

Davide Armanino  
Fabio A.P. Furlani

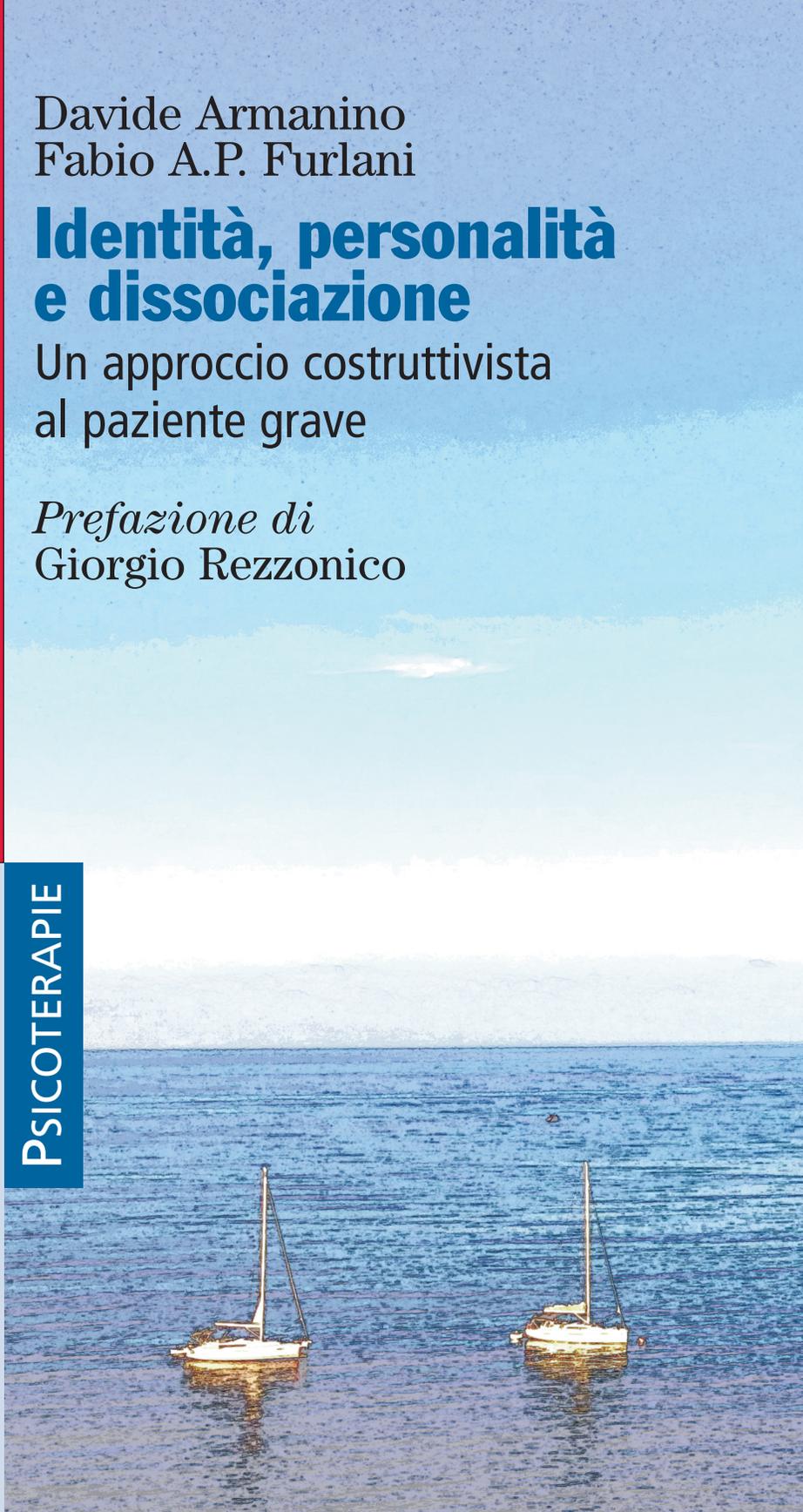
# Identità, personalità e dissociazione

Un approccio costruttivista  
al paziente grave

*Prefazione di*  
Giorgio Rezzonico

PSICOTERAPIE

**FrancoAngeli**



## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

Daide Armano  
Fabio A.P. Furlani

# **Identità, personalità e dissociazione**

Un approccio costruttivista  
al paziente grave

*Prefazione di*  
Giorgio Rezzonico

**FrancoAngeli**

PSICOTERAPIE

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)*

*a Greta,  
vento nelle mie vele*

Davide

*a chi Amo*

Fabio



# Indice

<b>Prefazione</b> , di <i>Giorgio Rezzonico</i>	pag.	9
<b>Introduzione</b> , di <i>Davide Armanino e Fabio A.P. Furlani</i>	»	11
<b>1. Complessità e sue declinazioni cliniche</b> , di <i>Davide Armanino</i>	»	13
1.1. Clinica e complessità, un dialogo necessario	»	13
1.2. Percorsi della processualità: da Pierre Janet a Vittorio Guidano	»	20
1.3. Una rilettura del modello di Vittorio Guidano	»	34
1.4. Ontogenesi del Sé, teoria dell'attaccamento e mentalizzazione	»	45
<b>2. Identità e personalità</b> , di <i>Davide Armanino</i>	»	54
2.1. Coscienza e struttura di personalità: due assi del funzionamento psicopatologico	»	54
2.2. Un passo in più verso la dimensionalità e la complessità	»	65
2.3. Stile di personalità e dimensionalità dei sintomi	»	69
2.4. Conclusioni	»	80
<b>3. Livelli di funzionamento mentale, integrazione della coscienza e processualità del Sé</b> , di <i>Davide Armanino</i>	»	83
3.1. Primo livello. Integrazione	»	85
3.2. Il modello triassiale di Millon: un esempio di intersezione fra contenuti e livello di funzionamento	»	89
3.3. Secondo livello. Il conflitto	»	99

3.4. I livelli di funzionamento mentale nel modello di Otto Kernberg	pag. 105
3.5. Terzo e quarto livello. Il funzionamento borderline e dissociativo	» 117
3.6. Quinto e sesto livello. Il funzionamento paranoide e psicotico	» 126
3.7. Conclusioni	» 130
<b>4. Per una psicopatologia processuale e dimensionale basata sulla continuità</b> , di <i> Davide Armanino</i>	» 132
4.1. Livelli di funzionamento ed esemplificazioni cliniche	» 132
4.2. Conclusioni. Fra radici storiche e prospettive future	» 140
<b>5. Il clima, l'atmosfera della psicoterapia. La relazione tra riconoscimento e semeiotica</b> , di <i> Fabio A.P. Furlani</i>	» 146
Istruzioni per l'uso	» 146
5.1. Del clima in psicoterapia costruttivista	» 149
5.2. La pratica del clima: il tema del riconoscimento, la distanza relazionale e i confini	» 151
5.3. Nella complessità del clima: la semeiotica sistemico-processuale	» 162
<b>6. L'assetto della psicoterapia. La relazione e la teoria delle parti</b> , di <i> Fabio A.P. Furlani</i>	» 175
6.1. Per iniziare. Un terapeuta si guarda	» 175
6.2. Svolgimento. Spunti sul com'è lavorare sulle parti	» 176
6.3. Per finire senza concludere. Ovviamente ancora il terapeuta	» 200
<b>7. Il metodo della psicoterapia. La relazione, il decentramento e l'autosservazione</b> , di <i> Fabio A.P. Furlani</i>	» 203
7.1. Un colloquio con Emily	» 205
7.2. Un colloquio con Harry	» 220
7.3. Due colloqui con Joanne	» 227
7.4. Un colloquio con Michael	» 233
<b>8. Appunti sul controtransfert. Il controtransfert come sintesi di complessità</b> , di <i> Davide Armanino e Fabio A.P. Furlani</i>	» 237
<b>9. Conclusioni</b> , di <i> Davide Armanino e Fabio A.P. Furlani</i>	» 240
<b>Bibliografia</b>	» 243

## *Prefazione*

di *Giorgio Rezzonico\**

È con una delicata curiosità che mi accingo a scrivere la prefazione di questo libro che si occupa di un tema a me particolarmente familiare. Curiosità e interesse perché, a partire dal titolo, vengono poste, discusse e approfondite in modo davvero originale una serie di questioni fondamentali nell'ambito della psicoterapia attuale. Sono presentati approfondimenti su tematiche cruciali non solo per il lavoro terapeutico ma anche per la comprensione complessa della concezione dell'uomo e della propria esperienza nel corso della vita.

L'*identità*, unica e allo stesso tempo cangiante, appare progressivamente costruita, pur riuscendo a mantenere il senso di sé nella dimensione di un universo in continuo cambiamento.

Il tema della *personalità*, da quando ci siamo costruiti l'idea dell'unicità della persona pur nel cambiamento, ha dato l'avvio a una serie di modelli che a loro volta si prestano a essere adattati in modo flessibile alle modificazioni ambientali e all'emergenza di significati e dei relativi cambiamenti.

Il tema della *dissociazione*, aspetto clinico centrale nell'opera, si sviluppa a partire dalle antiche idee illuminanti di Janet, per lunghi anni oscurate da altre modalità di lettura di tali fenomeni psichici. Si parte dai contributi fondamentali di Vittorio Guidano concernenti soprattutto gli aspetti teorici ed epistemologici inerenti i Sistemi Complessi e le relative applicazioni cliniche (ad es. la Moviola) per procedere poi con i contributi di Giovanni Liotti, il quale – a partire dallo sviluppo delle idee di John Bowlby sull'attaccamento – si è concentrato in modo particolare sulla dimensione evolutiva.

\* Psicologo e psichiatra, ordinario f.r. di Psicologia clinica, Università Milano-Bicocca. Già direttore dell'Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale di Mendrisio (CH), è past president e didatta SITCC. Direttore scientifico del centro di ricerca Carlo Perris de Il Volo (MB).

Questi autori hanno costituito la psicoterapia cognitiva italiana (Reda, 1986; 2021) la quale ha rappresentato una modalità di pensiero e di ridefinizione clinico metodologica particolarmente originale nel panorama internazionale della psicoterapia cognitiva, in particolare quella che si rifà alle concettualizzazioni variamente definibili come post-razionaliste, relazionali, sistemiche, costruttiviste.

In questo contesto scientifico e terapeutico si colloca il presente volume: i due autori si conoscono da diversi anni e da tempo svolgono approfondimenti in comune, nell'ambito della didattica, della ricerca e dell'affinamento delle modalità cliniche di intervento. Ambedue hanno sviluppato il proprio personale orientamento cognitivo costruttivista, con particolare attenzione alla dimensione relazionale, per una visione complessa degli aspetti problematici dei pazienti cosiddetti gravi, con approfondimenti a più livelli fra cui quello sociale.

Con Fabio A.P. Furlani nel 2019 ho curato un contributo sulla dissociazione.

In queste pagine, l'autore approfondisce e sviluppa il proprio intervento mostrando, con ricchezza di esemplificazioni cliniche, come sia possibile affrontare in terapia le modificazioni di significato dei pazienti, cogliendone anche le più nascoste sfaccettature degli aspetti di vita. Attraverso la conoscenza della psicopatologia e dei processi di funzionamento individuali, il lavoro terapeutico si sviluppa fornendo concretezza all'intervento attraverso mappe intorno alle quali si genera un modello terapeutico che risulta anche particolarmente rispettoso della persona.

Davide Armanino, che già nel nostro volume del 2019 aveva proposto una rilettura costruttivista dell'interazione fra coscienza e dissociazione, amplia il proprio sguardo ai molteplici aspetti della psicopatologia integrando modelli di lettura a partire da importanti approfondimenti teorici: nel solco di Janet e con la focalizzazione in particolare sui contributi di Kernberg e Millon, egli contribuisce in modo sostanziale a rendere attuale la portata del pensiero di Vittorio Guidano. Ne emerge, tra integrazione della coscienza e processualità del Sé, un pensiero originale di lettura dei livelli di funzionamento mentale e della struttura della personalità. Si genera così la possibilità di una prospettiva assiale del funzionamento psicopatologico, processuale e a differenti dimensioni, fondato sulla continuità e rispettoso della complessità.

In conclusione, ritengo che l'interesse di questo libro, al di là dei concetti espressi, sia rappresentata dall'esplicitazione della sapienza incarnata di due clinici dell'area della complessità che riescono a rendere in un ambito spesso caratterizzato da comprensibili marcate tendenze riduzioniste, l'esplicitazione di un pensiero complesso nella concretezza del fare psicoterapia. È un esempio di traduzione in pratica del pensiero complesso in azione, in aree medico biologiche legate alle sofferenze individuali e sociali.

## *Introduzione*

di *Davide Armanino e Fabio A.P. Furlani*

Questo scritto racchiude quasi trent'anni di studi, esperienza clinica e didattica di due psicoterapeuti costruttivisti, cresciuti nel cognitivismo clinico italiano di Vittorio Guidano e Giovanni Liotti e arricchiti da diversi influssi teorici, dal post-razionalismo alla fenomenologia, dalla psicodinamica alla teoria del trauma. Siamo grati e debitori verso una epistemologia della complessità, che ci ha sempre permesso di navigare acque teoriche così differenti senza mai smarrire la matrice della nostra identità. Ne risulta che questo è un testo che ne racchiude, come minimo, due: due perché scritto da due terapeuti diversi, come è diverso ogni terapeuta costruttivista da un altro, perché questa matrice teorica consente e favorisce la maturazione e la consapevolezza di una individualità differenziata. E abbiamo cercato di tradurre questa naturale e fisiologica differenza in un progetto organico. Troverete radici e frutti di uno stesso albero. Dai fondamenti teorici del costruttivismo post-razionalista elaborato ormai 40 anni fa e qui messo in dialogo con i principali approcci della clinica moderna, attraverso una rivisitazione dei concetti di diagnosi e semeiotica, fino a un esempio di come questa visione epistemologica e clinica possa declinarsi nell'intimità e nella libertà della stanza di terapia. La rivisitazione e messa in discussione di concetti teorici spesso dati per acquisiti e la fotografia senza veli di ciò che accade insieme al paziente, parola per parola, sono i modi più efficaci che abbiamo trovato per cercare di trasmettere "come veramente funziona" la clinica. Fare psicoterapia consiste anzitutto nello sviluppare un modo di guardare la persona e l'accadere psichico e da qui stare con il paziente: il terapeuta sente e poi chiama il paziente a osservarsi. In questo senso portiamo osservazioni teoriche e cliniche non su come si fa, ma su come noi leggiamo e facciamo. Lo spettro che si apre dalla riflessione teorica, attraverso le dimensioni cliniche, fino alla puntualità della relazione con il paziente è amplissimo, ma è sempre attraversato dallo stesso atteg-

giamento, dallo stesso sguardo: un modo di guardare rispettoso della complessità e dell'unicità. Non basta capire, è necessario sentire. È necessario sapere per poi dimenticare. O forse sapere tanto da sapere di non sapere. O ancor meglio possedere un sapere ordinato alla complessità, che non preformi l'incontro, che non anticipi il disvelarsi della persona: un metodo che coltivi la curiosità. Per questo dal discernimento diagnostico, alla ricerca di segni e sintomi nella semeiotica, alla comprensione della psicopatologia, fino alle parole e al clima della seduta, il terapeuta cerca le tracce della processualità del Sé, del modo in cui il paziente costruisce e sente. Siamo partiti chiedendoci in che senso, essendo persone così diverse, e differenti anche in alcune modalità operative, possiamo definirci entrambi costruttivisti. Al lettore le risposte<sup>1</sup>.

1. I numerosi casi clinici presentati nel volume sono stati opportunamente modificati nel rispetto della privacy dei pazienti.

# 1. Complessità e sue declinazioni cliniche

di Davide Armanino

## 1.1. Clinica e complessità, un dialogo necessario

Uno dei principi guida della complessità è che l'intero è maggiore della somma delle parti. Dividere l'interezza in parti sempre più piccole e sempre più semplici per spiegarne il funzionamento è senza dubbio lecito e proficuo, purché non ci si illuda alla fine di aver colto l'essenza dell'oggetto studiato.

Resta sempre necessario studiare il sistema come un tutto, nella consapevolezza che ogni suo aspetto particolare ne richiama l'interezza e che in ogni parte tale interezza è in qualche modo contenuta.

Questa operazione di riduzione porta tendenzialmente a una logica causalistico-riduttiva, a una causalità lineare o tutt'al più a feedback semplice. Un determinato temperamento porterà tipicamente a un certo livello di attivazione emotiva e comportamentale, esperienze traumatiche creeranno uno psichismo incline alla dissociazione e un ambiente familiare con un clima emotivo caotico e imprevedibile sarà terreno di coltura di disregolazione emotiva e impulsività.

Un considerevole passo avanti è quello di spostarsi da questo piano di lettura a uno finalistico-prospettico, che porta a interrogarsi su quale sia la funzione di un comportamento o di un assetto emotivo, quale ne sia lo scopo e la finalità. Ed è un passo avanti perché in questo modo incomincia a emergere il soggetto, che non è più solo oggetto o vittima passiva delle sue esperienze, non deriva da ciò che ha vissuto, non è un prodotto necessario dei vincoli evolutivi incontrati nel suo sviluppo. Si incomincia a restituire intenzionalità al soggetto ove lo si veda proteso verso un obiettivo e uno scopo, protagonista attivo del suo agire. Importanti esempi di questo possono essere l'introduzione del *wish*, del desiderio, nella Terapia Metacognitiva Interpersonale, dove si sottolinea che nella formulazione del caso e

nella prima restituzione al paziente è suggeribile rileggere il comportamento nei termini di cosa il paziente desidera, a che cosa tende. Così come il sottolineare l'importanza dei comportamenti di coping, con cui il paziente cerca di compensare e rispondere attivamente al malessere (Dimaggio *et al.*, 2013).

Un terapeuta costruttivista non può che concordare nella misura in cui questa modalità di lettura restituisce una parte attiva al paziente. Oggi diremmo che fa maggiormente leva sulla sua agentività, una delle dimensioni chiave del senso di sé. In secondo luogo, questa restituzione di intenzionalità permette al paziente di autoriferirsi il senso del comportamento, di riconoscerlo come suo, sensato e proficuo per quanto a volte foriero di sofferenza nella modalità con cui è stato messo in atto. Di nuovo oggi parleremmo di integrazione e di mentalizzazione. Ciò che prima era agito senza essere mentalizzato è ora messo a fuoco in modo consapevole, incluso nella coscienza, dotato di un significato intenzionale e sensato e quindi fatto proprio, autoriferito e integrato nel senso di sé.

Un altro esempio di approccio che vede l'individuo attivamente orientato a scopi e obiettivi è quello evolucionistico, che guarda alla motivazione del comportamento. Attualmente questa è forse la prospettiva teorica più strettamente funzionale nella lettura dei comportamenti interpersonali. Si tratta di una lente potente che mette a fuoco la funzione di un comportamento attraverso la lettura dei sistemi motivazionali interpersonali. Il modello dei sistemi motivazionali si riferisce al funzionamento limbico ed è strettamente inerente all'ambito delle relazioni interpersonali. Per questo risulta vincolato a un livello di funzionamento e sottende una visione gerarchica del funzionamento mentale dove ogni livello gerarchico ha una relativa autonomia, facendo esplicito riferimento alle teorie neo-jacksoniane della mente (Liotti, Farina, 2011).

È questo un modello che riconduce all'universalità, secondo una logica naturalistica. Dal punto di vista clinico questo ci aiuta di nuovo a restituire un senso, per di più condiviso in quanto animali-umani, potente in quanto profondamente normalizzante e naturale. Aiuta anche il paziente a vedere la mente come dotata di piani di funzionamento relativamente autonomi e generatori di scopi non sempre facilmente conciliabili e gli fornisce una mappa esplicita, relativamente semplice e comprensibile nella lettura delle relazioni interpersonali, che sono spesso al centro dell'interesse del paziente e punto nodale del suo disagio e malessere nella sua esperienza quotidiana.

Non è questa la sede per una disamina approfondita dei punti di forza e fragilità teorica di questo approccio, piuttosto è opportuno rilevare come la riduzione della complessità di una interazione in corso a un singolo sistema motivazionale alla volta non risponda all'osservazione e all'esperienza

del clinico che tenga minimamente conto delle numerosissime sfumature e della multidimensionalità di ogni fenomeno psicologico e relazionale in corso. All'interno del setting di un'analisi didattica individuale con un'allieva terapeuta, ad esempio, rilevo la compresenza di numerose emozioni mie e sue, spesso concordanti, a volte contrastanti e a tratti conflittuali. È presente in me fiducia nei suoi confronti, il che mi invita a sollecitare in lei una libera esplorazione del suo mondo interno ed esterno. Accanto alla fiducia rilevo in me una nota protettiva che si colora di accudimento, che cerco di mettere a fuoco e tenere opportunamente monitorata, e che si attiva quando andiamo su contenuti dolorosi del suo vissuto. Noto che tendo a scivolare in una posizione maggiormente accudente o comunque più attiva in particolare dove i suoi vissuti risuonino sintonicamente con contenuti "caldi" della mia storia personale. In altri momenti mi coglie la consapevolezza di un gioco sottilmente seduttivo fra di noi che si mischia a un suo atteggiamento lievemente compiacente nei miei confronti, il che mi attiva sul piano del riconoscimento, un piano identitario profondo, non tanto e non solo riconducibile alla definizione del mio livello di rango. Come spesso accade è molto più difficile mettere a fuoco e decentrarsi dalle emozioni positive che sono profondamente sintoniche e coinvolgenti.

Compiendo un ulteriore passo possiamo dire che non solo esistono molteplici piani relazionali ed emozioni in gioco compresenti nello stesso momento, ma anche che discernere queste emozioni scomponendole al fine di analizzarle, pur essendo un'operazione opportuna e auspicabile nella lettura di sé di un terapeuta, non restituisce minimamente l'unicità della relazione e dei soggetti coinvolti. E qui torniamo al principio di complessità: la somma delle parti non compone il tutto. Identità e unicità sono intrinsecamente connesse. La descrizione delle emozioni e dei piani relazionali appena fatta non disvela l'unicità della persona dell'allieva, né il sapore, il colore unico del nostro incontro.

Per cogliere l'essenza della persona non possono valere i criteri di ripetibilità e intersoggettività che l'epistemologia pone alla base della scientificità. Anche la descrizione naturalistica e gerarchica del funzionamento mentale non rende conto della direzionalità e del significato personale e, di più, prevede l'attivazione di un solo sistema motivazionale alla volta.

Queste osservazioni non sono volte a relativizzare ogni tentativo di definizione e di ricerca, solo è essenziale rilevare che criteri semplici e lineari non permettono di cogliere la natura dei sistemi complessi. Questi rispondono a una logica di non linearità e non prevedibilità. Gli elementi che compongono un sistema complesso interagiscono autonomamente fra di loro, e autonomamente si organizzano, ordinando il disordine e la multiformità in un ordine sensato che garantisca continuità al processo vitale e ra-

gionevole prevedibilità. Non basta cogliere le parti, dividerle e analizzarle, perché il punto chiave è la relazione fra le parti, il rapporto fra le singole componenti e come questo rapporto viene a strutturarsi autonomamente in un modo imprevedibile a priori, non determinabile *ex ante* e, cosa ancora più importante, non determinato dai suoi presupposti. Abbiamo appena definito il concetto di organizzazione, un concetto chiave dell'approccio costruttivista, ma che è presente nella storia della clinica con il concetto di struttura. La struttura è definibile come un'entità autonoma di dipendenze interne. Come una rete di collegamento fra parti e dimensioni diverse, dove l'invariante è la proporzione e il rapporto fra le parti.

Si incomincia così a delineare il senso di un approccio sistemico-processuale allo sviluppo personale in ambito clinico. Certamente è utile studiare le parti o potremmo dire le dimensioni del funzionamento personale, moltissime mappe afferenti a diverse teorie hanno dato e stanno dando un contributo fondamentale a questa conoscenza. Ma le diverse dimensioni vanno viste in rapporto fra loro e su un piano prospettico ed evolutivo con antecedenti e conseguenti.

Una crisi che comporti la rottura dei confini del sé del paziente può evolvere allargando tali confini, arricchendo il numero e la qualità di elementi che sono contenuti al suo interno, aumentandone ricchezza e flessibilità, oppure può coinvolgere, restringendo i confini del sé e i margini di manovra, impoverendo il sistema e ri-orientandolo verso una direzionalità regressiva.

La scienza della complessità evidenzia come la relazione e l'interazione fra diversi elementi ingeneri comportamenti e proprietà spesso sorprendenti. Queste proprietà sono definite "emergenze": risultati nuovi e inediti, imprevedibili a priori, che emergono dalle interdipendenze di più elementi e che sono in grado di ordinare il disordine, di autogenerare senso e direzionalità a partire dal caos e dalla multiformità delle esperienze.

Questa è la proprietà intrinseca dei sistemi complessi, creare una organizzazione, ossia un rapporto fra le parti e mantenerlo a qualunque costo pur di non dissolversi.

Ma per Janet questa è la natura stessa della coscienza: esserci, stare nel presente (*presentification*) riuscendo ad aggregare gli elementi che si presentano operando una sintesi creativa costante, una sintesi che richiede forza e tensione psicologica e che è anche il presupposto per stare e rendersi conto della realtà (*realization*).

Prima dell'ampia diffusione della psichiatria nordamericana, radicalmente improntata al pragmatismo e all'empirismo, la grande tradizione psichiatrica europea con gli studi classici di psicopatologia fenomenologica erano giunti a considerare i fenomeni di una data condizione psicopatolo-

gica come variazioni empiriche di una proprietà essenziale condivisa da ciascuno di essi. *Leidos*, l'essenza della persona, il nucleo centrale della soggettività del paziente, che è anche la forma invariante, la struttura sottostante a ogni manifestazione psicopatologica, a partire dai sintomi.

Così il fenomeno (ciò che appare) non è l'epifenomeno di realtà più elementari e basilari, ma l'emergere di proprietà essenziali della cosa. È questa un'ottica speculare e opposta a quella di una lettura che vede nei diversi sotto-sistemi degli adattamenti darwiniani chiusi e funzionanti a feedback semplice, e arriva a concepire la coscienza come proprietà "non prevista" ed emergente dall'accostamento di diverse sotto-strutture adattive previste (Liotti, Farina, 2011).

Da quanto fin qui evidenziato si comprende la necessità di superare ogni prospettiva che veda la persona come determinata dagli stimoli esterni, secondo un principio lineare di causa-effetto. E questo vale anche per la terapia, dove non è possibile agire da fuori producendo un cambiamento predeterminato.

Come mette in luce Chiari (2016) i sistemi complessi risultano piuttosto "perturbati" dall'ambiente esterno e al contrario strutturalmente determinati, potremmo dire vincolati a una organizzazione e coerenza interna. Non ci sono stimoli ambientali che producano risposte nell'organismo secondo una logica deterministica, piuttosto è la persona a interpretare la propria esperienza in relazione con l'ambiente. Nel farlo è determinata strutturalmente in modo prioritario al mantenimento della sua organizzazione interna e con essa alla sua autonomia.

Per declinare questo concetto nell'ambito operativo clinico parliamo del terapeuta come di un "perturbatore strategicamente orientato". Intendiamo che in una logica costruttivista non esiste il concetto di informazione. Non si può trasmettere *sic et simpliciter* un'informazione al paziente, perché lui non la riceverà, non la farà propria, non potrà assimilarla. Il paziente è attivo, autodeterminato e fedele alla sua griglia di lettura interna. Un terapeuta consapevole cercherà di portare elementi il più possibile vicini e sintonici al funzionamento del paziente in modo che questi possa elaborarli attivamente e potrà farlo solo se in qualche modo li riconosce come risonanti al suo sentire. Si tratterà allora di allargare, arricchire gradualmente e flessibilizzare la struttura interna del paziente, senza avere la presunzione e l'illusione di determinare a priori la direzionalità generativa che esso prenderà, ossia i modi e i tempi in cui vorrà assimilare tali elementi e la direzione che ne emergerà. Fra le righe si può leggere il concetto di zona di sviluppo prossimale di Vygotskij. È il terapeuta che si deve fare prossimo al funzionamento del paziente. Un intervento troppo distante dalle capacità mentali del paziente o troppo estraneo ai suoi temi portanti non può

essere colto e interiorizzato. Allo stesso tempo stare sullo stesso livello del paziente non lo aiuta a mettere a fuoco il suo vissuto e non costituisce nessuno stimolo di autoriflessività e consapevolezza. Ma anche i concetti Piagetiani di assimilazione e accomodamento ci aiutano a comprendere che non è utile per il paziente assimilare nuove informazioni nella misura in cui queste non producano accomodamento, modificando la griglia conoscitiva sottostante. Le nuove informazioni verrebbero interiorizzate secondo gli schemi e le strutture preesistenti nel paziente, senza alcuna modificazione significativa. Per questo è opportuno che sia il terapeuta a conoscere le griglie del paziente e non il contrario. Non è il terapeuta esperto e competente che educa il paziente. La competenza del terapeuta sta nel riuscire a cogliere l'essenza del paziente, il senso e il sentimento che connotano i suoi vissuti e avvicinarsi a questi nel modo più delicato, veloce ed efficace possibile. Da terapeuta intendo il termine sentimento come continuità di emozione in ordine al tempo, all'identità e alla storia personale. I sentimenti non sono semplici emozioni. La conoscenza della psicopatologia in generale, e dello stile di personalità del paziente in particolare, forniscono una mappa eccezionalmente utile allo scopo di comprendere e avvicinarsi ai temi portanti, alle emozioni prototipiche e alle caratteristiche strutturali e identitarie del paziente.

Dalla protezione della coerenza interna deriva anche un'altra caratteristica essenziale dei sistemi autonomi: la loro relativa chiusura. Una chiusura, come sostiene Varela (1979), che non è isolamento o impermeabilità, bensì identità, attività, autonomia e direzionalità. L'identità è dunque quella "emergenza" autonoma tipica del rapporto fra gli elementi di un sistema complesso di cui si parlava prima. Il concetto di identità è intrinsecamente connesso a quello di unicità.

L'identità e il senso di unicità personale permettono lungo il corso dello sviluppo di differenziarsi, distinguersi, separarsi raggiungendo l'autonomia e di avere confini del sé sufficientemente delineati. Il Sé non è un oggetto sempre medesimo a se stesso, come gli oggetti inanimati che sono nel mondo, piuttosto un processo teso a costruire e dare continuità all'identità personale e una continua tensione dialettica fra fedeltà a se stessi e mutamento, fra continuità e discontinuità.

Queste sono le proprietà essenziali che connotano il funzionamento personale: identità e sua continuità, autonomia, attività, generatività, protezione dell'organizzazione e della sua coesione, priorità e presenza di struttura in ogni elemento emergente.

Questi principi guida sono tanto più validi e imprescindibili quanto più compromesso appare il funzionamento del paziente. Arciero (2012) ci ricorda citando Heidegger che la psicopatologia riguarda un *chi*. Reda

(1986, 2022) ci invita a procedere immediatamente a ritroso dal sintomo alla persona, lavorando su quello che definirei un asse portante patologia-identità-unicità, e mostra come sia possibile farlo con la fiducia di trovare sempre un senso comprensibile e condivisibile della sofferenza. Rimane sempre aderente e fedele a una psicopatologia esplicativa che cerca instancabilmente di scomporre e ricomporre le sequenze che hanno portato allo scompensamento, rintracciandone le origini, in particolare nella formazione e rottura dei legami affettivi. Come sosteneva Guidano gli affetti sono l'ambito vero di negoziazione dell'identità personale. È nelle relazioni affettive il centro e la colonna portante del valore e dell'amabilità personale. Di fatto la sua modalità operativa incarna perfettamente quello che i fenomenologi chiamano *epochè*, sospensione del giudizio, che Stanghellini (2018, p. 58) definisce il rifiuto "a priori di dottrine e teorie in favore di un approccio empirico focalizzato sull'analisi diretta dell'esperienza vissuta del paziente", ovvero il "massimo rispetto per la persona come soggetto dell'esperienza". Un avvicinarsi alla persona come disarmati rispetto alla propria competenza, che entra in gioco solo in un secondo momento, nell'aiutare il paziente a tradurre il proprio malessere ricostruendone assieme le sequenze e il senso, ma inizialmente liberi da lenti obiettivanti che riducono la persona a paziente portatore di deficit e disfunzioni. Solo l'accesso alla sensatezza di ciò che gli sta accadendo libera il paziente dalla paura e dal suo effetto distorsivo e disgregante. Non appena si alza il livello di funzionamento della coscienza questa ridiviene improvvisamente vertice di una nuova sintesi di significato, aggregatore di elementi fino a poco prima estranei e alienanti, restituendo alla persona il senso della sua identità e la continuità della sua storia, con elementi antecedenti e conseguenti che seguano un percorso narrativo viabile. Come dicono Bateman e Fonagy (2006, p. 18) "smussiamo le discontinuità costruendo una narrazione intenzionale". Anche la terapia metacognitiva mette in luce come "la ricostruzione degli scopi sottesi al comportamento durante gli stati problematici" e la "comprensione dell'intenzionalità" siano di importanza terapeutica fondamentale e rappresentino "una sorta di snodo strategico per il trattamento" (Semerari *et al.*, 2016, p. 165).

Più il paziente ha perso la capacità di essere titolare della sua presenza di sé a partire dal livello corporeo e propriocettivo (*ownership*), tanto più avrà bisogno di essere gradualmente accompagnato a ri-sentirsi in modo basilare e ad autoriferirsi il proprio sentire. Farà fatica a tenere una continuità e una memoria della sua esperienza e propriocezione, arrivando a volte a oscillare fra stati dell'io inconsapevoli e senza memoria reciproca, in un'esperienza di discontinuità incarnata. Compito essenziale e prioritario del terapeuta sarà riprendere la tessitura del Sé, intrecciando delicata-

mente i fili sparsi di una processualità ormai frammentata e disorientata che ha perso la sua direzionalità e un senso fruibile della sua esperienza.

Dovrà tornare al funzionamento basilare della sua coscienza, nel qui e ora. Per farlo dovremo lavorare sull'esserci suo e nostro e a ogni seduta si ripartirà da capo, ricordandosi che il Sé è un processo che va letteralmente rimesso in moto ogni volta, come se fosse la prima, con un atteggiamento di fiduciosa attesa. Ogni volta si ricompie l'incontro fra di noi e soprattutto del paziente con se stesso, elemento questo potenzialmente foriero di grande dolore e paura. Accompagnare il paziente a entrare in relazione con parti di sé potenzialmente dirompenti è spesso questione di grande pazienza e incrollabile fiducia da parte del terapeuta. Tecnicamente porta il terapeuta a stare a fianco più che indietro, nel tentativo continuo di guardare il mondo con i suoi stessi occhi, continuando a fare domande, ad aprire invece che chiudere, a incuriosirsi per incuriosirlo. Questo è il contrario di chiudere, avere l'ansia di definire, di giungere a un punto fermo, di mettere a fuoco le compromissioni. Soprattutto questo comporta non avere l'ansia di guarire. Guidano insegnava che vivere è conoscere, se il paziente si incuriosisce c'è già un vertice della coscienza che osserva, o se si preferisce esiste già un livello di mentalizzazione che gli consenta di osservare. L'autosservazione è di fatto la via regia di ogni terapia.

## **1.2. Percorsi della processualità: da Pierre Janet a Vittorio Guidano**

Altrove ho sottolineato le assonanze fra il concetto di coscienza e l'attività integrativa elaborata da Janet (Armanino, 2019). Riprendiamo questo tema cercando di approfondirlo e di compiere un percorso di accostamento fra le intuizioni di Janet (2013, 2016) e il modello sistemico processuale proposto da Guidano in particolare nel testo *Il Sé nel suo divenire* (1991)<sup>1</sup>.

Si tratta di modelli che propongono una serie di concetti che andrebbero visti nella loro tridimensionalità in quanto reciprocamente ricorsivi e connessi fra di loro. L'esposizione di seguito non ha alcuna pretesa di completezza, cosa che sarebbe impossibile vista la profondità e la vastità del pensiero di questi autori. Solo preme sottolineare le numerosissime assonanze e l'arricchimento potenziale che si produce nell'accostare alcuni dei concetti chiave della riflessione Janetiana al modello post-razionalista e sistemico-processuale elaborato da Vittorio Guidano.

1. Le citazioni che seguiranno saranno riferite a questo volume di Guidano di cui si indicherà d'ora in poi esclusivamente il numero di pagina.

### 1.2.1. Janet e la coscienza come sintesi attiva

Per Janet l'attività integrativa è innanzitutto un'attività di sintesi che riunisce fenomeni dati più o meno numerosi in un fenomeno nuovo diverso dai singoli elementi. È questa un'istanza attiva e creativa, nel senso che gli elementi che ne emergono non sono un semplice accostamento o somma degli elementi precedenti (Janet, 1889; Ortu, 2014). Questo richiama immediatamente all'imprevedibilità delle traiettorie di sviluppo e direzionalità di un sistema complesso. Ricorda anche il fatto che quando il sistema procede lo fa per salti e non seguendo un gradiente crescente in modo regolare. È esperienza di ogni terapeuta l'assistere a svolte improvvise e imprevedibili, consapevolezze a lungo attese che giungono inaspettate. Un ulteriore richiamo è alla complessità e al principio secondo cui il tutto è maggiore della somma delle parti citato in precedenza. Questo concetto appare insito nella concezione janetiana di sintesi attiva e creativa.

L'attività integrativa è sempre attiva per combinare e ricombinare gli elementi che si presentano alla coscienza, riunendo fenomeni dati, più o meno numerosi, in un fenomeno nuovo. Questa sintesi consiste in una attività creativa, che produce fenomeni diversi, nuovi e imprevedibili rispetto agli elementi di base che la compongono. L'attività sintetica di una coscienza funzionante si contrappone così alla semplice ripetizione (automatica) di sintesi precedenti che invece si presenta ogni qualvolta la coscienza non abbia la forza e la tensione sufficiente per creare nuove sintesi. Anche qui appare naturale il richiamo a quella visione attiva (concezione motoria della mente), costruttiva e ricostruttiva della mente cardine dell'approccio costruttivista. La sua finalità è quella di mantenere l'organismo in equilibrio con i cambiamenti dell'ambiente. In breve, la funzione integrativa della coscienza sostanzia e organizza il presente. Per questo Janet parla di *presentification*, la capacità di stare nel presente. Essere pienamente nel momento presente richiede un'attività sintetica di *presentification*: la formazione del momento presente nella mente. Per stare nel presente, quindi, non si può semplicemente riprendere e difendere il passato, bensì è necessario in un certo senso creare costantemente il futuro, ossia sintetizzare elementi nuovi precedentemente inesistenti. Da questa attività sintetica deriva la capacità di distinguere il presente dal passato e la realtà dalla fantasia. Riflettendo con le categorie di pensiero attuali risulta evidente come la memoria del passato e l'aspettativa del futuro accadano inevitabilmente nel momento e nel funzionamento mentale presente. Ove la mente non sia sufficientemente lucida, orientata e padrona del suo presente risulterà impossibile porsi in relazione alle memorie del passato così come proiettarsi nell'immaginazione del futuro. Ne risulta che l'elaborazione del passato così come la fiducia

del futuro dipendano direttamente dalla capacità della mente di stare nel momento presente. La tendenza naturale della mente sarebbe invece quella di vagare per il passato o fantasticare sul futuro, di fatto perdendo aderenza con l'unica dimensione temporale realmente abitabile: il presente. Non a caso quando non vi sia energia mentale sufficiente a operare nuove sintesi si presenta il fenomeno dell'automatismo psicologico, dove la mente ripresenta continuamente precedenti sintesi operate in passato, riproponendo automaticamente contenuti mentali sintetizzati in precedenza.

Janet esplora questo fenomeno inizialmente studiando le "idee fisse" e mettendole in relazione con il concetto di debolezza mentale. Una mente debole non riesce a operare nuove sintesi e viene dominata da idee fisse, ma, allo stesso tempo, le idee fisse ostacolano le nuove sintesi indebolendo la mente. Così la debolezza mentale, concetto che anticipa il successo del termine "esaurimento nervoso", risulta sia causa sia conseguenza delle idee fisse.

In questa prima elaborazione Janet vede il malessere mentale come un esito di una insufficiente forza psicologica, intesa come quantità di energia a disposizione della persona. La forza psicologica è osservabile in una persona attraverso il numero, la durata, la velocità delle sue azioni, mentre la tensione psicologica si riferisce alla capacità di utilizzare la propria forza psicologica, avvicinandosi al concetto di efficienza (Meares, Barral, 2020).

Una concettualizzazione apparentemente semplice che a un'attenta analisi apre a una serie di considerazioni cliniche fondamentali.

- Anzitutto il potere della suggestione in una mente indebolita dalla presenza di emozioni soverchianti e che non riesce a operare nuove sintesi autonome, personali, creative. Un terapeuta persuasivo troverebbe in prima istanza terreno facile di influenzamento e una apparente adesione del paziente alla volontà del terapeuta. Si tratterebbe tuttavia di un meccanismo che non permette quella sintesi personale che il modello costruttivista definirebbe autopoietica, generatrice autonoma di un significato proprio. È questa una considerazione rilevante se si tiene conto del fenomeno della dipendenza del paziente dal terapeuta. Lo stesso Janet indica che nella fase iniziale di terapia il paziente deve accettare la guida e l'autorità del terapeuta, e il terapeuta deve contemporaneamente cercare di minimizzare il proprio controllo sul paziente (van der Hart, Brown, van der Kolk, 2020). È il terapeuta che si assume inizialmente la responsabilità di direzionare la terapia indirizzandola prima possibile alla costruzione delle risorse del paziente. Nella prima fase di terapia potremmo dire che è responsabilità del terapeuta anche dare un senso all'apparente non senso vissuto dal paziente, significare ciò che appare estraneo, alieno, inaccettabile e indegno al paziente. È questo

un principio guida che ritroviamo anche nell'importanza universalmente riconosciuta della validazione in terapia.

- Facendo riferimento alla debolezza mentale Janet richiama il concetto di abulia, una mancanza di voglia e motivazione e di psicoastenìa, una depressione malinconica. È opportuno qui ricordare quanto spesso siano presenti elementi depressivi nel paziente, anche all'indagine testistica, al punto che la depressione risulta quasi un esito secondario, un portato dell'affaticamento e della sfiducia del paziente. Da qui l'importanza di confrontare con serena fermezza quel fatalismo cognitivo nel paziente (Beck *et al.*, 2015) che ricorre in particolare nelle personalità depressive, masochistica (auto-frustrante) e dipendente. Ma pensiamo anche alle condotte di evitamento, fino al distacco e al ritiro, che richiedono la regolazione del tono edonico della seduta (Dimaggio, Semerari, 2003). Vengono alla mente i concetti fondamentali di alleanza terapeutica e contratto terapeutico, il lavorare su obiettivi condivisi, motivando il paziente e monitorandone costantemente la partecipazione e l'adesione alla terapia. Tutti elementi che fanno parte dell'empirismo collaborativo di tradizione cognitivista, recentemente confermati nel sottolineare la necessità di una certa trasparenza della mente del terapeuta ove sia presente un abbassamento del funzionamento metacognitivo, ma che vanno indirizzati nella direzione dell'autonomia del paziente e, per rimanere in ambito metacognitivo, nel pensare il paziente come agente autonomo dotato di una sua intenzionalità. Questo richiede un atteggiamento mentalizzante (Bateman, Fonagy, 2006). Questi sono nel contempo tutti elementi che devono tenere conto dei rischi di una posizione terapeutica più attiva e potenzialmente direttiva a fronte della debolezza e permeabilità del paziente come prima si diceva. Un connubio di fermezza e delicatezza, presenza e rispetto non semplice da attuare e da calibrare strategicamente a seconda del paziente e della fase terapeutica che si sta attraversando.
- In ultimo vale la pena ricordare il moderno concetto di finestra di tolleranza con i suoi confini di iperarousal e ipoarousal, in particolare rispettivamente nello studio della disregolazione emotiva e della dissociazione. La debolezza mentale richiama all'idea di funzionamento in uno stato di ipoarousal, e con esso a uno spegnimento del paziente, al suo non essere presente. Si va qui dall'opacità a se stesso e all'altro del paziente evitante, che porta facilmente il terapeuta a distrarsi e a non agire terapeuticamente, fino alla dissociazione e in particolare al distacco dissociativo con una distanza del paziente dal suo sentire e dal suo corpo, che diventa come disincarnato e assente dall'*hic et nunc* della seduta. Questo indirizza in modo prioritario l'azione terapeutica.

Se il terapeuta non richiama il paziente a un altro livello di funzionamento, ricentrandolo molto concretamente alla presenza di sé e di Sé con l'altro non si pongono neppure le minime basi di funzionamento che garantiscano la presenza stessa del paziente nel lavoro terapeutico.

Il modello Janetiano permette uno sguardo dimensionale alla psicopatologia. All'aumentare dell'abulia, ad esempio, corrisponde una diminuzione del livello mentale fino a una modalità di funzionamento psicotico, a una confusione (con-fusione) dei sogni a occhi aperti con la realtà, e confusione fra Sé e altro, con compromissione dei confini del sé e dell'esame di realtà. Questo apre a una considerazione generale sui sintomi negativi. Si parte dall'osservazione delle anestesi e amnesie isteriche e si giunge all'anedonia e all'abulia, fino allo studio della fenomenologia dissociativa e psicotica.

Si segue così una traiettoria nella quale il paziente è vittima di un progressivo restringimento del campo di coscienza che di fatto gli impedisce di autoriferirsi quote crescenti di vissuto ed emozione provata, nonché di sensazioni fisiche, fino alla compromissione dell'integrazione di mente e corpo e alla catalessia, dove un singolo pensiero e una singola azione automatica sembrano occupare tutta la mente, una sorta di estensione macroscopica di un fenomeno già presente nelle idee fisse isteriche.

In sostanza è come se qualunque sintomo fosse riletto in funzione del livello di funzionamento mentale. Quando non c'è sufficiente forza e tensione psicologica, focalizzazione dell'attenzione e funzione di realtà la mente "scivola" in posizioni inferiori, abbandonandosi a dubbi, agitazione, ansietà, idee ossessive.

Scivolando in posizioni di funzionamento inferiore si restringe il campo di coscienza e aumenta la tendenza alla dissociazione, o per meglio dire alla *desagregation*, ossia alla diminuita capacità della coscienza di aggregare e sintetizzare gli elementi contenuti nel campo mentale.

È questo un modello che sembrerebbe suggerire l'importanza di curare prioritariamente il livello di funzionamento mentale attraverso la relazione con il paziente piuttosto che i suoi singoli contenuti psicopatologici, siano essi schemi interpersonali (cristallizzati nel tempo e derivanti da modelli operativi interni formati nelle prime esperienze di attaccamento), stati mentali problematici o sintomi. Questi contenuti infatti sembrano presentarsi come vecchie sintesi precedenti, sempre presenti come sfondo e pronte a riemergere con forza non appena la coscienza si indebolisca.

È importante specificare che si sta esplorando un livello di analisi generale, muovendosi con eccessiva disinvoltura fra fenomeni psicopatologici radicalmente diversi e ognuno dei quali contenente sue specificità. Si pre-

dilige qui un'analisi unitaria e integrata, a scopo di riflessione, a scapito dei necessari approfondimenti, che risulterebbero eccessivamente dispersivi.

Anticipando brevemente un argomento che verrà trattato in seguito proviamo a pensare alla collocazione dei disturbi di personalità all'interno di questo modello.

### 1.2.2. *Un accenno ai disturbi di personalità*

Visti attraverso la lente specifica del funzionamento della coscienza e della sua capacità integrativa è come se i disturbi di personalità si collocassero a cavallo fra un funzionamento dissociativo, dove ampie porzioni del vissuto personale non vengono autoriferite e non giungono a consapevolezza, e un funzionamento integrativo armonico e flessibile. Nei disturbi di personalità i contenuti mentali sono parzialmente consapevoli, presenti ma egosintonici.

Egosintonici significa che non c'è una coscienza critica che possa guardare i contenuti del Sé in modo critico, distanziandosene. Tali contenuti sono agiti, quasi "automaticamente" in termini janetiani, invece che messi a fuoco, e risultano pervasivi nel funzionamento mentale. C'è una sostanziale riduzione della ricchezza, della complessità, della flessibilità e integrabilità di questi contenuti. Guardando da questa prospettiva si può ipotizzare un legame fra egosintonia e non piena consapevolezza.

Nei disturbi di area nevrotica abbiamo un arresto dello sviluppo delle funzioni ma senza deterioramento delle funzioni mentali (van der Hart, Friedman, 2020). A livello nevrotico i contenuti sono rigidi, ripetitivi e la persona risulta spesso bloccata in un assetto, ad esempio in una conflittualità o ambivalenza interiore. I contenuti mentali che creano sofferenza sono spesso egodistonici, ossia difficilmente integrabili ma sufficientemente messi a fuoco al punto da creare un forte distanziamento critico. Nei disturbi di personalità, al contrario, essi risultano egosintonici e solo parzialmente consapevoli. Essi vengono quindi agiti e le funzioni mentali risultano non soltanto bloccate nel loro sviluppo ma si assiste a un principio di compromissione.

Abbiamo introdotto il concetto di livelli di funzionamento mentale che useremo come griglia di riferimento, una sorta di asse verticale concernente il funzionamento mentale.

In questo asse potremmo vedere il funzionamento della coscienza ma anche il grado di mentalizzazione, intesa come capacità di focalizzarsi sui propri stati mentali e quelli altrui, in particolare nelle spiegazioni del comportamento. In generale una posizione mentalizzante è definibile come il concepire se stessi e gli altri come aventi stati mentali e il percepire e

interpretare un comportamento come congiunto a stati mentali intenzionali (Bateman, Fonagy, 2006). Posizione mentalizzante è anche solo quella che contempla possibilità alternative. Ed è evidente quanto una posizione mentalizzante sia anzitutto necessaria al terapeuta, che deve sempre guardare al paziente come dotato di una sua mente e di una sua intenzionalità, soprattutto ove il paziente mostri gravi compromissioni del suo senso di sé e del suo funzionamento basilare. In questo senso grande cautela andrebbe usata nel concepire il paziente come portatore di deterioramenti o deficit di qualsivoglia natura. Quando il paziente mostra gravi compromissioni spetta in prima istanza al terapeuta farsi garante di una visione della persona-paziente come capace di un funzionamento differente, così come spetta, in prima istanza, al terapeuta la responsabilità di restituire senso ai vissuti di non senso del paziente. La rapida ricollocazione di vissuti ed emozioni potenzialmente dirompenti all'interno di una cornice di senso è prioritaria dove manchi momentaneamente nel paziente la capacità autonoma di farlo. Come sostengono Fonagy e Bateson, la mentalizzazione è essenziale per la regolazione emotiva, ossia per la capacità di identificare, modulare ed esprimere le emozioni.

Ma in questo asse verticale potremmo collocare anche diversi gradi di articolazione della dimensione concretezza/astrazione lungo un continuum che dal funzionamento normale si sposta verso un funzionamento nevrotico e psicotico. Secondo Guidano ad esempio

un atteggiamento delirante non è tale perché il suo contenuto di pensiero non è "aderente alla realtà" ma piuttosto perché questo contenuto di pensiero (che di per sé è presente anche nella normalità) appare più difficilmente integrabile con altri contenuti e, quindi, meno suscettibile di poter essere trasformato dall'esperienza in corso (Guidano, 1991, p. 61).

Elemento chiave dei diversi livelli di funzionamento è il grado di flessibilità e generatività con cui il sistema articola la sua coerenza interna lungo il ciclo di vita a livelli sempre più integrati di complessità.

In questo senso si ribadisce la necessità di guardare agli aspetti dinamici e processuali del funzionamento mentale più che ai singoli contenuti psicopatologici.

### 1.2.3. *La realizzazione*

Abbiamo volutamente tenuto indietro un ulteriore elemento della riflessione janetiana, strettamente connesso alla presentificazione e alla sintesi-aggregazione: la realizzazione. In senso stretto la *realisation* è la capacità

di accettare la realtà per come è e adattarvisi. Essa implica la messa a fuoco e la consapevolezza dei vissuti e dei contenuti mentali. Gli autori Steele, Boom e Van Der Hart (2017) mettono a fuoco in modo magistrale il portato clinico di questo concetto. Tutto ciò che non è consapevolizzato è considerabile come forma di non-realizzazione. E ciò che non è realizzato non può essere integrato.

Se ad esempio non realizzo che il mio partner mi tradisce non posso integrarlo nella mia coscienza ed elaborarlo. Non posso neanche riflettere sulle emozioni dolorose che questa consapevolezza mi provoca e tanto meno cercare di comprendere il vissuto e le motivazioni dell'altro. Ciò che non è distinto non può essere collegato, in senso stretto integrato. Non posso mettere in relazione ciò che sta accadendo e che sto provando con elementi rilevanti del passato, né posso immaginarne sviluppi futuri. Ciò che non è mentalizzato non solo tende a essere agito, somatizzato o sintomatizzato, ma non può neppure essere sequenzializzato, ossia inserito nella continuità del mio vissuto. Qui la connessione profonda fra *realization* e *presentification*. La non realizzazione impedisce in senso stretto di vivere il mio presente con piena padronanza.

Continuerò a rimanere prigioniero della non-realizzazione, in un presente sospeso che impedisce l'evoluzione e lo sviluppo pieno della mia persona, e non mi consentirà di essere pienamente presente a me stesso. Di più, seguendo il nostro esempio, rimarrò anche intrappolato in una posizione relazionale che presenta il dilemma di quello che Van der Hart e colleghi definiscono il paradosso del dolore: l'irrisolvibile conflitto tra la realizzazione di ciò che è successo e il bisogno di mantenere il contatto e la relazione con l'altro. I pazienti che abbiano vissuto esperienze traumatiche sono esposti in modo particolare a questo paradosso. Più evitano il dolore del passato più soffrono nel presente. E questo paradosso risulta particolarmente insidioso e di difficile soluzione se letto con le lenti del modello sistemico-processuale, perché entrambe le istanze sembrano voler proteggere il senso di continuità personale. Mantenere la prossimità nel legame che garantisce un senso di sé e non realizzare una parte importante del proprio sentire, o integrare la consapevolezza della realtà esponendosi al rischio di una riorganizzazione della propria identità e continuità. Come si diceva in precedenza veramente la relazione affettiva è terreno di negoziazione dell'identità personale. La perdita della relazione affettiva costituisce una "esperienza dirompente di disgregazione della propria continuità" che esita in successivi tentativi di ristabilire la continuità mediante un "processo complesso di riorganizzazione personale, che può avere andamenti sia progressivi che regressivi" (Guidano, 1991, p. 78). L'apertura della crisi espone inevitabilmente a un rischio. Anche nella relazione terapeutica en-

trambi gli attori in gioco, paziente e terapeuta, devono essere disposti a correre un rischio. Come affermano Van Der Hart e colleghi un terapeuta che abbia paura del dolore del paziente sta implicitamente invalidando il suo Sé adulto. Entrambi devono correre un rischio sano. Ma si tratta di un rischio perché può potenzialmente compromettere la coesione del paziente. Per questo il percorso terapeutico è spesso qualcosa che mette in gioco la persona del paziente nella sua interezza, e la sua interezza è ben più della somma delle sue parti. La terapia mette in gioco in senso profondo l'intimità della persona con se stessa e la sua identità, fino a toccare i nessi organizzativi e strutturali che la sorreggono.

Nell'esempio sopra riportato si intuisce come fra le righe stiamo parlando di dissociazione, l'altra faccia della medaglia della coscienza e del suo potere ordinante. Di nuovo è essenziale usare un approccio dimensionale e comprendere che è solo una questione di grado, di livello di funzionamento. Ciascuno di noi è potenzialmente esposto ai processi mentali che si sono appena descritti. In questo senso la dissociazione non riguarda esclusivamente pazienti che abbiano vissuto esperienze traumatiche e non si manifesta necessariamente in modo clinicamente eclatante con compartimentazioni, amnesie, derealizzazioni e depersonalizzazioni.

Al contrario, guardare l'organizzazione o la dissociazione è come vedere un medesimo fenomeno da sopra o da sotto. Guidano diceva che il paziente deve sempre sentirsi attivo protagonista della propria soggettività. Emozioni eccessivamente perturbanti creano nel sistema "l'esclusione selettiva di flussi sensoriali provenienti dai settori di esperienza critica". Basterebbe questa indicazione per cogliere un distacco da una parte di sé che esita in una perdita di propriocezione (Porges, 2017), di titolarità e agenzialità del Sé, di *ownership* e *agency* (Frewen, Lanius, 2017). E continua dicendo "il flusso in arrivo, sebbene registrato, non è avvertito a livello cosciente" (p. 30). Janet, sfidando la concezione di inconscio freudiano prevalente, parla di una esperienza non formulata, come di un restringimento del campo di coscienza e contenuto non elaborato. Guidano, a sua volta sfidando la concezione cognitivo-comportamentale prevalente, sposta l'attenzione del clinico dai pensieri alle emozioni e soprattutto ne tratteggia una teoria evolutiva, dall'infanzia all'età adulta. Nel farlo pone le basi per quello che lui stesso definisce un approccio ontologico allo studio della personalità.

Una forma specifica di esclusione selettiva consiste nella disconnessione fra l'emozione e la situazione relazionale, che ci riporta immediatamente al nostro esempio di prima. In questa circostanza l'Io appare incomprendibile al Me. Quello che sto vivendo non è realizzabile e integrabile nel mio senso di Me, nella mia medesimezza, nella mia storia. "Quando la disconnessione è completa, la propria esperienza immediata ('Io') appare

del tutto incomprensibile nei termini di una propria modalità di reagire ('Me')" (p. 30). Nei termini che indicavamo in precedenza questa appare una modalità di funzionamento per certi aspetti ancora capace di conservare una messa a fuoco del vissuto e di realizzarlo per distanziarsene criticamente. Un vissuto egodistonico che il paziente fa fatica ad autoriferirsi, che gli dà una sensazione di estraneità. Questo è un grado di estraneità ed esternalizzazione evidente delle proprie emozioni (Armanino, 2019). Ma possiamo immaginare che con la progressiva compromissione del livello di funzionamento mentale ci si sposti verso un senso di alterità più marcato, con potenziali gravi oscillazioni e una perdita della capacità di avvicinarsi e pensare a questi contenuti, fino al vissuto dissociativo.

Il sistema tende sempre a stabilizzarsi influenzando selettivamente l'elaborazione di una gamma di emozioni a esso riconducibili e riconoscibili. Sia Meares (2012) sia Bromberg (2011) confermano il continuum esistente fra dissociazione e disturbo di personalità. Per Bromberg in particolare la dissociazione consiste nel disconnettere ciò che viene esperito come troppo da sostenere per il senso di sé, riducendo la realtà a una banda ristretta di percezione. Tale percezione ristretta viene anche privata di una rilevanza emotiva personale per la persona che la sperimenta come se "non succedesse a me". Sembrano impliciti in questa concezione entrambi i concetti fin qui trattati di riduzione della gamma di emozioni percepibili di Guidano e di non realizzazione di Janet, e questi processi riguardano un continuum clinico che dai disturbi di personalità procede fino ai disturbi dissociativi. Si noti anche che lo scopo di tali processi è il sostegno del senso di sé, quella stabilità del sistema che appare prioritaria nel nostro modello.

Avvicinandosi di nuovo al tema dei disturbi di personalità, si può immaginare un tentativo di stabilizzazione operato attraverso l'impoverimento e l'irrigidimento dei temi portanti. È così che il paziente assume un assetto rigido atto a regolare la relazione interpersonale al fine di stabilizzare il proprio equilibrio intrapersonale, per quanto rigido e parziale. Ponendo coercitivamente l'altro in una posizione predeterminata secondo quelli che potremmo definire schemi interpersonali, di fatto si assicura una distanza ottimale da consapevolezza interiori che non sarebbe in grado di elaborare. In questo modo tutto diventa egosintonico, escludendo il venire in contatto con emozioni perturbanti che al contrario sono imputate all'altro, al mondo, al destino, fino a renderlo sostanzialmente cieco rispetto alle sue personali parti in gioco. Tutto viene agito, in particolare nella relazione, in modo da non dover essere mentalizzato.

È questa per certi aspetti una estensione del discorso inerente all'esclusione selettiva indicato in precedenza. A fronte di elementi perturbanti il sistema tende a proteggere la sua continuità stabilizzando il più possibile

l'esperienza. Questo sembra suggerire Guidano quando parla di autoinganno sul fronte interno e di manipolazione attiva dei livelli di consapevolezza in corso. La manipolazione consiste sostanzialmente nella "riduzione attiva della gamma personale di emozioni riconoscibili" (p. 30), le sole che la persona possa avvertire come proprie. Il restringimento della gamma è un'operazione attiva esercitata anzitutto manipolando il focus dell'attenzione, in modo che le esperienze risultino confermatrice e rafforzanti sempre della stessa gamma specifica di emozioni.

Naturalmente questa operazione ha un costo. Le attività diversive atte a manipolare il focus dell'attenzione garantiscono al sistema il non dover elaborare dati critici ma spesso consistono in veri e propri sintomi quali rituali, fobie o disturbi psicosomatici.

Nei disturbi di personalità la riduzione della gamma è particolarmente accentuata al punto che pochi temi portanti, spesso semplici e concreti, finiscono per occupare completamente lo spazio della coscienza e per direzionare gran parte dei comportamenti. È come se il sistema restringesse considerevolmente il suo campo di azione e percezione nel tentativo di stabilizzare l'esperienza.

Se il paziente tradito dal partner dell'esempio precedente avesse uno stile di personalità dipendente questa caratteristica strutturale tenderebbe a ridurne drasticamente i margini di manovra e le possibilità di azione. Pur di non entrare in contatto con la sua vulnerabilità personale il paziente sarebbe disposto, per non dire costretto, a ignorare selettivamente ogni dato critico concernente il partner, al fine di continuare a mantenere con lui una prossimità e un legame di dipendenza. La sola strategia conosciuta e percorribile sarebbe quella di avvicinare una figura forte e protettiva che scongiuri o compensi la debolezza e la vulnerabilità del Sé. È significativo qui comprendere quanto lo schema interpersonale sia funzionale alla stabilizzazione del sistema. Anche il restringimento della gamma di emozioni percepibile vissute come proprie è funzionale al non entrare in contatto con esperienze così critiche da comportare un potenziale collasso della coesione, una grave interruzione della continuità personale.

Ma la cosa ancor più interessante per noi è considerare come qualunque azione terapeutica che tendesse a favorire l'allontanamento dal partner o quantomeno un distanziamento critico e la consapevolezza riflessiva delle caratteristiche del partner sarebbe destinato a fallire. Essendo l'idealizzazione dell'altro strettamente connessa alla protezione del Sé, ogni consapevolezza critica sull'altro costituirebbe una minaccia diretta alla stabilità personale. Se il terapeuta tentasse di informare dall'esterno il paziente della "realtà" esercitando una sorta di azione psicoeducativa il primo rischio sarebbe la messa in atto da parte del paziente di una risposta momentanea-