

RIFLESSIONI SULL'ENACTMENT

NELLA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA E NELL'INTENSIVE SHORT TERM DYNAMIC PSYCHOTHERAPY (ISTDP)

Imerio Tonelli

*“Non bisogna dimenticare
che la relazione analitica
è fondata sull'amore della verità,
ovverosia sul riconoscimento della realtà,
e che tale relazione
non tollera né finzioni né inganni”.*

Sigmund Freud 1934

L'Enactment in psicoterapia

L'idea dell'analista come osservatore neutrale, uno schermo bianco, sul quale il paziente proietta il proprio mondo interno, in grado di fare interpretazioni obiettive sull'inconscio del paziente è stato messo in discussione sia dalle ricerche sull'efficacia¹, che da varie correnti all'interno del movimento psicoanalitico; il primo fra tutti, oggi a ragione veduta rivalutato, Sándor Ferenczi che invocava un ruolo più attivo dell'analista e con lui Melanie Klein, Sullivan, Racker, Baranger e molti altri che hanno portato luce sull'importanza della co-costruzione del “campo analitico”. Nel libro “Psicoterapia psicoanalitica” Nancy Mc Williams cita Schimek, il quale fa riferimento a questo ideale di neutralità come il “*dogma dell'immacolata percezione*”.

Nel 1986 nasce il concetto di Enactment proposto da Jacobs in un suo lavoro sul controtransfert, in cui lo situa come elemento centrale nella comprensione del processo terapeutico; soprattutto grazie agli analisti relazionali si è arrivati alla condivisione dell'idea che nel processo terapeutico, sia terapeuta che paziente restano coinvolti nelle dinamiche che riguardano le esperienze passate di quest'ultimo. Nel mondo psicoanalitico delle relazioni oggettuali (Bion 1959, Rosenfeld 1987, Meltzer 1992) l'enactment viene concettualizzato come il tentativo di espellere un'esperienza emotiva che eccede la capacità di essere contenuta internamente e successivamente pensata e questo porta il paziente a rivivere l'esperienza piuttosto che ricordarla. Lo specifico contributo di Melanie Klein consiste nell'aver incluso il meccanismo dell'identificazione proiettiva come elemento per comprendere la comunicazione tra due menti; dopo di lei Bion descrive il modo in cui il paziente cerchi di espellere un'esperienza non digerita, per evitare la catastrofe provocata dall'integrazione di

¹ Duncan e Miller 2007 e Guwande 2001. Studi sull'efficacia in Psicoterapia.

elementi inconsci, che determinano la morte di uno stato mentale precedente; quindi, l'enactment è *l'attacco al legame* che avrebbe potuto condurre ad un nuovo pensiero.

Il passato quando non può essere ricordato, attraverso la coazione a ripetere descritta da Freud nel Volume 7 delle sue opere in *"Ripetere, ricordare e rielaborare"* (1914), assume le sembianze del nostro inconscio rimosso, non rappresentato e non pensato, alla ricerca di una rappresentazione, l'inconscio attraverso l'enactment rappresenta ciò che non può diventare parola.

La natura, le esperienze e il caso forgianno la nostra struttura psichica, che definisce le nostre capacità dell'Io: la capacità di osservare i propri stati interni, di mantenere l'attenzione sull'esperienza che stiamo vivendo e riflettere su di essa. Queste funzioni creano lo spazio mentale che determina la dimensione della nostra capacità di contenere stati emozionali interni complessi. Queste capacità si collocano lungo un continuum che va da un'elevata capacità ad una bassa capacità; quale che sia il punto in cui ci troviamo, restano comunque in noi aspetti insondabili, inconoscibili e misteriosi che ci accompagnano e con i quali conviviamo. Quindi minore forza dell'Io abbiamo, minori risorse possederemo e proporzionalmente la nostra vita verrà governata dalle nostre nevrosi e dal nostro inconscio scisso o rimosso. Così funziona la psiche, quando non può permettersi di pagare di propria tasca il conto, lascia un debito insoluto, poi la realtà che non tollera inganni, come un cameriere irremovibile, si presenta reclamando il dovuto, noi, con sorpresa, chiamiamo questo cameriere "Destino".

Nell'enactment il confine tra sé stessi come osservatori e l'esperienza è andato perduto, la persona non descrive un evento ricordandolo, presenta invece una *"situazione emotiva"*: ciò che viene negato compare sotto forma di relazione. Una relazione passata, registrata inconsciamente come rappresentazione della relazione nella memoria viene "enacted- agita internamente", per cui il paziente mette in atto quella memoria in terapia; in questo senso i sentimenti che si attivano sono ricordi di relazioni (O. Kernberg 1975). Pertanto, il transfert è in realtà una relazione passata messa in atto, si chiama "resistenza transferale" poiché l'enactment ha lo scopo di resistere all'esperienza emotiva: per esempio un paziente rifiutato dalla madre può fare lo stesso nei confronti del terapeuta per evitare la rabbia che provava nei confronti della madre rifiutante; in ogni momento della seduta possiamo chiederci: chi rappresentiamo nella mente del paziente che rende comprensibile il suo comportamento e l'insieme di difese che usa? Ne consegue che il paziente potrebbe non essere in grado di descrivere consciamente il proprio problema ma lo mette inconsciamente in atto all'interno della relazione di aiuto, con l'inconsapevole collaborazione del terapeuta.

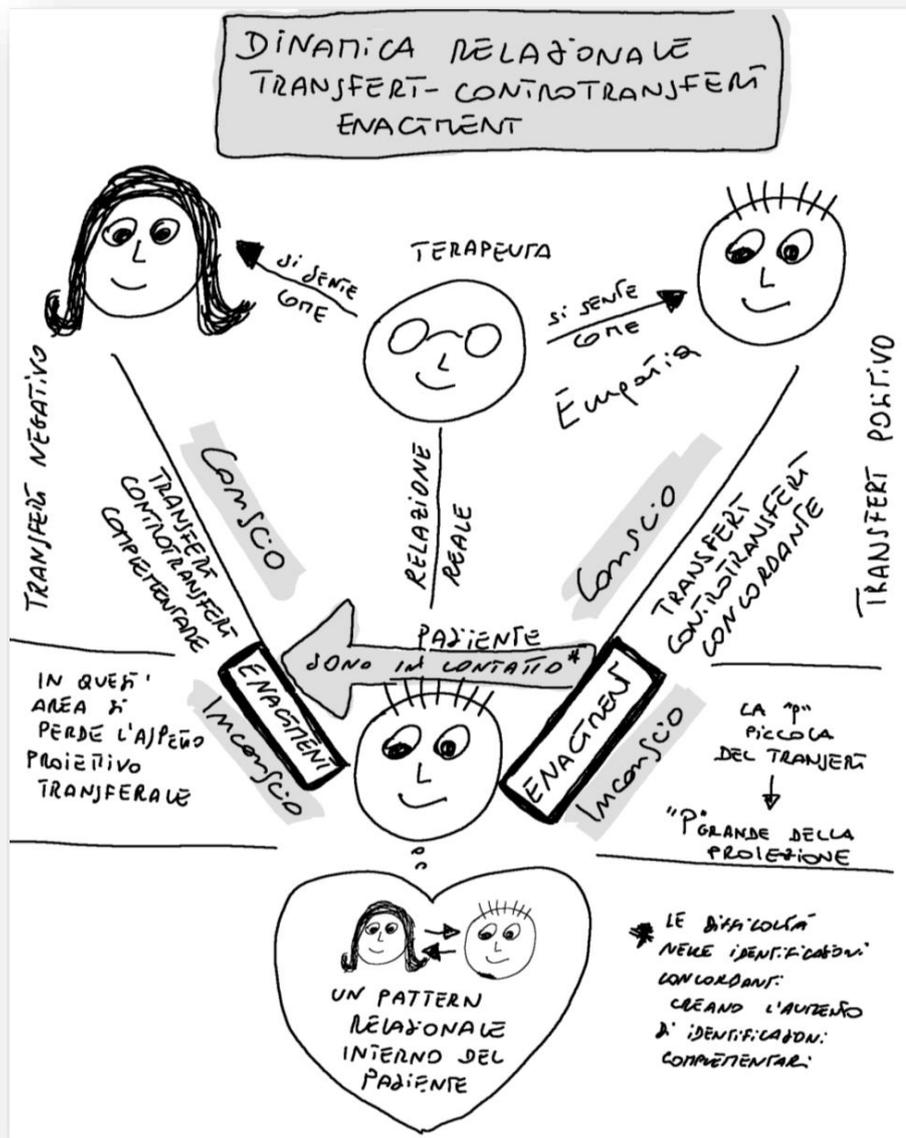
Cassorla descrive momenti diversi dell'enactment, può verificarsi un *"enactment acuto"* quando c'è un momento specifico che precipita all'interno della seduta oppure un *"enactment cronico"* che si struttura in un tipo di relazione terapeuta/paziente nel tempo in modo rigido. Davies e Frawley (1994) hanno osservato che alcune organizzazioni specifiche si strutturano durante la seduta o fasi del trattamento (Es. genitore indifferente/bambino ignorato, abusante sadico/vittima impotente, salvatore idealizzato/bambino che pretende di essere salvato, il seduttore/il sedotto, il carnefice/vittima).

Nancy Mc Williams dice *"La rivelazione al paziente dei sentimenti e delle immagini mentali del terapeuta, nell'interesse della conoscenza di cosa venga ricreato nel setting, oggi non è infrequente tra i terapeuti ad orientamento psicoanalitico. Il riconoscimento che gli enactment sono inevitabili, insieme alla concezione correlata del ruolo del terapeuta come espressione di una comprensione*

privilegiata dei contesti e dei significati mutualmente costruiti, sono diventati elementi ordinari del discorso psicoanalitico” (pag.21).

Brevemente ricordiamo i due tipi di controtransfert descritti da H. Racker (1968):

- 1) *Controtransfert concordante*, siamo identificati con il ruolo del paziente all’interno della resistenza transferale, per cui sentiamo ciò che ha sentito nella relazione primaria, questo spesso è il tipo di reazione collegata all’empatia per l’esperienza vissuta dal paziente.
- 2) *Controtransfert complementare* siamo identificati con il ruolo dell’oggetto primario all’interno della resistenza transferale e sentiamo per il paziente ciò che l’oggetto ha sentito per lui.



Disegno 1 – Transfert, Controtransfert ed Enactment

Bisogna considerare che tutto ciò che il paziente proietta in noi è qualcosa di nostro: la sua proiezione non è un oggetto fisico, può solo “svegliare” qualcosa che è già dentro di noi, perché ci sia identificazione proiettiva è necessario ed inevitabile il coinvolgimento dell’oggetto, in questo caso, il terapeuta. G. Gabbard sostiene che anche quando il controtransfert viene percepito dal terapeuta come una forza estranea che lo travolge, quello che si sta verificando è che la *sua rappresentazione del Sé o di un oggetto è rimossa e affettivamente carica*, ed è stata attivata dalla pressione interpersonale del paziente. Quindi dopo la presa di coscienza è importante comprendere attraverso l’autoanalisi, l’analisi o la supervisione, cosa stia succedendo nel terapeuta per portare alla coscienza un altro aspetto di sé invece di *counter-enact* (agirlo) nella relazione con il paziente. Questo si configura come un processo circolare a spirale, Edgar Levenson dice che una volta che siamo usciti da un enactment ci troviamo immediatamente dopo in un altro enactment, solo che non ne siamo ancora consapevoli.

Chiarire la caratteristica peculiare dell’enactment rispetto al transfert propriamente detto aiuta a comprendere la posizione psichica del paziente e ci permette di trovare modi diversi e più specifici di avvicinarci a lui e aiutarlo. Anche il transfert è una forma di enactment, poiché inconsciamente viene proiettato sul terapeuta il ricordo di una relazione, ma in questo articolo utilizzerò questa espressione solo per quella situazione in cui la dinamica transfert e controtransfert è inconscia per il terapeuta. Vediamo in dettaglio come si sviluppa questo fenomeno.

Fasi dell’Enactment

- 1- In una prima fase il terapeuta è convinto che il lavoro stia procedendo bene;
- 2- In un momento successivo si verificano “anomalie” nel setting o nel modo in cui in linea generale quel terapeuta lavora, per esempio rispetto a cambi di orario delle sedute, durate delle sedute, onorario, self disclosure, etc... Quando questo si realizza, e il terapeuta a posteriori lo riconosce, di solito ne viene turbato e prova dei sensi di colpa
- 3 – Nell’ultima fase, il terapeuta è fuori dall’enactment e realizza che non è stato prodotto alcun danno, osserva che il lavoro fatto sulla dinamica dell’enactment ha reso il lavoro terapeutico più produttivo. Tuttavia, bisogna tener presente che durante questa fase qualche danno potrebbe essere fatto perché, se permane la situazione di enactment, e il paziente meramente ripete le esperienze passate, questo potrebbe portarlo ad abbandonare il trattamento. Per uscire da questa posizione il terapeuta può descrivere l’enactment e questa comunicazione porterà a bloccarlo piuttosto che a incoraggiarlo, ripetendo traumaticamente la medesima esperienza. A questo punto dato che il terapeuta non agisce l’enactment la resistenza transferale non sarà necessaria, *si abbasseranno* le difese e contemporaneamente *saliranno* i sentimenti e i ricordi verso la consapevolezza.

Per comprendere come si sviluppa il processo nella Psicoterapia Intensiva Dinamica Breve ricordo qui sinteticamente quella serie di interventi che H. Davanloo in “*Il terapeuta instancabile*” (pag. 80) ha denominato “*Sequenza dinamica centrale*”, da lui ideata per accelerare l’accesso all’Inconscio nel paziente altamente resistente:

- 1 Inchiesta, ovvero l'esplorazione delle difficoltà del paziente.
- 2 Pressione sull'esperienza emotiva (*Pressione*)
- 3 Chiarificazione e messa in discussione delle difese (*Challenge*)
- 4 Interventi sulla Resistenza Transferale (*Head on collision*)
- 5 Crisi intrapsichica ed emersione dei sentimenti profondi inconsci (*Unlocking*)
- 6 Analisi sistematica del transfert
- 7 Indagine volta a raccogliere i dati relativi alla storia del paziente
- 8 Visione diretta della struttura nevrotica centrale multifocale.

La Cristallizzazione nel transfert in ISTDP è un concetto che viene usato per indicare sia il *processo* attraverso il quale l'aumento di sentimenti inconsci, in un movimento dinamico contemporaneo, fa aumentare la resistenza, che l'esito *finale* del processo stesso, il momento in cui la resistenza è completamente cristallizzata e questo significa che il paziente adesso è identificato con la propria resistenza, c'è completa sintonicità. La cristallizzazione poi viene affrontata attraverso tecniche specifiche che seguono principi fondamentali.

Jon Frederickson dice: *“Chiarire questa differenza tra processo ed esito è importante perché spesso viene ignorata, generando confusione tra i terapeuti. Un aumento medio della resistenza significa che le difese inconse si stanno disponendo senza la consapevolezza del paziente pertanto qui diventano necessari l'Identificazione della resistenza transferale, la Chiarificazione della resistenza che hanno lo scopo di rendere cosciente al paziente il modo in cui si relaziona difensivamente al terapeuta. Potremmo usare questa metafora: quando il clima è freddo, si crea un sottile strato di ghiaccio sulla superficie dell'acqua, ma non puoi ancora camminare sul ghiaccio; a metà dell'inverno, quando il ghiaccio è di 12 pollici, potresti guidare un camion sul ghiaccio senza paura!”.*

Andando avanti nel lavoro con la resistenza transferale è necessario mostrare la *funzione* che la resistenza ha nel modo di affrontare la propria vita psichica e infine le conseguenze che questa strutturazione ha, quale è il legame con la sua sofferenza, il *prezzo* che la persona paga. Dopo aver raggiunto questa fase avviene il *Challenge* delle difese che compongono la resistenza caratterizzato da una sfida alla difesa, il paziente che adesso vede questo sistema viene invitato a fare “una scelta”, affrontare il proprio mondo interno oppure appoggiarsi sulle proprie difese. Man mano che i sentimenti inconsci lievitano, la resistenza inconscia parallelamente lievita, fino a diventare completamente sintonica, a questo punto diciamo che *la resistenza è cristallizzata*: il paziente vede il prezzo ma persiste nel comportamento disadattivo, sembra contento e soddisfatto della propria resistenza. A questo punto usiamo l'*Head on collision* che è un intervento organico, ripetitivo e costante che ha la funzione di spostare la crisi relazionale agita nel transfert in una crisi intrapsichica che consentirà di arrivare al *Breakthrough*, ovvero l'accesso alle emozioni inconse, prima bloccate dal sistema della resistenza, il breakthrough è una vera e propria “rottura” prodotta dal lavoro congiunto del terapeuta e il paziente che porta ad un varco nell'argine difensivo. Perché è proprio necessario l'Head on collision qui?

Essendo la resistenza cristallizzata, il paziente è completamente identificato con essa, contemporaneamente ha proiettato sul terapeuta il proprio desiderio di guarire (UTA – Alleanza Terapeutica Inconscia) e cerca, attraverso l'identificazione proiettiva, di portare il terapeuta a identificarsi con il proprio desiderio di stare bene. Qui si realizza una peculiare dinamica relazionale: il conflitto è diventato interpersonale piuttosto che intrapsichico, ovvero tra la sua resistenza ed il proprio desiderio di stare bene. L'head on collision è progettata per disattivare la proiezione dell'UTA.

Dopo il *Breakthrough* di emozioni inconsce si arriva all'*Unlocking* dell'inconscio, il compito del terapeuta diventa "seguire", "accompagnare", "dare spazio" a ciò che il paziente sta rappresentando, a questo punto si disvelerà in modo vivido quali figure il terapeuta abbia rappresentato nel transfert; il *Working through*, la fase dell'elaborazione, renderà più chiari i nessi causali tra sintomi, sofferenza, transfert, relazioni presenti e la storia della persona. Ora l'interpretazione consolida l'esperienza emozionale ed è **mutativa**. L'ultima fase chiamata *Consolidation* consiste nella formulazione della visione multifocale del mondo interiore della persona e aiuta il paziente a comprendere la relazione tra il suo mondo interno e la natura delle difficoltà che lo hanno portato alla consultazione.

L'enactment tuttavia non appartiene a questa pur non semplice linearità e richiede al terapeuta un temporaneo adattamento interno e tecnico; tenendo presente ciò che dice Loewald (1989) *"quello che abbiamo visto, affrontato, sentito consciamente lo possiamo ricordare e mettere in parole, ciò che invece viene negato (diniego) può essere messo solo in azione e compare sotto forma di relazione"* possiamo iniziare a pensare, con queste informazioni, in quale modo lavorare terapeutamente con gli elementi che l'enactment ci ha dato.

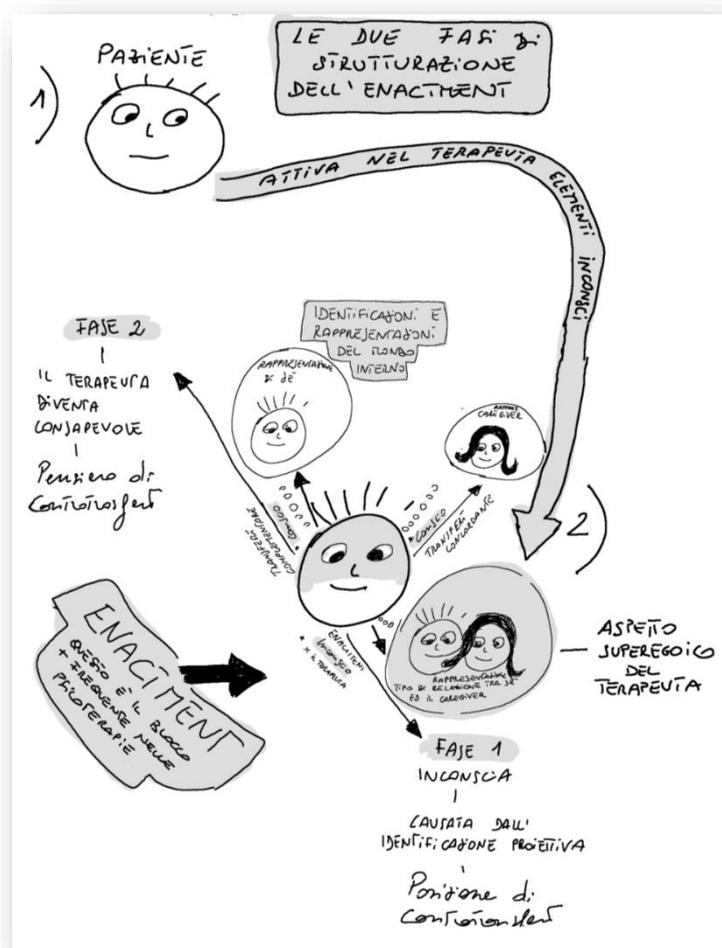
Jon Frederickson in *Co-Creating Safety* (pag. 544) mostra una strada descrivendo i segnali che indicano la presenza di un enactment:

*"A) **Enactment terapeutici**: accettare quello che il paziente dice come valore nominale, problemi con l'onorario, self-disclosure, non identificare le difese, prendere una posizione passiva o masochistica, tentare di provocare i sentimenti del paziente, prendere una posizione autoritaria, continuare la terapia quando gli obiettivi sono stati raggiunti. B) **Passività**: Diventare disattenti e distraibili, avere problemi di concentrazione o a ricordare, difficoltà a identificarsi con il paziente, sonnolenza, disinteresse, distacco, sognare ad occhi aperti. C) **Ansia**: ridere immediatamente o fuori contesto, parlare più del paziente, confusione, impotenza, evitare i problemi, sentirsi intimiditi, bisogno di fare delle rassicurazioni premature, paura di incontrare il paziente, masochismo (lasciare che il paziente abusi di te), atteggiamenti paranoidei D) **Aggressività**: criticare o invalidare il paziente, diventare eccessivamente direttivi, essere disapprovanti o disprezzanti, odio verso il paziente e verso se stessi, sentirsi intrappolati, presenza di sentimenti di vendetta, crudeltà, desideri di morte; E) **Erotismo**: attenzione e complimenti rivolti al corpo del paziente, avvio di autorivelazioni sulla propria vita personale, flirtare, idealizzazione del paziente, dare avvio a discussioni sulla sessualità, incoraggiamento a dare una descrizione dettagliata delle fantasie sessuali, innamorarsi del paziente F) **Vulnerabilità Narcisistica**: Parlare di sé stessi e dei propri successi, cercare di impressionare il paziente gelosia/invidia, sentimenti di competizione, sentimenti di superiorità, bisogno di vedere il paziente come speciale, usare il paziente per rispecchiarsi, diventare intolleranti all'auto affermazione del paziente, incoraggiare il paziente ad illudersi sui poteri del terapeuta, convincersi che la guarigione del paziente si rifletterà sul prestigio del terapeuta.*

Questi comportamenti indicano che la terapia è bloccata nel controtransfert, indicando la necessità di analizzarla. Quando lo facciamo, possiamo vedere ciò che il paziente sta proiettando, ciò che non può sopportare e ciò che il terapeuta non può sopportare. Allora possiamo accettare dentro di noi ciò che stiamo rifiutando nel paziente”.

Vediamo le diverse situazioni di controtransfert che possiamo assumere durante una seduta:

- 1) Controtransfert Concordante (conscio per il terapeuta e transfert inconscio per il paziente)
- 2) Controtransfert Complementare (conscio per il terapeuta e transfert inconscio per il paziente)
- 3) Enactment (inconscio per terapeuta e paziente – parte iniziale del Controtransfert Concordante e Complementare, sotto l’influenza dell’identificazione proiettiva)



Disegno 2: Enactment

Esiste la possibilità di impedire che l’Enactment si verifichi? No. Tutti abbiamo un inconscio e non esiste un essere umano senza aspetti non conosciuti di sé, la meraviglia della mente umana! L’altra questione è: L’enactment è un errore? No, è come la nostra mente comunica con noi (Ogden 1989) e “ciò che ha bisogno di essere curato adesso” (J. Frederickson). Forse a questo punto c’è una domanda migliore da porsi: “Ora che si è verificato cosa possiamo fare?”.

Lavorare con l'Enactment

Il meccanismo difensivo dell'identificazione proiettiva è composto da due elementi: 1) la proiezione di un aspetto sull'altro, il terapeuta e 2) l'identificazione con questo aspetto proiettato. L'enactment quindi attraverso l'identificazione proiettiva coinvolge il terapeuta nell'identificazione inconscia con uno dei due ruoli nel transfert; quindi, l'identificazione inconscia metterà in scena, enact, un ruolo nella dinamica transfert-controtransfert. Possiamo concettualizzarlo come un problema di temporaneo non riconoscimento della difesa dell'identificazione proiettiva. La risoluzione della posizione di controtransfert attraverso il passaggio al pensiero di controtransfert rimette in moto il processo e l'esplorazione emotiva.

Questa situazione difficile, di cui possiamo accorgerci fondamentalmente a posteriori, rivela tracce importanti: il modo particolare in cui il paziente resiste nella cristallizzazione transferale svela, lembo dopo lembo, la relazione originaria di attaccamento, come la persona e il proprio apparato somato-psichico, ha affrontato e talvolta è sopravvissuta alle esperienze oggettuali.

Tecnicamente nella resistenza transferale lavoriamo in questo modo: Identifichiamo la resistenza transferale, arriviamo al challenge delle difese e all'Head on Collision e da qui si verifica l'apertura di materiale inconscio. Talvolta succede che non troviamo i risultati attesi, anzi, osserviamo una strutturazione ancora più robusta della resistenza stessa. Cosa accade?

Prima di rispondere a questa domanda è importante chiarire le differenze concettuali e tecniche che riguardano il trattamento di:

- a) Cristallizzazione nel transfert; b) Difese Caratteriali; c) Enactment.

La *Cristallizzazione nel transfert* è il transfert propriamente detto, il paziente proietta l'immagine di un'altra persona sul terapeuta e questo lo porta a relazionarsi al terapeuta come se fosse una figura del passato.

Le *difese caratteriali* in ISTDP sono quelle difese per cui il paziente tratta sé stesso così come è stato trattato dai caregivers, frutto di un'identificazione con l'aggressore che lo porta a muoversi nel mondo sempre allo stesso modo, indipendentemente da quali stimoli l'interazione con l'esterno gli dia. Nel mondo psicoanalitico, fatte le dovute distinzioni, questo è sovrapponibile al concetto di "falso Sé" o con quella che Reich (1933) chiama "corazza caratteriale". È utile differenziare le Difese Caratteriali dal transfert e dall'Enactment, perché le prime rispetto a questi ultimi non hanno bisogno di un trigger o di alcun tipo di pressione, da un punto di vista sintomatico/manifesto Enactment e Difese Caratteriali hanno aspetti simili e possono essere confusi, questa confusione potrebbe condurre ad un punto cieco del lavoro.

L'*enactment* è qualcosa che "si struttura" nel dispiegamento della relazione terapeuta/paziente con *aspetti inconsci per il terapeuta* e si differenzia dalla cristallizzazione nel transfert, che è invece il risultato del processo terapeutico caratterizzato da una riorganizzazione coordinata di un insieme di difese inconscie che si dispongono con la finalità di mantenere a distanza il terapeuta, la cui presenza evoca sensazioni, sentimenti ed impulsi conflittuali, l'insieme di queste difese strategiche è conosciuta come resistenza transferale, di questo movimento interno del paziente nella seduta il terapeuta è consapevole.

Comprendere la funzione dell'Enactment, come un "peculiare momento della Cristallizzazione nel Transfert", aiuta a cercare un intervento che risponda alla natura del fenomeno stesso; è necessario relazionarsi alla persona in un modo diverso dal Challenge o dall'Head on Collision perché quello che osserviamo nell'incontro avviene sotto la spinta dell'Identificazione Proiettiva e si struttura come un preciso e caratteristico "schema relazionale" paziente/terapeuta che blocca il trattamento. Jon Frederickson, rielaborando Freud, sostiene che un primo passo da compiere sia quello di mettere la memoria agita in parole, così facendo, iniziamo a differenziare il passato dal presente ed aggiungo, permette di creare "spazio mentale".

Attraverso il *lavoro metacognitivo* di osservazione ed auto-osservazione che si sviluppa in due tempi possiamo individuare i pattern relazionali che stiamo mettendo in scena:

Tempo 1. Enactment: Abbiamo un coinvolgimento inconsapevole. Tenendo a mente che siamo al cospetto di un fenomeno inconscio dobbiamo convenire che non abbiamo alcun modo di evitare che esso accada. Possiamo o difenderci dall'esperienza, contribuendo in questo modo ad una organizzazione patologica della relazione terapeutica, oppure possiamo accettarla ed attraversarla come fosse un'onda più grande di noi, che non possiamo contrastare, ma accettando il rotolamento che produce, non disperdiamo ulteriori energie a cercare di controllarla e usciti dal vortice possiamo provare a riposizionarci nel luogo in cui il paziente ha bisogno di noi, nella nostra funzione analitica. Transitando attraverso questi stati mentali ed emozionali possiamo giungere alla consapevolezza del processo in corso e ritroviamo la nostra "posizione terapeutica".

Tempo 2. Riflessione: Possiamo ora comprendere il tipo di relazione oggettuale che abbiamo incarnato. Il nostro intervento, l'identificazione del pattern relazionale che si sta realizzando nel qui ed ora della seduta, produrrà a sua volta una risposta del paziente che ci aiuterà a comprendere se la nostra ipotesi o il nostro intervento sia stato utile o meno.

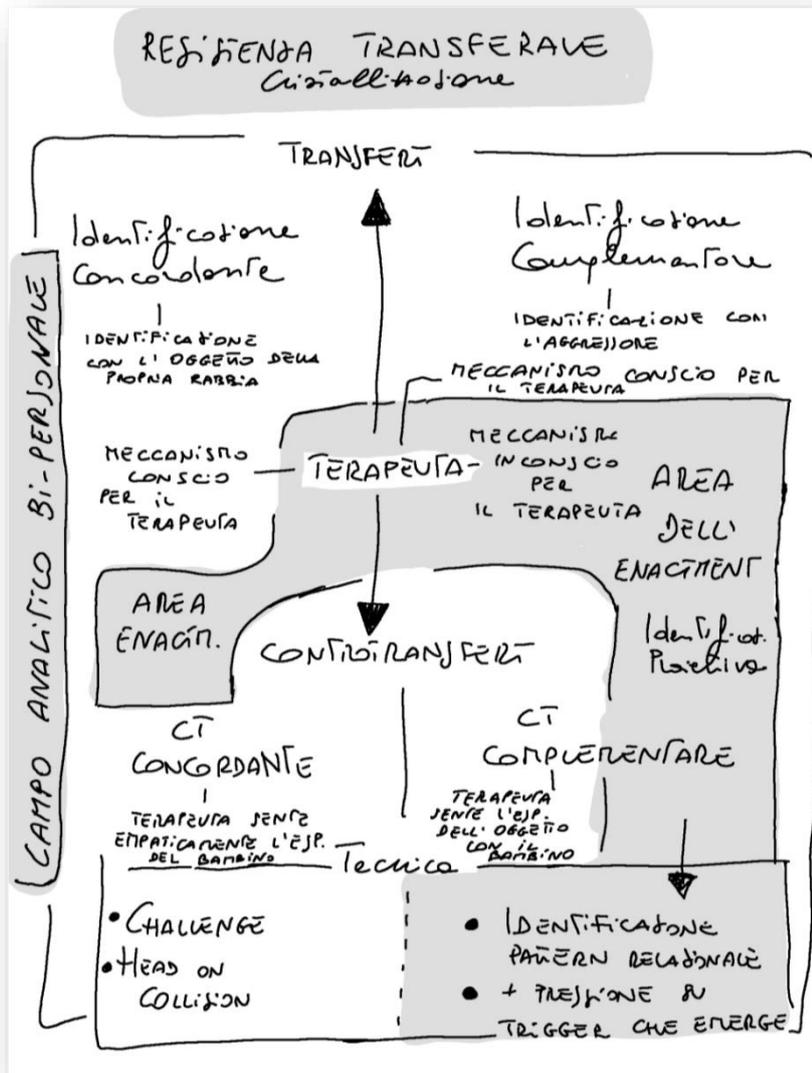
La risposta del paziente sia nelle sue componenti non verbali che nei contenuti manifesti ci fornisce tutti i dati di cui abbiamo bisogno per fare una valutazione immediata dell'elaborazione che ha fatto del nostro intervento. In ogni sua risposta abbiamo un tesoro di informazioni prodotte dal suo innato desiderio di farsi comprendere, connettersi e comunicare, espressione dell'alleanza terapeutica inconscia e della sua pulsione di vita. Possiamo avere risposte che confermano le nostre ipotesi o che le disconfermano, caratterizzato da elementi che vanno osservati nella loro globalità e interazione.

Questi elementi possono essere osservati tenendo presente: 1) Il *Processo*, ovvero ciò che produce, al di là del contenuto, il nostro commento; 2) Il *Contenuto manifesto*, ciò che il paziente dice cognitivamente; 3) Il *Contenuto latente*, ovvero le associazioni che per contenuti descrivono un certo tipo di relazioni tra i personaggi che possono essere riconducibili a come il paziente vive "in questo preciso momento" il transfert 4) *Le manifestazioni somatiche di mobilitazione inconscia UTA*, sospiri, ed ansia sulla muscolatura striata che indicano che aspetti emotivi conflittuali sono stati mobilitati.

Organizzazione intervento:

- a) Riconoscimento dei segnali della possibile presenza di un enactment.
- b) Comprensione del tipo di relazione di Transfert/Controtransfert con il paziente.
- c) Descrizione al paziente della relazione ed invito a considerare se questo è un pattern relazionale ricorrente nella sua vita.

d) Pressione all'esperienza emotiva sul collegamento del paziente.



Schema 1. Resistenza Transferale ed Enactment

Eccezioni: Transfert Paranoide

A questo sviluppo del processo c'è un'eccezione di cui tener conto: il transfert di tipo paranoide. Questo può insinuarsi nel processo terapeutico nel momento in cui affrontiamo insieme al paziente la Resistenza Transferale; si insinua sottilmente attraverso quelle affermazioni o quei comportamenti difensivi che hanno la funzione di allontanare da sé ciò che si desidera o si vuole: la "proiezione della volontà" o del "desiderio di salute" nel terapeuta. Questo fenomeno è diverso quando si manifesta in questa fase rispetto a quanto succede in una fase precedente del lavoro, per esempio quando all'inizio di una psicoterapia il bisogno di ricevere aiuto è attribuito a un partner, un familiare o un curante.

Se questa difesa viene valutata come una parte della resistenza transferale e non come una "difesa regressiva" che spunta, per un aumento dell'ansia, in mezzo al sistema della resistenza si concretizzerà

un tipo di enactment dal quale è molto più difficile uscire. Per esempio: paziente controllato/terapeuta controllante, paziente condannato/terapeuta giudicante, paziente perseguitato/terapeuta persecutore o esattamente il contrario, paziente controllante/terapeuta controllato, etc...

Alejandro Trapani (Psicoanalista APA, 2015 comunicazione personale) parlando *dell'attenzione liberamente fluttuante* ha usato la metafora del pescatore che immerso in un silenzio contemplativo osserva la linea del mare, senza guidare in alcun punto in particolare la propria attenzione, improvvisamente increspature formate dal movimento che i pesci producono sotto la superficie dell'acqua catturano la sua attenzione, così l'analista tratta il materiale del paziente che risuona in lui.

Questa metafora calza con la disposizione interna che possiamo tenere mentre incontriamo la resistenza. Il lavoro sulla resistenza transferale ad un certo punto mostrerà "un'increspatura" creata da queste proiezioni, se la affrontiamo subito possiamo prevenire lo strutturarsi del transfert paranoideo, i nostri pesci in questo caso sono varie forme di *proiezione della volontà* (Projection of Will), eccone alcune:

- 1 La *volontà di scelta*: il paziente è con noi per una sua libera scelta? Questo ha molte implicazioni quando la decisione di essere in psicoterapia è di tipo giudiziario o ha un vantaggio secondario di tipo legale o amministrativo. È diverso quando la scelta è di un familiare, un amico, un curante o un collega, che non prevede una caratteristica di "obbligo" o "convenienza" (vantaggio primario della malattia). Quando esiste la possibilità realistica di opporsi all'incontro con il terapeuta sappiamo che, anche se si trova con noi sotto una pressione esterna c'è comunque un desiderio personale di ricevere aiuto. Per dirla in un altro modo: il paziente non ha una pistola puntata alla tempia.
- 2 La *volontà di essere aiutato* attraverso la psicoterapia: le implicazioni sono relative al significato soggettivo di essere temporaneamente in un legame di dipendenza.
- 3 La *volontà di essere aiutato da quel terapeuta*: potrebbe riconoscere il bisogno di essere aiutato ma non la volontà di farlo con il terapeuta che ha di fronte. Il lavoro paziente in questa fase è fondamentale rispetto alle proiezioni perché inizia a creare una relazione di rispetto umano autentico per ciò che il paziente desidera e di accettazione di ciò che non vuole.
- 4 La *volontà di salute* coincide con quella forza interna, la "pulsione di vita" che è sempre dentro al paziente: questo è l'aspetto preponderante nella situazione del transfert paranoide in un paziente altamente resistente. Questa è la principale responsabile dell'enactment.

La proiezione della volontà di salute avviene quando il desiderio di affrontare ed esplorare ciò che è dentro il paziente si trova più nel terapeuta che nel paziente stesso. Questo produce una lotta relazionale in cui sottilmente il terapeuta mostra i vantaggi o le conseguenze del non esplorarsi oppure rimprovera silenziosamente dentro di sé il paziente di non impegnarsi abbastanza.

Quando l'aspetto proiettivo che caratterizza il transfert paranoideo è in primo piano organizza la gestalt globale della relazione e porta una transitoria e leggera modifica all'esame di realtà in una persona che generalmente ha capacità dell'Io; questa proiezione con la p minuscola ha lo scopo di evitare l'esperienza emozionale, persistere quindi con il lavoro sulla Resistenza Transferale

(Identificazione, Chiarificazione e Confronto della Resistenza) oppure con l'interpretazione del pattern relazionale o del processo potrebbe esacerbare la proiezione stessa ed indebolire l'alleanza terapeutica. Tornare all'elemento proiettato, bloccarlo e disattivarlo, permette di ritrovare l'orientamento e "rimettere il pesce in acqua!".

Come si struttura il transfert paranoide: un esempio clinico

La via crucis di Mario

Mario è un paziente che ha avuto nell'infanzia un genitore alcolista, depresso e frustrante di cui si è dovuto occupare. La relazione con il terapeuta è buona, ci sono molte associazioni ed il lavoro è gratificante sia per il terapeuta che il paziente. È un momento in cui il paziente inizia a chiedere frequenti spostamenti di orario presentando problemi concreti, il terapeuta apprezza la correttezza del paziente nel "comunicare per tempo", parallelamente inizia ad essere affaticato dai continui aggiustamenti che deve fare alla propria agenda. Ad inizio seduta il paziente dice:

P: Mi è successa una cosa di cui so che mi farebbe bene parlare ma non mi va di parlarne. *[abbiamo due difese, la negligenza verso i propri bisogni e la negazione del suo desiderio di parlarne, in questo momento l'ansia è contenuta]*

T: Questo potrebbe essere un esempio di come non può concedere a sé stesso ciò di cui sente di aver bisogno? *[Viene identificata la difesa della negligenza e non toccata la seconda]*

P: È vero, è proprio così (modo passivo, fa una constatazione). *[Il commento muove altre due difese, la passività ed il distacco]*

T: (Silenzio) *[Fa pressione sulla tendenza della paziente a diventare passiva]*

P: È una bellissima considerazione, non l'avevo vista da questo punto di vista. Pensa che sia utile che io ne parli? *[Si presenta la compiacenza e la prima proiezione del suo desiderio di parlare]*

Osserviamo il processo nella sua globalità: in questo caso l'ipotesi del terapeuta sembrerebbe essere corretta in quanto coerente con il materiale del paziente, la risposta del paziente apparentemente concorde, potrebbe assomigliare ad un insight, una comprensione sul suo funzionamento interno, sul modo in cui si relaziona con se stesso, invece la frase successiva aiuta a *chiarire il processo interno* e rende necessario il riadattamento delle ipotesi precedenti alla sua risposta e all'osservazione di ciò che accade nel processo, non c'è stata una successiva attenzione ai propri bisogni o un affetto di autocompassione legato all'insight; le parole ed il modo in cui vengono pronunciate mostrano la presenza di difese che hanno bisogno di essere ristrutturare.

A seconda del tipo di modello della mente che il terapeuta possiede ci possono essere diverse risposte a questa situazione; da un punto di vista relazionale, questa proiezione del desiderio di guardare dentro di sé sul terapeuta può portare un analista classico a "stare in silenzio" aspettando le associazioni libere del paziente. La logica del silenzio risiede nel non alimentare l'angoscia paranoide attraverso le parole o le interpretazioni; questa posizione concettualmente condivisibile va valutata nel caso specifico perché molto spesso il silenzio, soprattutto per i pazienti più fragili o le persone temporaneamente in uno stato esondante di ansia, ha una connotazione persecutoria che produce ulteriore angoscia e diventa un'esperienza che può essere traumatica. Un terapeuta con uno stile più

attivo, d'altra parte, potrebbe mostrare al paziente l'aspetto auto sabotante della sua posizione. Entrambe hanno un rischio: aggravare la proiezione. Il paziente che teme che il terapeuta voglia che lui faccia qualcosa che non vuole fare vivrà il silenzio non come uno spazio in cui far lievitare pensieri ed emozioni, ma come uno spazio persecutorio in cui il terapeuta si ritira in un silenzio punitivo. Nel caso di un terapeuta che ha uno stile più attivo potrebbe coinvolgersi in una relazione in cui si fa portavoce del desiderio di salute del paziente, anche questa posizione porta inevitabilmente a dei problemi, il primo e più probabile è che il terapeuta diventi un "fan" che fa il tifo per le scelte salutari del paziente mentre il paziente che diventa sempre meno "supporter" del proprio desiderio di affrontare ciò che ha dentro.

Immaginiamo che proseguendo la seduta il terapeuta risponda così:

P: È una bellissima considerazione, non l'avevo vista da questo punto di vista. Pensa che sia utile che io ne parli?

T: Nota come le viene da mandare la palla a me e prendere una posizione passiva? Potrebbe questo essere uno schema ricorrente nella sua vita? Le ricorda qualche relazione significativa? *[Identificazione della resistenza transferale passiva e pressione su esempio nel passato e nelle relazioni presenti]*

Il paziente inizia ad arrabbiarsi

P: È lei l'esperto, saprà lei ciò che è utile o no in psicoterapia!

T: Adesso sembra che lei abbia avuto una reazione, quali emozioni ha nei miei confronti?

P: Mi fa domande senza senso, non so se mi prende in giro o fa sul serio!

Andando avanti si inizierà ad esplorare la rabbia. In questo caso l'esperienza originaria conflittuale del paziente non è stata toccata perché resta agita nel transfert/controtransfert. Non si ha ora chiarezza o comprensione rispetto al tema del trascurarsi, ovvero, alla propria identificazione con una figura adulta che la trascura perché depressa o ebba; si ripeterà invece, a parti invertite replicando così la dinamica infantile del paziente. Questo è lo scopo della difesa: tenere lontano dalla propria coscienza emozioni e ricordi, il terapeuta come il paziente da bambino adesso vuole aiutare qualcuno che chiede di essere aiutato e non vuole essere aiutato.

La frustrazione causata dal fallimento del tentativo di aiutare il paziente, sveglierà il Super-Io del terapeuta che prenderà il comando dei successivi interventi e sarà causa delle reazioni interne depressive o persecutorie del clinico.

In questo caso viene in nostro soccorso la teoria: abbiamo due meccanismi contemporaneamente, la proiezione e la compiacenza; delle due la proiezione è quella che da un punto di vista evolutivo è più arcaica e la cui presenza è in grado di alterare l'esame di realtà. Il lavoro sulla proiezione ha necessariamente la precedenza. Se operiamo al contrario ciò che potremmo ottenere è che l'identificazione della difesa della compiacenza sarà vissuta come una critica fatta da un oggetto persecutorio e non la descrizione di come quella persona si relaziona ad un altro essere umano.

Il pensiero clinico

Pensare clinicamente è fondamentale; per sapere cosa fare con un paziente è necessario che comprenda cosa succede, e per comprenderlo, è necessario che io sia in grado di riflettere su ciò che accade nel paziente e tra lui e me. Per sviluppare il pensiero clinico dobbiamo esercitarci ad attenerci ai fatti osservabili, avere dei concetti che ci aiutino a comprendere quei fatti ed una teoria che organizzi i fatti in modo coerente. Jon Frederickson definisce il pensiero clinico *“un processo cognitivo e metacognitivo che usiamo per analizzare i fatti, interpretare i dati necessari ad una diagnosi accurata, sviluppare un piano di trattamento e revisionare il piano in base alle risposte e ai risultati”* (Jon Frederickson, comunicazione personale 2023).

Una vignetta clinica per chiarire:

Siete tutti uguali!

Michela sta affrontando la possibilità di una separazione causata dalle continue incomprensioni con il marito che spesso le chiede di fare cose che a lei non va di fare e le loro discussioni hanno esasperato la relazione. Nella terapia la paziente inizia ad allontanare il terapeuta per evitare i sentimenti che questo le suscita ed il lavoro nella Resistenza Transferale procede in questo modo per un po' fino a quando compare una proiezione di volontà:

P: Voi terapeuti volete farci esplorare le nostre emozioni *[il paziente proietta sul terapeuta il desiderio di conoscere sé stesso, se questo desiderio non esistesse in lui da qualche parte, non starebbe parlando con un terapeuta ovviamente]* le ho già detto che non sto provando niente!

In questo caso mostrare il pattern relazionale, che rispecchia fedelmente il tipo di rapporto che ha con il marito, anziché ridurre l'angoscia persecutoria esacerberebbe gli aspetti proiettivi in questo modo:

T: Nota cosa sta succedendo tra di noi? Sembra che anche qui siamo in una relazione in cui qualcuno le vuole far fare forzatamente qualcosa che non le va di fare. Lo vede anche lei?

P: *[sotto la pressione della proiezione]* Avete sempre queste teorie psicologiche. Gli psicologi alla fine te la rigirano sempre come vogliono loro.

T: Che cosa le fa provare per me? *[In questo caso esplorare i sentimenti nel transfert porterebbe ad esplorare i sentimenti nei confronti di una difesa, che porterebbe al contatto con una paura paranoide o a una rabbia reattiva alla proiezione; è il caso in cui il lavoro nel transfert produrrebbe un'emozione iatrogena e non il contatto con l'emozione transferale].*

Lavorando precedentemente sugli aspetti proiettivi invece la seduta potrebbe svolgersi in questo modo:

Il tono del terapeuta, calmo e neutrale, è importante per aiutare il paziente a confrontarsi con la realtà e a non sentirsi rimproverato.

P: Voi terapeuti volete farci esplorare le nostre emozioni.

T: Non ho necessità di esplorare le tue emozioni *[blocco la proiezione]*, solamente tu *[disattivo la proiezione]* puoi sapere se esplorare le tue emozioni può esserti utile.

P: Penso che non serva a nulla [*Altra proiezione: Il paziente invita implicitamente il terapeuta a prendere le parti della realtà*] alla fine sto bene così.

T: È vero, sarebbe inutile esplorare qualcosa che pensi non ti serva, non è necessario esplorare nulla che non senti utile per te.

P: (titubante) eh... ma le cose resteranno sempre così allora... [*la proiezione di volontà sta reintegrandosi nella persona*]

Questi interventi, che possono essere formulati solo quando il nostro cuore è pieno di empatia per la paura che il paziente sente a entrare in una relazione emozionalmente intima con noi, hanno lo scopo di riportare la crisi da "interpersonale", in cui il terapeuta "prende la parte" del desiderio proiettato, ad "intrapsichica". Questo tipo di intervento procederà fino al momento in cui non si osserverà una piena alleanza terapeutica conscia e inconscia: il paziente dichiara la propria volontà di lavorare su se stesso (livello conscio, cognitivo) ma abbiamo segnali anche di risposte inconse.

Monitorare i dati osservabili, che comprende anche la "valutazione dei sintomi negativi", ciò che manca quando dovrebbe esserci, ci consente di avvicinarci alla comprensione di ciò che sta accadendo. Quando entrambi i lati del conflitto sono presenti "nel paziente" rileveremo segnali di ansia inconscia, sotto forma di sospiri, movimento delle mani, tensione muscolare, etc.... Fino a quando non osserviamo la presenza conscia ed inconscia della sua volontà è necessario, e profondamente terapeutico, continuare a lavorare sulle difese che il paziente ci offre, aiutandolo, un momento dopo l'altro, a conoscersi più profondamente.

Esempio clinico del lavoro sull'Enactment: sbobinatura di una seduta di Flavia dell'11 luglio 2023.

Non mi lasciare!

Flavia ha 45 anni e soffre di attacchi di panico che nel corso della psicoterapia sono progressivamente diminuiti quasi fino a scomparire ma le resta un intimo senso di insicurezza ed inadeguatezza sui quali desidera lavorare.

In questa seduta, centrata sui sentimenti di rabbia legati alle mie prossime vacanze estive, c'è una fase di Challenge ed Head on Collision

T: Quando senti che andando via ti faccio sentire abbandonata cosa provi per me?

P: (sospira) rabbia, dallo stomaco (voce distaccata).

T: Noti il tuo tono di voce com'è distaccato?

P: Eh sì mi viene da dire, facciamola corta, se devi andare vai (tono distaccato) ed io non ho bisogno di te.

T: stavamo dicendo che quello che ti fa stare male è che vorresti che io fossi a disposizione e il fatto che io non ci sia ti fa sentire arrabbiata, distaccarti è il modo in cui ti distacchi dai tuoi sentimenti e dai tuoi bisogni.

P: i miei bisogni sono che tutte le persone che dico io devono stare lì.

T: questo è quello che desidereresti, che tutte le persone fossero disponibili.

P: se non sono lì allora va bene, che facciano come vogliono.

T: cosa provi per me che non ci sarò per 3 settimane a fine agosto?

P: sì, rabbia (voce distaccata).

T: ti accorgi come il tuo tono è distaccato? Questo è il modo in cui ti distacchi dalla tua rabbia, come è la tua rabbia se guardi sotto questo distacco?

P: (sospira) sì, ma è così.

T: che effetto avrà su di te distaccarti dalla tua rabbia?

P: il fatto che io abbia questo bisogno.

T: [interrompendo la razionalizzazione] la domanda è diversa, che effetto avrà su di te distaccarti dai tuoi sentimenti?

P: che cerchiamo di fare finta di niente su delle cose che io sento.

T: e se facciamo finta che tu non senta quello che senti che effetto avrà?

P: di (voce trema) rimanere sempre isolata nel mondo (voce distaccata).

Il lavoro di identificazione, chiarificazione e confronto delle difese va avanti per altri 25 minuti, c'è un passaggio su un ricordo passato con un ex fidanzato in cui c'è un breve accesso al dolore e alla rabbia immediatamente Flavia riprende una posizione distaccata e passiva e comincia un lavoro sulle sue difese di distacco, passività, intellettualizzazione e un principio di autorimprovero.

Dopo una decina di minuti mi sono accorto che stavo iniziando a sentire una specie di disagio, una forma di leggera irritazione, prendere consapevolezza di questa reazione personale di controtransfert mi ha permesso di fermarmi e attivare la funzione auto-osservativa, interrogandomi sulla mia reazione ed il processo: il *Pensiero Metacognitivo*. Queste in sequenza le domande che mi sono poste:

- 1) "Cosa di ciò che sta facendo Flavia mi produce questo disagio? Quale suo comportamento mi sta creando questa sensazione?" La risposta che mi sono dato è stata che il suo comportamento passivo e distaccato mi stava facendo lavorare moltissimo per compensare la sua mancanza di partecipazione e che questo aveva come conseguenza un suo ulteriore disimpegno;
- 2) "Quale difesa di Flavia potrebbe suscitarmi questo senso di irritazione e di attivazione?" A questa domanda ho risposto ipotizzando l'Identificazione proiettiva. Generalmente Flavia non mi provoca irritazione ma tenerezza e affetto. L'interrogarmi sulla difesa aveva disattivato la prima parte, non ero più identificato con la sua voglia di lavorare su di sé, dovevo adesso trovare un modo per lavorare sull'aspetto proiettivo e restituire a lei il proprio sano desiderio di guardare in sé stessa.

3) Per lavorare sulla proiezione è necessario che mostri un aspetto della realtà. Un modo per farlo è descrivere la realtà della relazione che si era creata tra di noi ed osservare cosa produce nel processo.

T: A me fai pensare che si sta creando una situazione particolare, in cui si invertono i ruoli (Flavia inizia a sorridere), c'è una persona che dice tante parole e tu che rispondi a monosillabi, dando briciole, "ecco ho un pochino di rabbia qui sulla punta del dito, ti basta? Quello che ho da dare è questo..."

P: (resta silenziosa, smette di sorridere).

T: Ti accorgi che costruiamo questo tipo di relazione?

P: Mi sento un po' una cogliona.

T: se mettiamo da una parte per un attimo questo, cosa ti fa pensare quello che stiamo vedendo, cosa ti ricorda? Sembra che qualcosa sia cambiato in te in questo momento (l'espressione del suo viso cambia e diventa più seria).

P: mi ricorda la relazione con Giovanni in cui ho dato tutto quello che avevo e ricevevo solo le briciole...

T: ti accorgi di cosa stiamo mettendo in scena qui?

P: infatti quando mi hai detto "qualcosa è cambiato" è come se mi fossi vista dall'esterno con questo sorriso che avevo fino a dieci minuti fa, un po' compiaciuto come a dire, sì, buttiamola in leggerezza, e ho pensato, ma che cazzo c'è da sorridere? Qualcosa mi ha fatto dire che non è divertente, non è divertente vedere che te ti sbatti e io cerco di rimanere distaccata il più possibile, è umiliante.

T: è umiliante ricevere delle briciole.

P: ti dico la verità, fino a quando non hai fatto questo esempio non mi rendevo conto di quanto ti stavi sbattendo, pensavo, "che palle, sempre la stessa roba, diamogli il contentino", fino a poco fa vedevo l'analista che segue il manuale ora è diverso.

T: che effetto ti va vedere questo tra di noi e che è quello che ti succedeva con Giovanni? Vedere questa ragazza che deve accontentarsi delle briciole quando lei da tutto?

P: Rabbia nei confronti di lui e dispiacere per non essere stata capita, che non sia stato dare valore all'impegno, adesso però mi è venuto di tornare a quello che è appena successo.

T: cos'è l'impegno?

P: l'impegno è l'amore nei miei confronti (piange), mi dispiace che non lo vedevo neanche.

Flavia finisce la seduta in questo modo, ripensando a come il distacco, la passività e il subordinare i propri bisogni a quelli altrui sia stato il modo in cui ha gestito la vicinanza emotiva nel corso degli anni dopo la relazione con Giovanni; e ha collegato come questo fosse già stato presente nella sua infanzia: la sua mamma, a cui lei dava tanto amore e le restituiva briciole.

Gabriel Garcia Marquez ha scritto:

*“La vita non è quella che si è vissuta,
ma quella che si ricorda e come la si ricorda
per raccontarla”*

Conclusione

Un passo dopo l'altro adattiamo la mappa, la teoria della mente che possediamo e l'andatura del nostro apparato psichico al territorio su cui il nostro piede poggia, la risposta che il paziente dà al nostro contatto ci aiuterà a muovere il piede successivo in un modo migliore. Se il terreno psichico del paziente è fragile allora poggeremo delicatamente il piede per adattarlo alla sua capacità di sostenere il peso, se invece il paziente è resistente, possiamo camminare in modo più spedito nella direzione del contatto più profondo con sé stesso. Saranno tante le volte in cui il nostro intervento toccherà il paziente nel modo sbagliato e la sua risposta al nostro errore sarà preziosa per aggiustare il tiro e imparare da lui. L'essere umano è intrinsecamente predisposto al contatto e questa predisposizione è sempre presente, per Davanloo è l'Alleanza Terapeutica Inconscia (UTA); essa ci accompagna lungo il cammino, anche quando viaggia per gallerie sotterranee e viene attivata dalla direzione dei nostri interventi. Esplorare il concetto di Enactment e chiarire la sua funzione intrapsichica e interpersonale è un passaggio centrale nella risoluzione del blocco di ogni tipo di psicoterapia ed è la conseguenza di una dinamica del campo analitico bipersonale in cui si struttura un "Bastione", ovvero il prodotto delle proiezioni del paziente e dell'identificazione proiettiva del terapeuta. Essere travolti da questo bastione significa restare centrifugati in interminabili schemi relazionali ripetitivi che restano fuori dal campo della coscienza del terapeuta e che creano una situazione caratteristica: da una parte il terapeuta è convinto di "essere sul pezzo" e che dovrà persistere in modo sistematico con il challenge alle difese o l'head on collision e dall'altra proprio questo atteggiamento del terapeuta irrigidirà ulteriormente le posizioni difensive del paziente.

Qui si può fare una scelta: si può persistere ed ottenere sempre lo stesso risultato oppure fermarsi e chiedersi: "Che tipo di relazione sto creando con questa persona?". Questo permette di utilizzare la relazione che si è formata dal Challenge all'Head On Collision concettualizzandola come Enactment di una relazione passata (paziente/caregiver passiva, e terapeuta/bambino attivo oppure paziente/caregiver critico e terapeuta/bambino impotente e così via...). In queste situazioni l'head on collision rafforza queste posizioni transferali.

Immaginiamo un paziente passivo-aggressivo che svaluta il terapeuta gradualmente ed, attraverso l'identificazione proiettiva, lo porta a sentirsi a sua volta svalutato ed impotente, mettendolo in una posizione in cui si genera una strisciante ostilità nei confronti di quella persona, che smonta, pezzo dopo pezzo, ogni intervento; persistere in un challenge o in un HOC porterà ad una rottura dell'alleanza di lavoro, mentre segnalare il tipo di pattern relazionale che si sta strutturando permetterà un cambiamento di prospettiva, capace di rimettere in movimento il processo e portare il terapeuta e il paziente fuori dalle sabbie mobili del bastione.

Jon Frederickson (Istdp Israel Supervision Group 2023) parlando dell'universale difficoltà umana di affrontare la realtà che abbiamo davanti, riferendosi al contesto clinico osservato, ha spiegato il lavoro di disidentificazione dall'enactment e all'importanza dell'analisi personale o dell'auto-analisi in un

modo mirabile, anche se queste non sono le sue precise parole, dice: *“E così il paziente vive relazioni perfette nella sua fantasia, vive una fanta - psicoterapia in cui ha finalmente trovato qualcuno che lo ha compreso ed il terapeuta si trova a sua volta con il paziente della sua fantasia, che finalmente accetta l’amore e la cura che lo porteranno ad una spettacolare guarigione nella sua fantasia”*. E poi c’è la realtà.

Riprendendo il pensiero di Bion, altro grande maestro, quasi un mistico nel modo in cui ha rivoluzionato la teoria del pensiero, parafrasando il concetto dei seminari italiani, possiamo affermare: *“Alla fine la nave della psicoanalisi della fantasia si frantuma contro lo scoglio della realtà”*. E grazie a questo rivive.

Bibliografia

Abbass A., Town, Driessen *“Harvard Review of Psychiatry”* 2012

Baranger W.M. *“La situazione psicoanalitica come campo bipersonale”* Raffaello Cortina Editore, Milano, 1990.

Bion W.R. *“Seminari Italiani”* Edizione Borla, Roma, 1993

Coughlin P. *“Maximizing Effectiveness in Dynamic Psychotherapy”* Ed. Routledge, New York, 2017.

Davanloo H. *“Il terapeuta instancabile”* Franco Angeli Editore, Milano, 1997.

Ferro A. *“Evitare le emozioni, vivere le emozioni”* Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007.

Frederickson J. *“Psychodynamic Psychotherapy”* Routledge, New York, 1999.

Frederickson J. *“Co-Creating Change”* Seven Leaves press 2013.

Frederickson J. *“Co-Creating Safety”* Seven Leaves press 2021.

Freud S. *“Analisi terminabile e interminabile”* Opere, Volume 11. Milano, 1937.

Gabbard G. *“Introduzione alla psicoterapia psicoanalitica”* Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005.

Jacobs T. *“On countertransference enactment”* in Journal of the American Psychoanalytic Association. 1986.

Leowald H.W. *“On the therapeutic action of psycho-analysis”* in International Journal of Psycho-Analysis, 32, pp.32-40.

Mc Williams N. *“Psicoterapia psicoanalitica”* Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006.

Mc Williams N. *“La diagnosi psicoanalitica”* Casa Editrice Astrolabio, Roma, 1999.

Roosvelt Cassorla *“Dal bastione all’enactment”* in Annata psicoanalitica internazionale n3/2007, Edizioni Borla, Roma, 2008.

Sterba R. *“The fate of the ego in the analytic therapy”* in International Journal of psychoanalysis, 1934.

Wierzbicki M. e Pekarik G, *"A meta-analysis of psychotherapy drop-out"* in Professional Psychology: Research and practice 24, 190-195, 1993.