oggettuali basata sul modo in cui le persone manipolano e sistemano i loro oggetti interni dentro le loro menti.

trotransfert (Heimann 1950). Anche questo introdusse la possibilità di una visione interpersonale dei processi intrapsichici - pur sempre nel setting psicoanalitico stesso. In ogni caso, questo cambiamento di risalto all'interno della psicoanalisi non ha coinciso in maniera esatta con il lavoro della Bick al di fuori del setting psicoanalitico, prendendo comunque il posto che le idee della Bick avrebbero potuto conquistarsi.

f) Esperienza primaria. Nel corso della storia della psicoanalisi c'è stata una spinta verso la comprensione delle prime esperienze del neonato: che cosa può esserci di sbagliato in queste, tanto da causare problemi in seguito? Le affermazioni della Bick sono forse quelle più definitive in questa direzione. Lei dimostrò che quelle prime esperienze vanno al di là delle parole, e sono impresse nel corpo. Siccome sono al di là delle parole, ciò sembra aver portato ad una perdita di interesse verso quei momenti iniziali - come se non possano essere conosciuti; questo ha portato ad un allontanamento dal lavoro della Bick.

Voglio ora esplorare il modo in cui le sue idee possano confluire nel lavoro clinico.

Contenimento della pelle nel lavoro clinico

Ho descritto tre livelli di esperienza: la classica formazione del simbolo, i primitivi meccanismi di difesa ed il contenimento della pelle. Essi rappresentano una sequenza storica all'interno dello sviluppo di un individuo, anche se forse dovremmo meglio intenderla come una relazione eternamente oscillante tra i tre livelli, in cui ciascuno può venire in primo piano in momenti diversi.

Dobbiamo tenere a mente questi tre livelli di esperienza, ed imparare a capire in quale momento ciascuno di essi sia appropriato.

Un frammento clinico

La paziente in questione è una donna di mezza età con figli giovani, ed è interessante per il suo modo di esprimere le sue esperienze. Si descriveva letteralmente come un "colabrodo". Per esempio, la sua abilità professionale - nel suo lavoro aiuta le persone - si è semplicemente prosciugata nel periodo in cui lei aveva avuto i suoi figli. Aveva bisogno del suo mondo esterno al lavoro per confermare le sue capacità, e chiamava ciò il "grembo" di cui aveva bisogno. Tale "grembo" analitico riguardava il mio immediato stato di comprensione o non comprensione di lei, e questo ha dato adito a due esperienze polarizzate. Quando io la capivo, lei si sentiva "presa in una morsa", ma, d'altra parte, quando sembrava che non la capissi, lei si infiammava, la sua voce stridente poteva essere sentita in altre stanze della casa, e lei esprimeva violentemente il suo disaccordo. Perdeva il controllo come se stesse spargendo la sua esperienza in tutta la casa. Mi descriveva come un grembo con dei buchi, ma allo stesso tempo lei era estremamente dipendente: il suo materiale era ripetitivo, il

suo arrivo alle sedute era sempre molto preciso, i suoi movimenti sul divano erano stereotipati, e si muoveva dalla sala d'aspetto, andando e venendo, oppure alzandosi e sdraiandosi sul divano, sempre nello stesso modo e senza mai notare strada facendo alcun dettaglio di me o della mia stanza. C'era in lei un'acuta paura dello spazio e del movimento. Il contenuto dei suoi discorsi era ripetitivo, e lei spesso non riusciva a terminare una frase, così che io venivo privato di materiale che avrebbe potuto mantenere agile ed in movimento il filo dei miei pensieri. E' possibile pensare a ciò come ad un "transfert adesivo".

L'esperienza è quella di un "grembo" che si muove, tanto da farla diventare instabile ed insicura, come se il movimento la potesse far cadere giù da esso.

Racconta un sogno di metà settimana:

Io e lei eravamo insieme seduti sul pavimento. Uno di noi aveva le braccia intorno all'altro. Era più reale, più umano della nostra realtà durante una seduta. Lei voleva fare l'amore, ma ciò avrebbe rovinato l'analisi. Nel sogno le chiesi la ragione di tutto questo, del perché perdere tutto, e lei disse che non lo capiva più. Io mi staccai da lei e mi sedetti sulla sedia, e lei capì che doveva parlarmi di ciò che sentiva.

Le sue associazioni si riferirono al marito, che era molto triste in quanto lei, la paziente, aveva iniziato un'attività lavorativa part-time, e non era più presente per il marito. Mi parlò anche di un mio commento del giorno prima, quando le avevo detto che voleva sentirsi tenuta in senso fisico.

Il movimento fisico nel sogno è una rappresentazione drammatica del movimento della mia mente nel chiederle delle ragioni. Il sogno ha reso l'idea di come lei sia sensibile al mio movimento ed alla separazione che ne segue, portando ad una infelicità del tutto inappropriata che viene in seguito localizzata e vista nel marito. Questo problema di movimento è rappresentato in modo grafico in un sogno successivo. Un lunedì lei iniziò la seduta con questo sogno.

All'inizio era ambientato in una scuola. Lei entrava in un'aula con 60 bambini; era difficile per loro. Parlò all'insegnante del numero di studenti in classe. Poi si trovava nella città dove era cresciuta, sopra un ponte su un fiume; c'era molta acqua, e non sembrava un luogo sicuro. C'erano delle specie di cascate: da bambina passava da questo ponte per andare a scuola. Nel sogno, il ponte aveva dei buchi. Poi l'acqua saliva e cominciava ad afferrarla mentre lei si allontanava, ma una macchina le dava un passaggio, forse c'era suo marito in quella macchina. Era molto rassicurante, e lei sentiva di non essere stata veramente nei guai; una volta entrata in macchina era come una luna di miele, niente più importava. Al risveglio non si era sentita turbata.

Il sogno sembrava mostrare un progresso da uno stato di turbamento, e questa sensazione di turbamento veniva espressa come il pericolo di essere trascinata via da un'inondazione. Lei veniva protetta da tale inon-

dazione soltanto da un sostegno che aveva dei buchi - come il grembo analitico. Le parlai di ciò, e lei fece riferimento ad un'ansia del venerdì precedente, che la sua depressione stesse tornando ad "inondarla". Lei poteva dare una forma a tale liquefazione chiamandola la sua depressione. Io le dissi che c'era una sensazione legata al fine settimana che in effetti ha avuto inizio il venerdì, la sensazione che lei possa perdere il ponte che la porta oltre l'esperienza inondante della pausa del fine settimana, durante il quale non ci sarà un ponte, od un contatto con me. Verso la fine del weekend, comunque, lei aveva sentito nel sogno della notte precedente di essersela cavata nel weekend, arrivando a casa, e ben asciutta, per così dire. Sembrava che nel sogno fosse espressa in maniera esplicita la paura che io avessi 60 altre cose o bambini di cui occuparmi, e lei nel sogno poteva comprendere quanto ciò fosse difficile per i bambini. Era come sentirsi lasciati cadere attraverso i buchi del ponte. Lei mi rispose nel suo modo caratteristico, riconoscendo la correttezza della mia interpretazione, ma dicendomi anche che lei non era a conoscenza di queste sensazioni del fine settimana, diversamente da altri pazienti, e che questo rifletteva la mia inadeguatezza, il mio non riuscire a metterla in contatto con quei sentimenti.

Possiamo vedere qui l'esperienza di una potenziale liquefazione come risultato del buco causato dal fine settimana. In questo caso la regolarità delle sedute rappresenta un contenitore esterno al quale lei si attacca in maniera adesiva, senza che esso diventi in modo adeguato un oggetto interno, identificato con la sua propria pelle, che possa tenere e contenere in maniera interna. Questo è un processo di acquisizione di una "seconda pelle", come la Bick lo ha chiamato.

La paziente descrisse chiaramente il senso di precarietà che provava nell'essere contenuta e la mia inadeguatezza come contenitore - il mio essere lì (nel fine settimana), ed esserci nel senso di farle provare le cose che le stavo interpretando. L'inadeguatezza della "pelle interna" - per il fine settimana - viene riflessa nell'oggetto esterno, io stesso, a cui lei si deve attaccare. Ciò crea un grado straordinario di dipendenza, e di conseguenza una speciale intensità nella protesta quando lei si sente lasciata andare.

Una costruzione alternativa (relazioni oggettuali edipiche)

Penso che questa sia una convincente costruzione del processo di relazioni oggettuali nell' hic et nunc con i genitori, e di come queste siano gestite mediante meccanismi primitivi di difesa; ma è la sola interpretazione possibile?

Vorrei suggerire un'altra possibile versione del secondo sogno, che non è stata messa alla prova da un'interpretazione all'interno della seduta, e che ha a che fare con un modo diverso di considerare l'angoscia. Il diluvio di sensazioni che lei chiamava la sua "depressione" era connesso in

maniera specifica alla sensazione di trovarsi in uno spazio affollato, con tante altre cose che devono essere considerate e pensate dall'insegnante. Se noi cambiamo livello e pensiamo a ciò nei termini di una interpretazione kleiniana di tipo più comune, allora l'aula sembrerebbe rappresentare il corpo della madre all'interno del quale lei si proietta; là ci sono tutti gli altri bambini della mamma. Sono quei bambini che creano un'inondazione nella madre, da cui la paziente è salvata grazie ad un paterno marito con la macchina - da intendersi come il padre analitico che viene a salvarla e che rende tutte quelle cose non più importanti. In questo senso c'è una gran quantità di prove per interpretare le fantasie del complesso di Edipo primitivo. In questo caso, ciò che lei chiama la sua depressione è in effetti rivalità e gelosia verso i fratelli e le sorelle, ed invidia del rapporto sessuale tra i genitori che li crea. Per superare ciò, lei ha scisso i genitori, separandoli, ed è capace di spostarsi dall'uno all'altra in modo da gestire le sue difficili esperienze in una forma in cui esse non abbiano alcuna importanza. Siccome io non ho in effetti fatto questa interpretazione all'epoca, non possiamo sapere se essa corrisponda a qualcosa nella paziente.

Il livello di rimozione e simbolo

Per completare il problema potremmo esaminare la seduta considerando un terzo livello - quello del complesso di Edipo maturo, come potrebbe interpretarlo uno psicoanalista più classico. In questo caso potremmo comprendere la rivalità della donna con l'insegnante della classe, e la sua critica sul fatto che l'insegnante non faccia bene ad avere una classe così numerosa. La madre/insegnante viene sminuita da questa critica, e la paziente può sentirsi trionfante ed andarsene via con il padre in macchina.

Questa interpretazione diretta di un trionfo edipico è anch'essa piuttosto convincente, anche se, ancora una volta, io non l'abbia messa alla prova nel corso della seduta.

Scelta di livello

In ogni caso, noi dobbiamo decidere tra questi diversi livelli di interpretazione. La Bick tendeva sempre a proporre interpretazioni al livello di pelle primaria, la Klein al livello delle fantasie primitive del complesso di Edipo primitivo. Altre scuole analitiche si basano sulla rappresentazione di simboli e sulla rivalità edipica matura. Abbiamo quindi un problema a decidere quale tipo di interpretazione fare.

Le possiamo fare tutte - magari una dopo l'altra? In pratica ciò sarebbe possibile, in quanto sono collegate. La struttura di una simile interpretazione potrebbe essere la seguente: se i problemi edipici classici permangono nella vita adulta, ciò è dovuto al fatto che le fantasie più primitive, che nascono dall'attacco alla creatività dei genitori, non sono state risolte. A loro volta, i problemi del complesso di Edipo primitivo non possono

essere tollerati a causa dei buchi nella pelle che dovrebbe contenerli.

Oppure c'è un altro modo di considerare tutto questo? Ogni livello di interpretazione ha un suo momento specifico per il paziente. In un dato momento il paziente è accessibile ad un certo livello, in un altro momento ad uno diverso. Dunque, questo approccio richiederebbe da parte dell'analista una continua valutazione, momento per momento, di quale livello dovere affrontare col paziente.

La decisione tra queste interpretazioni e livelli alternativi è problematica. Scuole psicoanalitiche diverse possono competere tra loro per decidere quale sia la scelta giusta⁵, ed un'interpretazione eccessiva ad un certo livello può sembrare riduttiva, ed essere vissuta come tale dal paziente, che può sentirsi sminuito. La Bick, forse sfortunatamente, affermava che il livello a cui interpretare fosse il più profondo di tutti, quello che lei stessa osservava. Questo oggi sembra riduttivo, ed appare come un'affermazione di correttezza del metodo riguardo ad altri contesti teorici.

Conclusioni

L'eredità di Esther Bick oggi giorno sta forse nel metodo che lei ha elaborato: l'osservazione come esercizio di training, non tanto i suoi risultati teorici. Forse i risultati più fruttuosi del suo metodo finora si sono visti nella sua applicazione a metodi osservativi in settings interpersonali (lavoro, istituzioni, gruppi, ecc.), e non, purtroppo, in osservazioni sul setting psicoanalitico stesso.

C'è del lavoro da fare per riabilitare la sua singolare opinione riguardo all'esperienza più fondamentale di tutte, l'Io corporeo - la pelle che è l'organo del contenimento.

Ho cercato di servirmi degli sviluppi della Bick anche come di un paradigma per pensare al modo in cui potremmo mettere insieme diversi preconcetti teorici, quando cerchiamo di trovare una strada verso un'interpretazione che sembra quella giusta al momento. In tal senso questo articolo è una prima esplorazione preparatoria da sviluppare o da confutare.

Recentemente, Roth (1996) e de M'Uzan (1996) hanno discusso livelli differenti di interpretazione. Roth ha preso una posizione tecnica, descri-

⁵ Lo psicoanalista investe moltissimo nel fatto di aver ragione. In primo luogo c'è il suo narcisismo, ed il suo bisogno di sentirsi esperto e competente da un punto di vista professionale. Ma questo non è il solo fattore; lo psicoanalista sente anche per il suo paziente. La salute e la vita di un altro essere umano, il suo paziente, dipendono dal suo fornirgli interpretazioni corrette. Potenzialmente, egli proverà un forte senso di responsabilità e di colpa, la cui pressione porterà lo psicoanalista a ritenere di avere assolutamente ragione. Sotto questo tipo di pressione è difficile discutere di quale sia l'interpretazione giusta e quella sbagliata. Noi non abbiamo chiare prove che ci confermino quale sia l'interpretazione giusta in ogni singola occasione. I pazienti non danno chiare indicazioni riguardo alla correttezza o meno delle interpretazioni offerte dall'analista. Noi sappiamo che l'essere d'accordo a livello conscio non vale molto. In effetti, può darsi che lo psicoanalista non sia così aperto come potrebbe essere riguardo all'inesattezza della sua interpretazione.

vendo posizioni diverse da cui l'analista possa percepire ed interpretare il processo che ha luogo nel paziente e tra la coppia analitica: il transfert paterno, il transfert dell' hic et nunc, l'essere in atto del transfert o del transfert/controtransfert. In contrasto con questo approccio, quello di de M'Uzan è più metapsicologico, descrivendo livelli diversi di interpretazione secondo i livelli della teoria. Dunque, questi punti di vista vanno a completare l'approccio di questo articolo, che parte dal tipo di angoscia nel paziente.

Sembra giusto affermare che si potrebbero fare meglio dei confronti tra scuole psicoanalitiche diverse sulla base delle esperienze dei pazienti, piuttosto che sulle preferenze teoriche o su di un training tecnico particolare. Nonostante ciò, quello che vediamo nei pazienti dipende in parte dalle nostre opinioni teoriche e dal nostro training nella pratica, e viceversa. Quindi, c'è una dialettica tra ciò che la professione dell'analista porta ed il dolore che il paziente porta. Mi sembra comunque importante affermare che, indipendentemente dalle interferenze cui potremmo essere soggetti, la cosa primaria da considerare dovrebbe essere il bagaglio di esperienze del paziente.

LAVORARE CON IL CONTROTRANSFER. RIFLESSIONI SU UN CICLO DI LEZIONI

Laura Mori, Linda Root Fortini, Giovanni Trapani*

*E' assai interessante che l'*Inc* di una persona possa reagire all'*Inc* di un'altra, eludendo il *C** (Freud, 1915)

Nell'ultimo anno del training di un gruppo di allievi della nostra Associazione, nell'ambito dell'insegnamento di teoria della tecnica, abbiamo svolto un ciclo di lezioni sul controtransfert come strumento terapeutico.

Questo concetto è stato studiato a partire da quando Freud ne individuò l'esistenza (1910)¹ e lo ritenne una *fonte di guai*. La percezione di questo fenomeno venne quindi considerata una *interferenza* della personalità dell'analista ineliminabile ma ancora misteriosa (S.Ferenczi, H. Deutsch, E.Sharpe, T.Reik...) o vera e propria *macchia cieca*. Negli anni '50 si poté assistere ad una vera e propria riscoperta del controtransfert che iniziò ad essere considerato e soprattutto utilizzato come strumento tecnico, come un *indicatore* o una *bussola* per orientarsi nel lavoro con il paziente (Heimann e Racker). Più recentemente, anche se con modalità diverse a seconda delle scuole psicoanalitiche, è stato sempre più considerato un *mezzo di comunicazione tra due menti al lavoro*. Questa diversa attenzione è stata felicemente così sintetizzata da Antonino Ferro²: "Ciò che conta non è tanto l'attività interpretativa decodificatoria, ma *la reale operazione di trasformazione* delle identificazioni proiettive del paziente, che la mente dell'analista saprà compiere, tenendo conto che lui stesso è parte attiva nel determinare i fatti che, in quanto osservatore, contribuisce a determinare già solo con la propria presenza, e ancor più con il proprio assetto difensivo e con le relative identificazioni proiettive". Questo mutamento di prospettiva che ha sempre più spostato il fuoco

* Laura Mori: Psicologo-psicoterapeuta, Membro ordinario e didatta A.F.P.P., Membro Ordinario A.I.P.P.I.; Linda Root Fortini: Psicologo-psicoterapeuta nei servizi dell'Azienda Sanitaria di Firenze; Membro ordinario e didatta A.F.P.P.; Giovanni Trapani: Psicologo-psicoterapeuta nei servizi dell'Azienda Sanitaria di Firenze; Membro ordinario e didatta A.F.P.P. Ringraziamo gli allievi che hanno contribuito al ciclo di lezioni con il loro materiale e i loro interventi nelle discussioni seminariali.

¹ P.q.r. gli scritti sul controtransfert, si rimanda alla *Bibliografia cronologica*, curata da A.Brignone, su "Contrappunto" n°13, dicembre 1993; per quanto riguarda invece riferimenti ad opere specifiche, v. le note.

² Ferro A. (1992), *La tecnica della psicoanalisi infantile. Il bambino e l'analista: dalla relazione al campo emotivo*, Milano: Cortina Editore. (corsivo nostro)

dell'analisi dai vissuti e dalla patologia del paziente all'analisi della situazione, della relazione e del processo analitici, è stato reso possibile non solo dallo sviluppo del concetto di "controtransfert", ma anche dalla elaborazione di altri concetti utilizzati per lo studio della complessa configurazione che risulta dal lavoro comune di analista e analizzando. Per limitarsi a quelli più studiati nel nostro training, ricordiamo quelli di *identificazione proiettiva* (M.Klein, 1946 e W.R.Bion, 1962), di *transfert totale* (B.Joseph, 1985) e di *contenimento* (W.R.Bion, 1959,1962, 1970; H.Rosenfeld, 1987; D.Winnicott 1958,1971). L'identificazione proiettiva concepita non solo come un meccanismo capace di proiettare parti del Sé e oggetti interni, ma anche come comunicazione capace di indurre stati mentali. Il transfert totale come concetto allargato di transfert con particolare considerazione dei processi di splitting e di integrazione nella situazione e nel processo analitici. Il contenimento come concetto derivato dalla riflessione sui momenti precoci dello sviluppo e della ipotetica relazione tra manifestazioni del transfert e gli aspetti più precoci della relazione madre-bambino.

In questa famiglia di concetti, che ovviamente potrebbe essere allargata, il problema che spesso si presenta non è solo quello di tener distinte le concettualizzazioni, di considerare i diversi aspetti messi in luce dalle riflessioni su di esse, ma soprattutto della difficile utilizzazione che di esse può essere fatta nella realtà clinica.

Per tornare all'esperienza fatta nel ciclo di lezioni, essa si è sviluppata attraverso un approccio storico, accostando le diverse teorie e le diverse definizioni: da quelle più dilatate (che ascrivono ad esso tutto quanto avviene nella mente del terapeuta al lavoro: fantasie, idee, azioni, reazioni cosce e inconscie e la stessa interpretazione) a quelle più ristrette (che lo circoscrivono alle reazioni inconscie dell'analista alla persona dell'analizzando e più particolarmente al suo transfert), a quelle più realistiche (che si riferiscono all'insieme delle reazioni emotive che l'analista prova nel corso dell'analisi quale risposta specifica a un dato paziente).

Ripercorrere la storia e lo sviluppo del concetto di controtransfert ha prodotto rinnovate consapevolezze. Ha messo in rilievo il valore del setting come elemento ordinatore di una relazione che non avviene tra una persona "supposta sana" o "supposta sapere" e una persona meno sana e meno consapevole, ma tra due persone in cui la asimmetria è creata dal setting. Ha confermato l'importanza nella formazione di uno psicoterapeuta psicoanalitico, di una formazione che comprenda la supervisione del proprio lavoro clinico come necessario completamento dell'esperienza dell'analisi personale. Accanto a questa, a nostro avviso, come allenamento a riconoscere e contenere l'impatto emotivo di "essere con il paziente",

¹ Hinshelwood R.D. (1997), *Catastrophe, Objects and Representation: Three Levels of Interpretation*, "British Journal of Psychotherapy", 13(3), trad. it. su questo numero di "Contrappunto".

preliminare alla capacità di interpretare, va ribadita l'utilità dell'Osservazione del bambino nella famiglia secondo la metodologia di Esther Bick (1964).

Quando poi siamo passati ad esaminare la possibilità di utilizzare il controtransfert nella realtà clinica, come strumento tecnico, abbiamo fatto ricorso alle riflessioni espresse da due autori (Casement e Turillazzi Manfredi).

Di fronte alla complessità e alla difficoltà di usare il controtransfert nel lavoro clinico, Patrick Casement⁴ si chiede "*What belongs to whom?*" (Cosa appartiene a chi?): questa frase, nella sua brevità e incisività, trasmette efficacemente il pericolo che il nostro *coinvolgimento* emotivo con il paziente possa diventare qualche volta piuttosto uno *sconvolgimento*.

Riguardo alla possibilità di utilizzare il controtransfert, S. Turillazzi Manfredi ci avverte che "è inevitabile utilizzarlo. Ma fino a che punto si possa farlo coscientemente rimane ancora da studiare e da capire": occorre *tollerarlo*, come si è espressa in un nostro seminario⁵.

Questo insieme di considerazioni ci ha stimolato a proporre un "incontro ricapitolativo" impostato sulla discussione di esempi, clinici e non, tratti non soltanto dalla letteratura ma anche dalla nostra pratica clinica, incoraggiando gli allievi a fare altrettanto. Il materiale che ci siamo così trovati a disporre ha permesso di affrontare i fenomeni di controtransfert sotto diverse angolature, che qui vogliamo presentare, iniziando dai sogni di controtransfert, come momento di una faticosa elaborazione del terapeuta, per passare poi all'esperienza di Infant Observation in cui il rilevare costantemente le proprie reazioni emotive e i propri atteggiamenti facilita la risposta emozionale dell'osservatore rispetto alla situazione di osservazione. Nelle due esemplificazioni cliniche, infine, in un caso l'attenzione al controtransfert fornisce al terapeuta l'unica opportunità di mettersi in contatto con il transfert del paziente, mentre nell'altro solo dopo l'interruzione agita della paziente è possibile capire pienamente il vissuto controtransferale del terapeuta.

UN FENOMENO DI CONTROTRANSFERT PARTICOLARE: SOGNARE IL PAZIENTE

Il fatto che un paziente possa comparire come personaggio dei sogni del terapeuta rappresenta senza dubbio una forte reazione controtransferale, indizio molto evidente di una risposta emozionale al paziente che non è stata elaborata. Ci è sembrato didatticamente utile iniziare con due esempi di sogni di questo tipo per riflettere sulle difficoltà a cogliere il

⁴ Casement P. (1985), *On Learning from the Patient*, trad.it. Milano:Cortina Editore, 1989

⁵ Brignone A. (a cura di), *Tollerare il controtransfert: sintesi di due seminari di S. Manfredi*, "Contrappunto", n°13, 1993

nostro controtransfert quando si manifesta principalmente a livello inconscio, come quando vi è una risposta onirica.

Un esempio illustre di controtransfert inconsapevole

Sul piano storico è singolare ricordare che quando Freud scrisse la Traumdeutung (1899), utilizzò come "sogno campione" un suo sogno in cui compare "Irma", che era una sua paziente. Come è noto, a Freud esso è servito come primo esempio di "analisi completa", con le sue dodici pagine di associazioni, per illustrare la propria modalità di interpretare i sogni. A noi è sembrato anche molto interessante da utilizzare come esempio di coinvolgimento controtransferale inconsapevole di un Freud giovane, anche se va tenuto conto di una certa arbitrarietà e forzatura di una lettura di questo tipo in quanto Freud era all'esordio della teoria e della tecnica psicoanalitica. Come è noto nell'estate del 1895 Freud aveva in cura per "angoscia isterica" Irma, una giovane vedova, legata da viva amicizia alla sua famiglia: un trattamento che, avverte Freud, "può diventare fonte di molteplici turbamenti per il medico, e in particolare per lo psicoterapeuta". Dopo aver deciso di interrompere la cura per l'insorgere di difficoltà e contrasti nel loro rapporto, e dopo aver avuto notizie non troppo rassicuranti sulla salute della sua paziente, Freud la sogna⁶.

Cerchiamo di capire, con l'aiuto della rilettura che ne ha fatto Michael Gorkin⁷, cosa può essere successo a livello di transfert e di controtransfert

⁶ Sogno del 23-24 luglio 1895: Un grande salone, molti ospiti, che stiamo ricevendo. Tra questi, Irma, che prendo subito in disparte come per rispondere alla sua lettera e rimproverarla di non accettare ancora la "soluzione". Le dico: "Se hai ancora dolori è veramente soltanto colpa tua." Lei risponde: "Sapessi che dolori ho ora alla gola, allo stomaco, al ventre, mi sento tutta stretta." Mi spavento e la guardo: è pallida, gonfia. Penso: dopo tutto forse non tengo conto di qualcosa di organico. La porto alla finestra e le guardo la gola. Irma mostra una certa riluttanza, come le donne che portano la dentiera. Penso che non ne ha proprio bisogno. La bocca poi si apre bene, e vedo a destra una grande macchia bianca e in un altro punto, accanto a strane forme increspate, che imitano evidentemente le conche nasali, estese croste grigiastre. Chiamo subito il dottor M. che ripete la visita e conferma... Il dottor M. ha un aspetto assolutamente diverso dal solito: è molto pallido, zoppica, non ha barba al mento...Anche il mio amico Otto si trova ora accanto a Irma e l'amico Leopold la percuote sul corsetto e dice: "C'è una zona di ottusità in basso a sinistra"; e indica inoltre un tratto di cute infiltrato alla spalla sinistra (cosa che anch'io sento nonostante il vestito)... M dice: "Non c'è dubbio, è un'infezione; ma non importa; sopraggiungerà una dissenteria e il veleno sarà eliminato..." Inoltre sappiamo da dove proviene l'infezione. Qualche tempo fa, per un'indisposizione, l'amico Otto le ha fatto un'iniezione con un preparato di propile, propilene...acido propionico...trimetilamina (ne vedo la formula davanti ai miei occhi, stampata in grassetto)...Non si fanno queste iniezioni con tanta leggerezza...Probabilmente anche la siringa non era pulita (Freud S., *L'interpretazione dei sogni* (1899), OSF, vol.3, pp.107 sg.)

⁷ Gorkin M. (1987), *La controtraslazione di Freud*, trad.it. in *I sentimenti del terapeuta*, Boringhieri, 1992 - per un'analisi più completa cf. Anzieu D. (1975), *L'autoanalisi di Freud*, trad.it. Roma: Astrolabio, 1976

e a che punto fosse la situazione interattiva.

Irma era la paziente prediletta da Freud e anche una persona che faceva parte del suo ambiente reale (come amica della moglie e come figlia del professore di liceo che era rimasto per lui una figura di riferimento). Va ricordato come la tecnica psicoterapeutica di Freud all'epoca era di comunicare la "soluzione" dei sintomi al paziente: "*Ero allora dell'opinione (che più tardi riconobbi inesatta) che il mio compito si esaurisse col comunicare ai malati il senso celato dei loro sintomi; che poi accettassero o no la soluzione, e da questo dipendeva il successo del trattamento, era un fatto di cui non ero più responsabile*"*. Irma non aveva accettato la soluzione di Freud (i suoi sintomi derivavano da desideri sessuali rimossi) e al momento del sogno il trattamento si era arenato.

Schematicamente è possibile distinguere il background personale di Freud allora: insolita inquietudine professionale (rischio di impopolarità e di isolamento) e personale (responsabilità di una famiglia in crescita e inizio malattia del padre) che va a far parte del suo *controtransfert soggettivo* e dei motivi che lo spinsero a rispondere in maniera non terapeutica, indipendentemente dalla paziente. Da parte sua Irma, attenendoci alla diagnosi di isteria fatta da Freud, poteva aver attribuito a Freud nel transfert il ruolo del padre edipico, figura sessualmente desiderabile ma interdetta.

Le associazioni di Freud al sogno ci mostrano come da parte sua, oltre ad un ricco materiale sessuale, ci fosse molta ambivalenza e rivalità verso le figure maschili significative. Il suo *controtransfert oggettivo*, rispetto al transfert della paziente, si è fuso con quello soggettivo e c'è stato un blackout che non gli ha permesso di impersonare il padre edipico di Irma, di sentirsi cioè sedotto e poi, improvvisamente, respinto dalla propria figlia edipica. Questi sentimenti lo schiacciavano e divennero tutt'uno con i suoi problemi soggettivi: Irma venne confusa con tutte le donne che lo avevano attratto ma gli erano state interdette. E dal momento che i suoi conflitti, così come quelli di lei, erano ancora insufficientemente compresi o risolti, non riusciva a capire chiaramente chi lei fosse o che cosa gli stesse facendo.

Quando è minacciata la capacità dell'analista di contenere i sentimenti suscitati in lui dal paziente, un terapeuta ha maggior probabilità di fare un sogno di controtransfert. Come nell'esempio inconsapevole di Freud, in questi casi si può dire il sogno segnali un momento di impasse, che sia "*il segno di un disturbo del rapporto analitico, disturbo al quale contribuiscono entrambi i protagonisti*"⁹

Oggi la maggior comprensione della interazione fra paziente e analista e delle sue fasi di impasse permette di considerare i sogni controtransfe-

* Freud S. (1889) *L'interpretazione del sogno*, cit., p.109 sg.

⁹ Zwiebel R. (1985), *The Dynamics of the Countertransference Dream*, "International Review of PsychoAnalysis", vol.12, pp.87-99

rali come connessi a fenomeni di massiccia identificazione proiettiva da parte del paziente che hanno così trovato una forma di rappresentazione simbolica. Nell'esempio seguente è possibile vedere come il sogno del terapeuta renda disponibile al pensiero della veglia materiale altrimenti difficilmente raggiungibile, consentendo di riconoscere movimenti di identificazione e controidentificazione proiettiva e allo stesso tempo di illuminare il percorso interno delle emozioni suscitate nel terapeuta.¹⁰

Il peso dell'identificazione proiettiva

Federico, 19 anni, III liceo classico, ha richiesto una psicoterapia per una sintomatologia apparentemente depressiva, accompagnata da segni fisici di angoscia e paure ipocondriache. Alle spalle ha inoltre una storia di patologia familiare difficile, che deve tenere nascosta a tutti. Aspira ad una vita del tutto normale e conformista e, pur dotato artisticamente come ambedue i genitori, ha scelto di frequentare un liceo classico molto tradizionale e conservatore, dove tenta di mimetizzarsi e di essere uguale agli altri pur disprezzandoli e invidiandoli allo stesso tempo: dice di sentirsi un po' come il Julien Sorel de "Il rosso e il nero".

Va in terapia perché sta male anche se non riesce a trasmettere questa sua sofferenza: ne parla, lucidamente, da quasi collega, come di quella di un altro. E sarà sempre un gran parlatore, brillante e razionale; si impossessa rapidamente del linguaggio e del modo di pensare della terapeuta. Le sedute sembrano spesso arringhe di un abile avvocato che spacca il capello in quattro per difendere la sua causa. Oppure possono essere eccitanti proiezioni cinematografiche in cui narra le sue costanti fantasticherie che, soprattutto all'inizio della terapia, occupavano una parte cospicua della sua giornata. Le interpretazioni sono accettate ma con sospetto e riserva, poste al vaglio di un'attenta valutazione logica. Mentre sono scarsi i sogni, compaiono spesso sintomi ipocondriaci e somatizzazioni, oltre che actings (ritardi alle sedute, sedute saltate, ritardo nei pagamenti ecc.), ripetuti fino a divenire una sorta di norma, di controregola imposta da lui. Esattamente una settimana dopo l'inizio della terapia Federico inizia a fantasticare un rapporto con una compagna di classe, Daria: transfert collaterale.

La terapeuta ha sempre provato difficoltà ad accedere alla parte bambino del paziente, a quei "sentimenti" che egli lamentava di aver perso dopo la morte del padre e che evidentemente non appartenevano al mondo delle "parole" e delle "spiegazioni logiche". Si è trovata invece, con sua sorpresa, a sognarlo dopo circa un anno e mezzo di terapia in un periodo di impasse dopo le vacanze estive.

Al rientro nonostante i "buoni propositi" di Federico testimoni di un

¹⁰ Cf. a questo proposito l'esauriente rassegna sulle funzioni dei sogni di controtransfert effettuata da F. Barale e A. Ferro in *Sofferenza mentale dell'analista e sogni di controtransfert*, "Rivista di Psicoanalisi", anno XXXIII, n°12, 1987

tentativo di reazione difensiva (non vedere più la ragazza, non fare più fantasie, fare sport etc.), continuano e in maniera a volte tirannica, al di fuori del suo controllo cosciente, le fantasie voyeuristiche (anche se non marcatamente di tipo sessuale) su Daria, immaginata adesso insieme ad un altro (di solito un compagno esageratamente inferiore a lui). La terapeuta sente l'oppressione di dover essere una assidua spettatrice di queste fantasie che contengono tanto materiale edipico, mentre le interpretazioni sulla situazioni transferale vengono sistematicamente rifiutate. Come trovare l'angoscia che Federico presumibilmente deve provare per queste eccitanti fantasie, tanto da volersene ossessivamente disfare con i "buoni propositi"? Ma soprattutto come accedere alla situazione di transfert? Sembrava che le fantasie eccitanti fossero delle escursioni che allontanano dalla realtà psichica per portare ad una sorta di rifugio, piuttosto che delle rappresentazioni della fantasia inconscia sulla situazione immediata del transfert.¹¹ La terapeuta sente inoltre la propria capacità di rêverie in pericolo di estinzione.

A questo punto la terapeuta fa un sogno "imbarazzante": *Federico la corteggia, la terapeuta ne è consapevole e compiaciuta. Si muove e agisce in riferimento a questo corteggiamento. Ha la piacevole impressione di essere costantemente guardata da Federico, di essere al centro della sua attenzione e che lui la segua con lo sguardo innamorato.* La terapeuta si sveglia da questo sogno con una sensazione di disagio, e il suo imbarazzo è accresciuto quando le è venuto spontaneamente da associare un ricordo del suo primo ragazzo a Federico che la guardava con così appassionata intensità.

La chiave di volta per uscire dalla sgradevole sensazione di aver disobbedito alla regola dell'astensione è stato il potersi render conto della predominanza, nel sogno, del silenzio e dello sguardo. Questi due elementi hanno fatto ripensare alla terapeuta la sua esperienza di Infant Observation e le varie sfaccettature che poteva assumere il guardare/osservare (intrusivo, controllante, interessato, partecipe....) Nel sogno Federico la guarda con passione e attenzione. Nella terapia invece la terapeuta si sente fortemente costretta ad ascoltare le sue esibizioni verbali e a guardare gli allettanti films che egli proietta. L'intensità dello sguardo del sogno fa ripensare a quello di un bambino che ha bisogno di aggrapparsi e di essere guardato con amore da una madre capace di contenerlo.

Anche se queste considerazioni non sono state comunicate al paziente, sono state utili alla terapeuta per "rianimare" la propria capacità di rêverie permettendole di osservarlo in maniera ricettiva e meno spaventata e di

¹¹ cf. O'Shaughnessy E., 1992, *Enclaves and Excursions*, IJPA,603-612 e Steiner J., 1993, *Psychic Retreats. Pathological Organization in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients*, trad.it. Bollati Boringhieri, 1996

riconoscere aspetti perversi che mantenevano la relazione in una situazione di stallo.

Il bisogno di proiettare dentro la terapeuta la pesantezza, l'ingombro per questa "sovrastuttura" di fantasie facendole provare imbarazzo per un sogno vagamente incestuoso, e l'esservi in qualche modo riuscito può essere visto nel materiale della seduta immediatamente successiva al sogno della terapeuta. Federico esordisce dicendo di sentirsi più libero, di aver fatto tantissime cose, di aver incontrato altri amici e una notte, durante l'intervallo fra le sedute, di aver fatto un *"incubo che non ricorda bene ma sapeva che Daria stava con Giorgio, ma poi si è svegliato e non ci ha pensato più, è andato a giocare a tennis; prima sarebbe potuto andare fino in Pakistan a piedi e ci avrebbe continuato a pensare"*. In questa stessa seduta può dare questa rappresentazione visiva delle sue fantasie coatte: *"avvertiva un senso di chiuso come se la sua mente fosse un laghetto da cui escono tanti fiumi, ma prima, con le fantasie sulla ragazza, l'acqua non andava via da nessuna parte. Ora sente invece che l'acqua può fluire via"*, come era forse avvenuto quando la terapeuta aveva sognato al posto suo.

In questo esempio clinico la terapeuta è stata in grado di riconoscere, aiutata anche da scambi con colleghi, il proprio controtransfert in relazione al paziente e di cominciare ad elaborarlo internamente.

RICONOSCERE IL CONTROTRANSFERT IN SITUAZIONI NON-CLINICHE

Gli esempi successivi illustrano fenomeni contransferali in un setting non clinico, quale quello dell' Infant Observation secondo la metodologia di Ester Bick¹², centrato specificatamente sulla comprensione dello sviluppo della relazione madre-bambino, degli stati mentali primitivi e delle modalità di comunicazione pre-verbali. Questa metodologia aiuta inoltre a sviluppare la capacità empatica dell'osservatore che, identificandosi di volta in volta con la madre o con il bambino può individuare gli effetti che questo provoca su di sé ed elaborarli nella discussione di gruppo.

Cogliere il "non detto" nel controtransfert dell'osservatore

La gravidanza di Debora, trentaseienne, procede bene ed è vissuta come un completamento della sua unione con Saverio, maggiore di due anni. Ambedue lavorano come operatori sociosanitari e si affidano all'équipe ospedaliera anche perché i quattro nonni hanno difficoltà a spostarsi. *"Meglio così"*, commenta la futura madre, *"non ci saranno inge-*

¹² Oltre ai noti lavori su questo tema della Bick stessa e di Martha Harris, v. anche su questo stesso numero quanto dice a questo proposito Robert Hinshelwood. Un altro lavoro su questo specifico argomento è ad es. quello di Gina Ferrara Mori dal titolo *Les Formes et le niveau du changement dans la formation de l'observateur*, presentato al 1° Colloquio Europeo sull'Osservazione del Neonato e le sue applicazioni.

renze", facendo pensare, al contrario, al dover dipendere dall'aiuto medico invece di avere sostegno e conforto dai familiari.

A causa di una non ben specificata anomalia della madre è stato preventivato un taglio cesareo; viene anche vagamente accennato ad un evento di circa due anni prima descritto come "un ovulo non cresciuto" senza mai pronunciare la parola aborto.

Il bambino sarà un maschio e la madre lo immagina bello e forte, capace di crescere bene e facilitare il suo compito materno. Dopo la nascita il neonato rispecchia in parte il desiderio materno: ha infatti, secondo lei, "una grande bocca", mangia bene e tanto e piange poco. L'osservatore riferisce che il bambino ha qualche colica d'aria e difficoltà a defecare, ed è preoccupato del fatto che la madre ricorre spesso all'uso di clisteri ad ogni pur minimo segno di disagio del piccolo come se i problemi dovessero essere subito eliminati.

La famiglia organizza con i nonni per la prima estate del bambino un lungo periodo di ferie in un camper che li tiene tutti insieme in un tempo sospeso e felice prima che il settembre porti il ritorno al lavoro della madre e l'inserimento del bambino al nido. Viaggiare sembra implicare lasciare a casa i problemi per non pensare. Al rientro, però, il cerchio magico sembra spezzarsi e l'attività familiare diventa frenetica e convulsa e a settembre il bambino (nove mesi) manifesta reazioni somatiche come diarrea e vomito; non dorme tanto bene e di notte la madre lo attacca al seno come se ci fosse un ritorno ad un contenimento primario di capezolo in bocca. Di fronte alle prospettive di cambiamento e di separazione l'osservatore comincia a percepire un dissesto emotivo della famiglia e avverte l'utilità di poter discutere nel gruppo delle proprie fantasie e stati d'animo in rapporto a ciò che sente durante le sue osservazioni.

Qualche mese dopo, intorno al primo compleanno del bambino, l'osservatore teme di perdere il bambino e che non sarà possibile continuare l'osservazione; prova "sensazioni di esclusione, di allontanamento, di perdere contatto con la famiglia, quasi di essere messo alla porta". Le osservazioni effettivamente si riducono di numero a causa di dimenticanze, richieste di spostamento dell'orario, impegni esterni dei genitori. "Come se io non sapessi più dove loro fossero e se avessero ancora piacere che andassi a trovarli", commenta l'osservatore.

L'estate successiva di nuovo la famiglia fa un viaggio e l'osservatore sente aumentare in lui un senso di pericolo e di disorientamento. Anche questa volta l'osservatore nota che i genitori non parlano di ciò che stanno vivendo e delle loro paure e ansie (fine dei possibili congedi di lavoro della madre e la ricerca di una baby-sitter) e si sente invaso da vissuti dolorosi di separazione e di lutto.

L'impossibilità di pensare alle difficoltà è sperimentata direttamente dall'osservatore quando, a tre mesi dalla conclusione dell'osservazione, non riesce a parlare della fine con la madre. In quella osservazione il

bambino, malato con febbre e con una gastroenterite, piange e si lamenta e la madre, in attesa dell'arrivo del marito, è molto occupata con i preparativi per andare subito dopo l'ora di osservazione in campagna dai nonni. Nei tentativi di distrarre il bambino che non si fa consolare, la madre gli minaccia: "Se non smetti, ti lascio lì". L'osservatore si sente "di troppo" e "in imbarazzo", come se con la sua presenza fosse responsabile di un malessere e in più con il peso di dover definire la data della conclusione dell'osservazione. Scendendo le scale alla fine dell'ora, senza averne parlato con la madre, è assalito da una forte melanconia.

L'organizzazione psichica di questa famiglia di difendersi dall'esperienza dei cambiamenti quotidiani che implicano continue separazioni la rende incapace di pensare ad ansie e paure. Il dolore mentale sembra essere depositato totalmente nell'osservatore che si sente sovraccaricato di emozioni disturbanti e di non riuscire lui stesso a pensarci.

È stato possibile per l'osservatore in sede della discussione di gruppo e con l'aiuto del conduttore che in quell'occasione ha funzionato come un supervisore, capire che il suo forte malessere faceva parte delle sue risposte emotive di controtransfert alla situazione di una madre incapace di tollerare di vivere nella complessità della realtà e che trovava nei familiari risposte di analogo disconoscimento. Forse quello stato di melanconia dell'osservatore porta con sé la sofferenza del "non detto" di una madre depressa. In accordo con quanto prevede la metodologia di E. Bick il gruppo ha utilizzato la discussione come spazio per pensare alla difficoltà di astenersi dall'agire, come nel caso dello zelo terapeutico, e di accettare la separazione della fine dell'osservazione.

L'impatto emotivo nel gruppo di discussione

Sin dall'inizio si è presentata l'osservazione di una situazione anomala e difficile: la nascita di un bambino con problemi fisici evidenti. Nel periodo di attesa tra il primo incontro con la futura madre e la prima osservazione dopo la nascita del bébé, il gruppo inizia a comunicare impressioni, fantasie e aspettative preparandosi empaticamente all'evento come stanno facendo i futuri genitori. Michele è uno dei primi bambini a nascere, fatto che contribuisce al coinvolgimento del gruppo che si trova a condividere il dolore dei genitori per un bambino nato con parti non sane e a identificarsi con una madre che si dimostra in grado di parlare dei suoi sentimenti ambivalenti di "tenerezza" e di "aggressività".

L'osservatrice confida al gruppo le proprie preoccupazioni per il bambino e la madre e dice di non sentirsi adeguata a seguire un bambino così danneggiato e genitori tanto provati. Pur essendo evidente la grande diversità tra questa osservazione e le altre, il gruppo sembra pronto ad accogliere la sofferenza e il senso di sconforto e di fallimento presente in questa situazione a rischio. L'osservatrice riporta le proprie osservazioni con sensibilità e delicatezza trovando comprensione e sostegno da parte

del gruppo e gradualmente si sviluppa una specie di doppia identificazione: una tra l'osservatrice e la madre e l'altra tra il gruppo e l'osservatrice. Il gruppo sembra funzionare come contenitore delle ansie e delle paure dell'osservatrice come quest'ultima per la madre.

La preoccupazione primaria dell'osservatrice e del gruppo è che la madre non riesca a pensare al suo bambino come intero e ad investirlo libidicamente¹³ e non solamente alle sue funzioni primarie come mangiare e dormire. Viene notato ad esempio come per tutto il primo anno non si vedono giocattoli per la casa.

Durante i primi sei mesi di vita Michele viene sottoposto ad accertamenti medici con ricoveri ospedalieri senza il risultato di una diagnosi chiara. Al quinto mese l'osservazione è interrotta per due mesi a causa di un breakdown della madre dopo un altro ricovero del bambino in ospedale.

Nella discussione emerge che l'osservatrice si sente abbandonata dalla madre e l'unica persona del gruppo senza un bambino da osservare e che il gruppo si identifica con la depressione della madre incoraggiando l'osservatrice ad attendere i tempi della madre con la speranza di potere riprendere il lavoro. Infatti la madre ricerca l'osservatrice e le osservazioni riprendono. La madre è adesso in grado di raccontare all'osservatrice l'esperienza durante la permanenza in ospedale, la sua sofferenza e quella di Michele e dichiara apertamente di essere a questo punto consapevole di avere un bambino diverso, "non normale", con un ritardo dello sviluppo. L'osservatrice si identifica in modo concordante con la madre ed esprime le proprie paure che il bambino non sarà mai come gli altri bambini ed è in grado di tollerare con l'aiuto del gruppo la propria "non normalità" rispetto agli altri osservatori.

Il gruppo si mobilita nei confronti di un bambino così bisognoso. Il processo di identificazione empatica con la sofferenza della madre e del bambino mette in moto un fenomeno di controtransfert gruppale che riflette a sua volta e in momenti diversi la difficoltà di tollerare la realtà della propria impotenza di fronte ad un bambino danneggiato interrogandosi su cosa c'è da fare. Ad esempio intorno al primo compleanno del bambino, in *risonanza speculare*¹⁴ con l'atteggiamento di urgenza dei nonni, il gruppo vuole trovare con rapidità le cure "giuste" per il bambino temendo di perdere tempo prezioso e suggerendo energicamente nominativi di specialisti e di metodi avanzati nel campo della riabilitazio-

¹³ In un seminario organizzato dall'A.F.P.P. nel novembre 1992, Genevieve Haag, nel supervisionare questa osservazione, ha sottolineato questo aspetto e il poco spazio che la madre lascia alle esperienze auto-erotiche del bambino.

¹⁴ cf. il lavoro di Dina Vallino et al., *Funzione del gruppo di discussione nell'osservazione del bambino in famiglia e in patologia intensiva*, in "Quaderni di Psicoterapia infantile", 22, 1990, in cui sono stati studiati alcuni fenomeni peculiari del gruppo di discussione, chiamato gruppo di riferimento o di supervisione.

ne. In un'altra occasione, prima dello scadere del secondo anno, il gruppo discute della possibilità di prolungare le osservazioni oltre i due anni prestabiliti dal corso esprimendo così una fantasia riparatrice di non-separazione e di sostegno infinito e funzionando come *cassa di risonanza*¹⁵ emotiva che rispecchia aspetti inconsci della madre.

DIFFICOLTA' NELL'USO DEL CONTROTRANSFERT COME STRUMENTO TERAPEUTICO

L'osservazione della relazione primaria del bambino con il suo ambiente naturale aiuta il futuro terapeuta ad avvicinarsi alle esperienze preverbalì e alle proprie reazioni emozionali ad esse.

Come descrive con grande chiarezza Irma Brenmann-Pick¹⁶, lavorare clinicamente con il proprio controtransfert richiede uno "sforzo immane" per il terapeuta. Il complesso lavoro di working-through delle esperienze emozionali include anche "l'accettazione del nostro desiderio di mettere in atto (enact), nonché la lotta contro di esso, al fine di riuscire a pensare alle circostanze e decidere cosa fare.... [Si pone il quesito di quanto il terapeuta possa permettersi]..... di avere l'esperienza, digerirla e assimilarla, formularla e comunicarla nella forma dell'interpretazione.... [sentendosi a volte] come una madre sopraffatta, minacciata di disintegrazione con un bambino altrettanto sopraffatto [e sentendo anche il] bisogno di rivolgersi ad una persona esterna, un 'padre' che fornisca sostegno....."¹⁷

Sentimenti "troppo positivi"

Maria, di 30 anni, responsabile di un ufficio di un ente pubblico, vive da sola e dichiara di voler fare una psicoterapia per "scegliere" tra un fidanzato e un amante: sente di essere confusa riguardo agli affetti. Avverte subito che non sarebbe venuta per più di tre anni.

Proviene da una famiglia numerosa, è la secondogenita di 5 figli. La madre è descritta come persona logorata e trascurata, "non portata a baciare" tanto che "sembra che abbia una paresi facciale". Nelle parole della paziente la madre era "odiosa ma pur meglio del padre", "viscido" e "minaccioso".

Di fronte a questo quadro di vuoto affettivo e di mancanza di un'esperienza di accudimento a livello fisico (holding e handling), la paziente sembra cercare una compensazione con i suoi due uomini per avere "una doppia dose di baci". Confessa pur vergognandosi che i suoi senti-

¹⁵ Cf. Thoma H., Kachele H. (1985), *Trattato di psicoterapia psicoanalitica*, trad.it. Torino: Bor inghieri, 1990, che paragonano il seminario ad una cassa di risonanza, come avviene nei gruppi Balint.

¹⁶ Brenmann-Pick I. (1985), *Il processo di 'working-through' nel controtransfert* (trad.it. in *Melanie Klein*, vol. 2°, a cura di Elizabeth Bott Spillius, Roma: Astrolabio, 1995

¹⁷ Brenmann-Pick I., op.cit., p.64-65

menti la porterebbero a "commettere reati per avere baci".

Nella realtà evita i rapporti: il fidanzato rappresenta la sicurezza e sostituisce la famiglia su un piano puramente concreto perché *"pur essendo affettuoso e gentile non la conosce"*; con esso la paziente rifiuta un rapporto sessuale completo. Il rapporto con l'amante è invece emotivamente più complesso: c'è gelosia, paura di essere abbandonata se mostra i suoi *"lati deboli"* ossia i suoi bisogni emotivi; per cui può accettare la penetrazione solo fingendo l'orgasmo.

Il tipo di relazione che stabilisce con la terapeuta fin dall'inizio è di avere per sé tutta la sua attenzione, di essere la preferita e di non fare brutte figure. Più la terapeuta viene idealizzata e desiderata, esacerbando il bisogno di un rapporto con essa, più ciò viene negato con attacchi verbali di invidia e disprezzo o con agiti nei confronti del setting. La terapeuta si sente messa a dura prova, in difficoltà ad uscire dalla trappola che nasconde un'invidia tremenda che a sua volta inibisce la possibilità che si sviluppi una relazione umana. Si coglie la paura di avvicinarsi alla terapeuta attraverso un comportamento ricorrente della paziente: entrando nella stanza della terapia toglie la chiave dall'esterno e la mette all'interno per timore di rimanere chiusi dentro o che qualcuno entri all'improvviso.

A metà del terzo anno di terapia si verifica una prolungata reazione controtransferale significativa per l'evoluzione della relazione. La terapeuta è colpita dal fatto di provare durante le sedute, ma anche quando la paziente non c'è, *"sentimenti troppo positivi"* in relazione a fatti o aspetti che razionalmente potrebbero indurre fastidio o perlomeno perplessità. La terapeuta ricorda di essere stata colpita dai racconti della paziente che dice di aver girato in bicicletta sotto la pioggia a controllare il fidanzato o l'amante oppure di aver dormito vestita imbottita di sonnifero anche per un intero fine settimana, quando l'amante non c'è. In questo periodo la terapeuta si sente eccessivamente preoccupata per la paziente e totalmente dalla sua parte, provando addirittura disappunto per chi la far star male.

La paziente, proiettando massicciamente il proprio bisogno di essere accettata, amata, accolta e mai abbandonata, fa sentire alla terapeuta l'imbarazzo per aver provato emozioni intense verso la paziente e un senso di sfiducia e di disorientamento riguardo alle proprie capacità professionali. E' questo un periodo in cui la terapeuta si sente in conflitto tra l'emergere dei propri sentimenti troppo positivi di tenerezza e di simpatia e una necessità superegoica di rigore tecnico. Il lavoro interpretativo è faticoso e appesantito dalla difficoltà a contenere questi due impulsi e a trovare una buona vicinanza con la paziente. Inaspettatamente, e senza preavviso, la paziente interrompe la terapia.

Irma Brenmann-Pick¹⁰ ci aiuta a capire la difficile situazione in cui può

¹⁰ Brenmann-Pick I. (1985), op.cit.

trovarsi un terapeuta quando si sente di essere alla mercé di un "Super-Io analitico" che non permette di riconoscere un proprio bisogno di accudimento materno accanto a quello del paziente e prova invece una simpatia eccessiva e un essere dalla sua parte contro tutti per evitare la sofferenza di dipendere dall'altro. "L'analista, come il paziente, desidera eliminare il disagio, oltre che comunicare e condividere l'esperienza: sono reazioni umane, comuni." Forse qui si è visto un "gelarsi" dell'analista senza poter raggiungere il paziente.

Il rischio di essere dominati dall'istinto di morte

Con pazienti psicotici gravi, ritirati dalla vita, ci dobbiamo chiedere - come fa Anne Alvarez (1992)¹⁹ - se ci possiamo permettere la "libertà" di sentire le qualità di morte e di vuoto veicolate dal loro comportamento e se possiamo dar loro un senso. Essendo le emozioni controtransferali il "sangue vitale" (lifeblood) della terapia, la Alvarez propone un uso allargato e ampliato del controtransfert che trasformi il significato del comportamento del paziente. Estende così il concetto di neutralità fino alla possibilità di assumere un *atteggiamento di richiamo (reclamation)*, in modo da attivare nel paziente il senso stesso di essere vivo. Il terapeuta si propone come un "compagno vivo" (live company) per il paziente, per combattere il suo costante atteggiamento distratto e distante, senza tempo né un senso. Questo implica, da parte del terapeuta, un uso "vigilato" del proprio controtransfert, in base a quanto riesce ad elaborare la noia che un paziente con un comportamento ripetitivo e stereotipato evoca. A questo proposito la Alvarez propone una costante auto-supervisione della "pigritia autistica" della mente del terapeuta.

Il caso seguente illustra alcune problematiche quando l'uso del controtransfert è l'unico strumento terapeutico a disposizione.

Peter vive in un mondo senza tempo; sembra "una persona che ha perso tutta la sua personalità avendo evacuato persino la volontà di vivere" (Bion, 1962). L'impressione che dà è di un paziente che necessita di una macchina salva-vita. Il suo silenzio, rappresentato anche nell'immobilità del corpo, fa pensare ad un rifiuto di vivere e ad una condizione che Betty Joseph definisce "addiction to near death".

Uno psichiatra del Centro Diurno per pazienti psicotici, avendo notato un lieve miglioramento nel suo mutismo, ha segnalato l'opportunità di un trattamento di psicoterapia oltre a quello farmacologico.

Peter, di 24 anni, alto, magro, pallido in volto, appare un ragazzo di età di latenza; è il terzogenito di genitori di ceto sociale medio-basso. La madre, di origine non italiana, dopo 20 anni non riesce a parlare l'italiano in modo comprensibile; ha un tic accentuato in ambedue gli occhi che ostacola un contatto visivo diretto, appare in uno stato di confusione e di

¹⁹ Alvarez A. (1992) Live Company, trad.it. *Il compagno vivo*, Roma: Astrolabio, 1993

distrazione cronica. Il padre, di statura piccola, lavoratore agricolo diligente, morirà di cancro 4 anni dopo l'inizio della psicoterapia, valutava le persone sulla base della loro capacità produttiva.

La psicoterapia vis-à-vis bisettimanale è caratterizzata da una forte resistenza al cambiamento. In seduta Peter non parla; il suo sguardo gira intorno alla stanza senza meta e ogni tanto si affloscia con la testa sulla scrivania. La terapeuta si sente sola con un paziente che non esiste, costretta a lavorare per due persone tra l'urgenza di trovare un contatto e il dilemma di dover parlare senza sapere cosa dire. D'altra parte, se la terapeuta si fa dominare dal silenzio onnipotente del paziente diventando anch'essa silenziosa, collude con la relazione primaria e diventa una madre debole e distratta di un bambino caparbio e arrogante¹⁹ che mina il lavoro e la punisce. J. Magagna²⁰ inoltre, chiama il silenzio da parte del terapeuta una deprivazione "effettivamente crudele", che nega un nutrimento necessario perché il terapeuta non condivide con il paziente i suoi pensieri e le sue emozioni; in tal senso dal punto di vista tecnico è importante parlare al paziente generando in lui un interesse per la vita emotiva.

Nel faticoso compito di raggiungere il paziente e interessarlo alla terapia, la terapeuta deve stare attenta ad ogni possibile segnale di comunicazione anche nel linguaggio concreto del corpo. Ad esempio, quando lo sguardo di Peter si ferma sul poster del quadro astratto dietro la sedia della terapeuta, quest'ultima parla di una rappresentazione di uno spazio di gioco dove muoversi, come nella stanza della terapia; oppure quando Peter fissa il calendario appeso sul muro, la terapeuta cerca un collegamento con i tempi della terapia, i giorni delle sedute e quelli degli intervalli. In questi momenti può avvenire un contatto visivo diretto fra terapeuta e paziente e gli occhi di Peter si illuminano²¹ questo fa pensare che Peter senta che la mente della terapeuta sta lavorando e sta pensando a lui.

Il paziente non sembra avere problemi salvo quelli imposti dall'esistenza della terapia perché la vita fuori non esiste. Il problema è l'attaccamento alla terapia ma Peter teme un rapporto di dipendenza. Un qualsiasi contatto significa per lui il rischio di essere rifiutato. Quindi si difende dal dolore psichico con un atteggiamento anti-vita che uccide tutto ciò che vive (anche la funzione terapeutica).

Peter è in identificazione proiettiva con un oggetto rifiutante e c'è il pericolo, per la terapeuta, di una contro-identificazione proiettiva, ossia di essere lei a rifiutare il paziente. La terapeuta si sente da una parte

¹⁹ Bion W. in *Second Thoughts* (1962) parla di orgoglio che diventa arroganza quando prevale l'istinto di morte.

²⁰ Magagna J. (1992), *Comunicazione senza parole*, "Contrappunto" n°12

²¹ Fa pensare a quanto scrive D. Meltzer in *Dream-Life* (Clunie Press, 1984, p.115): "Eyes as orifices, portals of entry to the internal world".

invasa da sentimenti negativi e da un senso di inutilità che corrode la sua fiducia nel processo terapeutico e contribuisce a renderla passiva e dall'altra si sente investita di una responsabilità totale per il paziente con il rischio di trovarsi in una battaglia aperta non solo con il paziente ma anche con tutto l'ambiente circostante: la famiglia, gli educatori, lo psichiatra. Per la terapeuta sarebbe più facile diventare avversaria piuttosto che alleata del paziente in quanto percepisce il rifiuto di vivere del paziente che include anche la terapia stessa. Al contempo cerca di accogliere anche il bisogno del paziente di non voler morire.

Money-Kyrle²⁹ avverte che per poter penetrare la mente del paziente, il terapeuta deve poter distinguere tra sentimenti negativi verso il paziente e il controtransfert di sentimenti negativi del paziente proiettati nel terapeuta; aggiunge che è importante fare un'altra distinzione tra identificazione proiettiva disperata e distruttiva.

Dopo circa due anni, Peter riesce a rapportarsi all'ambiente fisico della stanza di terapia con i suoi oggetti concreti e il focus della terapia si sposta sul tema della fine della seduta che comincia a rappresentare la voce nascosta della disperazione e fa emergere sentimenti cattivi. Peter dimostra alla terapeuta che viene in seduta per andare via: vuol comandare lui, decidere lui gli orari e non essere sottomesso e controllato. Deve essere lui a lasciare la terapeuta per evitare di sentirsi buttato fuori a fine seduta. Nel controtransfert la terapeuta si sente di essere una madre calendario crudele che dà comandi e impone regole.

Dall'iniziale controtransfert di sentirsi inutile e senza speranza la terapeuta sente adesso la sofferenza di stare dentro una relazione e, dove prima l'attacco era alla vita, adesso è diretto più chiaramente al legame.

²⁹ Money-Kyrle R. (1977), *On being a Psychoanalyst*, trad.it. in *Scritti: 1927-1977*, Torino, Loescher, 1985

Paul Barrows*

Riassunto

In questo paper l'Autore sostiene che il modo in cui viene affrontata la situazione edipica dipende essenzialmente dall'orientamento interno del paziente nei confronti del problema della conoscenza – in particolare la conoscenza dell'esistenza della coppia genitoriale. L'A. presenta del materiale clinico relativo a due pazienti di sesso femminile, una di 4 e l'altra di 44 anni, per illustrare il suo punto di vista; vengono mostrati i parallelismi esistenti nei due casi, nonostante la differenza di età e la diversa forma che, di conseguenza, il materiale assume. L'A. mostra anche l'uso particolare che entrambe le pazienti fanno delle difese dell'onniscienza e del diniego e i cambiamenti che hanno avuto luogo a questo riguardo attraverso il processo terapeutico.

Case material: Alice

Alice was 4 years old. She came in to her session, the first after the Christmas holiday break, and noticed some water on the floor and a small piece of sellotape on the table. She did not comment. Soon after, she announced, in a rather superior way 'Bet you don't know what I did on Sunday.' She then told me that she went to the Zoo. Then she asked if I knew how many presents she got for Christmas; and told me it was hundreds. Later she tied some string to my chair, announcing that *I did not know* what she was going to do. This turned out to be an arrangement of the string that was supposed to trap me. I was not to be allowed to leave until next 'jeer'. (It seemed clear she meant 'jeer' rather than 'year'.) I interpreted how, faced with not knowing about where the sellotape or water came from, nor where I had been over the holiday, she turned things around so that now she was the one who knew and I was the one who was in the dark. (Perhaps, therefore, also the one to be 'jeered' at.)

Alice then told me I was to close my eyes, and to open them when she instructed. I was to say 'Where's Alice?' I did so, and then closed them again, whereupon she reappeared. I said that she wished to feel in charge of these comings and goings. She then told me that I was to stay here all night: I could go home to get some clothes (but only after the session) and must come back to spend the night here. She pointed out how I was

* Psicoterapeuta di bambini e adulti-Child guidance Clinic di Bristol

to use the couch or bed in the room. I talked about how she did not want to think of me being at home, and where I would be spending the night.

I was very struck, in this material, by the crucial importance of this matter of 'Who knows...'. It was characteristic of Alice, in these early sessions, that she would assert her superior knowledge: saying that I did not know where she was going that evening, or where she was going to be when away on holiday. I had not been to the pantomime and she had; so she knew about it and I did not. Not an unfamiliar refrain from many children of this age (and order), as is the corresponding accusation that 'You're stupid'. Knowledge is power and can confer control. Being kept in the dark is the equivalent of being shut out.

At the same time as I was seeing Alice, I had begun, as it happened, to see a 44-year-old woman, Ms A, for whom this problem – namely that of negotiating a relationship to an object that has knowledge that the subject lacks – was equally critical. I was impressed by various parallels between these two cases, and how each, despite their very different ages, was struggling with the same fundamental issues, which I believe constitute the essence of the Oedipal situation. I hope to illustrate some of these points with clinical material from both patients, in particular from the adult patient, whom I saw for much longer, and in whom I think one can see significant movement in this regard. (Alice came twice a week and Ms A four times a week.)

Our patients come to us, ostensibly at least, in pursuit of knowledge. They wish to know more about themselves and the difficulties they get themselves into. At least equally importantly, though probably less consciously, I think they also come in order *to be known*. Through listening to them and offering interpretations, we hope to be able to give them knowledge about themselves that was not consciously available to them previously, and to convey the sense that they can be understood. In so far, therefore, as we may be seen as the repository of knowledge in this sense, the course of the patient's therapy will be very much determined by their internal orientation towards this situation. For some, this process of 'being known', and gaining insight, will bring a sense of relief. For others, particularly more narcissistic patients, it may be experienced as deeply humiliating.

The nature of this internal orientation is very much a function of how the oedipal situation has been negotiated. There is an intrinsic connection between the Oedipus complex, the individual's relationship to reality, and the issue of knowledge; since a full acceptance and working through of the former presupposes a relatively undistorted contact with reality based on knowledge of, and a coming to terms with, the fact of the existence of a parental couple. This also involves the recognition that the

oedipal couple are in possession of a knowledge that the child lacks. (It is interesting that the biblical use of the verb 'to know' has a specifically sexual connotation.)

This emphasis – on the internal relationship to the parental couple – represents a shift from Freud's original conceptualisation of the Oedipus complex, although the oedipal situation itself retains the 'nuclear' position he ascribed to it. In a recent article, Temperley (1993) summarises the position as follows:

Kleinian analysts have put a different emphasis on the nature of the Oedipus complex. What the child has to accept is not primarily the prohibition of his incestuous wishes but the reality of his position in relation to his parents' sexual relationship.

The necessary prerequisite for 'accepting the reality of his position' is, of course, that the child has to allow itself the knowledge of what that position is. This must also include an acknowledgement of how much is *not* known to the child, what he or she is excluded from. In her paper 'Early Stages of the Oedipus Conflict', Klein (1928) had already emphasised the inherent link between the oedipal situation and knowledge. She wrote:

One of the most bitter grievances which we come upon in the unconscious is that this tremendous questioning impulse [related to the incipient sexual curiosity associated with the onset of the Oedipus tendencies] ... remains unanswered. In analysis these grievances give rise to an extraordinary amount of hate. The early feeling of *not knowing* has manifold connections. It unites with the feeling of being incapable, impotent, which soon results from the Oedipus situation. The child also feels this frustration the more acutely because he *knows nothing* [Klein's italics] definite about sexual processes. In both sexes the castration complex is accentuated by this feeling of ignorance (Klein 1928).

Powerful defences are mobilised against this feeling of not knowing, all of which involve distortions of reality. In particular, these are omniscience, disavowal, and the denial of differences. They are, of course, very closely interlinked, and it may seem slightly artificial to separate them.

Omniscience involves the kind of assertion that we have already heard from Alice, namely that she knows it all already, and the corollary of this is that the stupid, ignorant child is projected into the therapist who knows nothing. This omniscience also requires omnipotent control of the object, and the emphasis on my spending the night in the playroom, as dictated by her, apart from partner and other children, makes explicit the

oedipal problem that is being dealt with in this way.

The other side of the coin to this assertion of already being the proud possessor of all that there is to be known, is that anything that makes manifest that this is not in fact the case must be disavowed. Freud distinguished disavowal from denial. Disavowal involves, as Sedlak puts it, a vertical splitting of the ego, such that one part perceives reality whilst in another part of the ego a contrary belief is maintained (Sedlak 1989). It is interesting to note, in the light of the link Klein makes with the castration complex cited above, that Freud first introduced the concept of disavowal in relation to that complex:

We know how children react to their first impressions of the absence of a penis. They disavow the fact and believe that they do see a penis all the same (Freud 1923).

A more general statement of this mechanism was provided in Freud's (1940) *Outline of Psychoanalysis*.

We may probably take it as being generally true that what occurs in all these cases is a psychical *split*. Two psychical attitudes have been formed instead of a single one – one, the normal one, which takes account of reality, and another which under the influence of the instincts detaches the ego from reality. The two exist alongside each other (Freud 1940).

This is the same mechanism that Steiner has drawn our attention to in referring to the idea of 'turning a blind eye', and he emphasises particularly the importance of this defensive manoeuvre in relation to the Oedipal myth and situation. As he makes clear, the knowledge of the oedipal situation is available, at the outset, for all those who can bear to let themselves see the facts, and tragedy results from the participants' failure to do so (Steiner 1985).

More about Alice

Alice's material illustrated many of these features. She had been referred with chronic retention of faeces that led to soiling, and with character difficulties, namely that she was extremely controlling of her parents whom she sought to 'have on a string' (with some success, her parents' own difficulties playing into this). She also had major outbursts whenever anyone else sought to have any kind of relationship with her mother. (The Health Visitor reported retiring defeated when she had been to try and talk to Alice's mother.) The retention of faeces was said to have been a symptom virtually from birth. She was breastfed for seven weeks, but

was described as crying all the time when she was put down.

We have already seen some examples of her omnipotence in the material quoted at the beginning of this paper. This was further illustrated in a subsequent session in which:

Alice talked of school and the children making things at a table with a man... She had done so too.. Then she spoke of another teacher who had done some magic.. then about a magician on holiday who had made a rabbit appear out of a hat... She then made her bow disappear. I was not to know where it had gone... And then reappear, mostly it reappeared between her legs.. She talked about her holiday, about dancing at night, and how there are some special books (locked away in a box) that she would be taking with her. I spoke about her wish to be like a magician/mummy who can make rabbits/babies appear. She told me she had a magic wand at home that could change a dolls-house into a bow. I said: like yours? She said: No, a blue one. This was followed by the expression of some anxiety about going to see a man doctor. She would prefer to see a woman.

We can, I think, see clearly here the omnipotent assertion that her own productions are as good as her mother's, and how this is achieved through projective identification with the maternal object. (She identifies with a mother who has everything, including the penis-bow). Her position as the child in relation to the parental couple is denied – she is going to be dancing at night – and there also seems to be an expression of the wish to be the possessor of the paternal wand/penis, presumably stolen from the doctor/father from whom she then fears retaliation. She makes the point that 'I am not to know' how all this takes place.

Disavowal also featured prominently. She 'turned a blind eye', as we have seen, to the signs of other children having been in the room (in the material quoted at the beginning of this paper). In a later session she told me that there were no new children in her class, though she subsequently admitted there were three on another occasion. She maintained insistently that she knew I went straight home after seeing her; and the Educational Psychologist reported of her that: 'She was one of the few children not interested in looking at a new-born baby visiting the classroom.' When, on occasion, she does let herself notice, she ignores the real implications of what she observes:

She commented on a wet patch on the floor. She immediately attributed this to the rain, and asserted – against the facts – that it was raining outside.

As Basch (1983, cited in Britton 1994) has suggested,

Unlike psychotic denial [disavowal] only obliterates the significance of things and not their perception.

I think this material also makes it very clear that the aim of the disavowal is to maintain what Britton has referred to as an 'oedipal illusion' – the illusion that I see no other children, have no partner, remain glued to my chair until her return to the next session. As he puts it:

An illusionary oedipal configuration is formed as a defensive organisation in order to deny the psychic reality of the parental relationship. I emphasise that it is a defence against psychic reality because these defensive phantasies are organised to prevent the emergence of facts already known and phantasies already existent... These illusionary systems provide what Freud called a 'domain ... separated from the real external world at the time of the introduction of the reality principle ... free from the demand of the exigencies of life, like a kind of reservation' (Britton 1989).

Clinical material: Ms A

Ms A came to therapy, aged 44, because of a general dissatisfaction with her relationships. She had a daughter, G, by her former partner, C, also from Ireland, and he remained quite closely involved with the child and had quite a lot of contact with Ms A. She had had, however, few other relationships with men. She had not done well academically at school, at first, and she had failed at a number of professions, although qualifying as a nurse. She had now embarked on a new career as an interior decorator. Difficulties in the area of her sexuality emerged later: she reported never having experienced an orgasm with her partner through intercourse, only through masturbation; and she had leanings towards becoming involved in lesbian relationships (though she herself does not acknowledge this as problematic and has not actually had such a relationship). The eldest of four children, she saw herself as pretty second rate, her siblings as marked by success. She went in some awe of her father's intellectual prowess.

Early sessions were marked by a rather masochistic self-pity and self-denigration. However, this masked an underlying narcissistic structure, manifested in dreams by the representation of herself on top of towers or looking down on others. Her narcissism fundamentally affected her attitude to knowledge, and to being in the position of someone who needs to learn, and constituted a major problem for her, lying at the bottom of many of her difficulties.

In a session in the first term of her treatment, Ms A told me about learning to swim, mentioning that her mother is an expert swimmer, and how she, Ms A, wished that she could swim better. However, she is not taking lessons and has taught herself to swim in her own way. Later in the same session, she told me about a previous allotment that she had been looking after and how C (a very knowledgeable gardener) had come along and taken it over. She could, she said, 'have gone and learnt about it for herself', though it seemed she did not do so at the time. She is, however, very pleased with her present garden allotment because she had 'done it all by myself'. In a subsequent session, Ms A was to recall a childhood precursor of this situation when her father (a keen musician, as is her brother) was trying to teach her how to play the recorder. She found this situation unbearable; she did not want him to show her about which holes to cover, and in fact gave up at that point; though she went on to teach herself how to play later on in adulthood.

Her do-it-yourself approach to learning has also very much coloured the transference: she objected strongly to the difference in our respective positions – one reason for her refusal for a long period to use the couch. For Ms A, this issue has been central to her therapy and the difference implicit in the therapeutic situation has been a continuing source of grievance. Indeed, when she began with me she was also still involved in co-counselling, which to some extent offered her a much more attractive alternative. She described the position thus in an early session:

She spoke about her experiences of co-counselling, asking me if I knew about this, and contrasted it with the situation here, which she finds so hard. Of course she knows that I work in a different way. She explained about co-counselling, and how you can, for example, look straight at people, which she finds she does not do here (she was sitting up at this point); that there are lots and lots of positives; you also counsel the other person and *that* can make you feel good, although it can be hard when you just want to pour out. There was an issue about it being a bit amateurish (although you do get a week's introductory course); and about how more experienced people go on to lead groups, etc. She might have to speak to a large group – daunting but OK, once she had done it. There is a more trusting atmosphere ... *she* is left to do all the work here. She connected this to feeling criticised here, by me, and went on to talk about comments her mother would make; and it would only be later that she would realise how critical the comments had been. 'The knife would go in', although the comment was ostensibly helpful. She hoped she was not like this to G, though she clearly fears she is at times. (She was in flood of tears, and making loud gasping sobs as she told me this, although I was not really moved

by her tears.) She said that all she wanted to do was to hide, and go away into a corner. She hated the lights in here; she just wanted to curl up – she got up and got her coat and pulled this over her and curled up on the chair ... Then she said that she was not sure she was not putting on an act.

I think one can see here how, whilst she consciously acknowledges that she is quite well aware of the differences between herself as patient and myself as therapist, she is actually deeply resentful and suspicious of this. Specifically, she suspects that my so-called helpful comments are really designed to put her down, and thereby, I think she might have added, to elevate myself. This is, of course, a projection of her own narcissism. My lack of sympathy for her tears reflects their masochistic origin, of which she herself seemed to be somewhat aware, doubting how genuine they were, but the narcissism also manifested itself in the way that, in these earlier sessions, whilst it was acceptable for *her* to make this kind of comment. I often felt that it would have been experienced as 'putting the knife in' had *I* drawn attention to such a state of affairs.

However ungenue the tears, though, I think her response in this situation, her wish to curl up and disappear, did reflect the real underlying difficulty she faced in this situation, namely that to become aware of the difference between us was experienced by her as deeply humiliating. This theme has recurred throughout her therapy and was illustrated, for example, in a dream:

She was sitting in the back of a car on her own, that was then stopped at a road-block. Someone was outside the car and she hid, because she did not want to be seen.

It seemed to be particularly important that she should not be *seen* in her partner-less and back-seat position.

Ms A, therefore, has often sought to deny the real differences that do exist, both in the therapeutic setting and externally, and this often leads to difficulties with her daughter, since she is fully in sympathy with the view that children have just as much right to 'be in the front seat of the car' as the adults have.

The denial of difference is, of course, very closely linked to the mechanism of disavowal, since it involves a denial of the reality of the object having something that the subject lacks. As Chasseguet-Smirgel (1973) has particularly emphasised, it is above all the differences between the sexes and between the generations that are denied.

As we have also seen, Alice abolished the generation difference that actually existed between us by, in fact, reversing it and putting

me in the child's position. She does it too when she puts herself in the maternal role of being able to produce babies. In part, she seems also to be denying the sexual difference that exists between us when she seeks to chop off my 'dangling-down thing' (my neck-tie).

In Ms A's case, the disavowal that is operative is not quite so blatant as that seen with Alice, but it is present none the less. For the first year or more of her therapy, Ms A maintained (and I would take this to be the case) that she did not entertain any thoughts of my existence outside the sessions: where I might be at weekends, etc. She also brought a lot of material about a woman friend, Jane, who, although in a lesbian relationship with someone else, nonetheless, when with Ms A, was able to make Ms A feel very special. It seemed as if, in this situation, Ms A was quite capable of turning a blind eye to the reality of this woman's commitment to another partner in order to be able to maintain the illusion of none the less being in a special relationship with her. Later, however, another woman friend appeared in her material, again someone who was felt to encourage Ms A to feel she was in a very special relationship with her; only by this time, when this woman was equally encouraging to someone else, Ms A experienced this as a bitter betrayal. There were also increasing references, particularly in dreams, to the other people I might have been seeing, the existence of whom was never previously mentioned.

There were important changes in Ms A over the course of her therapy in relation to this issue, and she was gradually more able to accept her position as patient. The co-counselling faded out of the picture and she began to use the couch, which was a very big step for her. It also became much easier to talk to her about both her masochism and her narcissism.

Not that the rankles disappeared altogether. She let me know that she was very put out that the Clinic secretary referred to her as 'your appointment', when she telephoned through to me to announce Ms A's arrival; and she told me about her friend's therapist who suggested that they both get out their diaries when it came to discussing holiday dates. At this stage she dreamt that:

She was in a room with a man. It was a sort of therapy session, only in this case the man was doing all the talking – telling her about himself. There was something very nice about this. They were both standing up facing each other. Later she felt that she did not like him that much.

Ms A did not really need me to point out the implication of the dream!

Some material from the final stages of Ms A's treatment illustrates

further some of these points, and, I think, shows the progress she had made and some of the difficulties that remained.

This is a dream from a Wednesday session, in a week following one in which, for the first time ever, she said, she had resented coming to her sessions:

In the first part of the dream she was sitting next to Jane, who was in bed. Jane was in a very bad state, she was going to die. There was some kind of warm, loving feeling that accompanied this dream.

In the second part of the dream she had been invited to a party by me, in my garden. I said hello to her and she to me. Then I was busy talking to lots of other people. She had some awful feeling, but she could not tell me about it because I was so busy talking to these other people. My partner was at the top of the stairs. That was all.

In fact, she had some important associations to the dream, and added some more details during the course of the session. The awful feeling was to do with feeling lonely, all on her own. This had come on only when I seemed busy with the others. In particular at one point I was talking to some children. She saw me as a Father Christmas figure. The steps were actually in the house, and these stairs led to another part of the house where she was not allowed to go. She supposed this had to do with parts of my life she was not allowed into. My partner was very nice. I seemed very interested in all the different people I was talking to. The house in the dream was associated to that of a retired doctor who had called her last night about some gardening, and who had described her garden as 'too big', going all round the house.

I pointed out how ideal my set-up seemed to be to her: house, large garden, nice partner, myself viewed in this rosy light, etc. – as if it were, almost, Paradise from which she felt excluded, and how it seemed in part that it was *because* it seemed so marvellous that she felt *so* awful at being excluded from it.

I wondered about the 'too big' element. She said 'Well, it's just what the doctor had said, she couldn't cope with it...' I interpreted that there was also a feeling, though, that it *was* too much, and that *I* had too much, as if to say why should *I* have all this? (I think it was a measure of the changes in this patient that it felt possible to say this to her then without provoking a hurt, paranoid response.) She said this was not a feeling particular to me; rather she recognised it as something she felt in relation to others who she felt had got on well, done what they wanted, etc., and she felt why should it be like that for them and not for her? She supposed she felt jealous of

them. She linked this to a previous dream in which she had felt distraught, her 'body torn in two', and I interpreted how hard she found it to discover that she experienced both sets of feelings, i.e. that the thing she appreciated she also resented for what it had got.

I think one can see this dream as showing the patient's much greater awareness of the oedipal problem she faces which is no longer being disavowed. She is excluded from the upstairs part of my house, that is from the parents' sexual relationship. This is, however, experienced by her as both deeply painful and also very humiliating – she is looked down on by my partner on the stairs. However, she is able to interpret this part of the dream herself, and shows thereby her much greater insight into the problem. She can now let herself know about the existence of this couple.

What makes this situation so painful, however, as this dream seems to illustrate, is the extent to which the oedipal couple have been idealised. I and my partner are seen in the rosiest of terms, as having everything, whilst she has so little, which provokes her jealousy and her self-denigration.

The dream also illustrated how any other relationships that I might have were felt by her to be deeply mortifying and to be a rejection of her (she felt in the dream that I would not want to be bothered by her), for at bottom it is felt that only an exclusive relationship is worth having. It is this, or rather the illusion of it, that Jane, who appears in the first part of the dream, had been felt to offer her. The fact that in the dream she is seen to be dying would suggest that Ms A is approaching the point at which, as Britton (1989) describes it,

It is through mourning for this lost exclusive relationship that it can be realised that the oedipal triangle does not spell the death of a relationship, but only the death of an idea of a relationship (Britton 1989, p. 100).

This issue then became the central focus in the work with Ms A; and it was very painful to her for this underlying narcissism to be exposed, that is, to be known both to herself and to me.

In another session about this time, Ms A described to me how C's mother whose funeral she had attended on the previous Monday, was somebody who had always seen her as 'wonderful', and how she had to do only the slightest thing, like taking her a pot of yoghurt, to gain this accolade, 'to do what she had been taught by her own mother'. With her own mother this had failed, but with C's 'it worked'. It did not work with others. I interpreted the mother's

death as representing how she felt this 'wonderful' view of herself was also dying: it did not work with the others. She was in floods of tears, saying that she was horrible to be like this. I interpreted that what made it so hard was that, not only did she have this wish to be seen as wonderful, but that she felt that this was what other people did in fact have – she sees H (someone she had described in the previous session as having made a great deal of her opportunities in a variety of ways) as having done wonderfully, and compared herself with her, feeling that H had made so much of her life, and she also compared herself with the 'wonderful' version of herself that she had in her mind, and to the wonderful set-up that she saw me as enjoying. In contrast to these she felt that she was 'horrible'.

She began to say something; her voice trailed away; and, very characteristically, she mumbled 'I don't know, I don't know...' I said I thought it was not so much the case that she did not know, but that actually she *did* now know rather more about this side of herself, that so much wished to be seen as wonderful; but that she felt it to be something horrid ... and because she felt it to be so horrid she would rather not know, nor have me know, about it.

She reacted rather sharply, saying that surely everyone wants to be seen as wonderful ... and that she did not want *everyone* to see her as wonderful. I said: No, perhaps not, but she did want *someone* to see her as wonderful. She replied, quietly: Well, yes, she thought that was maybe so.

Conclusion

Psychoanalysis has always been concerned with the pursuit of truth, but, as Steiner (1985) has emphasised in his review of the quintessential analytic myth, the Oedipus complex, this may have less to do with revealing hidden truths than with becoming able to face facts already actually available. Both Alice and Ms A, whom I describe in this paper, could not, at the outset of their treatment, tolerate the knowledge of the reality of their position in relation to the parental couple. They dealt with this unacceptable truth primarily through employing the defences of omniscience and disavowal. Their failure to negotiate this aspect of the oedipal situation had profound consequences for their psychic development. By chance, I was seeing both patients concurrently, and whilst the difference in their ages affected the form in which they brought their difficulties, both had ultimately to confront the same painful, and universal, psychic truths.

References

- BASCH, M. (1983). The Perception of reality and the disavowal of meaning. *Annual of Psychoanalysis* 9 125-153. New York: Int. Univ. Press.
- BRITTON, R. (1989). The Missing link: parental sexuality in the Oedipus complex. in *The Oedipus Complex Today* ed. J. Steiner. London: Karnac.
- BRITTON, R. (1994). The Blindness of the seeing eye: inverse symmetry as a defence against reality. *Psychoanal. Inquiry* 14 365-378.
- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (1973). *The Ego Ideal*. London: Free Association Books, 1985.
- FREUD, S. (1923). The Infantile genital organisation. *SE* 19.
- FREUD, S. (1940). An Outline of Psychoanalysis. *SE* 23.
- KLEIN, M. (1928). Early stages of the Oedipus conflict. *Writings of Melanie Klein* 1.
- SEDLAK, V. (1989). Disavowal and assessment for psychotherapy. *Psychoanal Psychother.* 4 97-107.
- STEINER, J. (1985). Turning a blind eye: the cover-up for Oedipus. *Int. Rev. Psycho-Anal.* 12 161-72.
- TEMPERLEY, J. (1993). Is the Oedipus complex bad news for women? *Free Associations* 4 265-76.

Acknowledgements

A first draft of this paper was presented in Bristol to a small clinical group who made very helpful comments. I am particularly indebted to Dr Ronald Britton for his ever-helpful and inspiring supervision and for comments on a later draft.

Some of the work described was undertaken as part of the M1 (Option 3) Adult Psychotherapy Training of the Tavistock Clinic. I am grateful to my employers (United Bristol Healthcare NHS Trust) and to the Association for Psychoanalytic Psychotherapy for financial support towards this training.

|

RITAGLI

|

L'INSEGNAMENTO DI TOMMASO SENISE O DEL DISCORSO "VIVENTE E ANIMATO"

Gioia Gorla*

Nella parte finale del *Fedro*, Platone fa narrare a Socrate un racconto ambientato nell'antico Egitto. Teuth, dio ingegnosissimo, che inventò i numeri, la geometria, l'astronomia e le lettere dell'alfabeto, presentò al re Thamos le sue arti, dicendo che dovevano essere diffuse presso tutti gli Egiziani. Il re allora gli domandò per ciascuna quale utilità comportasse. Quando giunsero all'alfabeto, Theuth lo magnificò "come una medicina per la sapienza e per la memoria". Ma il re obiettò che l'effetto sarebbe stato contrario "perché esso ingenererà oblio nelle anime di chi lo imparerà: essi cesseranno di esercitarsi nella memoria perché fidandosi dello scritto richiederanno le cose alla mente e non più *dall'interno di se stessi, ma dal di fuori*, attraverso segni estranei". Le parole scritte, conclude Socrate - "come i prodotti della pittura tengono un maestoso silenzio: se tu, volendo imparare, chiedi loro qualcosa di ciò che dicono esse ti manifesteranno una sola cosa e sempre la stessa". Pertanto, al discorso scritto viene contrapposto un discorso "migliore e più efficace, ... il discorso che è scritto con la scienza nell'anima di chi impara ... il discorso che sa, vivente e animato (*δωντα καὶ ἔμψυκον*) e del quale quello che è scritto potrebbe dirsi giustamente un'immagine".¹

Un invito a riflettere dal punto di vista psicoanalitico sul tema proposto dall'antico mito platonico sembra suggerito da quella "eco di addolorata commozione e di acuto rinascimento... per il ricordo di quanto aveva nel corso della sua vita saputo trasmettere" che, come ha scritto nel suo Necrologio Giovanni Carlo Zapparoli, ha suscitato la scomparsa di Tommaso Senise. Come infatti si può trasmettere il sapere in psicoanalisi, un sapere, cioè, che deriva dall'esperienza di una relazione permeata di emozioni e che di queste si alimenta? La parola scritta non rischia forse di fissare in una immobilità senza vita il fluire e il continuo trascolorare dei contenuti della mente e degli affetti che li accompagnano, e di rivelarsi perciò inadeguata ad esprimerli e a trasmetterli?

Le non molte pubblicazioni di Senise riproducono, con qualche rarissima eccezione, suoi interventi a convegni o a giornate di studio e non a caso, scorrendo il loro elenco, si può notare che diventano più frequenti a partire dagli anni Ottanta, dopo che il suo lavoro con gli adolescenti,

* (Psicologa e psicoterapeuta, socio ordinario della Associazione di Studi Psicoanalitici di Milano.

¹ Platone, *Fedro*, 274 b,e, 275 d,e; trad. it. di P. Pucci, Bari/Laterza, 1971, pp. 282-284 passim. I corsivi, ovviamente, non sono nel testo.

che durava da quasi trent'anni, comincia a suscitare un interesse sempre più vasto. Il grosso volume sulla psicoterapia breve di individuazione con l'adolescente nasce dall'impegno con cui due sue collaboratrici riuscirono ad indurlo a pubblicare un libro che, come egli scrisse, soddisfaceva "la sua predilezione per la trasmissione orale, in quanto si fondava su conferenze, relazioni orali e trascrizioni di registrazioni di colloqui" (Aliprandi, Pelanda, Senise, 1990). Non è facile - e forse non è possibile- spiegare i motivi di un così pervicace rifiuto della parola scritta: egli stesso ha parlato della sua "natura un po' schiva e un po' pigra", altri hanno accennato alla sua timidezza e al timore di non essere capito, altri ancora ad un suo scarso interesse per le precisazioni teoriche. Certamente era profondamente radicata in lui la convinzione che solo attraverso una relazione diretta potesse nascere quell' apprendimento "di tipo emotivo" su cui si fonda la formazione psicoterapeutica, ed essa si è espressa in una attività di supervisore e di formatore, che viene ricordata da chi vi partecipò come un'esperienza insieme coinvolgente e stimolante.

E' questa caratteristica dell'insegnamento di Senise che mi propongo di delineare, ricorrendo a testi pubblicati e alle registrazioni di suoi interventi a convegni o a giornate di studio e utilizzando inoltre sia le testimonianze che ho avuto la possibilità di raccogliere direttamente² sia quelle espresse in due incontri dal titolo Libertà e conoscenza di sé. Il contributo di Tommaso Senise alla psicoanalisi e alla psicoterapia dell'adolescente³, che si è svolto il 7 giugno di quest'anno con la partecipazione di familiari, colleghi e collaboratori, - di cui riferisco sulla base dei miei appunti - e Quale adolescente per la psicoterapia. Quale psicoterapia per l'adolescente, organizzato il 15 novembre dall'Istituto di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente, con cui a Milano, la città dove si era trasferito trentenne nel 1948 e dove ha trascorso tutta la vita, Senise è stato ricordato a poco più di un anno di distanza dalla sua scomparsa, avvenuta il 28 febbraio 1996.

L'attività di Senise come supervisore di analisti e di terapeuti dell'adolescenza è stata molto intensa e diversificata: possiamo comprenderci sia le

² Sono grata alla signora Marcella Senise e alla signora Elda Scarzella Mazzocchi, fondatrice nel 1945 del Villaggio della Madre e del Fanciullo di Milano, sorto per assistere le madri reduci dai campi di concentramento e che tuttora si occupa di accogliere giovani donne in grave difficoltà, di cui Senise fu consulente dal 1952 al 1994, che mi hanno fornito notizie e documenti sulla sua vita e l'attività. L'amichevole aiuto della dottoressa Maria Teresa Aliprandi, che collaborò con lui per oltre un quarantennio, mi è stato prezioso non solo per quanto ella mi ha riferito, ma per avermi messo a disposizione materiale inedito e aver discusso con me l'idea di questo articolo.

³ Organizzato dalla Società Psicoanalitica italiana, dal Centro Milanese di Psicoanalisi "Cesare Musatti", dal Progetto A e dal Centro di Psicologia Clinica della Provincia di Milano.

classiche supervisioni legate ad un rapporto duale sia le discussioni in gruppo di casi clinici che egli svolge per molti anni in diversi istituti milanesi (come il Centro di Psicologia clinica della Provincia di Milano, l'Istituto di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente, il Progetto A⁴) oltre che alla Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria infantile della Università di Pavia. Esistono infatti elementi che accomunano questi diversi interventi, concordemente rilevati da chi vi prese parte: la grande autorevolezza unita all'attenzione e al rispetto con cui egli accoglieva e considerava quanto gli veniva presentato, che è stata sottolineata da Enrico De Vito, oltre al modo delicato con cui faceva rilevare gli errori, per cui - come ricorda Giovanni Lanzi, Direttore della Scuola di Pavia - i giovani specializzandi erano incoraggiati a mettersi in gioco di fronte ai loro compagni. Un rispetto - ha precisato Eugenia Pelanda - che significa considerazione della libertà dell'altro e insieme invito a riflettere ("Perché ti sei mosso così? Perché hai detto questo?") e quindi una precisa attenzione al materiale clinico, che veniva prima di ogni teorizzazione. L'assenza di ogni dogmatismo favoriva la dialettica delle opinioni e proprio questo, secondo Maria Teresa Aliprandi, era quello che appassionava Senise.

Marzia Mori Ubaldini ha potuto osservare, come recorder di molti gruppi di supervisione da lui condotti negli anni Ottanta, le reazioni suscitate da una particolare modalità adottata da Senise, che utilizzava come materiale clinico la registrazione dei suoi colloqui con l'adolescente, del quale aveva ottenuto il consenso, e inoltre rendeva partecipe il gruppo degli appunti che di volta in volta egli aveva steso dopo le sedute. "Ricordo come ci pareva straordinario allora acquisire il diritto di entrare nel vivo del suo intervento" (Mori Ubaldini, 1997). Roberto Goisis, che seguì come allievo il corso di formazione nella psicoterapia breve con l'adolescente tenuto da Senise nel 1981 presso il Centro di Psicologia Clinica della Provincia di Milano, ha lasciato una vivace testimonianza di quella speciale e straordinaria metodica di insegnamento e del suo significato formativo. "Un certo giorno tolse dalla borsa uno scassato registratore portatile, prese delle cassette e ci fece ascoltare l'intera fase di consultazione da lui condotta con una adolescente. La qualità della registrazione era pessima, l'audio precario (già lui certo non parlava ad alta voce...)...Ma tutti noi eravamo così magicamente immersi dentro la seduta, spettatori in prima fila di straordinarie ed immediate interazioni tra Tommaso e la sua giovane paziente, partecipi delle tappe attraverso le quali si andava delineando il percorso di individuazione. Poi si discuteva dell'andamento di ogni seduta, con grande spontaneità ed egli era sempre totalmente disponibile a mettersi in discussione in prima per-

⁴ Aperto per iniziativa di un allievo di Senise, Enrico De Vito nel 1989,, il Progetto A della USL di Melegnano (Milano) si articola in un Centro di Consultazione e in un Centro Studi per l'Adolescenza.

sona, senza creare il minimo imbarazzo in tutti noi. E così via, una cassetta per ogni incontro, fino alla fine della consultazione. Io credo di non avere mai appreso tanto e con tale qualità come in quell'anno di lavoro assieme" (Goisis, 1996).

Con la modalità di fare ascoltare i propri registrati, Senise proponeva il proprio lavoro di terapeuta nella sua realtà effettuale, non nascondendone gli inevitabili momenti di incertezza e di difficoltà: veniva così abbattuta la distanza gerarchica tra il supervisore e gli allievi psicoterapeuti e quindi implicitamente si favoriva e sosteneva l'impegno di ciascuno verso una costruzione libera e "democratica" della conoscenza (Gardini, 1997). È stato giustamente rilevato che il modo di porsi di Senise nella relazione con gli allievi psicoterapeuti è analogo a quello verso i pazienti adolescenti: nell'uno e nell'altro caso, si trattava di una relazione fondata sulla verità e sulla fiducia come necessaria premessa perché la spinta all'emancipazione, presente in ogni adolescente, non venisse soffocata dalle opposte tendenze alla passività e alla dipendenza. Senise promuoveva "il confronto con i propri fantasmi idealizzati della psicoterapia e degli analisti maestri per facilitare la libertà dell'allievo dai canoni rigidi della dipendenza e promuovere una emancipazione dalle figure carismatiche degli analisti-genitori-supervisor" (Mori Ubaldini, 1997).

La sua formazione come psicoterapeuta di adolescenti è stata definita da Senise "un discorso condotto giorno per giorno sulla base di "un'esperienza di lavoro" e anche "una formazione sul campo". Subito dopo la laurea in medicina, egli si era dedicato a studi di neurologia presso la Clinica delle Malattie Nervose e Mentali dell'Università di Napoli, con brillanti risultati, ma con scarsa soddisfazione personale. "Avevo sempre in mente che avrei voluto fare lo psichiatra e lo psicoterapeuta, ma non c'erano maestri. Il mio maestro era un neurologo insigne, che si chiamava Fragnito; era bravissimo, ma non sapeva niente di psichiatria e io mi arrangiavo coi pazienti a mio modo" (Senise, 1992).

Compiè la prima esperienza in campo psichiatrico "per caso", in quanto, avendo partecipato ad un concorso per assistente presso gli Ospedali Psichiatrici di Milano, nel 1948 lo vinse. La riforma psichiatrica era di là da venire e i manicomi si presentavano come quelle che, un ventennio dopo, verranno definite istituzioni totali. Il senso di impotenza terapeutica che deve allora aver avvertito è ben espresso dall'immagine delle mani dei ricoverati che si sporgevano invano dietro le sbarre, che Senise rievocò durante l'incontro presso l'ex Ospedale Psichiatrico di Firenze del 16 marzo 1991 per la presentazione del testo sulla Psicoterapia breve con l'adolescente. Il giovane psichiatra soffre anche per la lontananza dalla famiglia (gli era da poco nato il figlio secondogenito): Senise ha sempre fortemente sentito la necessità di mantenere legami di gruppo forti e partecipati, con la famiglia, con gli amici, con i colleghi di lavoro.

ro. Non potendosi permettere l'affitto di una casa, pone allora come condizione per restare che gli venisse dato un alloggio. Ha così inizio il quadriennio della "casa nell'ospedale", come lo ha definito il figlio maggiore, Giuseppe, detto Pippo, ricordando che "In casa si parlava dei matti con affetto e rispetto" e che egli provava una infantile paura verso gli infermieri, omoni grandi e grossi.⁵

Nel 1952, proprio nel giorno in cui gli nascono due gemelle, Senise inizia un nuovo lavoro come direttore del Centro medico-psico-pedagogico milanese dell'Ente Nazionale per la Protezione Morale del Fanciullo (ENPMF). Con questo nome dal sapore vagamente ottocentesco, si designava un ente sorto nel dopoguerra con finalità di assistenza nei confronti degli orfani dei lavoratori, così come i Centri dell'OMNI (Opera Nazionale Maternità e Infanzia). Questi centri, che si espansero tanto rapidamente che dopo pochi anni se ne potevano contare ben duecento sul territorio nazionale, costituirono un'esperienza importante nel campo della psicologia e della neuropsichiatria infantile in Italia, non solo sul piano della prevenzione e della cura, ma anche per quanto riguarda l'addestramento degli operatori all'interno di équipes multidisciplinari. Molti operatori avevano una formazione analitica o analiticamente orientata e pertanto il punto di riferimento fu quello di analoghe esperienze già organizzate all'estero, in particolare quelle svizzere di Losanna e quelle francesi (René Diatkine e Serge Lebovici) (Algini, 1994).

Fu Maria Elvira Berrini, che dirigeva i due Centri medico-psico-pedagogici del Comune di Milano, a suggerire a Senise, che non si sentiva "una disponibilità sufficiente verso i bambini", di occuparsi di adolescenti, descrivendoglieli come una sorta di continente misterioso, "una fascia di età assolutamente scoperta, mai vista da nessuno" (Senise, 1994 a).

L'esperienza di lavoro con gli adolescenti presso il Centro dell'ENPMF (1952- 1957) ma soprattutto la successiva, durata quasi vent'anni, dal 1957 al 1976, come direttore del Gabinetto medico-psico-pedagogico del Ministero di Grazia e Giustizia per l'osservazione e l'eventuale terapia di minori gravemente disadattati e delinquenti, mette Senise di nuovo a contatto con una realtà umana sopraffatta e sofferente. "Nell'epoca delle grandi migrazioni dal Sud, il 90% dei ragazzi che arrivavano alla nostra osservazione erano figli di immigrati, sradicati da paesini del Sud, immessi qui, nelle scuole del Nord dove venivano emarginati, incapaci di capire una parola di italiano, e senza nessun aiuto 'esterno'" (Senise, 1994). Se la libertà dei degenti del Manicomio era negata nella forma più elementare data dalla costrizione fisica, negli adolescenti con cui ora veniva in contatto si manifestava un'altra forma di violazione della libertà, che, utilizzando un concetto su cui molto ha meditato negli ultimi anni, Senise

⁵ La signora Marcella Senise ha rievocato, in una conversazione insieme tenera e spiritosa, ricordi lieti del periodo in cui, giovanissima sposa, si trasferì dalla solare Napoli alla brumosa Milano.

ha definito di mortificazione⁶, ad indicare l'insieme di affetti depressivi legati dalla delusione per le competenze che noi ci attribuiamo o che le persone per noi significative ci attribuiscono. "La miseria, la fame, l'ignoranza, la malattia infliggono mortificazioni al corpo e alla mente, ma spesso anche in questi casi, all'origine, c'è l'uomo contro l'uomo" (Aliprandi, Pelanda, Senise, 1990).

La psicoanalisi, che Senise ha cominciato ad esercitare (aveva iniziato l'analisi con Cesare Musatti nel 1949 e dal 1969 era membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana con funzione di training) e in cui sono formati, o almeno orientati, molti dei suoi collaboratori, fornisce il punto di vista ("l'occhio", dice Senise) con cui si guarda agli adolescenti che il Tribunale invia all'osservazione, ma non può essere impiegata in termini di relazione terapeutica con buona parte dei ragazzi. Nasce di qui l'esigenza di inventare metodiche di intervento nuove, che vengono messe a punto nell'esperienza di lavoro al Ministero di Grazia e Giustizia ma che erano già iniziate nell'attività al Centro, specialmente durante le riunioni di équipe per discutere i casi segnalati dal Servizio Sociale o inviati dal Tribunale per i Minorenni, al quale si doveva riferire con una relazione scritta.

Questo obbligo istituzionale viene avvertito dall'équipe come contrastante non solo con quello deontologico di non tradire il segreto professionale verso il cliente, ma, più in particolare, con il rapporto di attenzione e di rispetto a cui si ispirava la relazione con l'adolescente. Nasce di qui la decisione di muoversi con la massima trasparenza e sincerità, dicendo all'adolescente che il lavoro di osservazione e di approfondimento diagnostico sarebbe stato sintetizzato in una relazione da inviare al Tribunale, della quale egli sarebbe stato informato, e chiamandolo così a collaborare con un impegno verso una maggiore consapevolezza di sé. "L'impostazione con cui lavoravamo con i ragazzi ci portava a dire loro: Guardate che siamo in questa situazione. Ci è stato ordinato di parlare con voi perché si vuole sapere come siete fatti, che problemi avete. Il Tribunale deve poi giudicare cosa è meglio per voi, e a noi sembra che questo vi possa convenire, perché le decisioni che devono essere prese nei vostri confronti sono importanti per la vostra vita ed è importante che il Tribunale non sbagli. Ed è più probabile che non sbagli se emergono i vostri problemi; oltre tutto può essere utile anche per voi, perché avrete una maggiore consapevolezza di quella che è la vostra situazione." (Senise, 1994 a).

"L'aspirazione di Senise - ha osservato Giovanna Giaconia, che fu tra i primi psicoanalisti italiani a dedicare attenzione e studio all'adolescenza e che proprio nel Gabinetto medico-psico-pedagogico da lui diretto iniziò

⁶ "Sotto la spinta delle mortificazioni del mondo esterno - ha detto nella nostra conversazione del 25 aprile 1994 - il rapporto oggettuale con oggetti interni originari veniva in questi adolescenti sconvolto e sopraffatto."

a lavorare con gli adolescenti - era quella di trasformare un'istituzione punitiva in un percorso etico-riabilitativo". Alla base di questa aspirazione va individuata quella "fiducia di fondo nelle possibilità vitali di ogni persona", che Senise riconosceva, con semplicità, di possedere a cui è collegabile l'amore per la vita e la capacità di goderla che non lo abbandonò nemmeno nel periodo delle sofferenze finali.⁷ Riusciva ad accostare e a comprendere "ragazzi che destavano orrore", di cui è emblematico il diciassettenne Gerardo, che uccide una vicina di casa per procurarsi il denaro per acquistare la moto, (Aliprandi, Pelanda, Senise, 1990). Senise riteneva che nel caso, non sempre possibile, in cui un terapeuta riesca a stabilire con questi adolescenti una relazione, essa è per definizione terapeutica e allora "ci si trova di fronte una persona che soffre e siamo deputati a individuare le ragioni di quella sofferenza e a lenirla" (Senise, 1994 a).

Le vicende storiche a cui ho accennato costituiscono lo scenario nel quale si sviluppa e si viene precisando la formazione di Senise psicoterapeuta di adolescenti. Al pari di ogni "buona formazione terapeutica", egli la concepiva come fondata sulla elaborazione da un lato dei valori di cui si sostanzia la sua Weltanschauung e, dall'altro, delle radici pulsionali remote delle motivazioni professionali. Anche se nella relazione, terapeutica e non, esiste una continua sovrapposizione di elementi di realtà e di elementi di traslazione, è utile, secondo Senise, distinguere tra la relazione reale e quella di traslazione, soprattutto nel caso della psicoterapia dell'adolescente, in cui "una buona e corretta relazione reale è un fatto importante e a volte determinante per il buon esito della terapia" (Senise, 1989 b). Di qui la necessità che il terapeuta prosegua l'elaborazione delle sue motivazioni al di là della propria analisi, o esperienza terapeutica personale, in un lavoro che, di fatto, non ha mai fine.

Nel caso di Senise appariva evidente come anche negli ultimi anni la sua mente fosse inquieta nell'interrogarsi sul valore della libertà, che per tutta la vita aveva investito. Nella nostra conversazione del 25 aprile 1984 rivelò di aver provato recentemente una gran delusione per il fatto di aver capito che "la libertà non può essere concepita senza la distruttività", in quanto essa nasce dalla consapevolezza che esistono dentro di noi forze che ci spingono a distruggere gli ostacoli che si frappongono tra noi e l'oggetto dei nostri desideri e che il non usarle dipende solo da una nostra scelta. "Questo fa sì che potenzialmente ciascuno di noi è un predatore e un assassino e che la sua libertà è legata alla capacità di distrug-

⁷ Discorrendo della sua malattia che sapeva mortale, a chi gli chiedeva se avesse paura della morte, rispose: "Non ho paura di morire: è che mi dispiace molto di smettere di vivere! (Mori Ubaldini, 1997): "Negli ultimi giorni, consumato dal male, mostrava di desiderare 'un caffè, un whisky, un sigaro', come chi sentiva ormai di non poter più rimandare, di non poter più averla vinta" (Mancuso, 1996).

gere. Per passare da questo stadio primitivo a quello più evoluto di una libertà intesa in senso kantiano ci vuole una fatica enorme. Io, all'età che ho, se faccio, alla cattolica, un esame di coscienza la sera, mi chiedo: Quante volte ho peccato, offendendo la libertà altrui o desiderando di farlo? Gli avvenimenti di questi ultimi anni sono terribili da questo punto di vista... E io mi sono chiesto se persone in fondo di cultura come me e tanti altri hanno messo tanto tempo ad acquisire il senso di libertà, quanto ci metteranno persone che non ne hanno la possibilità perché il caso non le ha messe in grado di elaborare i sentimenti e gli affetti più nobili. L'umanità, se riesce a sopravvivere, avrà ancora millenni prima di arrivare a conquistare una libertà che permetta quella degli altri, una libertà con giustizia. E con questo fatto di amare tanto una libertà che va rispettata negli adolescenti, devo considerare, e non mi piace parlarne, che ha un'origine distruttiva".

Già da qualche anno Senise era solito introdurre nei suoi interventi a convegni o giornate di studio e, dopo il '90, nelle presentazioni del testo sulla psicoterapia breve con l'adolescente che avvennero in molte città italiane, numerosi riferimenti autobiografici. In questi incontri egli si trovava di fronte, ben diversamente da quanto avveniva nelle supervisioni, gruppi vasti ed eterogenei, quali quelli che, col rapido e spesso disordinato espandersi della cultura psicologica in Italia, affollano le occasioni di formazione. Il modo di parlare di Senise, a voce bassissima, a volte come esitante, e il suo venir lentamente elaborando in forme dimesse un pensiero del quale ad un ascolto superficiale poteva sfuggire lo spessore e la raffinatezza, con pause e precisazioni di cui sono spia le frequenti riprese e le ripetizioni che i registrati fedelmente trasmettono, non aveva in apparenza nulla che potesse conquistare l'attenzione in tali contesti. Ma si verificava, al contrario, un coinvolgimento e, in definitiva, "quell'ascolto soggettivo che finisce con l'essere la migliore introduzione a riflettere su temi su cui si può pensare per quel che si prova oltre che per quel che si sa" (Collu, 1991).

I riferimenti autobiografici costituivano per lui il tramite spontaneo e congeniale per creare un clima in cui gli fosse possibile trasmettere agli altri la propria esperienza di sé. "Voglio dire due parole autobiografiche sia per stabilire un contatto emotivo con voi sia per un bisogno che diverrà palese nelle cose che dirò...Spero di aver stabilito un contatto con voi, avete visto anche le mie lacrime, e non è a caso che tendo a stabilire un contatto perché io penso che la propria esperienza, che poi si costituisce in sapere, può essere trasmessa specialmente nel nostro campo dove la relazione viene usata come strumento principale del

* Senise si era appena recato a salutare, sul suo letto di morte, l'analista - amico Cesare Musatti.

nostro lavoro soprattutto se l'apprendimento è un apprendimento, diciamo, emotivo" (Senise, 1989 a).

Gli episodi della sua storia sono volti a ricostruirla come storia della formazione di uno psicoterapeuta, nel duplice versante della elaborazione degli ideali e di quella delle motivazioni profonde. Nato in una famiglia della borghesia napoletana, Tommaso è il secondogenito di cinque fratelli. Il padre è un farmacista, noto e stimato in città e molto amato per la generosità verso i clienti più poveri; uno zio paterno, che vivrà in casa sino ai suoi undici anni, è psichiatra e persona di grande cultura: è nella sua biblioteca che Tommaso adolescente dedicherà tempo "più che allo studio, alla furtiva lettura di pagine... più interessanti di quelle dei testi scolastici" (Senise, 1990). Mentre la madre è disponibile e calda, il padre è di carattere fermo e autoritario. Lo zio, "impulsivo e verbalmente violento", lo amava come un figlio. Entrambi erano antifascisti, lo zio anche in modo attivo: negli anni della dittatura, il ragazzo assiste a discussioni e commenti di politica e si appassiona agli ideali di libertà e di democrazia. Ma esisteva in famiglia un contrasto profondo tra gli ideali professati e l'educazione impartita ai figli: il padre in modo assoluto e immotivato, lo zio in modo esplicito nelle motivazioni ma di fatto indiscutibile esercitavano una costrizione sulla loro libertà. Sino all'adolescenza, Tommaso resta docilmente sottomesso. "Non ho ricordo di fantasie o pensieri o propositi di contestazione; convivevano in me, apparentemente senza conflitto i proto-ideali di libertà ispirati da zio e padre e la professione di obbedienza alla autorità riconosciuta." Nell'adolescenza l'attacco ad un super io ormai strutturato in forme autoritarie e assolute assume le forme, "di inibizioni massicce, conflittualità, sensi di colpa" e anche, come vedremo oltre, di "agiti impulsivi e trasgressivi e di condotte subdole e ambigue", a testimonianza "di una lotta lunga e difficile contro un super io che non ha mai completamente ceduto il posto al codice normativo degli ideali dell'io che sono andati strutturandosi attraverso le nuove relazioni umane, le esperienze reali e concrete, le letture e gli interessi per i grandi della letteratura e della filosofia. Non ho mai smesso di elaborare contenuti e definizioni degli ideali".*

In un episodio dell'infanzia si possono rintracciare le radici delle motivazioni profonde a diventare psicoterapeuta. "Avevo circa quattro anni quando un giorno giocando ad acchiappare con una cuginetta di un anno più piccola, questa cadde e facendosi male scoppiò a piangere; io la soccorsi e la consolai, parlandole e carezzandola finché non sorrise. Il mutarsi del pianto in sorriso, segno della cessazione del dolore, mi diede un intenso piacere". Poiché era troppo piccolo per poter aver operato identificazioni secondarie che potessero spiegare l'intenso piacere prova-

* Senise considerava la sua adesione al Partito Comunista Italiano dal 1943 al 1950 un "felice compromesso tra l'ideale della libertà e il bisogno di obbedienza" (Senise, 1989 b).

to in questo atto "prototerapeutico", occorre pensare che il bambino utilizzasse identificazioni proiettive di un sé abbandonato e deprivato affettivamente. Nella storia della sua infanzia, egli ritrova alcuni elementi che possono spiegare questo senso di deprivazione affettiva. La nascita di Tommaso si colloca tra quella di due sorelle, di cui la primogenita, una splendida bambina, morì a sedici mesi, poco prima che lui nascesse¹⁰. La terzogenita, che ne ereditò il nome di Carmela, richiese nei primi mesi di vita cure e attenzioni particolari per la nascita prematura. "Ricostruendo, una folla di antichi ricordi emerge dalla memoria e tra essi alcuni tra i più vivi sono i giochi che col loro significato simbolico mi parlano di nostalgie simbiotiche e di attacchi primitivi sadici e curiosi al corpo ed alla mente di mia madre. Come potete dedurne, sono radici pulsionali dell'empatia e del desiderio di esplorare la mente altrui" (Senise, 1989 b).

Senise riteneva che le vicende delle pulsioni che sono alla base delle motivazioni terapeutiche dovessero essere ripercorse non solo attraverso i ricordi della seconda infanzia, che testimoniano processi di sublimazione e di neutralizzazione, ma anche attraverso quelli dell'adolescenza, dove possono ricomparire in forma conflittuale o perversa, e dell'età adulta, dato che, come interferiscono, se non elaborate, nella normale vita di relazione, interferiranno anche nella relazione terapeutica¹¹. L'attenzione al modo in cui nella propria adolescenza vengono rielaborati i moti pulsionali infantili è soprattutto importante per gli psicoterapeuti dell'adolescenza: nel suo ultimo intervento, in un convegno a Firenze del 1995, che non poté leggere di persona per le gravi condizioni di salute, il caso clinico è proprio costituito dall'approfondimento in termini dinamici di un episodio della sua adolescenza, di cui già si era servito in un precedente intervento al congresso internazionale di Neuropsichiatria di Monza del 1987. "I ricordi, le riflessioni le interpretazioni sulle proprie vicende adolescenziali erano con schiettezza e naturalezza inserite negli interventi, tramite vignette, a conferma e integrazione di riflessioni teoriche e riflessioni cliniche" (Goisis, 1997).

Ripercorrendo l'evoluzione del concetto di "come se" nella letteratura psicoanalitica, Senise ne viene precisando le differenze con quello di "falso Sé", con cui spesso viene confuso, ma soprattutto ne analizza le modalità di manifestarsi in adolescenza. Rispetto all'intervento del 1987, in cui il soggetto "come se" è visto come passivo e attivamente scelto dall'oggetto, in quello del '95 Senise individua anche nel soggetto "come

¹⁰ La gelosia verso la sorellina morta, eternata in un quadro ad olio che dominava il salotto, spinge Tommaso, durante il settimo anno, a sparare con una pistola a molla un proiettile che produce un foro sulla fronte del ritratto.

¹¹ "Per esempio, riferendomi all'episodio con mia cugina..., so di dovermi sempre chiedere se le mie reazioni controtransferali nei confronti di momenti abbandonici o di esclusione dei mie pazienti siano veramente controtransferali o non piuttosto transferali e derivanti da proiezione di miei momenti abbandonici e di esclusione." (Senise, 1989 b)

se" un'attività volontaria, che si manifesta in quelle che egli chiama "identificazioni intrusive" per indicare una "volontaria intrusività" del soggetto nella mente dell'oggetto con lo scopo di individuare come l'altro lo percepisce.

Questo ulteriore elaborazione teorica deriva da una più approfondita analisi di un momento particolare della sua adolescenza. Racconta di essere stato un ragazzo estremamente timido, chiuso, poco brillante negli studi nonostante le doti di intelligenza riconosciutegli. La sua ammirazione andava ad un cugino maggiore di un anno e di condizione sociale superiore ("sveglio, disinibito, intraprendente e sportivo, un po' fannullone... e di buona indole"), nella cui casa trascorrevano le vacanze estive insieme con la madre e i fratelli. Intorno ai quindici anni Tommaso per compiacerlo non aveva esitato a partecipare alle malefatte di due giovani, anch'essi di alta condizione sociale, con cui il cugino si era legato, "allegri e vivaci, pronti a lazzi volgari e a burle esilaranti e a volte crudeli, turbolenti e animati all'ingresso dell'Università da uno spirito goliardico, provinciale e male inteso, sguaiato e sopraffattore. Non avevo per essi alcuna simpatia, ma per non perdere la compagnia di mio cugino mi toccava far gruppo con loro. A farla breve, mi sono trovato a partecipare alle loro malefatte consistenti in atti di teppismo, burle con risvolti sadici e di sapore boccaccesco, piccoli furti, barare al gioco. A questa affiliazione ho partecipato attivamente e, a volte, con ruoli preminenti."

La partecipazione a queste imprese del piccolo gruppo non era in lui accompagnata dal minimo senso di colpa, mentre era solito provarne per infrazioni ben più lievi.¹² "Devo dunque pensare che dentro di me, nella dinamica del gruppo dei quattro, accadesse qualcosa di peculiare che mi permetteva di assumere una identità che mi era estranea e che mi faceva pensare ed agire come se fossi un altro".

Nell'intervento dell' '87, questo fenomeno è spiegato come una identificazione proiettiva del cugino che avrebbe proiettato su Tommaso quegli aspetti che potevano farlo essere e sentire, per controidentificazione proiettiva, "come se" fosse i due amici teppisti e il cugino stesso. L'individuo "come se" viene quindi inteso come una persona che viene scelta, anche se deve essere "disponibile a identificazioni proiettive e bisognoso di esse". Nell'approfondimento del '95, emerge il ricordo della determinazione con cui l'adolescente Tommaso si sforzava di capire, con una "identificazione intrusiva", come il cugino ammirato voleva che lui fosse per potersi comportare di conseguenza, costruendosi una nuova identità con funzione non difensiva del suo vero Sé (come avviene nel caso del falso Sé), ma sostitutiva, perché solo così gli era possibile mantenere il contatto col gruppo. "Riflettendo sulle possibili ragioni che nell'87 mi

¹² Solo quando l'adolescente Tommaso fu vittima di uno scherzo volgare e violento da parte degli altri riuscì a sottrarsi alle loro suggestioni.

avevano impedito di riconoscere la componente identificatoria intrusiva, ho tratto la convinzione che ci fossero ragioni antiche e attuali per preferire di sentirmi plagiato, senza nessuna mia responsabilità, piuttosto che vivermi come bisognoso di costruirmi un'identità fittizia e fasulla per salvare la relazione con mio cugino, a quel tempo indispensabile a sostenere la mia identità "estivo-vacanziera" certamente più autentica e più simpatica di quella mal sopportata del periodo scolastico" (Senise, 1995)

Così il vecchio analista, ricostruendo nella complessità dei suoi aspetti, anche i meno confessabili, il proprio Sé adolescente, ha trasmesso ancora una volta, col mettersi in gioco in prima persona, la fiducia che sia possibile farlo e che anzi questa è la strada maestra da percorrere per chi scelga il mestiere del terapeuta. Ma forse, in questo modo, egli ha anche aggiunto un altro adolescente al "lungo variegato corteo", evocato da Maria Teresa Aliprandi, di quelli che egli "ha tanto amato, compreso e aiutato", - dai ragazzi del "Beccaria" alle ragazze del "Villaggio della Madre e del Fanciullo", dagli adolescenti "di buona famiglia" a quelli "di strada". Quell'adolescente che per tanti anni gli aveva permesso di amarli, di comprenderli e di aiutarli.

BIBLIOGRAFIA

- ALGINI M.L. (1994), *Sulla psicoanalisi infantile in Italia*, in Geissmann, C. e P., *Storia della psicoanalisi infantile*, (ed orig.1992), trad. it., Roma: Borla, 389-397.
- ALIPRANDI M.T. (1996), *Ricordando Tommaso Senise*, "Quaderni dell'Istituto di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente", 6, 9-10.
- ALIPRANDI M., PELANDA E., SENISE T. (1990), *Psicoterapia breve di individuazione. La metodologia di Tommaso Senise nella consultazione con gli adolescenti*, Milano: Feltrinelli.
- COLLU N. (1991), *Convegno su "Il prendersi cura e la riparazione"*, "Contrappunto", 8, 58-61.
- DE VITO E. (1966), *Ricordo di Tommaso Senise*, "Adolescenza", 7, 1, 98-99.
- GARDINI M. P. (1997), *Senise formatore: la democrazia al lavoro*, in "Quale adolescente per la psicoterapia. Quale psicoterapia per l'adolescente", Giornata di studio in ricordo di Tommaso Senise, organizzato dall'Istituto di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente, Milano, 15 novembre 1997, 8-10.
- GOISIS R. (1966), *Ricordo di Tommaso Senise*, "Adolescenza", 7, 1, 99-100.
- GOISIS R. (1997), *Il modello Senise e gli adolescenti: come è stato, come è e come potrebbe essere*, in "Quale Adolescente per la psicoterapia. Quale psicoterapia per l'adolescente", citato, 14-22.
- GORLA G.(a c. di) (1994), *Conversazione con Tommaso Senise*, "Contrappunto", 14, 32-39.
- MORI UBALDINI M. (1997), *Tommaso Senise supervisore: un insegnamento terapeutico*, "Quale adolescente per la psicoterapia. Quale psicoterapia per l'adolescente", citato, 11-13.
- MANCUSO F. (1996), *Editoriale*, "Quaderni dell'Istituto di Psicoterapia del Bambino e dell'adolescente", 6, 5-7.
- SENISE T. (1981), *Psicoterapia dell'adolescente*, Seminario a Villa Turro (Milano) del 15 maggio 1981. Trascrizione della registrazione. Non pubblicato.
- SENISE T. (1987), *L'adolescente come se*, Intervento al I congresso internazionale di Neuropsichiatria infantile di Monza. Non pubblicato.
- SENISE T. (1989 a), *Adulti- adolescenti, un rapporto difficile*, Relazione al Convegno a Milano, Palazzo delle Stelline, del 21 marzo 1989, organizzato dall'Istituto di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente. Trascrizione della registrazione. Non pubblicato.
- SENISE T. (1989 b), *Per una buona formazione psicoterapeutica*, "Gli Argonauti", giugno 1989, 95-101.
- SENISE T. (1992), *Mortificazione e riparazione del Sé*, Quaderni dell'Istituto di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente, 2, 11-29.
- SENISE T. (1994 a), *Intervento* nella Giornata di studio "Problemi di identità e di comunicazione in adolescenza", in "Quaderni dell' Istituto di

Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente, 4, 95-100; 103-105.

SENISE T. (1994 b), *Intervento* alla Conferenza stampa "A new conception for Elda", del 19 aprile 1994, presso il Villaggio della Madre e del Fanciullo di Milano. Trascrizione della registrazione. Non pubblicato.

SENISE T. (1995), *Stati "come se" in adolescenza*, Relazione al Convegno "Fasi dell'adolescenza e strategie di intervento", Firenze, 29-30 settembre 1995. Non pubblicato.

ZAPPAROLI G.C. (1997), *Necrologio di Tommaso Senise*, in "Rivista di Psicoanalisi", 3, 533-536.

|

RECENSIONI

|

**PSICOANALISI IN PSICHIATRIA
CULTURA PSICOANALITICA E SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE**

di Antonino Brignone

*Presentazione di Fausto Petrella, Prefazione di Cono Aldo Barnà, Pisa
Pisa, Edizioni ETS, 1997.*

Daniel Pennac proclama, tra le altre, la libertà del lettore di saltare le pagine durante la lettura. Nel caso del libro di Nino Brignone conviene invece partire dalla dedica, seguire poi le Avvertenze e leggere la Presentazione di Fausto Petrella e la Prefazione di Cono Aldo Barnà. Questo comportamento scrupoloso ci aiuta immediatamente a collocare un'opera che è il frutto di relazioni professionali, di studio e di frequentazione amichevole fra un primario impegnato nel lavoro psichiatrico istituzionale e valenti psicoanalisti disposti ad un coinvolgimento più che teorico con tale lavoro.

La presentazione e la prefazione ci esimono dal parlar bene del libro considerati gli elogi e i consensi espressi agli argomenti trattati da Brignone e al modo con cui vengono trattati. E' vero infatti che ci troviamo di fronte alla testimonianza di una stretta collaborazione che abbraccia un periodo di cinque anni fra psicoterapeuti impegnati nel Servizio Sanitario Nazionale e psicoanalisti esperti con funzioni di supervisori e con esperienza di gruppi.

Come fa notare Barnà l'incontro fra rappresentanti della ortodossia psicoanalitica (nel senso del mantenimento di un vertice aperto al nuovo) e chi lavora nelle istituzioni con una sensibilità ai temi della relazione terapeutica può essere oltremodo fecondo e arricchire da un punto di vista teorico e clinico, nonché umano, coloro che vi partecipano.

I temi salienti che si intrecciano nel tentativo di pensare e operare in modo psicoanalitico nella pratica clinica dei Servizi di salute mentale riguardano argomenti che coincidono con alcuni degli interessi della psicoanalisi attuale: gli aspetti interpersonali della relazione; la natura e il ruolo terapeutico del controtransfert.

Come ci avverte l'Autore, il libro raccoglie articoli pubblicati negli ultimi anni su importanti riviste italiane suddivisi in una prima parte dal titolo: "Aspetti organizzativi nella pratica territoriale" e in una seconda: "La percezione psicoanalitica nella riabilitazione". Nella prima parte troviamo inoltre tre saggi inediti che testimoniano le ultime riflessioni di Brignone su argomenti apparentemente eterogenei del lavoro territoriale. Si tratta in realtà di argomenti strettamente correlati ai recenti cambiamenti di assetto programmati per le unità operative di psichiatria. Il ruolo del primario, l'integrazione di diverse competenze professionali e la costituzione di

gruppi interdisciplinari, richiamano, anche nella terminologia il nuovo assetto proposto per la salute mentale dalla legislazione più recente. Ma non bisogna farsi ingannare dai titoli. Come altre volte mi è accaduto di scoprire, leggendo i lavori di Brignone, titoli a prima vista descrittivi di psichiatria delle istituzioni nascondono una riflessione e una elaborazione psicodinamica dei temi fondanti le relazioni terapeutiche, sia per la relazione duale col paziente, sia per le interazioni all'interno del gruppo di lavoro.

Mi soffermerò sul saggio che apre il volume, che tratta del ruolo del primario nella cultura dei servizi, in parte perché si tratta di uno dei lavori inediti, in parte perché è un buon esempio del modulo espositivo che ricorre come un paradigma anche altrove.

Partendo da una disamina accurata dei ruoli istituzionali che questa figura dovrebbe idealmente ricoprire, si giunge ad un approfondimento del percorso maturativo che l'intero gruppo di lavoro è chiamato a compiere attraverso la dinamica delle identificazioni con la figura del primario e le sue vicissitudini. E' qui che la matrice psicoanalitica emerge come strumento di comprensione e di significazione che l'Autore utilizza, del quale dimostra l'utilità e la fecondità. Molte situazioni di gruppo, ben note a chi lavora nel servizio psichiatrico pubblico assumono il significato di relazioni emblematiche più o meno problematiche all'interno del gruppo degli operatori, le cui dinamiche ruotano spesso, e non a caso, intorno alla figura del primario, sia esso più o meno presente, più o meno valido.

Il lavoro sul ruolo del primario ripercorre un paradigma espositivo quasi costante per Brignone: accanto ad un approfondimento teorico del problema trattato vi è sempre una attenzione al contesto concreto nel quale esso nasce. Così il lettore è messo nella condizione di ripercorrere il cammino intellettuale ed emotivo che ha generato le riflessioni. La situazione clinica e il lavoro istituzionale vengono sempre riportati come una testimonianza. Gli esempi rimandano ad un materiale "non addomesticato", presentato non solo in quanto esemplificativo; esso mantiene sempre una quota di problematicità e di non saturazione interpretativa e spesso sono possibili letture alternative o in contrasto con quelle fornite dall'Autore. Mi soffermo su questo punto che a mio avviso costituisce uno dei pregi dell'intero volume; l'onestà e il coraggio di un confronto con la contraddittorietà delle esperienze cliniche, che nel contesto in cui vengono riferite appaiono sempre più vicende di relazioni complesse fra più persone alcune in veste di operatori, altre in veste di pazienti, ma tutti alle prese con desideri, paure e aspettative non molto dissimili.

La complessità del materiale trova in questo saggio, come in altri un buon inquadramento teorico tramite il ricorso a concetti sulle dinamiche dei gruppi e un appoggio nella teoria del campo. È evidente il contatto con gli psicoanalisti italiani come A. Ferro e A. Correal che maggiormente hanno sviluppato il concetto di campo introdotto da W. e M. Baranger.

Questi Autori anche se non citati espressamente nei saggi del libro costituiscono il filo di congiunzione con la psicoanalisi argentina, che sembra aver influenzato in modo evidente le idee di Brignone. A conferma di ciò troviamo numerosi espliciti riferimenti agli scritti di J.Bleger, che è sicuramente un pioniere nell'analisi delle dinamiche istituzionali alla luce dei concetti psicoanalitici, ma che è anche riuscito a rielaborare alcuni di questi concetti tenendo conto dell'esperienza istituzionale e degli apporti di altre discipline quali la psicologia, la filosofia, la sociologia.

Per concludere possiamo dire che il libro affonda le sue radici nel terreno istituzionale e in quello psicoanalitico mantenendo un buon equilibrio e proponendo un proficuo rimando fra esperienze cliniche e terapeutiche apparentemente così diverse, che in realtà da più di un secolo conoscono alterne vicende di avvicinamenti e allontanamenti, intese e ripudi, e che sempre più difficilmente potranno prescindere l'una dall'altra.

Gianfranco Buonfiglio

COUNSELLING PSICODINAMICO CON ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI

di Ellen Noonan

Napoli, Guido Gnocchi Editore, 1997

La traduzione del bel libro di Ellen Noonan, Direttrice del Servizio di Counselling del Centre for Extra-Mural Studies del Birbeck College di Londra, esce in Italia a quattordici anni dall'edizione originale, a cura di Simonetta Adamo e Paolo Valerio, nella collana di Psicologia Clinica e Psicoanalisi, diretta da Adele Nunziante Cesaro e dallo stesso Valerio.

In Italia, l'interesse per la Psicologia di Counselling e per l'adolescenza in generale si è sviluppato solo in tempi piuttosto recenti, rispetto ai paesi di lingua inglese, e ne è una prova il notevole ritardo nella pubblicazione italiana di questo volume, ritardo che non ha però alterato i pregi del testo, tuttora di grande attualità.

L'autrice ci presenta la pratica del Counselling Psicodinamico ad orientamento psicoanalitico con i giovani, come un'area "intermedia" di intervento, un'area di confine fra l'assessment e la psicoterapia, che affonda le sue radici nella tradizione della Psicoanalisi e che ha a suo fondamento il riconoscimento dell'importanza dei meccanismi inconsci e del fenomeno del transfert.

Il tipo di attività descritta dalla Noonan si riferisce al lavoro svolto con singoli individui all'interno di una struttura formale (ospedali, cliniche, centri di consulenza, ma anche industrie, tirocini professionali ed università) ed appare di grande stimolo per quanti operano nel campo dell'adolescenza.

Il libro si articola in tre parti: la prima, che comprende i primi tre capitoli ed è posta come un'introduzione di carattere più descrittivo, prende in esame il processo di cambiamento tipico dell'età adolescenziale, alla luce dei vari modelli teorici psicoanalitici atti a comprendere le relazioni personali ed interpersonali durante il turbolento periodo giovanile, ed affronta le problematiche diagnostiche che il counsellor deve essere in grado di discriminare.

Facendo riferimento sia alla Klein, sia a Winnicott, sia a Guntrip, l'autrice delinea lo sviluppo emotivo "normale", che porta ciascun individuo a formare un Sé integrato, capace di tollerare tensioni e conflitti, di esporsi alle nuove esperienze e ai relativi rischi, di prendere iniziative e responsabilità, di stimarsi, di proteggersi dalle cose spiacevoli e troppo ansiogene, di mantenersi ricettivo e disponibile. Il counsellor deve essere consapevole di tale processo di formazione del Sé e dei modi in cui questo può essere scisso, non deve trattare la persona concentrandosi solo su ciò che appare all'esterno, deve assumere la funzione di una madre - sufficientemente buona - che accompagna il figlio nella crescita, non lo lascia solo

nell'ansia, pur gradualmente cedendo responsabilità, esponendolo a frustrazioni e a disillusioni sopportabili man mano che egli progredisce, permettendogli di acquisire un giusto controllo su sé stesso e sul proprio mondo.

Nella seconda parte, il focus è rivolto verso ciò che accade fra il counselor ed il cliente, il tipo di rapporto che si instaura fra di loro, le loro modalità comunicative, la possibilità che questo lavoro induca un cambiamento.

Sono queste le parti che esprimono in modo più diretto l'esperienza personale e l'impostazione metodologica della Noonan, anche grazie all'esposizione di vivaci vignette tratte da situazioni reali.

Infine, la terza parte, dedicata alla figura professionale di Counsellor, alle sue responsabilità e al suo impiego istituzionale,

A corredo indispensabile dell'edizione italiana, si colloca l'interessante saggio in appendice, accompagnato da un'esautiva bibliografia sull'argomento, in cui Paolo Valerio ripercorre la storia del Counselling dagli anni '60 ad oggi, riporta i vari approcci teorici a cui fanno riferimento i diversi modelli più frequentemente adoperati, e cita la definizione di setting, data dalla British Association for Counselling, per differenziare dai molteplici interventi genericamente accomunati sotto il nome di Counselling, quello Psicodinamico.

Si tratta di "...una situazione in cui un operatore che occupa regolarmente o temporaneamente il ruolo di Counsellor offre o acconsente ad offrire esplicitamente tempo, attenzione e rispetto ad una o più persone che si trovano temporaneamente nel ruolo di clienti...E' un modo di agire che richiede l'uso esplicito di una relazione stabilita, per raggiungere un determinato cambiamento auspicato dal cliente, con lo scopo di aiutarlo a sviluppare una comprensione della propria esistenza, a progettare e a portare a termine le proprie azioni...Prevede l'impegno di sostenere il cliente nello sforzo di affrontare gli aspetti dolorosi e difficili della propria vita ed assumere le responsabilità della propria esistenza e delle proprie azioni...La relazione di Counselling ha inizio quando il cliente chiede direttamente o accetta esplicitamente l'aiuto che gli viene offerto: è l'esplicitazione di questo contratto che distingue l'intervento di Counselling da altri."

In questo campo così vasto e scarsamente definibile, Valerio evidenzia i due principali modelli di Counselling: il primo, che fa riferimento alle teorie di Carl Rogers, più tendente all'egalitarismo nella relazione con il cliente; il secondo, che attinge da Fairbairn, Kohut, la Mahler, gli Psicologi dell'Io ed altri, per finire ai contributi più recenti di Novick e di Isca Wittenberg, rispetto alla valutazione, da parte del counselor, dei fenomeni controtransferali nello strutturarsi della relazione, indubbiamente più "asimmetrica" dell'altra.

Il volume si propone al lettore, non come un manuale, ma come un "catalizzatore" all'impegno di confrontarsi continuamente con le idee e le emozioni.

Poiché questo è un lavoro specialistico estremamente coinvolgente che

si fonda su un apporto molto umano e soprattutto immediato, il professionista deve essere competente e responsabile, deve prima aver esplorato il proprio inconscio, con una terapia personale, per non distorcere e confondere con i propri nuclei conflittuali, il materiale della fantasia e del mondo interno ed inconscio, che sta sempre dietro ogni richiesta portata consciamente dal cliente.

Nel contempo, però, deve riuscire a mantenere il colloquio nell'ambito dell'area della coscienza (cioè delle cose che il cliente già conosce o può facilmente riconoscere) focalizzando l'attenzione sul problema presentato, evitando di muoversi verso aree di pensiero che potrebbero apparire, almeno inizialmente estranee all'utente, con l'obiettivo immediato di aiutarlo ad attivarsi per fronteggiare il momento di difficoltà.

Qualunque operatore con solide esperienze di lavoro con gli adolescenti sa quanto sia fondamentale la capacità di discriminare e quindi riconoscere in fase diagnostica, i criteri d'indicazione di interventi differenziati (psicoterapeutici e non) a seconda delle possibilità ricettive del singolo caso. Tale obiettivo, che appare razionalmente auspicabile e direi perfino scontato, può risultare in realtà assai ambizioso e difficoltoso: innanzi tutto per la complessità dell'intervento psicodiagnostico in adolescenza, che prevede anch'esso una competenza ed una preparazione specifica.

La formazione degli operatori preposti agli interventi di Counselling con adolescenti non può quindi, a mio parere, fare a meno di un'impostazione psicoanalitica di base, meglio ancora se integrata con altri modelli teorici, sulla quale possano poggiare le particolari esigenze dell'adolescente.

Il rischio, altrimenti, è - secondo me - quello di assecondare una tendenza alla fruizione rapida, consumistica, di non favorire la messa in moto di processi di pensiero rispetto ad un'autoriflessione, di perdere l'occasione unica offerta dal periodo adolescenziale, in cui si fa naturalmente strada nell'individuo il desiderio di cambiamento.

In ambito istituzionale, ad esempio (e penso allo sportello di Counselling previsto dal Progetto per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia, attivato dal Comune di Firenze, in collaborazione con la ASL e la Regione) talvolta si ha l'impressione che le scelte operate siano mirate più ad accumulare il maggior numero possibile di offerte, piuttosto che a curarne la qualità e l'articolazione con gli altri Servizi per l'adolescenza presenti sul territorio, e che, proprio per questo, possano apparire volte più "al - fare - per avere un significato", come ricorda la Noonan, citando Guntrip, a proposito del falso Sé.

Senza nulla voler togliere all'efficacia e alla correttezza di altre impostazioni metodologiche, come ad esempio quella Rogersiana, mi sembra tuttavia fondamentale lavorare per potenziare l'integrazione con le risorse esistenti, perché solo da ciò può scaturire un reale arricchimento, sia per l'utenza che per il personale stesso.

Cristina Pratesi

CONGRESSI
E CONVEGNI

LA PSICOANALISI 100 ANNI DOPO

Mercoledì 3 dicembre 1997 si è svolta presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Firenze una "Mattinata di celebrazione della nascita della psicoanalisi", organizzata dal *Centro Studi Storici di Psicoanalisi e Psichiatria* in collaborazione con le Scuole di Specializzazione in Psichiatria e in Psicologia Clinica. L'iniziativa ci ricorda che cento anni fa, al ritorno da un viaggio in Toscana ed Umbria, Freud entrava nel breve e intenso periodo della "autoanalisi" sistematica, dal settembre al dicembre del 1897, il quale coincise con quella scoperta della "universalità della leggenda di Edipo", che è stata considerata da molte generazioni l'emblema della nascita della psicoanalisi. Per questo qualcuno si aspettava una celebrazione più fastosa, se non per riconsiderare il senso della conquista di Freud, per lo meno per riflettere sui simboli attraverso cui si era imposta. Tuttavia, questo qualcuno si è dovuto subito ricredere quando, avviandosi verso l'aula della Presidenza della Facoltà, si è visto respingere "sotto", in una piccola auletta dei piani inferiori, perché l'aula prevista era stata destinata a festeggiamenti seri. Purtroppo non si può nemmeno parlare di "rimozione", ma solo di uno dei tanti segni di un clima sempre più indifferente. Gli psicoanalisti cittadini "D.O.C." erano quasi tutti assenti, perché impegnati a fare gli psicoanalisti. Sarà anche colpa del mercoledì mattina, ma si deve anche dire che in altri paesi europei le celebrazioni del centenario della psicoanalisi (convegni internazionali, corsi universitari, numeri speciali di riviste, ecc.) sono già iniziate nel 1993 e continueranno fino al 2000 - dall'inizio degli *Studi sull'isteria* fino alla pubblicazione de *L'interpretazione dei sogni* - mentre in Italia non è stato fatto nulla, neppure di sabato o domenica, ad eccezione di piccole cose (fra cui una piccola ma significativa celebrazione del "sogno di Irma", nel giorno esatto del centenario, promossa sempre dal *Centro Studi Storici di Psicoanalisi e Psichiatria*, e dall'I.N.S.). Evidentemente non è tempo di celebrazioni, e questo è più che comprensibile dopo decenni di stucchevole agiografia. Ma il punto è proprio questo: si riesce o no a parlare delle origini della psicoanalisi senza la retorica della agiografia? Questa era la sfida lanciata dagli organizzatori della mattinata. Michele Ranchetti, il primo dei tre relatori previsti, l'ha subito raccolta, sintetizzandola già nel titolo: "Lo spettro della psicoanalisi." Il riferimento era a Marx e agli spettri che si aggiravano in Europa facendo paura. Tuttavia, dato che oggi questi spettri non fanno più paura, la metafora è apparsa alludere più al progressivo scolorirsi delle immagini o fantasmi di Hobbesiana memoria, se non, addirittura, ad un'inconsistenza originaria, dovuta non alla caducità di impressioni sensoriali, ma al fatto che la psicoanalisi non è mai nata, non è mai pervenuta ad uno stato sufficientemente coeso e differen-

ziato da poter mantenere fede alla promessa di un sapere nuovo e incommensurabile. Ranchetti, uomo di confine fra saperi diversi (professore di storia della chiesa, filosofo e poeta, in passato è stato al centro dell'edizione italiana dell'Opera completa di Freud e delle principali scelte editoriali nel settore), ha posto interrogativi radicali proprio in merito al confine tra la psicoanalisi e gli altri saperi. Ha sostenuto che gli ambiti tradizionali del sapere hanno resistito (se non altro per indifferenza) all'attacco mosso dalla psicoanalisi e che interi brani del sapere psicoanalitico sono a stati loro volta riassorbiti dai saperi tradizionali. E ha criticato l'illusione prodotta da un linguaggio tecnico della psicoanalisi, come se fosse un vocabolario a sostenere la specificità di un sapere e non viceversa. L'attacco dei "Freud bashers" è stato l'oggetto della seconda relazione, presentata da Zvi Lothane, autore di un monumentale lavoro intitolato *In Defense of Schreber* (pubblicato 1992), relativo al difficile rapporto tra psicoanalisi e psichiatria morale del 19° secolo. Lothane, psicoanalista I.P.A. di New York, ci ha portato una ventata di cultura americana. Bisogna innanzitutto sapere che negli Stati Uniti degli anni '60 non vi era neppure un dipartimento universitario di psichiatria che non fosse in mano a psicoanalisti, mentre oggi la situazione si è rovesciata e non vi è neppure un dipartimento in mano a psicoanalisti. Inoltre le assicurazioni sono orientate verso i trattamenti farmacologici e non pagano più che un numero limitato di sedute di psicoterapia, cosicché gli psicoanalisti non hanno più pazienti (non dico pazienti da quattro sedute alla settimana, come da statuto, ma pazienti *tout court*). Tuttavia, anche in questo clima così diverso, gli intellettuali (una intera gamma che va dai professori di letteratura agli storici della scienza) continuano ad occuparsi di Freud. Non è come qua in Europa, dove quasi nessuno studia più Freud. Là lo studiano con grande rigore, e in particolare il primissimo Freud, quello che emerge da uno sfondo dominato dalla suggestione ipnotica, contestualizzando i suoi primi passi, e confrontando meticolosamente le sue affermazioni con quelle dei vari protagonisti dell'epoca: Charcot, Janet, Binet, Bernheim, Delbeuf. Il punto è che lo studiano per "fracassarlo". "Bashers" vuol infatti dire "fracassatori" (come ci ha ricordato Adolfo Pazzagli, che insieme a Giovanni Guerra, faceva gli onori di casa, presentando i relatori e moderando gli interventi). Loro stessi ci tengono ad essere chiamati "Freud bashers", e cercano di conseguire questa identità (ma anche status, perché chi riesce ad entrare nella cerchia gode di grande prestigio) mescolando nei loro interventi analisi distaccate e brillanti con astiosi rigurgiti di bile. E questo fa vendere. Fa vendere copie del supplemento letterario del *Time Magazine*, e libri di centinaia di pagine, costosissimi, allorché l'editoria psicoanalitica è in debito d'ossigeno. Insomma, si tratta di un fenomeno quantomeno curioso, che per il momento si è esteso al di là degli Stati Uniti, ma limitamente al mondo anglosassone (gli ultimi due libroni di prestigio sono di un inglese e di un australiano), e che sebbene

sia l'opposto della letteratura agiografica che ha dominato così a lungo il mercato e le menti, tuttavia è in fondo di nuovo un modo per far sentire tutti uniti, con o contro Freud. Lothane ha ricordato brevemente questo fenomeno, e offerto alcuni elementi di risposta, che riprendono i temi di una lettera aperta che egli ha scritto a Crews (il capobanda dei "Freud bashers"). I più importanti ci sembrano la distinzione tra dottrina e metodo psicoanalitico (per cui se gli elementi della prima devono essere criticati e abbandonati, è il secondo a rappresentare lo zoccolo duro della scoperta Freudiana), e l'enfasi posta sulla relazione medico-paziente, in contrasto con l'atteggiamento degli psichiatri biologi. L'intervento di Lothane è stato centrato sull'"umanesimo" della psicoanalisi, di cui ha sottolineato la dimensione di rapporto d'"amore" implicita nell'idea di transfert, e il valore dell'anima di contro alla riduzione a cervello. Infine, Pierfrancesco Galli ha ripercorso con la relazione "Dalla psicoanalisi alla psicoterapia psicoanalitica" quello che, da tanti anni, è uno dei suoi principali cavalli di battaglia. Ha criticato quella che egli considera una distinzione artificiale (fra psicoanalisi e psicoterapia), storicamente fondata su pseudoconcetti, quali quello di "interpretazione vera" e, con il suo crollo, quello di "setting", che ha rallentato il confronto con i problemi veri, e ostacolato l'inserimento della psicoanalisi nell'ampia cornice storica della psicoterapia. E' all'interno di questa grande cornice, e non indipendentemente da essa, che deve essere cercata e può essere individuata la specificità del percorso di Freud (soprattutto con le associazioni libere prima e il transfert dopo) - questo è stato il messaggio, simultaneamente critico e costruttivo, di Galli. Il dibattito è stato interessante e fresco, per la presenza di molti studenti. L'idea di spettro proposta da Ranchetti, con cui Arrigo Bigi ha aperto la discussione, è stata un po' il filo conduttore. Poiché Ranchetti aveva introdotto questa immagine in sostituzione della nota formula della "frattura epistemologica", con cui per tanti anni era stata salutata, specialmente dagli intellettuali parigini, la nascita della psicoanalisi, il dibattito ha finito per riproporre questo vecchio, ma evidentemente mai assodato, problema di individuare i luoghi in cui Freud rompe con il senso comune. Qualcuno ha giustamente osservato che questa rottura, che poi rappresenta lo specifico del sapere psicoanalitico, non può consistere nell'umanesimo, né nella relazione, né nell'anima, come sostenuto da Lothane, in quanto è proprio l'attacco materialista alla concezione animista del mondo che distingue l'approccio di Freud dalle altre cure dell'anima. Galli a questo punto ha rischiato di perdere il treno, perché ha voluto riprendere le questioni sollevate, precisandole in quel modo colto e semplice che lo contraddistingue: è la prospettiva del transfert (nel suo complesso orizzonte temporale) che differenzia Freud dai terapeuti dell'anima che utilizzavano la suggestione ipnotica. Anche Pazzagli, a volte in polemica con Galli, si è dichiarato questa volta in accordo. Proprio quando tutto sembrava andare per il meglio, una stu-

dentessa è intervenuta per dire di aver immaginato la psicoanalisi come una vecchia signora, vestita di bianco e irraggiungibile proprio come uno spettro. Ha aggiunto che era arrivata per festeggiare una nascita, ma che ora aveva l'impressione di uscire da un funerale. A questo punto il dibattito si è concluso, e Pazzagli ne ha sancito la fine dicendo, simpaticamente, che era giunta l'ora di passare dal parlare al fare. Era già passato mezzodì e, come vuole la tradizione, gli spettri avevano incominciato a ritirarsi.

Carlo Bonomi

LA II CONFERENZA INTERNAZIONALE SULL'INFANT OBSERVATION

Si è svolta a Londra, presso la Tavistock Clinic, la seconda Conferenza Internazionale sull'Infant Observation; il meeting, cui hanno partecipato circa 150 psicoterapeuti di varia provenienza (Europa, U.S.A., Sud. America, Russia) ha avuto luogo fra il 1° ed il 4 settembre 1997, proprio mentre, poco lontano dalla Clinica, si verificava il fenomeno di psicopatologia collettiva scatenato dalla morte di Lady D. E' nostra impressione che questa volta gli organizzatori del convegno abbiano tenuto maggiormente conto della opportunità di aprirsi alla realtà esterna, nel senso che - ad esempio - si è ripetutamente colto l'interesse al confronto e allo stabilirsi di nuove connessioni fra la "filosofia della Tavistock" (di cui il metodo dell'Infant Observation è un aspetto essenziale) ed altri campi di intervento e indagine: quello della Psicologia dello sviluppo, l'area della Prevenzione nelle strutture pubbliche e il campo della ricerca.

Tali intenti sono stati anche esplicitati nel 1° numero della Rivista "Infant Observation - The International Journal of I.O. and its applications" che è stata lanciata nell'ambito dello stesso Convegno.

Quest'ultimo non è stato quindi focalizzato intorno ad un unico nucleo tematico, ma ha accolto una varietà di contributi, tra i quali menzioniamo anche i papers presentati da chi scrive.¹

¹ Luigia Cresti ha letto un paper intitolato "A reflection on the containing factors in Infant Observation and in Psychotherapy"; il paper presentato da Linda Fortini si intitolava "Reaching insight through observing in a Maternity Ward Working Group".

Per fornire ai nostri lettori un "assaggio" della conferenza, proponiamo qui una sintesi di alcune relazioni che ci sono apparse di particolare interesse.

Il problema dell'uso dell'Infant Observation come strumento di ricerca è stato affrontato nella relazione presentata da un gruppo di psicoterapeuti tedeschi, *Ross A. Lazar, Christine Ropke, Gisela Ermann*, i quali hanno letto un toccante resoconto della loro indagine osservativa partecipata nella prematurità, dal titolo "Learning to Be: On Observing Premature Babies". Si è trattato di un'esperienza particolare, sia per l'intensità delle emozioni suscitate (sono stati osservati bambini di peso inferiore ad 1 kg), sia perchè essa costituisce una forma particolare di ricerca scientifica riguardo all'inizio del senso di esistere, della vita mentale e dei processi di pensiero: si tratta di imparare a discernere gli stadi primitivi nello sviluppo di uno "spazio interno per pensare". Da dove viene, come si forma e che influsso può avere la nascita prematura sul processo tramite cui esso si sviluppa? L'esplorazione di questi problemi primitivi è del tutto diversa dall'esperienza dell'Infant Observation normale, in quanto ci porta dinanzi a fenomeni non raggiungibili con le modalità abituali con cui studiamo i bambini nati a termine; è una "proto-osservazione" che ci confronta col problema del non essere capaci di guardare, di vedere, di ricordare; si tratta di tracce di riunire insieme con difficoltà vari pezzetti di esperienza, piccole tracce di ricordi e primi indizi di patterns e modalità relazionali emergenti. Questa proto-osservazione, che ha a che fare con un campo relativamente privo di limiti, necessita di stabilire un minimo di chiari confini di setting.

L'osservazione del bebè Tommy (nato alla 26a settimana di gestazione, 960 grammi) ha permesso di cogliere il processo per cui Tommy passa da uno stato di esistenza primordiale, attraverso gli inizi di vita interna mentale-emozionale, fino alla possibilità di essere "messo a fuoco", riuscendo poi egli stesso a ricercare l'aiuto di un oggetto esterno.

E' un percorso che viene poeticamente descritto come "dall'essere un uccellino caduto dal nidofino a divenire un bambino che può piangere per chiedere aiuto". Il bambino è maturato e "quasi pronto per nascere" quando, a 11 settimane di vita, inizia ad usare i suoi occhi attivamente per differenziare le cose nell'ambiente intorno e comincia a cercare il contatto con gli oggetti.

Vi sono importanti problemi tecnici e teorici connessi con questo tipo di I.O. particolare; anzitutto osservare un bambino prematuro è, di fatto, una contraddizione in termini, poiché non è normale o desiderabile volere osservare da vicino un essere il quale ci fa confrontare con la dura realtà degli stati emotivi più primitivi, che si pongono al limite tra la vita e la morte; inoltre vi è la difficoltà dell'imparare a trattare con fenomeni che appaiono ad un livello protomentale di esistenza: questa condizione dell'essere "senza mente", che sembra pervadere lo stato infantile così

precoce, può rendere più difficile per la madre lo svolgimento della reverie e, similmente, rendere arduo per l'osservatore il percepire e ricordare un'immagine coerente del bambino. L'osservatore deve cogliere con la sua mente adulta i segni di proto-esperienze, a livello di elementi Beta, imparando a basarsi su percezioni molto primitive di tipo somatopsichico, viscerale, ed a contenerle. In queste situazioni il Seminario ha una funzione particolarmente importante di supporto, perché dà un senso di stabilità e sicurezza all'osservatore, grazie al suo setting e alla struttura fissa; è una specie di "incubatore-utero" per l'osservazione nascente in quanto le fornisce una regolare struttura ed un ritmo, oltre a un focus di attenzione concentrata e una capacità collettiva di recettività e apertura al contatto emozionale.

All'inizio l'osservazione funziona come un limite semplice, primitivo allo spazio senza confini intorno al bambino; l'osservatore è oggetto materno sostitutivo; poi, man mano che si possono osservare le prime esperienze di spazio interno, cambia la funzione dell'osservatore, che sente il rischio di sovraccaricare di stimolazioni, intrudendo nel suo spazio vitale, il bambino, che forse è disturbato dalla sua presenza come oggetto e dalla sua vitalità. Ma quando il bebè riesce a vivere autonomamente, senza l'ausilio delle macchine, l'osservatore si sente un contenitore ben funzionante per il bambino e la sua esperienza somato-psichica, per la sua vita mentale ed emotiva; è a questo punto che l'osservatore riesce a scrivere a memoria.

L'interesse per l'uso dell'I.O. come strumento di ricerca è stato centrale anche nello scritto di *Michael Rustin*: "What do we see in the Nursery? Infant Observation as laboratory work".

Rustin chiarisce che un approccio sperimentale di laboratorio con l'uso di protocolli non corrisponde alla condizione essenziale di questa metodologia, che si caratterizza per una forma non definitiva o "open-end", avendo come fonte specifica della ricerca l'osservazione di una madre e il suo bebè che vivono la loro vita normalmente e non quando rispondono a tests o situazioni standardizzate.

Alla critica che l'osservatore è un elemento estraneo all'ambiente naturale, il relatore conferma che "observer makes a difference", cioè può avere un'influenza sul setting senza togliere niente alla naturalezza della situazione; la madre si mette in rapporto all'osservatore e le percezioni e reazioni transferali di quest'ultimo creano uno spazio riflessivo aggiuntivo.

Michael Rustin fa anche riferimento ad un uso estensivo dell'Infant Observation nell'area della prevenzione come un supporto a madri troppo isolate.

Nella relazione segue un confronto fra la pratica clinica psicoanalitica e la ricerca attraverso la metodologia dell'Infant Observation. L'analista fa uso delle inferenze per leggere "sotto" le descrizioni di superficie del paziente in cerca di un altro livello di significato. L'Infant Observation si

occupa della formazione originale della struttura psichica primitiva, raccogliendo resoconti e dati su come una madre contribuisce psichicamente allo sviluppo del suo bambino, e insieme costruendo ipotesi sul modo di rispondere del bambino. I fenomeni transferali e controtransferali, che sono presenti in tale esperienza, possono aiutare l'osservatore a cogliere stati mentali della madre, così come nella psicoterapia possono generare l'insight dell'analista riguardo alle "parti infantili" della mente del paziente. Lo scetticismo di molti psicoanalisti per il contributo dell'Infant Observation allo sviluppo di nuove conoscenze si basa sul fatto che manca il risultato del paziente al processo analitico.

Nella sua ferma convinzione del valore potenziale della metodologia dell'Infant Observation come strumento di ricerca, Michael Rustin risponde ricordando che non solo la stanza della terapia ha un ruolo analogo al laboratorio per altre scienze (Freud scoprì l'esistenza dell'inconscio nella stanza della terapia, così come Pasteur scoprì la penicillina nel suo laboratorio); ma anche l'Infant Observation può essere vista in maniera analoga: basti pensare alla "scoperta" di E. Bick sulla funzione della pelle nella formazione della personalità del bambino. Nella sua conclusione Michael Rustin ci spinge a scrivere di più e a comunicare all'esterno con case studies e possibilmente follow-ups per dare un nostro contributo ad una ricerca integrata con altri filoni scientifici dello sviluppo del bambino.

In un'altra area degli studi osservativi si pone invece il paper di *Simonetta Adamo e Jeanne Magagna*, le quali si occupano della funzione di aiuto che può essere svolta dall'osservatore in situazioni particolari di Young Child Observation: come quando ad esempio, si verifica un cambiamento di rapporto tra madre e bambino, a seguito di una nuova gravidanza e della nascita di un fratellino. Spesso, in tali circostanze, sorge nello "Young Child" (1 - 3 anni) un pressante bisogno di usufruire di uno spazio privato di relazione, fisicamente separato dall'intenso rapporto intimo della madre-col-nuovo-bebè; si determina perciò un movimento del bambino in cerca di un secondo oggetto -il padre- capace di fornirgli il supporto e il contenimento che sente di non poter più trovare nella madre. Spesso, nella Young Child Observation, è l'osservatore che, attraverso le funzioni transferenziali attribuitegli dal bambino, deve svolgere questo compito di tipo "paterno".

Le autrici illustrano, ricorrendo ad una raffigurazione iconografica dell'arte classica, come il volgersi del bambino verso il nuovo "oggetto-padre" comporti un movimento che può dar luogo ad un ampliamento della prospettiva, ma anche ad un rischio di caduta. In un caso presentato, ad esempio, si vede come l'arrivo di un secondo bebè rischi di attivare movimenti regressivi, piuttosto che evolutivi, sia nel bambino più grande che nell'intera famiglia. Se, infatti, la relazione primaria con la madre è ancora imbevuta di ansietà primitive e il seno buono non è abbastanza consolidato nel mondo interno, ne consegue l'incapacità di tollerare

ansietà aggiuntiva e la colpa commessa con i sentimenti edipici di rivalità e di odio verso la madre. Allorchè, oltre a ciò, il padre non è presente per sostenere la madre ed integrarne le funzioni, il bambino rischia di sperimentare un vuoto di contenimento, una "caduta" dall'abbraccio materno. La presenza di figure paterne sostitutive può essere in tal caso di cruciale importanza.

Nella situazione presentata si vede come lo "spazio privato" con l'osservatore fornisce al bambino sicurezza, dandogli l'opportunità di simbolizzare, piuttosto che agire, la sua aggressività verso il bebè; è possibile, cioè, un'elaborazione delle fantasie di amore e di odio in uno "scenario" protetto, al sicuro, sia nel palcoscenico interno del bambino che fuori, nello spazio privato del gioco. L'osservatore sostituisce appunto in qualche modo la funzione paterna di fornire un luogo di contenimento separato, che facilita nel bambino i cambiamenti comportati dall'arrivo del nuovo bebè.

Il problema del rapporto tra osservazione e psicoanalisi è stato affrontato da *Isca Wittemberg* nella sua relazione: "The psychoanalytic study of infants" nella quale specifica ulteriormente come l'osservazione diretta del bambino, parte essenziale del training dello psicoterapeuta infantile, faciliti la comprensione di pazienti piccoli che non usano ancora il linguaggio e di pazienti che esprimono pensieri e sentimenti con modalità non-verbali. Isca ribadisce che, pur essendo la psicoanalisi la cornice di riferimento, l'osservatore non deve cercare di capire il bambino nei termini delle teorie psicoanalitiche. L'esperienza viva dell'Infant Observation richiede una mente aperta e capace di avvicinarsi ad angosce primitive e modalità relazionali che sono alla base dello sviluppo psichico; in questo senso lo studio della psiche infantile potrebbe essere chiamato il "bambino" della psicoanalisi.

Secondo Isca Wittemberg l'Infant Observation aiuta a riflettere sulle implicazioni vaste e profonde delle esperienze di osservare l'espressione fisica (body language) degli stati psichici. Con la sua dote personale di mettere in parole queste ricche esperienze di vita quotidiana del lavoro dell'osservatore, la Wittemberg ci aiuta a ritrovare, a evocare e a cominciare ad elaborare parti di queste esperienze che si sono depositate in noi come le sensazioni che appartengono alla nostra infanzia: quello che la Klein chiamò "memories in feeling". Isca Wittemberg mette l'accento sulla conoscenza del bambino che l'Infant Observation fornisce, dando rilievo all'importanza della proiezione dell'amore materno nel bambino come fattore essenziale dello sviluppo psichico, ma anche del lavoro analitico.

Nella conclusione della relazione della Wittemberg, cogliamo il suo interesse ad approfondire continuamente le conoscenze e l'esperienza dell'Infant Observation, e l'indicazione di studiare l'importanza della proiezione della "speranza" come importante ingrediente dell'accudimento del bambino e della psicoterapia. Infine, quasi come auto-rimprovero,

essa ci fa notare che di fronte alla grande quantità di materiale raccolto negli anni è stato scritto poco; forse gli osservatori si sono identificati eccessivamente con i bambini osservati, temendo di non essere capaci di esprimersi in modo che gli "adulti" (i non-osservatori) possano cominciare ad ascoltare!

Luigia Cresti Scacciati - Linda Root Fortini

ATTUALITÀ DI CESARE L. MUSATTI

Si è svolto a Milano il 25 ottobre 1997 presso il Centro Congressi Cariplo un Convegno di studi su Cesare Muratti.

Il Convegno organizzato per i 100 anni dalla sua nascita (21 settembre 1897) ha inteso ricordare l'uomo e la produzione scientifica.

Dopo il saluto del Presidente della Provincia di Milano e dell'assessore alla Cultura, ha introdotto i lavori del congresso Vincenzo Montrasio Presidente dell'istituto di ricerca sulla comunicazione A. Gemelli e C. Musatti.

Nella 1ª tavola rotonda "Il mondo di Musatti" coordinata da Dario Romano si sono susseguiti interventi di R. Sigurtà, R. Rozzi, G. Petter, L. Ancona e R. Canestrari che hanno evidenziato la personalità poliedrica del maestro, ricordandone la formazione culturale prima di matematico, poi di psicologo sperimentale e successivamente di psicoanalista fondatore dell'istituto Milanese di Psicoanalisi.

Ma l'interesse di Musatti era rivolto come ha ricordato G. Petter, anche alla politica. Infatti fu sempre impegnato in situazioni sociali di rilievo come l'attivazione della Casa della Cultura a Milano.

I relatori lo hanno ricordato con profondo affetto. Mentre ascoltavo è riaffiorato nella mia mente il giorno in cui il Prof. E. Funari mi presentò C. Musatti.

Fu a Massa Carrara, anni fa quando Funari teneva in quella città un gruppo di supervisione di casi clinici.

Musatti mi abbracciò con tenerezza ed io così giovane e alle "prime armi" nel mio lavoro di psicoterapeuta, mi emozionai molto in questo caldo incontro con uno dei pionieri della psicoanalisi e al tempo stesso con un uomo di alto valore morale di cui io avevo sentito parlare con ammirazione nella mia famiglia per il suo impegno antifascista.

Si svolse il pranzo di lavoro, mi trovai vicina a Musatti e naturalmente non persi l'occasione per parlare e fare domande al maestro che firmò un suo libro che io conservo come un dono prezioso.

Questo mio ricordo credo possa direttamente collegarsi con lo spirito di questo convegno che ha inteso, attraverso la memoria di amici e colleghi tenerne vivo il valore umano e professionale.

I lavori sono proseguiti con gli interventi di W. Gerbino e P. Bozzi che hanno ricordato il Musatti psicologo sperimentale appassionato studioso di psicologia della Gestalt. L'interesse per la psicologia sperimentale è stato fortissimo, alcuni sostengono che lo sguardo di Musatti si accendesse solo quando poteva dedicarsi alla ricerca e all'approfondimento di questi studi.

Nel primo pomeriggio E. Funari, Bianca Gatti, P. Masciangelo, R. Sigurtà hanno parlato sia del Musatti filosofo in contatto profondo con il pensiero Europeo sia del lavoro da lui svolto per organizzare il Centro Milanese di Psicoanalisi. (Le prime riunioni si svolgevano nell'abitazione di Musatti).

Musatti stesso in un discorso tenuto in occasione del cinquantenario della S.P.I in Campidoglio (intervento già comparso sulla "Rivista di Psicoanalisi", anno XXVIII, 3, scrisse:

"Personalmente io provengo dalle scienze matematiche Psicologo e psicoanalista sono divenuto direi per combinazione. Mentre quando ero giovanotto avevo l'impressione di aver abbandonato la terra ferma per imbarcarmi in qualcosa di mobile in mezzo ai flutti dell'oceano ora mi ritrovo in compagnia di chi fisico e matematico è rimasto. E insieme a loro, con i compagni della nostra picciotta barca psicoanalitica, continuo a navigare nell'ampio oceano della realtà, sospinto ancora dalla curiosità che mi sosteneva allora, ma soprattutto attratto verso i problemi che riguardano un mondo che ha acquistato per me un fascino maggiore che non quello dei numeri o della fredda realtà materiale: il mondo della vita interiore, manifesta o segreta, degli individui umani."

Il Dr R. Reichmann ha posto l'attenzione sugli aspetti più fragili e teneri di Musatti e sui grandi dolori da lui sopportati durante la vita, in particolare la perdita del suo maestro Vittorio Benussi. Ma ancor prima l'infanzia difficile (nacque prematuro e fu collocato in una cassetta di vetro ai lati della quale furono deposte 2 bottiglie di acqua calda); mentre Musatti lottava per vivere anche la Psicoanalisi nasceva in maniera non facile quel 21 settembre 1897 come lui stesso ha tante volte ricordato (lettera di Freud e Fliess).

La relazione di Reichmann ha tralasciato di parlare del Musatti accademico e ci ha mostrato piuttosto un uomo legato alla famiglia, agli allievi ed amici.

Il Convegno di studi ha mostrato quanto fossero estesi i campi di interesse e ricerca di C. Musatti: dalla Psicoanalisi al cinema, dalla Psicologia al teatro, dalla cultura alla politica.

Chi ha avuto modo di conoscerlo personalmente, come quasi tutti i relatori del convegno, ha potuto apprezzarne l'ironia, l'umorismo, l'intelligenza ma soprattutto la tensione intellettuale di un uomo che ha concepito il potere al servizio del sapere.

Ha concluso i lavori M. Cesa Bianchi direttore scientifico dell'istituto di Ricerca sulla comunicazione A.Gemelli e C.Musatti.

Nadia Buonamici

LA MENTE CHE SCRIVE: PSICOANALISI, LETTERATURA, POESIA

(LAVARONE 11 - 16 luglio 1997)

Il Centro Studi "Gradiva" per la psicoanalisi applicata, fondato a Lavarone nel 1990, ha organizzato nel luglio 97 un insieme di manifestazioni, coronate dal Convegno su Psicoanalisi, letteratura e poesia nei giorni 12 e 13 luglio. Il Convegno nasce all'insegna di una doppia occasione commemorativa: i novant'anni trascorsi dalla pubblicazione dell'opera più emblematica di Sigmund Freud sul rapporto psicoanalisi - letteratura, " Il delirio e i sogni nella 'Gradiva' di W. Jensen", scritto proprio a Lavarone, e il centenario della nascita di Cesare Musatti, che da molti anni frequentava gli Altipiani soggiornando nella sua casa di Serrada. La scelta del tema non è quindi casuale nè per Freud, nè per Musatti, che grande interesse hanno mostrato per questo settore, nè per il luogo che ogni anno offre il suo scenario fra passeggiate, il Centro Congressi che assomiglia ad un rifugio alpino del CAI, l'hotel Du Lac, con tanto di lapide in memoria dei soggiorni estivi della famiglia Freud, il cinema del paese che questo anno ha ospitato una rassegna cinematografica di film tratti da romanzi, e le persone del paese che partecipano affettuosamente a questo evento annuale. Non ci si sente proprio ad un convegno, così per lo meno è stato per noi tre AFPP, Silvia Fano Cassese, Roberta Pisa ed io, che vi abbiamo partecipato con molto interesse, ma anche divertite da questa atmosfera un po' nostalgica che ci pervadeva ed entrava nei nostri pensieri.

I relatori che si sono alternati nelle due giornate, rappresentanti del mondo psicanalitico e del mondo letterario, hanno tessuto una trama risultante da un pensiero vivace e interlocutorio in materia di verità scien-

tifica, spiegazione, pensiero creativo, opera artistica. Alberto Schon, medico neurologo e membro ordinario SPI ha aperto i lavori del convegno presentando il suo ultimo libro "Vuol dire. Dal diario di uno psicoanalista" Bollati Boringhieri. Un libro esperienziale in cui racconta la sua pratica quotidiana con leggerezza e auto ironia, ma non senza spessore, e forse più dalla parte del paziente che interpella il dottore. Anche la sua relazione centrata "Sull'umorismo. Sorrisi del più inguaiato dei popoli eletti", la dice lunga sul personaggio Schon, medico, psicoanalista, scrittore e anche musicista. Con l'ausilio di qualche esempio clinico e della letteratura, ha cercato di chiarire come nasce il sorriso ed il riso. E' più facile capire perchè si piange. L'umorismo infatti è un'attività superiore della mente nella cui genesi entra l'espressione pulsionale con il relativo risparmio energetico, la simbolizzazione verbale e non verbale, il piacere ludico, la disobbedienza alle regole, alcuni meccanismi psichici attivi anche nel sogno, la derisione dell'altro, il paradosso, il sollievo per lo scampato pericolo. Intrecciata di ricordi personali, con il gusto del racconto, Schon mostra come molte vicende umane possono essere osservate da un vertice umoristico; esso si ottiene di solito con procedimenti più complessi, mentre il tragico appare più semplice, di cui non è chiara la spiegazione, ma forse è anche meglio non sapere perchè si ride.

Elio Gioannolla (Genova), ha introdotto il tema del convegno con una relazione di critica letteraria di orientamento psicoanalitico dal titolo "La psicoanalisi tra teoria delle nevrosi e teoria della cultura".

La psicoanalisi, dice Gioannolla, è fin dalla sua origine, secondo le definizioni datane dallo stesso Freud, un metodo di indagine dei fenomeni psichici e psicopatologici, un procedimento terapeutico delle nevrosi e una teoria metapsicologica. Soltanto la compresenza delle tre componenti indicate dà vita alla psicoanalisi in quanto tale e, all'inverso, nessuna delle componenti può prendere isolatamente il nome di psicoanalisi. A maggior ragione la critica letteraria cosiddetta psicoanalitica o freudiana, se fedele alle teorie del fondatore, che deriva dalla componente metapsicologica, non è mai psicoanalisi, ma soltanto "esercitazione di una cultura derivata, a impronta psicoanalitica".

Certo è che la psicoanalisi è stata sempre, fin dalla scoperta freudiana del complesso di Edipo come motore della dinamica psichica, una teoria delle nevrosi strettamente intrecciata con una teoria della cultura. Da qui deriva la legittimità ad una sua estensione alla sfera culturale in senso lato, e ai fenomeni artistici e letterari in senso specifico, ma con l'avvertenza che vengono a mancare quegli elementi di controllo che, nella psicoanalisi in quanto tale, sono forniti dal metodo di indagine e dai procedimenti tecnico-terapeutici. Inoltre l'indagine psicoanalitica applicata alla letteratura e agli altri fenomeni culturali, si può basare soltanto sull'analogia che, per esempio, un testo poetico presenta con eventi psichici come sogni, fantasie, sintomi.

Secondo Gioannolla tutto questo chiarisce molto bene la parzialità delle spiegazioni psicoanalitiche, perchè il modello di riferimento rimane ancorato ad una visione economico pulsionale dello psichismo. Inoltre, se da una parte la psicanalisi estende la sua competenza su tutto ciò che è umano, in quanto nulla sfugge alla dinamica profonda del desiderio, dall'altra parte trova il suo scacco proprio nell'impossibilità di ridurre tutti i fenomeni culturali alle loro componenti arcaiche, quindi la prospettiva rimane parziale.

Pertanto una critica letteraria di impronta psicoanalitica, mentre adotta punti di vista e procedure della psicologia del profondo, non può dimenticarne la parzialità nei confronti del prodotto di cui si occupa, irriducibile alla pura economia pulsionale; se tale critica vuole essere una psicoanalisi si condanna al fallimento, mancandole insieme i tre requisiti fondamentali configuranti la psicoanalisi in quanto tale. E se la psicoanalisi è insieme una teoria delle nevrosi e una teoria della cultura, per cui non le è estraneo nulla di quanto è umano, non per questo si configura come un'ideologia in grado di fornire spiegazioni su tutto in base ad un preciso quadro concettuale. Freud infatti, se da un lato costruisce una specie di meccanica della mente di stampo positivistico, dall'altro con la sua stessa basilare nozione di inconscio, scorza ogni possibilità di spiegazione in termini logico-scientifici dei fenomeni psichici. Per comprendere la creatività artistica Freud si è avvalso del più misterioso dei suoi concetti metapsicologici, quello di sublimazione, per cui la libido abbandona le mete sessuali per investire le sue cariche energetiche in prodotti culturali e nel celebre saggio su Leonardo dichiara che l'essenza della creazione artistica "ci è inaccessibile dal punto di vista della psicoanalisi."

Gino Zucchini invece, situa "la critica psicoanalitica tra farfalla fobigena e farfalla poetica". L'oggetto fobigeno e l'oggetto poetico sono opposti fra loro: coatto a ripetersi meccanicamente il primo, libero e creativo il secondo. Lo psicoanalista e il suo nevrotico operano problematicamente insieme su una farfalla fobigena, oggetto mostruoso e pesante, per liberarne il senso, infine profondo e leggero. E' "La farfalla di Dinard", dalla poesia di Eugenio Montale, che appare in tutta la sua leggerezza di messaggera polisemica: lo psicoanalista e il suo paziente sono a quel punto felicemente disoccupati.

Mario Lavagetto, ordinario di Teoria della letteratura presso la facoltà di lettere dell'Università di Bologna, ci ha letto un articolo di Marcel Proust, "Sentiments filiaux d'un matricide" comparso sul "Figaro" in relazione ad un fatto di cronaca nera che sconvolse la società parigina all'inizio del 1907. Henry Van Blarenberghé ha ucciso la propria madre e poi si è tolto la vita e tutti i giornali dedicano all'avvenimento ampi servizi. Proust propone una lettura dei fatti completamente diversa e, sotto certi punti di vista, scandalosa tanto che apparirà come un vero e proprio elogio del matricidio.

In realtà Proust, come dice lui stesso, è intenzionato a richiamare - intorno al fatto di cronaca - una serie di grandi figure, eroi della mitologia o del romanzo, Proust parla infatti di "illuminazione alla Parsifal" quando Parsifal si rende conto di avere ucciso la madre e di essere un matricida. Questo scritto, che sfiora ripetutamente alcune delle scoperte compiute da Freud in quegli anni, può essere considerato insieme come l'atto conclusivo del "lavoro del lutto" (iniziato nel settembre 1905 alla morte della madre) e come la chiave che aprirà le porte della Recherche a partire dall'anno successivo.

Glauco Carloni, riprende il tema del matricidio nella sua relazione "La psicoanalisi nella fiaba", precisando con Roheim che l'inizio della nostra civilizzazione inizierebbe proprio con il matricidio e non con il parricidio e la fiaba resta la sola espressione, nella tradizione orale e letteraria, di quel che accade nella nostra mente durante la nostra preistoria infantile. Il suo valore antropologico e psicologico, sta quindi nella rievocazione e rappresentazione, in forme essenziali levigate dal tempo, di quel viluppo di emozioni, sentimenti e impulsi che sono alle radici della nostra vita affettiva e che vengono, a suo parere, successivamente mascherate o sepolte dal conformismo pedagogico.

Giovanni Amoretti, ligure, docente di lettere al liceo, collabora con l'Istituto di Letteratura Italiana dell'Università di Genova. Fra le sue pubblicazioni c'è "Poesia e psicoanalisi: Foscolo e Leopardi" (Garzanti, Milano 1979) e in occasione del convegno ci ha dato una rilettura psicoanalitica de "L'Infinito" di Giacomo Leopardi veramente suggestiva. L'infinito fu composto quando Giacomo aveva 21 anni e fu il primo degli idilli, Amoretti ci dice che l'idillio moderno leopardiano è una situazione, un sito, una situazione storica dell'anima. Il poetico consiste sempre nel vago, nell'indefinito, nell'indeterminato spaziale, ma l'indeterminatezza è crisi dello spazio, crisi del tempo, crisi della ragione e per Leopardi è un anno di depressione, di fallita fuga da Recanati e l'insorgenza di una improvvisa cecità. "Sedendo" è la conquista di una intimità fisica, di una intimità somatica; "sedendo e mirando" il malinconico ha chiuso a ciò che è oggettuale con lo sviluppo invece del preverbale, il parallelismo con la situazione analitica è immediato già nella figurazione del sedersi e mirare, mentre "il vento" rappresenterebbe la musica dell'Infinito. Così alla luce delle categorie freudiane, l'analisi del significato "profondo" del celebre idillio, viene condotta sulla struttura della rappresentazione e sul simbolismo linguistico fino a svelarne le componenti narcisistiche per entrare nella comprensione dell'universo materno al quale la poesia leopardiana attinge ispirazione lirica e musicale.

In questa occasione l'autore riafferma la convinzione che la psicoanalisi ha legittimità critico-letteraria quando, al di là dei territori del vissuto, contribuisce a decifrare la "parola" poetica e il suo statuto creativo.

Fausto Petrella, attuale presidente della Società Psicoanalitica Italiana,

con "Lo scritto Psicoanalitico e la sua supervisione", esamina la specificità della scrittura in psicoanalisi, quale momento centrale di trasformazione dell'esperienza orale e personale della cura, proprio partendo dalla sua esperienza di studioso del testo freudiano, di scrittore egli stesso di psicoanalisi, di esaminatore di scritti di psicoanalisti in formazione e di scritti per la "Rivista di Psicoanalisi".

Molto stimolante è stata infine la tavola rotonda, Riviste a confronto, moderata da Manuela Trinci, che ci ha offerto la panoramica attuale dell'editoria psicoanalitica nell'area delle riviste specializzate. Queste ultime, si sa, non hanno vita facile, i loro guai economici, la loro difficoltà di diffusione, ma anche il fascino e la vivacità della possibilità di aprirsi ad esperienze che provengono da altre discipline, sia scientifiche, sia umanistiche e anche da altri paesi, fornendo così una preziosa mappa degli orientamenti psicoanalitici e delle relative trasformazioni.

Così i redattori o i direttori delle riviste a confronto, hanno raccontato come è nata ogni rivista, in quale clima culturale e politico si è sviluppata, a quale pubblico si è rivolta e con quali obiettivi.

Hanno partecipato "Imago", "Il Cefalopodo", "Psicoterapia e Scienze Umane", "Psicoanalisi e Metodo", "Rivista di Psicologia Analitica", "Rivista di Psicoanalisi"; ed anche riviste più giovani quali: "Psicoanalisi", "La Ginestra", "Contrappunto", "Richard e Piggie" e altre ancora presenti fra il pubblico.

Nel pomeriggio di domenica il Convegno si è spostato a Serrada, nella biblioteca comunale, per commemorare Cesare Musatti. Qui, fra storia e ricordi, Fausto Petrella ha ripercorso il suo incontro con Musatti e con la Psicoanalisi con parole piene di affetto e gratitudine, ma anche leggerezza e auto ironia.

Antonella Lumacchi Cecchi

|

NOTIZIARIO

|

NOTIZIARIO DELL'ASSOCIAZIONE

Il programma scientifico dell'Associazione Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica, nel corso dell'anno 1997 si è articolato attraverso giornate di studio e seminari (riservati ai soci ordinari, ai soci allievi, agli aggregati e, ove indicato, aperti anche a partecipanti esterni); la partecipazione a congressi e convegni in collaborazione con altre Associazioni di Psicoterapia Psicoanalitica e l'attività nei gruppi di studio tra soci:

SEMINARI 1997

18 Gennaio

"Aspetti teorico-clinici della perversione" I°

Relatore : Dott. Carlo Chiarugi

9 Febbraio

"Introduzione alla psicoanalisi della coppia e della famiglia"

Relatore : Dott. Isidoro Berenstein

1 Marzo

"Aspetti teorico-clinici della perversione" II°

Relatore : Dott. Carlo Chiarugi

19 Aprile

Seminario clinico

Conduttore : Dott. Giovanni Hautmann

17 Maggio

Seminario teorico-clinico su "Tipi di transfert nei diversi settings"

Conduttore : Dott. Francisco Palacio Espasa

1 Giugno

Seminario clinico (in collaborazione con il Centro Martha Harris)

Conduttore : Dott. Donald Meltzer

28 Giugno

Seminario autogestito su "Il campo bipersonale"

Relatore : Dott.ssa Roberta Pisa e gli allievi del IV anno del Corso di Training

4 Ottobre

"Kohut ed i suoi apporti teorico-clinici alla psicoterapia psicoanalitica"

Relatore : Dott. Vittorio Tubi

25 Ottobre

"I diversi livelli dell'interpretazione"

Relatore : Dott. Robert Hinshelwood

13 Dicembre

Seminario teorico-clinico su "La psicoterapia della depressione"

Conduttore : Dott. Francisco Palacio Espasa

GRUPPI DI STUDIO

Prosegue l'attività del Gruppo di Studio sull'Adolescenza, anche in vista della partecipazione al prossimo Convegno nazionale di Psicoterapia dell'Adolescenza previsto a Roma nell'Ottobre 1998.

E' in fase di ripresa l'attività del gruppo Studio Aperto (soci ordinari) che dopo essersi dedicato al tema delle Psicoterapie "once a week", sta valutando la possibilità di riprendere gli incontri del mercoledì sera, sul tema del "paziente borderline".

CONVEGNI E.F.P.P.

(Organizzati dall'European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy)

27/28 Marzo 1998 - Colonia (Germania)

Loss of identity. Reintegration through Psychotherapy

(infanzia, adolescenza, adulti, gruppi)

Novembre 1998 - Rotterdam (Olanda)

Dreams in Psychoanalytic Psychotherapy

Ottobre 1999 - Roma (Italia)

Internal Objects and psychic change in Psychoanalytic Psychotherapy with children, adolescents and parents.

NORME REDAZIONALI

Per la pubblicazione degli articoli è essenziale l'originalità dei contributi. L'accettazione è subordinata alla revisione critica della Redazione. I lavori pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli autori. La proprietà letteraria dei lavori è della rivista. La pubblicazione è gratuita. I testi non pubblicati non vengono restituiti.

I lavori vanno inviati, in duplice copia, dattiloscritti in modo nitido (possibilmente accompagnati da dischetto con indicato il tipo di programma usato) alla Redazione della rivista; non possono avere una lunghezza superiore alle venti cartelle contenenti 2000 battute l'una.

Gli autori devono farsi carico dell'accurata revisione prima della spedizione, evitare quanto più possibile le note che andranno numerate progressivamente. Le citazioni, per le quali è obbligatorio indicare sempre la fonte, quando sono inserite nel testo dovranno apparire tra virgolette. I corsivi originali dovranno essere sottolineati, i corsivi aggiunti dovranno essere segnalati. Ogni testo dovrà contenere il titolo del lavoro in italiano, il nome e il cognome dell'autore e la sua qualifica. La bibliografia dovrà sempre attenersi al modello sotto indicato:

MUSATTI C., *Psicoanalisi e vita contemporanea*, Torino, Bollati, 1969 (se riferita ad un volume)

HAUTMANN G., *Pensiero e sofferenza*, In «Rivista di psicoanalisi» (1/1994) (se riferita ad un articolo in rivista).

Relativamente alla citazione di articoli in rivista è essenziale che la rivista appaia sempre nella dizione estesa.

Gli annunci di congressi, corsi, convegni, dovranno pervenire alla Redazione con almeno tre mesi di anticipo sulla data di pubblicazione desiderata.

Finito di stampare nel mese di maggio 1998
presso la Grafica Il Bandino di Firenze
Realizzazione a cura di Alchimia - Firenze

