

La metafora terapeuta genitore

- **Introduzione**

Innanzitutto si vuole sottolineare che le considerazioni che verranno esposte nel presente capitolo, come del resto anche negli altri, non hanno alcuna velleità di essere organiche ed esaustive rispetto ad un tema complesso e centrale per la prassi psicoterapeutica, ma intendono proporsi semplicemente come una serie di spunti o, se si vuole, di suggestioni sparse intorno alla possibile analogia tra la relazione terapeutica e quella genitoriale.

Detto questo, un possibile punto di partenza può essere individuato in un'affermazione che risulterà abbastanza scontata: una buona *relazione* terapeutica, così come una buona relazione genitoriale, fornisce all'individuo un territorio, uno spazio – nel nostro ambito utilizziamo il termine *setting* – in cui poter esperire quella sicurezza necessaria ad avviare una nuova e diversa narrazione della propria esperienza.

Nonostante l'ampio consenso che potrebbe oggi suscitare una tale affermazione, essa si fonda però su alcuni assunti – in modo particolare il rapporto tra mondo interno ed ambiente – che solo in tempi recenti, peraltro dopo lunghe ricerche ed esperienze cliniche, hanno raggiunto una sufficiente sistematizzazione.

Senza ripercorrere questo iter, si può tuttavia ricordare che la questione si è avviata con la rinuncia della teoria della seduzione da parte di Freud. Questo evento può essere ovviamente letto

in modo diametralmente opposto: lo si può considerare, infatti, come l'avvio di una più attenta esplorazione delle fantasie e della vita mentale inconscia dell'individuo, ma anche come un pericoloso distacco della psicoanalisi dalla realtà esterna e dagli eventi che possono assumere una valenza traumatogena.

- **La prospettiva relazionale**

A prescindere dai motivi sottesi alla decisione di Freud di focalizzare la propria attenzione sulla realtà interna piuttosto che su quella esterna, è comunque evidente che la sua teoria interpreta gli eventi psichici in una prospettiva sostanzialmente monopersonale, radicata in un paradigma di tipo positivistico: ciò che accade tra l'analista ed il paziente è quindi da riferirsi soprattutto alla dinamica intrapsichica di quest'ultimo e solo marginalmente ed occasionalmente chiama in causa il terapeuta in quanto persona.

Questo, ovviamente, non deve essere interpretato come una totale assenza, nella teoria freudiana, di riferimenti all'altro o alle relazioni, basti pensare all'insieme organizzato di desideri amorosi ed ostili che il bambino sviluppa nei confronti dei genitori e che definiamo tradizionalmente con l'espressione *complesso edipico*, ma significa semplicemente che si trattava di concetti posti sullo sfondo. Sebbene il complesso edipico implichi, infatti, l'esistenza di una scelta oggettuale infantile e di una realtà esterna a cui il bambino deve inevitabilmente rapportarsi, tutto ciò nella prospettiva freudiana viene considerato assolutamente secondario rispetto alla dinamica intrapsichica. In qualche modo, è proprio il ruolo e la rilevanza da riconoscere a questa realtà esterna a costituire il nocciolo della questione.

Il primo aspetto su cui intendiamo pertanto soffermarci, proprio a partire dalla nostra affermazione iniziale, è quello di *relazione*.

L'aggettivo *relazionale* deriva, come già segnalato nel capitolo 6, dall'espressione "*object relations*", usata per la prima volta nel 1925 da Melanie Klein nell'accezione di "*relazione*

con gli altri". In precedenza, il termine *oggetto* era stato sempre usato da Freud nella sola accezione di *meta della pulsione*. Fin dal 1932, come sappiamo, la Klein aveva iniziato a sviluppare la nozione di oggetti interni in relazione tra loro e quella di *fantasia* come luogo di immagini, fondate filogeneticamente, di oggetti interni buoni e cattivi. Nel 1935, la Klein diede origine ad un sottile spostamento della teoria (concetto di posizione, d'interazione e di oggetto totale e parziale) che portò all'importanza sempre maggiore del ruolo giocato dalle relazioni d'oggetto (Greenberg, Mitchell, 1986).

Negli anni '40 si avviò un ulteriore, profondo e radicale mutamento rispetto al concetto di oggetto e relazione. In quegli anni, Fairbairn (1970) aveva cominciato a formulare la sua teoria delle relazioni oggettuali che comportava una revisione del mondo pulsionale freudiano in termini di "relazionalità oggettuale". Le strutture endopsichiche, come egli definiva il mondo interno, non venivano più costruite su una fantasia innata, ma venivano considerate come derivate totalmente dalle relazioni reali del bambino con gli adulti significativi. La teoria pulsionale ne risultò profondamente modificata: la libido acquistava il significato di ricerca d'oggetto e non di piacere. Fairbairn descrive, in altri termini, un Io libidico alla ricerca di un contatto emotivo-affettivo già presente alla nascita e un Io antilibidico che si sviluppa per una cronica indisponibilità emotiva della madre e che è il frutto del rapporto con l'oggetto rifiutante. La tensione che nasce dal conflitto tra questi due aspetti costringe il bambino ad operare una scissione tramite una funzione definita "Io realtà".

In quegli anni anche Winnicott, prendendo spunto da alcuni concetti impliciti nella teoria della Klein, elabora idee particolarmente rilevanti per lo sviluppo della moderna teoria delle relazioni oggettuali, basti pensare all'espressione "fenomeni transizionali".

L'attenzione di Winnicott alla relazione si evidenzia in modo eclatante nel suo grande interesse per la diade madre-bambino e per la *capacità relazionale* della madre – si pensi al concetto di "*madre sufficientemente buona*" – grazie alla quale

è possibile creare nel bambino un'illusione di onnipotenza attraverso la "presentazione dell'oggetto", ovvero offrendo al bambino l'oggetto desiderato quasi ad anticipare il bisogno, lasciandogli quindi l'illusione di essere stato lui stesso a crearlo.

In questo scenario, è importante ricordare il contributo di Sullivan (1961), il lavoro della Mahler (1978) ma anche e specialmente gli studi di Bowlby (1983) che, ricordiamolo, ebbero come tappa importante la stesura del rapporto sulla salute dei bambini abbandonati, commissionato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1951. In tempi più recenti, un ruolo significativo nello sviluppo della teoria delle relazioni oggettuali è stato invece svolto dall'*infant research*, di cui Stern (1995) è certamente uno degli esponenti di spicco.

Questo insieme, certamente eterogeneo, di contributi ha avviato non solo più attente riflessioni teoriche e cliniche sul rapporto o, per meglio dire, sulle interazioni esistenti tra l'individuo e l'ambiente, ma ha sollecitato anche una serie di ulteriori ricerche tese ad indagare la relazione madre-bambino, recuperando quindi in modo diverso, ma sempre più significativo, il ruolo dell'ambiente e delle relazioni primarie sullo sviluppo psicologico.

A lato di questa evoluzione, descritta ovviamente in modo sommario e parziale, si è assistito, all'interno della psicoanalisi, a profonde trasformazioni anche sul piano della tecnica e della teoria della tecnica.

L'adesione ad una prospettiva di tipo bipersonale (Baranger, Baranger, 1990) ha comportato infatti profonde trasformazioni nel modo di considerare il materiale clinico. Quest'ultimo non è più interpretato esclusivamente alla luce delle dinamiche intrapsichiche rilevabili in un transfert attivato endopsichicamente – per citare Thomä e Kächele (1990) – ma anche e specialmente come un insieme di elementi che viene ad essere co-determinato sia dalle caratteristiche del terapeuta che da quelle del contesto in cui si situa la relazione.

Sarebbe interessante soffermarci, sempre nell'ottica dell'analogia "relazione terapeutica – relazione genitoriale", sulle implicazioni sottese al passaggio da una visione classica

del transfert, in quanto distorsione della realtà “oggettiva” dell’analista, ad una visione più moderna in cui si considera tale dinamismo come un processo di ri-organizzazione dell’esperienza attuale condotta dal paziente secondo i suoi modelli interni. In tale accezione, se da un lato è infatti inevitabile riconoscere al transfert tanto una funzione adattiva quanto manipolatoria nei confronti della relazione, dall’altro si evoca però anche l’idea di un *modello* che l’individuo acquisisce grazie alle sue relazioni primarie con le figure di attaccamento, cosa che rinvia sia al concetto bowlbyano di “*Modello Operativo Interno*”, che all’idea di Stern di una rappresentazione delle interazioni assunte dall’individuo e da lui generalizzate. Nell’accezione moderna, il transfert non può quindi che essere un processo interattivo e fondato sulle caratteristiche della situazione in cui esso si sviluppa.

- **Il concetto di campo e di sicurezza**

Un secondo aspetto che la nostra affermazione iniziale ci spinge ad evidenziare riguarda il concetto di *campo*. Il fatto di dire che una buona relazione terapeutica, così come una buona relazione genitoriale, propone uno spazio sicuro, ci consente infatti di notare che la questione non si esaurisce nell’idea di una coppia coinvolta in una serie di interazioni più o meno significative e profonde, ma si estende all’idea di una *situazione* o, per dirla con i Baranger (1990), di un *campo bipersonale* caratterizzato in termini sia materiali che mentali.

Certo c’è da dire che si tratta di un concetto ancora in *progress* e a cui si danno ruoli e significati molto diversi: mentre alcuni psicoanalisti (Bezoari, Ferro, 1991) ritengono infatti trattarsi di un concetto potenzialmente in grado di ampliare il modello relazionale, altri (Di Chiara, 1997) tendono ad utilizzarlo in una accezione piuttosto generica di “*campo relazionale*”. In ogni caso, non si può ignorare che l’interazione terapeutica non avviene solo in un *ambiente materiale*, ma anche e specialmente in un *campo* in cui si sviluppano fenomeni che coin-

volgono le rappresentazioni mentali di entrambi i soggetti coinvolti nell'interazione.

In questi anni, il dibattito sulla dimensione emozionale suscitata dalla situazione analitica o *campo*, che dir si voglia, è molto acceso e a volte conduce gli analisti ad atteggiamenti diversi rispetto al ruolo da riconoscere alla soggettività del terapeuta e all'importanza della sua com-partecipazione alla relazione: basti pensare, ad esempio, all'uso del concetto della *neutralità* o al contrario a quello del *self disclosure*.

Intimamente connesso a questi temi vi è il terzo aspetto su cui è necessario soffermarsi brevemente e che rinvia all'aggettivo *sicuro* utilizzato nella nostra affermazione iniziale. A questo proposito può essere utile ricordare che con tale termine si qualifica un luogo o un ambito che non presenta pericoli, uno spazio tranquillo e protetto, di cui non si dubita. L'aggettivo evoca pertanto una dimensione emozionale che ci introduce al tema degli affetti.

Tornando per un attimo al modello freudiano, è noto il fatto che in esso si considerano gli affetti come stati complessi a base biologica, che si manifestano con sentimenti immediati di *piacere* o *dispiacere*, risiedenti nell'Io e che coinvolgono funzioni percettive, valutative e cognitive.

Questa prospettiva è stata arricchita dalle elaborazioni teoriche di Hartmann (1966), il quale è giunto ad un modello degli affetti fondato su quattro principi:

- gli affetti sono strutture autonome;
- gli affetti costituiscono degli aspetti costanti della nostra vita;
- gli affetti sono fattori essenziali della vita umana di relazione;
- le espressioni degli affetti rappresentano valide linee guida per comprendere le motivazioni e gli stati della mente.

In tempi più o meno paralleli al lavoro di Hartmann si è andata strutturando una diversa prospettiva anche nei confronti delle competenze sia cognitive che emozionali del bambino. Se infatti prima lo si raffigurava come un organismo relativamente passivo, i dati raccolti grazie alle *infant observation* e all'*infant research* hanno mostrato con sempre maggiore evidenza l'infondatezza di tale opinione. Fin dai primi giorni di vita il bambino possiede infatti la capacità di interagire con l'ambiente: il concetto di *organizzazione* – come ha affermato Emde (cit. in Thomä, Kächele, 1990) – ha quindi assunto un ruolo centrale nella psicologia dell'età evolutiva e si è rafforzata la convinzione circa l'importanza delle interazioni individuo-ambiente.

Attualmente si dà dunque per acquisita l'affermazione di Winnicott secondo cui non esiste un bambino senza madre: anche se a questo proposito è importante ricordare che quando Winnicott parla di madre si riferisce alla “madre ambiente” ovvero a chi materialmente si prende cura del bambino. Le osservazioni e le ricerche attuali includono pertanto sia il bambino che la figura di attaccamento. In sostanza, entrambi sono considerati come soggetti in grado di concorrere, con le loro specifiche caratteristiche e modalità interattive, a determinare l'assetto e la qualità del campo interpersonale.

Si è fatto più volte riferimento a Winnicott e al suo continuo sottolineare l'importanza della qualità della relazione madre-bambino, così come il fatto che i bisogni del lattante sono fortemente determinati dall'assetto mentale della madre. Una “madre sufficientemente buona”, per dirla con le sue parole, mostra la capacità di fantasticare, mentalizzare e regredire, cose che consentono alla “coppia” di strutturare una relazione in grado di fornire al bambino uno spazio – materiale e mentale – connotato da una dimensione affettiva di sostanziale sicurezza.

La prima infanzia, dichiara Winnicott (1970, p. 51),

è il periodo della vita in cui le capacità di raccogliere e inserire i fattori esterni nell'area della propria onnipotenza è in via di formazione. In questo periodo è il sostegno dato all'Io dall'assistenza materna che

permette al piccolo di vivere e di svilupparsi, malgrado egli non sia ancora capace di sentirsi responsabile di ciò che è buono e cattivo nell'ambiente o di controllarlo.

Il lavoro di Winnicott, che con le sue osservazioni cliniche e riflessioni teoriche si inserisce pienamente nell'alveo di una psicologia bipersonale, ci sembra particolarmente interessante in quanto, se da un lato sottolinea l'importanza della relazione madre-bambino dall'altro evidenzia il ruolo svolto dalle *condizioni materiali* per l'economia dell'intervento psicoterapeutico: non a caso proprio a Winnicott si riconosce il merito di aver utilizzato per primo, in senso tecnico, il termine *setting* e di averne marcato l'estrema importanza nei trattamenti delle patologie più gravi (cfr. Anche Pennella, 2002; Grasso, Cordella, Pennella, 2004). Continuità, stabilità, coerenza, contenimento sono elementi strutturali dello spazio psicoterapeutico, ma – e aggiungerei, non a caso – anche di una sicura relazione madre-bambino.

In questo senso, la capacità del terapeuta di strutturare una situazione analitica in cui sia possibile attuare una “sintonizzazione intermodale”, per utilizzare un'espressione di Stern, in grado cioè di cogliere ed armonizzarsi funzionalmente ai bisogni e agli stati mentali ed emozionali del paziente, costituisce una componente essenziale della relazione terapeutica, componente fortemente evocativa di una valida relazione genitoriale.

D'altro canto, è anche possibile ricordare che Bowlby considera la capacità di “processare” l'affetto negativo, cioè di cogliere ed elaborare gli affetti spiacevoli, come un tratto centrale di una relazione sicura. I genitori dei bambini insicuri falliscono in questo compito perché rispondono in modo inappropriato all'angoscia del figlio, ignorandolo, o coinvolgendosi talmente nell'emozione da lui espressa, da rimanerne invischiati. Il bambino si trova quindi ad interagire con genitori che, probabilmente a causa dei propri conflitti interni, non sono in grado di contenere e metabolizzare gli affetti, l'angoscia o la paura di disintegrazione.

Al contrario, le madri sensibili sanno interagire con i loro bambini in maniera tale che quando questi hanno bisogno di essere stimolati, ciò viene eseguito o, viceversa, quando il bambino diviene sovraeccitato sanno ritirarsi, in modo da ristabilire un certo equilibrio.

Il lasciarsi portare dall'altro e il sintonizzarsi permettono ad un essere umano di stare insieme ad un altro nel senso di condividere esperienze interiori analoghe su una base quasi continua [...] Questa è esattamente la nostra esperienza del sentirsi connessi, del sentirsi in sintonia l'uno con l'altro. Si ha la sensazione di una linea intatta. La sintonia cerca il contorno di attivazione che sta avvenendo in ogni singolo comportamento e usa quel contorno per mantenere intatto il filo della comunicazione (Stern, 1987).

Riprendendo l'analogia che in qualche modo stiamo seguendo, una buona relazione terapeutica si caratterizza quindi – come nel caso della relazione madre-bambino – per la sua capacità di promuovere nel paziente, grazie alla sicurezza di un assetto organizzativo caratterizzato dalla coerenza e dalla stabilità, una specifica competenza all'autoriflessione. Parafrasando Fonagy (2002), si può cioè dire che un paziente si trova in una relazione sicura nella misura in cui il suo stato mentale è appropriatamente compreso e riflesso dal terapeuta: in tali condizioni, gli si aprirà la possibilità di concepire se stesso e gli altri come persone che hanno una mente.

D'altro canto, in modo analogo a quanto accade nella relazione madre-bambino, in cui si è rilevato che uno degli elementi chiave per un attaccamento sicuro è senza ombra di dubbio un'interazione attiva e reciproca in cui è più importante la qualità piuttosto che la quantità delle interazioni, è piuttosto agevole affermare che la possibilità di attivare una valida relazione terapeutica è fortemente influenzata dalle competenze personali dell'analista e dalla sua capacità di sintonizzarsi con il proprio paziente (Di Sauro, 2002).

Tutto questo ci riporta ovviamente al concetto di relazione e ci consente di affermare che se il rapporto tra l'individuo e l'ambiente non è concepito come un sistema chiuso, diventa

ampiamente condivisibile la posizione di chi sottolinea il fatto che gli eventi che conducono a mutamenti terapeutici nella mente del paziente prendono le mosse sempre dalla relazione, cioè da qualcosa che avviene essenzialmente *tra* le persone e non all'*interno* della persona.

- **La narrazione**

Un ultimo aspetto proposto dalla affermazione iniziale e su cui si desidera soffermarsi rinvia al concetto di *narrazione*. Come si ricorderà, si è detto che lo spazio in cui si situa la relazione terapeutica e la sua qualificazione in termini di sicurezza consente di avviare ed elaborare una nuova narrazione dell'esperienza personale.

A questo proposito due semplici note.

La prima rinvia ad alcune ricerche condotte negli anni '80 in cui, al fine di studiare l'esperienza di attaccamento, si richiedeva ad un gruppo di bambini di completare un quadro o una storia. Grazie a queste ricerche, si è potuto constatare che i bambini "sicuri" – a differenza, ad esempio, dei bambini "evitanti" – rispondono al compito dando risposte più coerenti ed elaborate che includono riferimenti alle loro esperienze di separazione e sono inoltre capaci di proporre modi positivi con cui risolvere le difficoltà.

La seconda, che utilizzeremo come link per riprendere l'analogia tra lo psicoterapeuta ed il genitore, rinvia all'etimo del termine, legato al latino *gnarus* e al greco *gnathos*, che a loro volta ci ricordano la nota ingiunzione dell'oracolo di Delfi – "conosci te stesso" – che può essere considerata come il principio guida di una esperienza psicoterapeutica.

Emerge, in sostanza, una interconnessione tra la qualità e le caratteristiche delle relazioni primarie e le modalità di conoscenza e di rappresentazione del paziente. Come ha osservato Stern (1987), se da un lato è possibile considerare il modello narrativo come la storia o il racconto dei Modelli Operativi Interni, dall'altro esso non corrisponde però mai pienamente ad

essi. A differenza del primo, generalmente conscio, verbale, narrabile e sociale, i Modelli Operativi Interni non sono infatti né coscienti, né verbali. La loro funzione di regolazione avviene quindi in modo inconsapevole e spesso differente rispetto al modello narrativo che la persona utilizza per rappresentare se stesso sia ai propri occhi che a quelli degli altri.

In questa prospettiva, il lavoro terapeutico può essere considerato come un possente sforzo teso ad armonizzare questi due modelli.

Se dunque è possibile affermare che la competenza narrativa è legata alla qualità della relazioni primarie e alla capacità di mentalizzare da parte dell'individuo, è ugualmente possibile affermare che la promozione di una "competenza autobiografica" è il fine che si propone di raggiungere la relazione terapeutica anche attraverso l'istituzione di uno spazio sicuro in cui collocare le emozioni della coppia (Holmes, 1994).

Anche se solo *en passant*, si può rilevare il fatto che se la psicoterapia assume la forma di un processo narrativo, le interpretazioni possono considerarsi come verbalizzazioni tese a modificare, espandere, arricchire ed approfondire la storia del paziente, anche se c'è da dire – riprendendo in questo Shafer (1984) – che la narrazione non ha come fine l'individuazione dell'oggettività, non si propone cioè il disvelamento della verità storica, ma si propone di modificare quello che di storico è ancora attivo nel presente. D'altro canto, il processo narrativo non coinvolge solo la modalità relazionale del paziente, ma anche la stessa relazione terapeutica, che sarà inevitabilmente rivisitata ogni volta in modo diverso. Il contributo del terapeuta, di conseguenza, viene sempre più concepito come qualcosa che cambia e che può cambiare la natura delle modalità relazionali del paziente.

A conclusione di queste brevi riflessioni sulla analogia terapeuta/genitore, rimane la consapevolezza di aver solo sfiorato molti aspetti rilevanti per la prassi psicoterapeutica ed impliciti nella metafora che vede evocata la coppia genitore-figlio in quella psicoterapeutica. E' tuttavia nostra speranza che gli spun-

ti proposta possano costituire l'avvio di una ulteriore riflessione in tutti noi.

Bibliografia

- BARANGER, W., BARANGER, M. (1990), trad. it., *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*, Cortina, Milano.
- BEOZARI, M., FERRO, A. (1991), *Percorsi nel campo bipersonale dell'analisi*, Riv. Psicoan., XXXVII, 1.
- BOWLBY, J. (1983), trad. it., *La perdita della madre*, Boringhieri, Torino.
- DI CHIARA, G. (1997), *La formazione e le evoluzioni del campo psicoanalitico*, in: E. Gaburri (a cura di), *Emozione e interpretazione*, Bollati Boringhieri, Torino, p. 103-112.
- DI SAURO, R. (2002), *L'importanza della valutazione clinica in psicoterapia psicoanalitica*, Psicologia Clinica e Psicoterapia Psicoanalitica, Città Nuova, 1, p. 87-99.
- FAIRBAIRN, W.R.D. (1970), trad. it., *Studi psicoanalitici sulla personalità*, Boringhieri, Torino
- FONAGY, P. (2002), trad. it., *Le origini infantili del disturbo di personalità borderline*, Psicologia Clinica e Psicoterapia Psicoanalitica, Città Nuova, 1, p. 25-47.
- GRASSO, M., CORDELLAM B., PENNELLA, A.R. (2004), *Metodologia dell'intervento in psicologia clinica*, Carocci, Roma.
- GREENBERG, J.R., MITCHELL, S.A. (1986), trad. it., *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*, Il Mulino, Bologna.
- HARTMANN, H. (1966), trad. it., *Psicologia dell'Io e problema dell'adattamento*, Boringhieri, Torino.
- HOLMES, J. (1994), trad. it., *La teoria dell'attaccamento*, Cortina, Milano.
- MAHLER, M., Pine F., BERGMAN, A. (1978), trad. it., *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino.

- PENNELLA, A.R. (2002), *Riflessioni su setting ed emozione in psicoterapia psicoanalitica*, Psicologia Clinica e Psicoterapia Psicoanalitica, Città Nuova, 1, p. 71-85.
- SHACHER, R. (1984), trad. it., *L'atteggiamento analitico*, Feltrinelli, Milano.
- SULLIVAN, H.S. (1961), trad. it., *La moderna concezione della psichiatria*, Feltrinelli, Milano.
- STERN, D.N. (1987), trad. it., *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino.
- STERN, D.N. (1995), trad. it., *La costellazione materna*, Bollati Boringhieri, Torino.
- THOMA, H., KACHELE, H. (1990), trad. it., *Trattato di terapia psicoanalitica*, Vol. I., Bollati Boringhieri, Torino.
- WINNICOTT, D.W. (1970), trad. it., *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma.