

RICERCA PSICOANALITICA

Rivista della Relazione in Psicoanalisi

Journal of the Relationship in Psychoanalysis

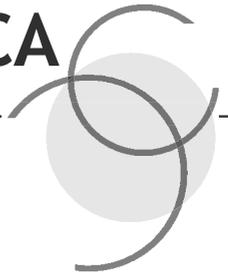
Non-commercial use only



RICERCA PSICOANALITICA

Rivista della Relazione in Psicoanalisi

Journal of the Relationship in Psychoanalysis



Non-commercial use only

RICERCA PSICOANALITICA

Rivista della Relazione in Psicoanalisi | *Journal of the Relationship in Psychoanalysis*

Periodico quadrimestrale fondato dalla *Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione* (S.I.P.Re.)

Membro del *Council of Editors of Psychoanalytic Journals*.

Quarterly journal founded by the *Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione* (S.I.P.Re.)

Member of the *Council of Editors of Psychoanalytic Journals*

Direttore scientifico | *Editor-in-Chief*

Fabio Vanni

Comitato di Redazione | *Assistant Editors*

Attà Negri (Bergamo); Laura Corbelli (Repubblica di San Marino); Laura Polito (Parma); Silvia Papini (Milano).

Precedenti Direttori | *Former Editors-in-Chief*

Daniela De Robertis (1990-1997); Michele Minolli (1998-2009); Alberto Lorenzini (2010-2016).

Comitato Scientifico | *Editorial Board*

Neil Altman (New York); Beatrice Beebe (New York); Wilma Bucci (New York); Mauro Ceruti (Italy); Gustavo Pietropolli Charmet (Italy); Christopher Christian (New York); Steven Cooper (Boston); Margaret Crastnopol (Seattle); Elisabeth Fivaz-Depeursinge (Switzerland); Peter Fonagy (London); Pier Francesco Galli (Italy); Francesco Gazzillo (Italy); Leon Hoffman (New York); Elliot Jurist (New York); Vittorio Lingiardi (Italy); Gianluca Lo Coco (Italy); Sergio Manghi (Italy); Giuseppe Martini (Italy); Paolo Migone (Italy); Rosario Montirosso (Italy); Clara Mucci (Italy); Thomas H. Ogden (San Francisco); Donna Orange (New York); Sergio Salvatore (Italy); Adriano Schimmenti (Italy); Allan Schore (Los Angeles); Stephen Seligman (San Francisco); Roberta Siani (Italy); Joyce Slochower (New York); Charles Spetzano (San Francisco); Donnel B. Stern (New York); Edward Tronick (Boston).

Redazione | *Editorial Staff*

Alice Fiorani, *Journal Manager*

Claudia Castellano, *Production Editor*

Tiziano Taccini, *Technical Support*

Pubblicato da | *Published by*

PAGEPress Publications

Via A. Cavagna Sangiuliani 5

27100 Pavia, Italy

Tel. +39.0382.1549020

info@pagepress.org – www.pagepress.org

Abbonamento stampa cartacea per il 2024 (3 numeri) | *Subscription printed edition for 2024 (3 issues)*

Italy € 70,00

Other countries € 105,00

Il pagamento deve effettuarsi a PAGEPress Srl | *Payment must be addressed to PAGEPress Srl*

- **Bonifico bancario | *Bank Transfer***

Banca Popolare di Sondrio, Agenzia 1, Pavia, Italy

IBAN: IT85Y0569611301000005086X83 - BIC: POSOIT22

- **Carta di credito | *PayPal; Credit Card***

pISSN: 1827-4625 | eISSN: 2037-7851

Stampa | *Printed by*

Press Up s.r.l., via E.Q. Visconti 90, 00193 Roma, Italy

Finito di stampare nel mese di agosto 2024 | *Printed in August 2024*

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 212, del 14 aprile 2010 - Quadrimestrale.

Direttore responsabile: dr. Camillo Porta.

Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004, n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano.

Licensee ©2024 PAGEPress Srl, Pavia

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL		Commento al caso clinico di Abbruzzese e Vincenti 569	
<hr/>		▪ <i>Raffaelina Magnoli</i>	
Editorial 275		L'approccio sistemico: ostacoli e risorse nella complessità 573	
▪ <i>Fabio Vanni</i>		▪ <i>Griselda Bruceti, Elena Cofano, Chiara Inzoli, Paola Isabello, Roberta Michelazzo, Chiara Rizza, Angelica Rizzo Scaccia</i>	
FOCUS 1: PSYCHOANALYSIS OF THE RELATIONSHIP		<hr/>	
Paths in dialogue: on the tracks of a Subject in becoming 279		Replica ai commenti ricevuti 579	
▪ <i>Maria Luisa Tricoli, Massimo Fontana, Federica Formaggi, Marina Romano</i>		▪ <i>Mariacarmela Abbruzzese, Enrico Vincenti</i>	
Creativity in psychotherapy as a 'co-reflexive dialogue between acting subjects': a clinical and theoretical proposal 319		LECTURES	
▪ <i>Daniele Morelli, Laura Corbelli</i>		<hr/>	
Which configuration? 347		Recensione 'Settant'anni tra psicoanalisi e dintorni. Dialoghi e interviste' 585	
▪ <i>Martina Mancuso, Giovanna di Giacomo</i>		DI PIER FRANCESCO GALLI	
		▪ <i>Pietro Pellegrini</i>	
FOCUS 2: GENDER		<hr/>	
Psychoanalytic trans-narratives 371		Commento al libro 'La terapia psicodinamica è efficace? Il dibattito e le evidenze empiriche' 589	
▪ <i>Andrea Crapanzano</i>		DI PAOLO MIGONE (A CURA DI)	
		▪ <i>Silvia Marchesini</i>	
Houses folded in on themselves A look at the development of sexual identity in adolescents and young adults in heteronormative families 415		Soggetti che si amano. La vita della coppia dal miele dell'amore romantico all'acido del calo del desiderio e oltre 593	
▪ <i>Sara Zucchi</i>		DI GIUSEPPE D'AMORE	
		▪ <i>Fulvio Frati</i>	
The double 'double bind' of transgender persons and ways to overcome it 471		GLANCES	
▪ <i>Fulvio Frati</i>		<hr/>	
WRITINGS		Commento al film: <i>Unless</i> 601	
<hr/>		DI ALAN GILSENAN, 2016	
The world of hysteria 517		▪ <i>Fabio Vanni</i>	
▪ <i>Adriana Prela</i>		La psicoanalisi è una relazione. Il cinema è una relazione. Cosa è il tennis? Commento al film <i>Challengers</i> 605	
CASE REPORT		DI LUCA GUADAGNINO	
<hr/>		▪ <i>Pietro Roberto Geosis</i>	
Prendersi cura della sofferenza all'interno di una famiglia 553		TRANSFORMATIONS	
▪ <i>Mariacarmela Abbruzzese, Enrico Vincenti</i>		<hr/>	
Commento al caso clinico presentato in: Prendersi cura della sofferenza all'interno di una famiglia 565		La Rete per la Psicoterapia Sociale: il concretizzarsi di un'idea 611	
▪ <i>Gianfranco Bruschi</i>		▪ <i>Fabio Vanni, Luigi D'Elia, Carlotta Longhi, Giuseppe Cersosimo, Matteo Lima</i>	

INDICE

EDITORIALE			
<hr/>			
Editoriale	277	Commento al caso clinico di Abbruzzese e Vincenti	569
▪ <i>Fabio Vanni</i>		▪ <i>Raffaelina Magnoli</i>	
FOCUS 1: PSICOANALISI DELLA RELAZIONE			
<hr/>			
Percorsi in dialogo: sulle tracce di un Soggetto in divenire	299	L'approccio sistemico: ostacoli e risorse nella complessità	573
▪ <i>Maria Luisa Tricoli Massimo Fontana, Federica Formaggi, Marina Romano</i>		▪ <i>Griselda Bruceti, Elena Cofano, Chiara Inzoli, Paola Isabello, Roberta Michelazzo, Chiara Rizza, Angelica Rizzo Scaccia</i>	
La creatività in psicoterapia come 'dialogo co-riflessivo tra soggetti agenti': una proposta clinica e teorica	333	Replica ai commenti ricevuti	579
▪ <i>Daniele Morelli, Laura Corbelli</i>		▪ <i>Mariacarmela Abbruzzese, Enrico Vincenti</i>	
Quale configurazione?	359	LETTURE	
▪ <i>Martina Mancuso, Giovanna di Giacomo</i>		<hr/>	
FOCUS 2: GENERE			
<hr/>			
Trans-narrative psicoanalitiche	393	Recensione 'Settant'anni tra psicoanalisi e dintorni. Dialoghi e interviste'	585
▪ <i>Andrea Crapanzano</i>		DI PIER FRANCESCO GALLI	
Case ripiegate su loro stesse Uno sguardo sullo sviluppo dell'identità sessuale di adolescenti e giovani adulti in famiglie eteronormative	443	▪ <i>Pietro Pellegrini</i>	
▪ <i>Sara Zucchi</i>		Commento al libro 'La terapia psicodinamica è efficace? Il dibattito e le evidenze empiriche'	589
Il doppio 'doppio legame' delle persone transgender e le vie per un suo possibile superamento	493	DI PAOLO MIGONE (A CURA DI)	
▪ <i>Fulvio Frati</i>		▪ <i>Silvia Marchesini</i>	
SCRITTI			
<hr/>			
Il mondo dell'isteria	535	Soggetti che si amano. La vita della coppia dal miele dell'amore romantico all'acido del calo del desiderio e oltre	593
▪ <i>Adriana Prela</i>		DI GIUSEPPE D'AMORE	
CASI CLINICI		▪ <i>Fulvio Frati</i>	
<hr/>		SGUARDI	
Prendersi cura della sofferenza all'interno di una famiglia	553	Commento al film: <i>Unless</i>	601
▪ <i>Mariacarmela Abbruzzese, Enrico Vincenti</i>		DI ALAN GILSENAN, 2016	
Commento al caso clinico presentato in: Prendersi cura della sofferenza all'interno di una famiglia	565	▪ <i>Fabio Vanni</i>	
▪ <i>Gianfranco Bruschi</i>		La psicoanalisi è una relazione. Il cinema è una relazione. Cosa è il tennis? Commento al film <i>Challengers</i>	605
		DI LUCA GUADAGNINO	
		▪ <i>Pietro Roberto Geosis</i>	
TRASFORMAZIONI			
<hr/>			
		La Rete per la Psicoterapia Sociale: il concretizzarsi di un'idea	611
		▪ <i>Fabio Vanni, Luigi D'Elia, Carlotta Longhi, Giuseppe Cersosimo, Matteo Lima</i>	

Editorial

*Fabio Vanni**

What you have in your hands, or on your screen, is an edition filled with a wealth of valuable content, which comes to publication after the recent death of Pier Francesco Galli, a highly esteemed colleague and much-appreciated founder of one of the most authoritative Italian journals in our field. His last book ‘Seventy years in and around Psychoanalysis’ is testimony to Galli’s depth and capacity for cultural stimulation that he exercised throughout his long professional and scientific life. We publish here Pietro Pellegrini’s comment which marks his passing and serves as a tribute to his illustrious career.

In this issue, we have a dual thematic focus and columns which contain many contributions that merit a few words of introduction.

Let’s begin by talking about ‘Dialogues about care relationships’. We introduced the column a few years ago to offer readers food for thought on various, varied clinical material. It provides a space for colleagues to sit around a virtual table and discuss the many forms that human malaise and its treatment take today. The material is provided by a recently established group of well-known colleagues within Italian relational psychoanalysis. They propose a clinical situation from a family-like perspective. The commentators, from the psychodynamic and systemic areas, bring their perspectives, and the authors have the opportunity to further and, we believe, to usefully define their thoughts and their clinical action. To put forward one’s thoughts on psychological treatment in a public form is neither easy nor to be taken for granted, nor is it easy to go beyond one’s affiliations with a particular school to bring a different observational perspective to the clinicians themselves. The formula we have used for this case, and for the previous cases, is certainly not the only formula. It requires great care on everyone’s part to build a truly useful dialogue, especially for our readers. However, we believe that on this occasion, as on some other occasions, we have reached our goal.

*Psychologist and psychotherapist, president of ‘Network for Social Psychotherapy’, scientific director of ‘Sum ETS Project’, adjunct professor of Clinical Psychology of Childhood and Adolescence at UNIPR. E-mail: fabiovanni@progettosum.org

Comments on three books, two films, and the ‘Transformations’ column project are also useful contributions to a descent of psychoanalysis into the concreteness and complexity that reality offers us. We are particularly pleased when colleagues, some illustrious, some unknown, elicit our comments on a book or a conference. There is no academic advantage in this, but what prevails is the intellectual desire to put forward and share one’s own view of things; it may be what one is currently experiencing, or a nascent thought that perhaps that particular film or that particular book lends itself to encouraging. Starting with this issue, and in this perspective, Pietro Roberto Goisis enters into a collaboration with our journal on the subject of cinema and psychoanalysis. This cannot fail to broaden our perspective on the connection between these two worlds which we know to be contiguous.

Finally, in addition to the ‘free’ article, we present two thematic focuses: the first includes three internal contributions from the Italian Society of the Psychoanalysis of Relationships which focus on some central concepts of the model.

The group, headed by SIPRE, has – and lays claim to – a history and specificity of thought that needs to be expressed, as well as continually developed. Here, these aspects have been dealt with thanks to three small groups of authors who already show evidence of collective processing which RP is happy to host.

The second focus, also consisting of three contributions, returns to a conceptual and clinical area to which we have often dedicated space in recent years: gender. Aside from its relevance in pop culture, the theme of gender is food for debate both in psychoanalysis and in other diverse disciplinary domains, which merit attention, not least for their reciprocal interaction.

Enjoy reading

Conflict of interests: the author declares no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 23 July 2024.

Accepted: 23 July 2024.

Editor’s note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, editors and reviewers, or any third party mentioned. Any materials (and their original source) used to support the authors’ opinions are not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:943

doi:10.4081/rp.2024.943

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Editoriale

*Fabio Vanni**

Un numero molto ricco quello che avete per le mani, o sul vostro schermo, che giunge alla pubblicazione a poca distanza dalla morte di Pier Francesco Galli, stimatissimo collega apprezzato anche come fondatore di una delle riviste italiane più autorevoli del nostro settore. Il suo ultimo libro ‘Settant’anni tra psicoanalisi e dintorni’ è una testimonianza della ricchezza e della capacità di stimolo culturale che è riuscito ad esercitare nel corso della sua lunga vita professionale e scientifica. Il commento di Pietro Pellegrini che pubblichiamo costituisce un omaggio ed un saluto.

Troverete qui due focus tematici e numerosi altri contributi nelle rubriche che meritano qualche parola di introduzione.

Inizio dai ‘Dialoghi sulle relazioni di cura’, rubrica che abbiamo introdotto da qualche anno e che ci ha consentito di offrire ai nostri lettori spunti di riflessione su materiali clinici molto variegati facendo sedere attorno ad un tavolo virtuale molti colleghi che si sono confrontati sulle tante forme che assume oggi il malessere umano e il suo trattamento. In questo numero il materiale è fornito da un gruppo da poco costituito ma che comprende colleghi noti all’interno della psicoanalisi italiana di matrice relazionale che ci propongono una situazione clinica con uno sguardo di tipo familiare. I commentatori, di area psicodinamica e sistemica, portano le loro prospettive e gli autori hanno modo di precisare ulteriormente e, ci pare, utilmente, il loro pensiero e la loro azione clinica. Non è mai facile né scontato proporre il proprio pensiero sulla cura psicologica in una forma pubblica né lo è andare oltre le appartenenze di scuola ma portando tuttavia un differente vertice osservativo ai clinici stessi. La formula che abbiamo adoperato per questo caso e per i precedenti non è certo l’unica e richiede molta cura da parte di tutti per creare un dialogo davvero utile, soprattutto per i lettori. Ci pare che in questo caso, come a volte in altri, ci siamo riusciti.

*Psicologo e psicoterapeuta, presidente della ‘Rete per la Psicoterapia Sociale’, direttore scientifico di ‘Progetto Sum ETS’, professore a contratto di Psicologia clinica dell’infanzia e dell’adolescenza all’UNIPR, Italia. E-mail: fabiovanni@progettosum.org

Anche i commenti a tre libri, a due film e il progetto proposto per la rubrica ‘Trasformazioni’ ci paiono contributi utili ad una discesa della psicoanalisi nella concretezza e nella complessità che la realtà ci propone. Ci fa particolarmente piacere quando colleghi che conosciamo, talvolta illustri, talaltra sconosciuti, ci propongono di commentare un libro o un convegno. Non c’è in questo caso alcun tornaconto accademico ma ci pare prevalga piuttosto il desiderio intellettuale di proporre e condividere un proprio sguardo sulle cose, un’esperienza che si sta facendo, un pensiero nascente che magari quel film o quel libro si prestano a sollecitarci. Da questo numero, e in quest’ottica, Pietro Roberto Goisis apre una collaborazione con la rivista che riguarderà il cinema e la psicoanalisi che non potrà che arricchirci di spunti sulla connessione fra questi mondi che sappiamo essere tanto contigui.

Infine, oltre all’articolo ‘libero’, presentiamo qui, dicevamo, due focus tematici: il primo raccoglie tre contributi interni alla Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe) che mettono a fuoco alcuni concetti centrali del modello.

Il gruppo che fa capo alla SIPRe ha e rivendica una storia e una specificità di pensiero che ha bisogno di essere raccontata ma anche continuamente sviluppata. Qui troviamo tutti questi aspetti ad opera di tre piccoli gruppi di autori che dunque già fra loro portano il segno di una elaborazione collettiva alla quale RP è lieta di dare ospitalità.

Il secondo focus, composto anch’esso da tre contributi, ritorna su un’area concettuale e clinica alla quale abbiamo dedicato spesso spazio in questi anni: il genere rimane un tema che, al di là della sua rilevanza nella cultura pop, trova oggi ragioni di dibattito sia nella psicoanalisi che in diversi altri domini disciplinari che meritano di essere guardati anche nella loro reciproca interazione.

Buona lettura

Conflitto di interessi: l’autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 23 luglio 2024.

Accettato: 23 luglio 2024.

Nota dell’editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell’editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall’editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:943

doi:10.4081/rp.2024.943

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Paths in dialogue: on the tracks of a Subject in becoming

Maria Luisa Tricoli,* Massimo Fontana,** Federica Formaggi,***
Marina Romano****

ABSTRACT. – The authors describe the journey of a group of psychoanalysts from the *Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione* (SIPRe) that, from the 1980s to the present, has led to the hypothesis of a theory based on a unitary Subject in becoming. To the concept of Relation, understood not in a phenomenal sense but as structuring the psyche and individual behavior, were juxtaposed, with reference to the development of the human being, the moments of the Hegelian dialectic – thesis, antithesis and synthesis – understood as the passage from the prereflexive to the reflexive and the self-reflexive. From this initial reflection, we then came to distinguish between direct consciousness, characteristic of the first eighteen months of life, reflective consciousness, foundational to individual identity, and self-reflective consciousness, a capacity acquired by the human, which is expressed in the narrative of oneself made to oneself and others and refers to the perception of one's own identity, based on unconscious determinants. In the group's journey, these moments of development were articulated as co-present expressions of an ongoing process, leading to the formulation of the concept of the unitary Subject in Becoming: a system, always striving toward a beyond, that self-organizes and incessantly makes itself in relationship with the other, from a perspective that frames it as coinciding with its becoming. Seeking to nurture the vital openness to future theoretical developments, its clinical implications are traced through a vignette.

Key words: Subject; system; becoming; unconscious; intersubjective.

*'This is the problem: thinking is a very unwelcome evolutionary moment;
unwelcome because it might make us feel comfortable;
unwelcome because it might make us feel uncomfortable.
It is hard to know what to do with the ability to think'*
(Bion, 1984)

*Psychologist, psychotherapist, lecturer, and member of the Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italy. E-mail: tricoli.marialuisa5@gmail.com

**Doctor, psychotherapist, lecturer, and member of the Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italy. E-mail: m.fontana.082@gmail.com

***Psychologist, psychotherapist, and member of the Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italy. E-mail: dottoressaformaggi.federica@gmail.com

****Psychologist, psychotherapist, lecturer, and member of the Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italy. E-mail: marina_romano@ymail.com

In the psychoanalytic landscape of the past fifty years, the concept of the *Subject*¹ has gained prominence; more of an intuition, as yet to be defined in depth in its theoretical connotations and clinical implications.

In this article, the human Subject is thought of as a unitary organism, with constituent functions and dimensions, self-eco-organizing (Morin, 1981) in its incessant becoming in relation to the other, in a perspective that coincidentally frames it in its becoming. Thus, a Subject animated by the need and desire to keep itself alive and vital, always striving to expand and complexify itself.

These statements are the result of theoretical-clinical research, still ongoing, on the idea of the Subject, which has been proposed and carried out over time by the Italian Society of Relational Psychoanalysis (SIPRe).

In SIPRe, the historical origin of the interest in the Subject is to be found in the *concept of Relations*², introduced in the 1970s-80s in psychoanalysis in various countries at the same time, in contrast to the lack of relevance the Object had in Freudian Metapsychology. Both the British Independents and *Infant Research* had reassessed the role of the Object in the constitution of the individual. However, both lines of research remained isolated without converging into an organic theoretical vision that would account for the constitution of a Subject not exclusively shaped by the environment, and of a relationship³ not exclusively understood as an expression of the relations structured in childhood.

The issue of the Subject at first developed intuitively, then later in an increasingly conscious manner thanks to the work of a small group of researchers who, in the mid-1980s, after a decade of informal meetings, established the SIPRe. The group was formed by scholars who, in their training, had already studied Hegelian idealism (as well as, of course, Phenomenology⁴, as the time required) and were interested not so much in the coincidence of the rational and the real, but in the conceptualization of the dialectics as a continuous amplification of consciousness, which coincided with life itself. As far as dialectics is concerned, in Hegel they found a convincing description of the journey that consciousness undertakes to reach itself in an ever fuller sense, overcoming the distinction between subject and object. In this movement, they saw a new way of understanding consciousness, involving a conception of the Subject as a unit developing through the moments of thesis, antithesis, and synthesis.

¹ In this article, the term 'Subject' with a capital letter is to be understood as the organizing principle of the individual's experience.

² Cfr. De Robertis, Minolli, Tricoli (1987).

³ Cfr. Minolli (1990a, b); De Robertis, Tricoli (1990).

⁴ Including: Binswanger (1973); Heidegger (1927); Husserl (1954); Merleau-Ponty (1945).

The moment of thesis coincides with 'simple consciousness' in which the Subject, unaware of itself, is captured by the attention paid to the object/other, whom it opposes or passively identifies with; antithesis is the moment of self-consciousness in which attention is paid to itself as object, because of the return to itself that consciousness has operated; and finally, the synthesis, in which a new unit is constructed compared to the two consciousnesses that were initially separate and extraneous to one another. In Hegel's view (1807) it was the Absolute Reason that was the real protagonist of the development; on the contrary, the Group considered the Absolute Reason as an obscure intuition of a unitary Subject in becoming, in which reality was not considered merely as a mental construction. It appeared that the problem of dualism was still annoyingly open.

Interest then turned to the definition of the moments of realization of self-consciousness. In particular, the moment of unhappy consciousness reflected on the assertion of the perennial unhappiness in which the human being remained, despite having reached individual self-consciousness. For Hegel, unhappiness can be overcome once self-consciousness has acquired the awareness of being all, absolute Reason, but this seemed to entail the disappearance of the real individual.

Non-adherence to the most significant aspect of Hegelian thought, namely the coincidence of the real and the rational, originated in the cultural climate of the early 20th century dominated by Phenomenology, a movement of thought in which consciousness is essential 'intentionality', not empirical subjectivity, but the transcendental foundation of human experience. The challenge was posed by reflexivity itself: reconciling the paradox of the one with the many. How was it possible to remain oneself while welcoming the other and opening oneself to it, without involving opposition or passive adherence! The Group was not driven by philosophical interests; rather, after a critical rereading of Freudian⁵ positions, it was attracted to the world of psychoanalysis as a tool for social liberation, in relation to the historical moment (after '68), without overlooking the strong stimulus constituted in those years by the thought of Franco Basaglia.

The role of reflexive consciousness

In the light of this interest, the view of the individual that Freud had formulated, especially after 1900, was not satisfactory because it explained the unity of the human being through a partial component, the libido, which expressed a limited aspect in relation to human complexity (De Robertis,

⁵ Cfr. De Robertis (1991 e 1995); Tricoli (1992).

1996). Moreover, the classical concepts linked to an explanatory perspective of a drive nature – desire and defense, conflict between drives, or between drives and reality – did not appear sufficient to account for the tension to exist in accordance with what the ego considered consonant with its well-being, even when this placed it in conflict with the world in which it lived. The question, which one was trying to answer, was to reconcile the ego's vital need to assert itself as existing with the conflictual dimension that placed the individual in a perpetual relationship of opposition to the world, and that usually manifested itself as an open struggle or as total submission.

An initial reflection, based on the findings of *Infant Research*⁶, resulted in the distinction between simple consciousness and reflexive consciousness. *Simple consciousness* – identified afterward as pre-reflexive consciousness – was referred to the earliest affective movements, the earliest emotions and perceptions that, arising under the stimulus of external reality, are structured in the organism at a pre-reflexive level as unconscious systems (Stern, 1985), not because they are made up of repressed contents, but because they are structured before the appearance of reflexivity, when personal experience is a pure experience not referred to a subject.

Reflexive consciousness refers to the capacity to recognize oneself in the mirror, which the individual develops from the age of eighteen months. The reflexive moment is when the individual bends over himself to make himself the object of his knowledge, thus transforming both himself and himself as an object: the Subject is transformed because the individual no longer perceives himself as being at the mercy of external events, but recognizes himself as responsible for his own story; the Object is transformed because the unconscious events are arranged into a story (Montefoschi, 2004-2006).

Reflexivity is a faculty acquired evolutionarily not only by the child, who adds the reflexive function to the pre-reflexive one present at birth, but also by the whole of mankind who, some 2,700 years ago, with the appearance of the first philosophers, moved from mythical thinking to reflexive thinking: a transition from a syncretic form of perception and thought to a dichotomous mode of thought, which expresses itself through 'opposites', according to the Aristotelian laws of identity, non-contradiction and the excluded third.

With the appearance of reflexive consciousness, the relationship between the individual and the environment changes, acquiring the value of an evaluation, albeit unconscious, between personal criteria and criteria conveyed from outside (family, society, culture) (Minolli, 2000). The con-

⁶ Including: Sander (1983); Stern (1985); Trevarthen e Hubley (1978); Trevarthen (1979).

tinuous confrontation that life proposes between personal evaluations and those coming from the other, opens up a space of freedom for the human being, who is urged to choose whether to accept the input and transform him/herself, re-modelling to some extent the self-image perceived until that time or, on the contrary, to remain firm in the existing self-image.

Over time, the reflexive level is complexified in the dialectical overcoming of the Ego/other dichotomy through the function of presence to oneself. This is the level of self-reflexivity, or return to self, according to the Hegelian definition, which consists of the human being's ability to refer to him/herself what he/she has elaborated in reflexive terms, through the construction of narratives about him/herself and others (Grotstein, 2007). The unconscious events, which have arranged themselves into a story, through the self-reflexive function unravel into meaningful narratives.

The differentiation, within the psychic activity, between personal and externally induced evaluations was intended both to emphasize the active role of the individual in the development of their subjectivity⁷, and to free the Subject from the tendency – widespread above all in American psychoanalysis (in the wake of the British Independents) – to assign a decisive role to the Object, which, instead, was present in Freudian theory mostly as a means for drive discharge. It would have been necessary to delineate the moments of the constitution of the Ego, understood not in the common meaning of the term, but as a unitary Subject, which was neither the passive result of external forces, such as the pressure of society and culture, nor identifiable exclusively with the part of the ego-free from the conflicts of Hartmannian memory.

A direction of research that remained central. The consequence of this approach, initially more interested in the affairs of the Subject than in interaction with the Object, was the observation that the feeling of self-perception, under the stimulus of the diversity of the other, with the advent of reflexive consciousness begins to organize itself into systems of thought and beliefs that act as a filter for subsequent experiences, determining behavior and relationships, but also physical manifestations and somatic characteristics, in a perspective that unifies soma and psyche as two sides of the same coin.

The result of this reflection was the draft of a theory that had at its center the concepts of Subject and relationship as structuring identity. By identity was meant the perception of self, structured in early relationships on an unconscious basis, because it preceded the advent of reflexivity⁸. By

⁷ *Subjectivity* can be understood as that which remains stable over time in the subject: the capacity to perceive feelings, to make use of reflexivity, beyond the contents through which it expresses them; and, above all, the tension towards a 'beyond' that coincides with life itself.

⁸ Cfr. Minolli (2006).

Subject, it was meant the hierarchical continuum of forces and structures present at every level of individual organization, in the line of the Freudian Ego of the Project for a Psychology (1892-1899). In fact, the intuition was circulating that it was not sufficient to refer to the Ego as an 'instance' that connects the inside to the outside, or that mediates between intrapsychic instances, as was commonly accepted in the psychoanalytic theory, but that it was necessary to understand the human being more fully from an existential point of view. This led to the definition of the Subject as a unitary referent of experience (Di Francesco, 1998): an embodied structure in its historical-evolutionary bearing and a personal narrative produced by the interactions that constituted it (Minolli, 1993). However, there was not yet a full awareness that the term 'identity' did not merely refer to the perception of a stable self-image linked to a precise moment in development; rather, it was highlighting the *experience* of one's own being as a continuously evolving presence in the relationship.

The Subject as an autopoietic unitary system

The subject-object dichotomy, which has characterized modern thinking, has always also been a soma-psyche, feeling-reason, matter-spirit, individual-external world dichotomy. In the classical world, but also later in the Christian context, it was resolved by attributing the unity of being and knowledge to the Absolute, of which the human being was only a pale shadow. Later, after Descartes, it was apparently solved by abolishing one of the two terms of the problem: either subjective sensations or rational thinking. Since the last century, also thanks to the acquisitions of neuroscience, the need has been strongly felt to arrive at a unitary and processual vision of the human being, as a reaction to the static vision of the Absolute, replacing the 'all already given' with the search for understanding the systems of meaning structured in the relationship that, during the encounter with the other, as in the analytical relationship, emerge and can broaden their meanings.

An answer to this need was found in the notion of 'system' (De Robertis, 2005), which originated in the logical-mathematical and cybernetic spheres in the 1930s and was then extended to other fields, also thanks to the work of Gestalt psychologists and ecologists, revolutionizing theories on the nature and functioning of living beings. To this subversion of perspective should be added the contribution of the concept of relativity, which transformed the field of physics, as well as the development of quantum physics, which led to seeing the universe as a network of relations that could only be defined through their connections to the whole.

The system was understood as a physical and functional unit, made up of parts interacting with each other and with other systems, aimed at maintaining

itself in existence (von Bertalanffy, 1968; Maturana and Varela, 1980; Thelen and Smith, 1994; Sander, 2002; Seligman, 2005).

By applying the notion of system to the subject, its unity was guaranteed. From the notion of system to that of autopoietic system, the step was short. There was already a hunch that the Subject, in its increasingly conscious journey to attribute meanings, should be a system that continually redefines itself, maintaining and reproducing itself and also transforming itself as is proper to every living system. Its transformations could not be explained as a function of environmental stimuli, since they were due to its self-organization as a fundamental characteristic of the system itself and, therefore, of the Subject (Maturana and Varela, 1980). Following this perspective, it was evident that the environment could not have an instructive influence on living beings and on the human being.

The living being is ‘an ‘open whole’, a ‘substance’ that is its own ‘act’, that is, a process of individuation [...] which is the subject itself in its incessant making and unmaking [...]’ (Ronchi, 2012, p. 49). This does not mean that the individual, in order to maintain his existence, should not interact with other systems, but that, by interacting, he continually transforms himself in order to keep himself alive, developing those tools that the particular environment, at that particular moment, provide for him, in an ever reciprocal and transitory relationship.

Just as the notion of system guarantees the unity of the subject, the notion of autopoiesis guarantees its autonomy. ‘*The organism interacts with the environment in a ‘cognitive’ manner in that it ‘creates’ its environment and the environment enables the realization of the organism*’ (Capra and Luisi, 2014, p. 174)⁹. In other words, the subject moves through continuously evolving possible configurations in the contingencies of a specific environment, maintaining its basic organization despite the continuous transformation of its structure (Maturana and Varela, 1980). In fact, it is inherent to the system to maintain a functional equilibrium between its constituent components – the tensegrity (Sander, 2002) or *coherence*. At the same time, the system constantly presents unforeseen properties that cannot be predicted, resulting from the interaction of its subsystems or the interaction of the system with other systems. This is what happens in the process of self-eco-organization conceptualized by Edgar Morin (1981), which involves a continuous confrontation with the other. The Subject develops, in fact, not in solitary meditation, but in the

⁹ From another vantage point, Georg Northoff (2021), on the basis of recent neuroscientific research, states that when we experience reality in our consciousness, ‘we experience the way in which the waves of the world are transformed and manifested in the neuro-waves of the brain, and the way in which these, in turn, are transformed into mental waves, generating consciousness and the self.’ (*ibid.*, p. 177).

encounter with the environment, in a continuous relationship with the dimensions¹⁰ in which it is articulated.

The self-reflexive Subject and its tension towards a ‘beyond’

As affirmed by the Aristotelian principle of non-contradiction that permeates all our Western thought, reflexivity implies a development through affirmation and negation, through opposing polarities. The return to the self, then, as a moment of synthesis in which the Subject expresses itself in the self-reflexive dimension that is proper to it, cannot dissolve the polarities, but it can certainly change the quality of their relationship, as well as the quality of the relationship between the parts and the whole of the entire system. Self-reflexivity is about the dialogue with oneself and with the other, which can be achieved and exercised when one’s own experiences are actively taken on as elements in the continuous exchange that unravels ceaselessly in the self/other relationship. A dialogue, at once interior and intersubjective¹¹, in which even the unawareness of one’s own experiences offers itself as a possible sense of what is happening to us.

Within the subjective becoming, the concept of ‘synthesis’ or ‘return to self’ should also be highlighted as a moment of development that also implies an understanding through symbolic thought.

Unlike the sign, which induces thinking in terms of semantic equivalences or irreconcilability, the *symbol* seems to indicate not so much a univocal meaning but rather disparate nuances and meanings, even mostly contradictory to each other: from natural and social facts to intrapsychic events. The symbol seems to perform the function of a synthesizer of opposites, linking in a dynamic duality of a tensional nature seemingly irreconcilable elements, conscious and unconscious polarities, which include the Ego¹². Symbolic

¹⁰ The reference here is to the ‘macro’ aspects in which it is possible to recognize the articulation of the subjective becoming: the totality of an undifferentiated unconscious (the function of thought, irreducible to the implicit and repressed), the implicit and pre-reflexive aspects, the reflexive and self-reflexive aspects, the intersubjective dimension proper to the constitutively relational nature of the human being.

¹¹ The *self-reflexive* and *intersubjective* co-reflexive dimensions, to be understood as constituent and interacting dimensions of the Subject, will be taken up again later as research strands in the SIPRe thinking.

¹² For the sake of clarity, it is necessary to distinguish the Subject, which tends to realise itself, through its continuous autopoietic activity of complexification, from the Ego, which constitutes its provisional realisation at a given historical moment of development. Outlining this distinction is not intended to introduce a new dualism, but is necessary to differentiate, on a theoretical level, within the unity of the becoming Subject its historically perceptible manifestations (Tricoli, 2018).

thought is, thus, a proceeding through the composing of oppositions, in such a way that each opposite is enlivened in relation to the other.

Symbolic activity is closely connected with the unconscious dimension, which refers not only to the implicit/pre-reflexive unconscious and the dynamic unconscious; it is also a function of thought that allies itself with the human need to overcome limits. From this point of view, the self-reflexive synthesis of the subject's return to itself is to be understood not as an annulment, but as the virtuous composition and tension of opposites which, thanks to symbolic activity, stimulates the Ego to contact new meanings broader than those which it has hitherto accepted, moving the Subject beyond the already given.

To sum up, over a period of about twenty years, the group had come to believe that the self-reflexive dimension emerged in human beings through the reflexive faculty. Development, however, does not occur through stages or phases, since, once they appear, the different dimensions of consciousness coexist and interact with each other throughout life. In the dialectical movement, the self-reflexive dimension manifests itself through personal awareness of one's own psychic experience, arranged in the narration made to oneself and to others, in a unitary set of identity meanings, which the individual tends to maintain because they constitute all that he/she perceives him/herself to be: something inalienable, otherwise he/she would lose him/herself (Minolli and Tricoli, 2004).

Up to this point, the Group's shared path is divided into two different but complementary strands of interest. On the one hand, the concept of becoming in the uniqueness of the self-reflexive Subject, which frees itself from dependence on the outside in order to find within itself creative capacities for affirmation (Minolli, 2015). On the other, research has focused on the ways in which the continuous dialectical exchange develops between two Subjects who meet in the analysis room (Tricoli, 2018); an exchange that takes place under the auspices of the search for intersubjectivity.

From this point on, this paper will deal with the evolution of the second direction whose roots lie in the common search for a definition of the Subject, taken as a unitary system in the process of becoming, striving towards an ever fuller and more coherent realization of its being, as 'human' (Tricoli, 2020).

The intersubjective dimension as constitutive of the Subject

By unitary Subject in the process of becoming, we not only mean the individual integrated in their dimensions, which always tend towards greater complexification and integration, but also the individual in relation to others; where other is other than self or, perhaps, not yet self.

Becoming is a constant process of integration, overcoming of boundaries

and transformation of the levels of coherence achieved (Tronick, 1998), in a species-specific process that is actualized each time, in which each individual realizes themselves through the opportunity offered by the presence of the other, in a shared experiential-emotional field, which does not annul individual differences, but allows each one to reorganize themselves at a new level of coherence. A reorganization that does not lessen the tension of the process, but transforms it into a method of living.

The choices the Subject makes when encountering a stimulus, keep its configuration or organization intact, as Maturana and Varela (1980) would say, or its subjectivity, as one might rightly say today.

As scientific research states (Prigogine and Stengers, 1981; Oyama, 1998; Seligman, 2017), we do not change in our interaction with the outside world in a linear and predictable way. Each Subject evolves in multi-determined trajectories open to multiple directions, constructing in autopoietic ways its own reality and that of the world around it; a reality we never fully grasp, as it is always changing¹³.

In this movement, it is interesting to consider the very human ways in which the process takes place.

Unlike other living beings, man defines himself in relation to the beliefs and values he has acquired, the 'choices' that have led him to consolidate the ways of being and behaviour that have appeared functional to him in living life on an identity and relational level, whether positive or negative in the eyes of outsiders. Faced with the new and the different, the human being determines himself based on the available resources, integrating into an increasingly significant unity aspects of him/herself that become more and more complex (but are also simplified, where they become increasingly intuitively evident to the Subject). In this way, going through increasingly complex moments of synthesis, one builds a 'sense of self', constantly lost and regained, in a process of continuous deconstruction of the coherence achieved and the construction of a new, more complex coherence. This process takes place, from the very beginning of the individual's life, in their relationship with the world, under the stimulus of a perceived novelty or diversity: the other.

As Paolo Cozzaglio (2022) states, every human Subject is an intersubjective Subject from the womb, 'but becomes aware of it as consciousness develops' (*ibid.*, p. 69).

A theory, which attempts to define a unitary Subject in becoming, must then be accompanied by a vision that also considers two subjects in relation

¹³ This line of thought entails abandoning the finalist perspective in favour of an integrated view, according to which evolution is a story of possibilities, without assuming that the emerging quality must be the 'best' one (Pievani, 2019).

as a unitary intersubjective system, whose reality opens up the phenomenal and existential dimensions to the gaze of the participants.

The dynamic interlocking and exchange between two subjectivities, as occurs for example between the protagonists of the analytic scenario, always takes place in an intersubjective field, a mere field of interaction only when its multiple levels are not fully grasped. As it is possible to recognize in the Subject the co-presence of several constituent dimensions – pre-reflexivity, reflexivity, self-reflexivity – the same dimensions have also to be discerned in the intersubjective system. Indeed, it is possible to say, with a certain conviction, that intersubjectivity concerns both the interactive network in which the Subject moves, and which it, in turn, helps to compose, and the complex interweaving between our self-reflexivity and that of the other: a web of experiences and meanings in dialogue, which the subjects in relationship understand in the sensorial, affective and cognitive range, as the sense of their saying, together, to themselves and to the other: a web of experiences and meanings in dialogue whose sensory, affective and cognitive range is grasped by the subjects in relationship as a sense of their saying, together, to themselves and to each other.

It is possible to state that the Subject and the world – assuming such a clear-cut separation between the two terms is still possible today – are always in interaction, in a relationship of dependence, indeed of interdependence, as a vital dimension, since the world too, like the Subject, transforms and becomes through the autopoietic activity of individuals. An activity that is always relative to the level of complexity that a particular Subject has reached within the experiences of relationships that it has lived and towards which it is moved, driven by the need for mirroring and recognition, proper to the human being and inherent to its development. Thus, if on the one hand there are forms of dependence linked to the reality of the human condition that can favour the development of the Subject (relationships between couples, relationships at work, caring relationships, educational relationships, *etc.*), on the other hand, since the process of autopoietic creation takes place through the acquisition of unconscious aspects in the relationship with the other, the Subject, by settling on the Ego, can direct its development towards a dimension of closure in its emotional aspects and/or in its rational aspects, slowing down its journey to complexification. However, the use of the verb ‘to slow down’ may be misleading, suggesting that there are predefined times and manner for the path of life.

The reflexive faculty, in fact, allows for an ever-increasing process of individuation, in the constant differentiation from the other; however, at the same time, it locks in a form of polarised thinking, the cause of absolutization and tension. This occurs because the first meaning systems that the Subject constructs are inevitably polarised and remain so until the other is discovered as a Subject of equal importance, albeit structured on different meanings, often

not coinciding with its own. Forgoing the absoluteness of one's own system of meanings, structured over a lifetime because it is experienced as functional to what is considered one's own well-being, is not a simple operation, nor is it easy. It requires a long process of accepting the uncertainty of the human condition and its inherent limitation, linked to being mortal, to having a beginning and an end.

However, it is inherent in life itself that the sense of limitation, initially perceived as a defect and a shortcoming, is transformed into a propulsive urge to go further, not as a reckless form of *hubris* but as a vital drive towards what has not yet been realized.

Change as crisis

At this point it is inevitable to ask what is meant by a Subject in becoming, that remains itself, not being determined by external causes but always being in constant relation with the other.

A Subject that becomes is a Subject that changes. But changes by virtue of what? Development can be considered the result of two modes of interaction of the system's components: coordination and synchronization, which, when realized, place the system in a condition of static, but provisional and unstable equilibrium (Maffei, 2021). As soon as synchronization and coordination fail – and this is what happens continuously due to the constant perturbations in which the system is immersed – the system goes into crisis mode and feels the urge to seek a new equilibrium. Change, which the search for equilibrium entails, can be viewed as relating to the crisis and, at the same time, as a vital movement of every living system, including the human system. In this sense, crisis always implies development, irrespective of the positive or negative value that can be attributed to it. Moreover, it should be understood in processual and non-linear terms, as it is the very feature of complex systems, which is today, at least in our opinion, the best conception we have of the idea of a unitary Subject in becoming. Considering, therefore, the human being as a system¹⁴ whose development follows the course described, it is possible to state that every choice he feels called upon to make involves a crisis, since in the system, on encountering a perturbation caused by contact with alterity, there will always emerge an alteration of the equilibrium achieved. In such a condition, the system's components will no

¹⁴ The human being is a system if one considers him to be made up of functional parts whose value has meaning in relation to the whole of which they are part. At the same time, the human being is a metaphor for a system since it cannot be understood in its totality since, being in continuous change, it eludes a static definition.

longer interact in a synchronous and co-ordinated manner, either because entropic disorder has been produced or because they are mobilized in the search for an ever-reformulated equilibrium. The crisis, which must be faced to live life, will therefore be faced with actions that the subject will assess as adequate for the purpose. In fact, it is the human subject who, stimulated by the environment and relationships, can perceive, re-see and re-signify in a qualitatively different manner the meanings he has attributed to his arrangements, making use of all his emotional and cognitive resources that he uses in relation to the capacities with which he is constitutively endowed and which he has developed in the course of his life.

The crisis may occur through an internal motion, apparently unrelated to the reality of the moment, or as a reaction to an external stimulus; but, in all cases, it concerns the relational dimension of the human being. We continually are and continually become; and the relational web in which we are immersed constantly exhorts us in terms of opening-closing, movement-stasis, instability-balance.

That which is perceived as otherness can be experienced by the Subject in a perturbing way, leading them to move to the other with rejection or identification because the first approach is almost inevitably one of mutual dependence and polarization of one's own beliefs. The emotion of extraneousness, which we experience as a threat to the integrity of our person and/or to the value of the identity truth that has accompanied us so far in our existence, arouses annoyance, rejection or aggression. Similarly, even when the other at an immediate and pre-reflective level is perceived as identical or extremely familiar, the identity self-image becomes static as an unquestionable truth in the system of acquired meanings and in the historical solutions adopted. At this point, the subject's evolutionary process changes direction, manifesting itself through an unease that is perceived and identified as pathology. In this sense, pathology is not so much a departure from an ideal criterion of normality, but rather the stalemate in which the Subject finds itself when it rigidifies on solutions that were previously functional, not identifying the possibility of facing the crisis and opening up to the new (Tricoli, 2018). In other words: pathology is structured during the development, where the processual and transformative nature of subjectivity is flattened by identification with the Ego.

There may be pain and suffering in the change and crises that characterize the becoming of the Subject (Minolli, 2009), but the pathology is represented by the persistence of the Subject's modes of functioning (systems of meaning, ways of feeling and behaving in relation to the world) that are functional to the maintenance of a static equilibrium, experienced as the only one possible. This is what the literature on diagnosis tries to understand when it highlights clinical syndromes (suffering understood as a crisis of the system) in the context of the individual's personality. 'If we wish to

understand symptoms, we need to know something about the person who harbors them' (Westen *et al.*, 2006, p. 87).

The intersubjective becoming of the Subject: towards a clinical theory

A theory based on the Unitary Subject in becoming has precise clinical indications.

First, it is necessary to listen attentively and continuously to the other in order to identify the organizers or basic themes, which are often covered up by our tendency to pay attention to what strikes us about the other because it is familiar, and which represents only one aspect of that specific and complex singularity.

What we initially understand about the patient, and understand through projection – here to be taken in its dialectical and perspectival sense as a cognitive process of what still needs to be known in us and which we attribute to the other – is what we have at least partly understood about ourselves and which we have at least partly managed to modify. At the same time, it is also what we deprive ourselves of in our inter-subjective evolutionary tension; the rest eludes us, and we have to embark on a long journey of oversights, rash hypotheses and mutual misunderstandings, in order to finally understand the meaning it has for the other, who is always different, not totally comprehensible through defined diagnostic categories. Behind any experience or belief or behavior, which appears to the analyst to be illogical or dysfunctional to the patient's well-being, there is always an unconscious motivation, structured in significant relationships and consolidated afterwards, which has acquired for the patient a functionality in relation to maintaining a meaningful relationship with others and/or with oneself as an identity image.

This represents the implicit and relational dimension of our process of getting to know the patient, and does not detract from the value of the other two dimensions that are traditionally considered for a clinically useful diagnosis in psychotherapy: the nosographic (nomothetic) dimension and the idiographic dimension, which is functional to the individualized formulation of the clinical case (Albasi, 2009; Dazzi *et al.*, 2009; Fontana, 2012, 2017; Lingiard e McWilliams, 2017, Cozzaglio, 2022). The former helps us to recognize the level, the quality, the type of suffering that we see in the patient, in the context of his organization as a person (a recognition that is only possible by bearing in mind a nosography, a 'panorama' of types of people and ways of being ill, possible in our age and culture). The latter allows us to arrange in a story the multitude of information that invades us from the first contact with the patient, and to give meaning to our narrative of who he is as a person, in his uniqueness and in his life pathway.

These ways of knowing also become part of our ways of understanding the

other (and ourselves); ways that we structure and reorganize throughout our lives, as baggage acquired during our long training as therapists. They settle within us and help us reflect on what we perceive, re-know, and what we seem to understand based on the assumptions we – often implicitly – formulate.

Reaching the other in the deep motivations that are the cause of unhappiness for him, and for those in relationship with him, always requires a long and patient journey, not without suffering. For the analyst, because of the relative narcissism that is common to all those who dedicate themselves to this profession, the initial suffering is the frustration of not reaching the patient, who seems to oppose the exchange, or clings to it passively. In addition, one must consider the impelling desire to remove the suffering of those who have turned to us for help, by offering contents that appear more functional and resolving.

But the other remains a mystery (Levinas, 1948): his face is revealed to the extent that our eyes are opened, sometimes suddenly, because of a long search for a shared meaning always in becoming. It is as if the two who meet in the analysis room are speaking two foreign languages and at times they become a common language, lost and regained cyclically over time as in a spiral, at increasingly complex levels. This jointly constructed reality is not an alternative to its own truth, nor is it a negotiated reality, the result of a synthesis between the two realities. There is no definitive and static truth about us and the other since what is constructed with the patient is, rather, in becoming: an incessant movement aimed at developing potentialities in the two Subjects in the relationship.

A clinical vignette is presented here to illustrate this point.

Carlo is an established 45-year-old professional who asks for analysis because of a kind of deep dissatisfaction, both towards his work and his emotional life. He is a manager in an international company, so he is often abroad. He likes his work, although he feels that he is not really understood by his co-workers and finds it hard to restrain his annoyance towards those whom he does not consider particularly capable or brilliant. Sometimes he becomes caustic in his reactions. He has been married for ten years; he describes his relationship with his wife as not problematic, although they spend little time together, but – he says – perhaps not problematic for that very reason. He has two children of whom he is proud but, because of his work, he is unable to share with them the important moments of their lives, such as school or sports.

The analyst is ten years older than the patient; he is dedicated and passionate about his work. He expects to achieve good results with his patients and usually does. With Carlo he cannot get passionate. He feels Carlo is distant, caught up in purely concrete considerations, prone to judgement and to contempt which, for the analyst, is a sign of a desire for profound acceptance that the patient has dismissed without even clearly perceiving its absence, at least

apparently. The feeling he experiences is one of distance, which turns first into frustration and then into boredom.

In accordance with his working method, the analyst questions his own perceptions and experiences in order to formulate hypotheses about the patient. The first conclusion he reaches – which seems obvious to him – is that he is not attracted to a patient by whom he does not feel valued and is therefore frustrated in his own ‘narcissistic’ desire to be acknowledged for his own worth. Although this consideration is understandable to the analyst considering his recognition of the patient’s narcissistic mode of functioning, as well as his understanding of the underlying issue and its possible reasons, the relationship with the patient does not change and the sessions drag on wearily.

As for the setting, sometimes, when the patient is abroad, sessions take place online. One day the analyst, trying to survive the boredom of the repetitive reports of the working day, has the impression that the patient is not really participating in the session, but that he is looking at his agenda or attending to something else. This time, however, he does not feel a feeling of contrariness, frustration or helplessness as in the past. Something new happens: a burning feeling of disappointment comes over him.

As he wonders how to communicate his experience to the patient, the patient suddenly says: ‘It has occurred to me that as a child, in primary school I suppose, I often felt a feeling of deep disappointment when, as often happened, I was not chosen to take part in sports competitions, school plays, or sometimes not even invited to the parties of my classmates. I didn’t understand why I should always be excluded, but I really felt bad about it; I spent a lonely childhood. Then, fortunately, in high school I learnt to stand up for myself and it was different.’

At this point the analyst actually ‘hears’ him, and understands how the distance that Carlo has ‘learnt’ to interpose between himself and others has had the function of allowing him to find a place in the world, perceived as disinterested and frustrating; an acceptable, even successful place, which guaranteed for him the acceptance of others and a certain feeling of identity value. He also understands, in that undefined and extremely involving fragment of intersubjectivity that is created in the analytical relationship, to what extent Carlo, by repeating his way of being structured from childhood, was unconsciously asking to be seen and accepted for what he was. He understands to what extent he himself, up to that moment, had only given the patient the acceptance that his profession requires, rational, intentional, even partly felt, but not founded on a real understanding.

Now the analyst can feel the suffering that pervades Carlo’s life, linking it to the meaning of an ancient experience, still unknown to the patient, which can be shared implicitly in the relationship, not interpreted or rationally communicated through a state of mind that will no longer be one of annoyance and therefore, in turn, of distance.

To reach the other as a Subject, at a level of interaction that can be defined as intersubjectivity, it is not enough to have a rational, meticulous, attentive and dedicated approach; one needs to fully involve oneself in a web of perceptions and feelings that are interwoven with the patient's experiences and with all the affective bearing of deep meanings that give meaning to what each individual – patient and analyst – feels they are and do not want to lose. It is therefore an understanding that is at once emotional, unconscious and reflexive and allows one to experience the other in their diversity.

The analyst is a 'wounded healer' (Sedgwick, 1993), bearer of an eternal *vulnus*: on the one hand, the *limit* of his human and living being, on the other his faithfulness to the method that requires him to go beyond; that encourages him to invent ever new contents (the theories) and to travel along paths with ever different steps (the techniques). If there is something that perhaps the analyst knows – and knows very well, continuing to discover it every day – it is that life is a suffered but also joyful perception of our limits, an urge to go beyond, a new perception of a more rooted limit, and so on. Always. Thus the analyst becomes a *stimulus* for the other to discover their own potential as a healer, and not the *cause* of this discovery (Tricoli, 2012).

To have as a theoretical referent a unitary Subject in becoming, that structures itself in the intersubjective dimension, is a remarkable paradigm shift, which is beginning to be defined with the concurrence of various fields of research.

After the development of 20th century thought, while recognizing its value, it is no longer possible to share the positivistic assumptions that characterize Freudian theory. There are two main aspects that seem discordant with the world view that is emerging today. The first is the philosophical assumption of an objective absolute, static and already given, which only needs to be discovered, to the extent that human capacities are capable of. A perspective that has endured over the centuries, from Greek philosophy to scholasticism and that, in more recent times, even appears in Kantian thought. The other aspect relates to the idea that the one who has more knowledge – an analyst is 'supposed to know' – can foster real change in the other only by communicating that knowledge, without putting pressure on the emotional aspects of communication, and on the dynamic interlocking always present at various levels between analyst and patient.

On the contrary, what we have said so far allows us to see the complexity of the analytical dialogue as a space of multifaceted possibilities that not only shapes itself on the differences of the Subjects who co-create it and by whom they are co-created at the same time, but also delineates the role of the other always as a possibility and not the reason for transformation. This restores equal dignity to the Subjects in the field and gives the analyst the responsibility to constantly work on himself, following a method based on sufficiently

open and explicit theoretical assumptions about an idea of the human being as an individual who becomes together with others.

It seems then that the time has come to begin elaborating, alongside the theory of the unitary Subject in becoming, the theory of a unitary intersubjectivity in becoming, finally overcoming the subject-object/subject-world dualism that the reflexivity inherent in thought and language inevitably forces us to assume.

Could this be a new omen for us humans and for further developments in psychoanalysis? As Kenneth Gergen (1991) said, we have an ‘extremely poor language of relationship’ (quoted in Aron, 1996, p. 161). We never talk about the fact that it is the relationships, the field we co-construct with the other – that demand expectations, hope and fear. It is not surprising then that it is intersubjectivity that escapes the grasp of a theoretical definition. Not least because we are dealing with that intimate, absurd and still unspeakable experience, continuous and always changing, that we already have anyway with the other and that allows us to contact, at the same time, the limit and the infinite trespass to which becoming together has destined us.

Aware of our limits and of a tension towards beyond that distinguishes us as humans in becoming, we have the task of deconstructing the certainties linked to old models (epistemic, theoretical, cultural) to reconfigure them and integrate them into the new perspectives that the reality we live in requires us to recognize. Only in this way, perhaps, can we contribute to that recognition of human complexity that makes us together always open to the other and to otherness.

REFERENCES

- Albasi, C. (2009). *Psicopatologia e ragionamento clinico*. Raffaello Cortina Editore.
- Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis* Hillsdale, NJ: The Analytic Press. (Tr. it. *Menti che si incontrano*. Raffaello Cortina Editore, 2004)
- Bion, W. (1984). *Conversazioni con Bion*. Los Angeles – New York – São Paulo. In F. Bion (a cura di), Loescher, 1985.
- Binswanger, L. (1973). Trad. it.: *Essere nel mondo*. Roma: Astrolabio, 1978.
- Capra, F., Luisi, P.L. (2014). *Vita e natura. Una visione sistemica*. Sansepolcro; Aboca, S.p.A. Società Agricola, 2014.
- Cozzaglio, P. (2022). *Confini borderline. Psicoterapia analitica intersoggettiva dei disturbi di personalità*. FrancoAngeli.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F., a cura di. (2009). *La diagnosi in psicologia clinica*. Raffaello Cortina Editore.
- De Robertis, D. (1991). Per una ‘storia’ dei movimenti psicoanalitici da Freud a Kohut. *Ricerca Psicoanalitica*, II, 2, 5-19.
- De Robertis, D. (1995). La psicoanalisi e l’affiliazione ermeneutica. *Ricerca Psicoanalitica*, VI, 1, 37-57.
- De Robertis, D. (1996). Il paradigma della relazione: un ‘common ground’ ritrovato. Il paradigma del conflitto: un ‘common ground’ da ritrovare. *Ricerca Psicoanalitica*, VII, 1-2, 7-18.

- De Robertis, D. (2005). Le logiche dei Sistemi Complessi: un potenziale per la teoria e la clinica psicoanalitica. *Ricerca Psicoanalitica*, XVI, 3, 331-354.
- De Robertis, D., Tricoli, M.L. (1990). Il 'vero' nesso nella relazione di transfert. *Ricerca Psicoanalitica*, I, 1, 49-66.
- Di Francesco, M. (1998). L'Io e I suoi Sé. Identità personale e scienza della mente. Raffaello Cortina Editore.
- Fontana, M. (2012). La diagnosi in psicoanalisi relazionale. Una prospettiva unitaria. *Ricerca Psicoanalitica*, 23, 2: 73-100.
- Fontana, M. (2017). La diagnosi in psicoanalisi relazionale. In: M. Fontana (a cura di). La diagnosi e le sue implicazioni nella clinica psicoanalitica. Giovanni Fioriti Editore.
- Freud, S. (1892-1899). Progetto di una psicologia. *OSF*, vol. 2. Boringhieri, 1950.
- Gergen, K. (1991). The Saturated Self. Basic Books, New York.
- Grotstein, J.S. (2007). Tr. it. Un raggio di intensa oscurità. Raffaello Cortina Editore, 2010.
- Hegel, G.W.F. (1807). Tr. it. *Fenomenologia dello Spirito*. Bompiani, 2000.
- Heidegger, M. (1927). Tr. it. *Essere e Tempo*. Milano: Longanesi, 1976.
- Husserl, E. (1954). Tr. it. La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale. Il Saggiatore, 2008.
- Levinas, E. (1948). Tr. it. Il tempo e l'altro. Mimesis, 2021.
- Lingiardi, V., McWilliams, N. (a cura di). (2017). Tr. it. Manuale Diagnostico Psicodinamico, 2ª ed. PDM-2, Raffaello Cortina Editore, 2018.
- Oyama, S. (1988). Tr. it. L'occhio dell'evoluzione. Una visione sistemica della divisione fra biologia e cultura. Giovanni Fioriti Editore, 2004.
- Maffei, C. (2021). Oltre la personalità. Raffaello Cortina Editore.
- Merleau-Ponty, J. (1945). Fenomenologia della percezione. Bompiani, 2003.
- Maturana, H.R., Varela, F.J. (1980). Tr. it. Autopoiesi e cognizione. Marsilio, 1985.
- Minolli, M. (1990a). Cinquant'anni dopo: fondare la psicoterapia psicoanalitica. *Ricerca Psicoanalitica*, I, 1, 5-12.
- Minolli, M. (1990b). Lo specifico del metodo psicoanalitico. *Ricerca Psicoanalitica*, I, 1, 23-38.
- Minolli, M. (1993). Studi di psicoterapia psicoanalitica. Genova: CDP.
- Minolli, M. (2000). Il referente unitario: Io sono in prima persona. Relazione tenuta al Convegno Opifer, Sestri Levante, 13-15 ottobre 2000.
- Minolli, M. (2006). L'identità come presenza a se stessi. *Ricerca Psicoanalitica*, XVII, 2, 163-82.
- Minolli, M. (2009). *Psicoanalisi della Relazione*. FrancoAngeli.
- Minolli, M. (2015). Essere e divenire. Milano: FrancoAngeli.
- Minolli, M., Tricoli, M.L. (2004). 'Solving the Problems of Duality: The Third and Self-consciousness'. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 1, 137-166.
- Montefoschi, S. (1963-2005). Opere, vol. 1, 2, 3. Zephyro, 2004-2006.
- Morin, E. (1981). Tr. it. Computo, ergo sum. *Ricerca Psicoanalitica*, XVIII, 3, 263-282.
- Northoff, G. (2021). Il codice del tempo. Il Mulino, 2021.
- Oyama, S. (1998). Tr. it. L'occhio dell'evoluzione. Una visione sistematica della divisione fra biologia e cultura. Giovanni Fioriti Editore, 2004.
- Pievani, T. (2019). Imperfezione. Una storia naturale. Raffaello Cortina Editore.
- Prigogine, I., Stengers, I. (1981). Tr. it. La nuova alleanza. Metamorfosi della scienza. Einaudi, 1999.
- Ronchi, R. (2012). L'atto del vivente. La vita nello specchio della filosofia speculativa (Aristotele, Bergson, Gentile). *Nòema, Ricerche*, N. 3.
- Sander, L.W. (1983) Polarity, paradox, and the organizing process in development. In: Call, J.D., Galenson, E., Tyson, R. *Frontiers of infant psychiatry*. Basic Books.
- Sander, L. (2002). Thinking differently. Principles of process in living systems and the specificity of being known. *Psychoanalytic Dialogues*, 12, 11-42. Pensare diversamente. Per una

- concettualizzazione dei processi di base dei sistemi viventi. La specificità del riconoscimento. *Ricerca Psicoanalitica*, 2005, Anno XVI, n. 3, pp. 267-300.
- Sedgwick, D. (1993). Il guaritore ferito. La Biblioteca di Vivarium, 2001.
- Seligman, S. (2005). Dynamic System Theories as a Metaframework for Psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues* 15 (2), 285-319.
- Stern, D. (1985). Tr. it. Il mondo interpersonale del bambino. Bollati Boringhieri, 1987.
- Thelen, E., Smith, L. (1994). A dynamic systems approach to the development of cognition and action. Cambridge, MA: MIT Press.
- Trevarthen, C., Hubley, P. (1978) Secondary intersubjectivity: confidence, confiding and acts of meaning in the first year. In: Lock A., (ed.). Action, Gesture and Symbol. The Emergence of language. Academic Press.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity. In: Bullock, M. (ed.). Before speech: the beginning of human communication. Cambridge University Press.
- Tricoli, M.L. (1992). Le vie psicoanalitiche alla terapia. *Ricerca Psicoanalitica*, III, 1, 9-25.
- Tricoli, M.L. (2012). Quale creatività per la tecnica? *Convegno interno SIPRe*, Bologna, 23-24 giugno 2012.
- Tricoli, M.L. (2018). Il processo della supervisione. Apprendere la psicoanalisi o sperimentarla? Giovanni Fioriti Editore.
- Tricoli, M.L. (2020). Cinquant'anni di riflessione e ricerca. In ricordo di Michele Minolli. *Ricerca Psicoanalitica*, XXXI, 3, 449-460.
- Tronick, E.Z. (1998). Dyadic States of Consciousness Model. In: Nadel, K., Muir, D. (2005) (a cura di). *Emotional development*. Oxford University Press.
- Von Bertalanffy, L. (1968). Tr. it. Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppi, applicazioni. Oscar Saggi Mondadori, 2004.
- Westen, D., Gabbard, G.O., Blagow, P. (2006). Tr. it. 'Ritorno al futuro'. La struttura di personalità come contesto per la psicopatologia. In: Dazzi, N., Lingiardi V., Gazzillo, F. (a cura di). La diagnosi in psicologia clinica. Raffaello Cortina Editore, 2009.

Conflict of interests: the authors declare no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 10 May 2024.

Accepted: 9 July 2024.

Editor's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, editors and reviewers, or any third party mentioned. Any materials (and their original source) used to support the authors' opinions are not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:915

doi:10.4081/rp.2024.915

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Percorsi in dialogo: sulle tracce di un Soggetto in divenire

Maria Luisa Tricoli,* Massimo Fontana,** Federica Formaggi,***
Marina Romano****

SOMMARIO. – Gli autori descrivono il percorso di un gruppo di psicoanalisti della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe) che, dagli anni '80 ad oggi, ha portato all'ipotesi di una teoria fondata su un Soggetto unitario in divenire. Al concetto di Relazione, intesa non in senso fenomenico ma come strutturante la psiche e il comportamento individuale, vennero accostati, in riferimento allo sviluppo dell'essere umano, i momenti della dialettica hegeliana – tesi, antitesi e sintesi – intesi come passaggio dal prerenflessivo al riflessivo e all'autoriflessivo. Da questa prima riflessione, si giunse poi a distinguere tra coscienza diretta, propria dei primi diciotto mesi di vita, coscienza riflessiva, fondante l'identità individuale, e coscienza autoriflessiva, capacità acquisita dall'umano, che si esprime nella narrazione di sé stessi fatta a sé e agli altri e si riferisce alla percezione della propria identità, fondata su determinanti inconse. Nel percorso del gruppo, questi momenti dello sviluppo furono articolati come espressioni compresenti di un processo continuo, portando alla formulazione del concetto di Soggetto unitario in divenire: un sistema, sempre teso verso un'oltre, che si auto-organizza e si fa incessantemente nella relazione con l'altro, in un'ottica che lo inquadra come coincidente con il suo divenire. Cercando di alimentare l'apertura vitale verso sviluppi teorici futuri, ne vengono tracciate, attraverso una vignetta, le implicazioni cliniche.

Parole chiave: Soggetto; sistema; divenire; inconscio; intersoggettività.

*'Questo è il problema: il pensare è un momento evolutivo molto sgradito;
sgradito perché potrebbe metterci a nostro agio;
sgradito perché potrebbe metterci più a disagio.
È difficile sapere che fare della capacità di pensare'*
(Bion, 1984)

*Psicologa, psicoterapeuta, docente e membro della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italia. E-mail: tricoli.marialuisa5@gmail.com

**Medico, psicoterapeuta, docente e membro della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italia. E-mail: m.fontana.082@gmail.com

***Psicologa, psicoterapeuta, membro della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italia. E-mail: dottoressaformaggi.federica@gmail.com

****Psicologa, psicoterapeuta, docente e membro della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italia. E-mail: marina_romano@ymail.com

Nel panorama psicoanalitico degli ultimi cinquant'anni, si è fatto strada il concetto di Soggetto¹; più che altro un'intuizione, ancora oggi da definire in modo approfondito nelle sue connotazioni teoriche e implicazioni cliniche.

In questo scritto, il Soggetto umano è pensato come organismo unitario, con funzioni e dimensioni costituenti, che si auto-eco-organizza (Morin, 1981) nel suo farsi incessante nella relazione con l'altro, in un'ottica che lo inquadra come coincidente con il suo divenire. Un Soggetto, quindi, animato dalla necessità e dal desiderio di mantenersi vivo e vitale, sempre teso ad ampliarsi e complessificarsi.

Tali affermazioni rappresentano l'esito di una ricerca teorico-clinica, ancora aperta, sull'idea di Soggetto, qui proposta e portata avanti nel tempo all'interno della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe).

Nella SIPRe, l'origine storica dell'interesse per il Soggetto è da ricercare nel concetto di Relazione² che, intorno agli anni '70/'80 del secolo scorso, si diffuse in psicoanalisi contemporaneamente in vari paesi, in contrapposizione alla scarsa rilevanza che aveva l'Oggetto nella Metapsicologia freudiana. Sia gli Indipendenti Inglesi, sia l'*Infant Research* avevano rivalutato il ruolo dell'Oggetto nella costituzione dell'individuo. Tuttavia, ognuna di queste linee di ricerca era rimasta isolata, non confluendo in una visione teorica organica che desse ragione della costituzione di un Soggetto non esclusivamente forgiato dall'ambiente e di una relazione³ non esclusivamente intesa come espressione delle relazioni strutturate nell'infanzia.

La tematica del Soggetto si sviluppò dapprima in maniera intuitiva e, in seguito, in modo sempre più consapevole a partire dal lavoro del piccolo Gruppo che, a metà degli anni '80, dopo un decennio di incontri informali, si costituì come SIPRe. Un gruppo di persone che, nella loro formazione, avevano già approfondito l'idealismo hegeliano (oltre, ovviamente, la Fenomenologia⁴, in relazione ai tempi) e ne erano interessati non tanto in merito alla coincidenza tra razionale e reale, quanto rispetto alla concettualizzazione della dialettica come amplificazione continua della coscienza, che coincideva con la vita stessa. A proposito della dialettica, in Hegel ritrovavano una convincente descrizione del percorso che la coscienza compie per giungere a sé stessa in senso sempre più pieno, superando la distinzione tra soggetto e oggetto. In questo movimento si intravedeva un nuovo modo di intendere la coscienza, che implicava una concezione del Soggetto come unità che si sviluppa attraverso i momenti della tesi, dell'antitesi e della sintesi.

¹ Nel presente articolo, il termine 'Soggetto' con l'iniziale maiuscola è da intendersi come principio organizzatore dell'esperienza dell'individuo.

² Cfr. De Robertis, Minolli, Tricoli (1987).

³ Cfr. Minolli (1990a; 1990b); De Robertis, Tricoli (1990).

⁴ Tra gli altri: Binswanger (1973); Heidegger (1927); Husserl (1954); Merleau-Ponty (1945).

Il momento della *tesi* è quello della coscienza semplice in cui il Soggetto, ignaro di sé, è catturato dall'attenzione verso l'oggetto/altro, cui si contrappone o passivamente si identifica; l'*antitesi* è il momento dell'autocoscienza in cui emerge l'attenzione a sé come oggetto, a causa del ritorno a sé che la coscienza è riuscita ad operare; infine, il momento della *sin-tesi*, in cui si costruisce un'unità nuova rispetto alle due coscienze inizialmente separate ed estranee l'una all'altra. Per Hegel (1807) era la Ragione assoluta la vera protagonista del percorso; per il Gruppo, l'Assoluto era un'oscura intuizione di Soggetto unitario in divenire, che andasse oltre il dualismo corpo/mente, in una visione in cui il reale non venisse considerato solo come una costruzione mentale. Sembrava che il problema del dualismo fosse ancora fastidiosamente aperto.

L'interesse fu poi rivolto alla definizione dei momenti di realizzazione dell'autocoscienza. In particolare, faceva riflettere il momento della coscienza infelice: l'asserzione della perenne infelicità in cui l'essere umano permaneva, nonostante fosse arrivato all'autocoscienza individuale. Per Hegel l'infelicità poteva essere superata una volta che l'autocoscienza avesse acquisito la consapevolezza di essere tutto, Ragione assoluta, ma questo pareva comportare la sparizione dell'individuo reale.

La non adesione all'aspetto più significativo del pensiero hegeliano, cioè la coincidenza tra reale e razionale, derivava dal clima culturale del primo Novecento dominato dalla Fenomenologia, movimento di pensiero per cui la coscienza è essenzialmente 'intenzionalità', non soggettività empirica, ma fondamento trascendentale dell'esperienza umana. In realtà, la sfida era quella che la riflessività stessa poneva: conciliare il paradosso dell'uno con i molti. Come poteva essere possibile rimanere sé stessi accogliendo l'altro e aprendosi ad esso, senza arrivare alla contrapposizione o all'adesione passiva! In realtà, il Gruppo non era spinto da interessi filosofici; piuttosto, dopo una rilettura critica delle posizioni freudiane⁵, era attratto dal mondo della Psicoanalisi intesa come strumento di liberazione sociale, in relazione al momento storico (dopo il '68), senza dimenticare la forte sollecitazione costituita in quegli anni dal pensiero di Franco Basaglia.

Il ruolo della coscienza riflessiva

Alla luce di questo interesse, la visione dell'individuo cui Freud era pervenuto, soprattutto dopo il 1900, non risultava soddisfacente perché spiegava l'unità dell'essere umano attraverso una componente parziale, la libido, che esprimeva un aspetto limitato rispetto alla complessità umana

⁵ Cfr. De Robertis (1991 e 1995); Tricoli (1992).

(De Robertis, 1996). Inoltre, i concetti classici legati ad un'ottica spiegativa di natura pulsionale – desiderio e difesa, conflitto tra pulsioni o tra pulsioni e realtà – non sembravano sufficienti a render conto della tensione ad esistere secondo ciò che l'Io valutava consono al suo benessere, anche quando questo lo poneva in conflitto con il mondo in cui viveva. La questione, cui si tentava di dare risposta, era quella di conciliare il bisogno vitale dell'Io di affermarsi esistente con la dimensione conflittuale che poneva l'individuo in un perenne rapporto di contrapposizione con il mondo e che, di solito, si manifestava come lotta aperta o come totale sottomissione.

Una prima riflessione, derivata dalle acquisizioni dell'*Infant Research*⁶, ebbe come esito la distinzione tra coscienza semplice e coscienza riflessiva. La coscienza semplice – identificata subito dopo in coscienza preriflessiva – veniva riferita ai primi moti affettivi, le prime emozioni e percezioni che, nascendo sotto lo stimolo della realtà esterna, si strutturano nell'organismo a livello preriflessivo come sistemi inconsci (Stern, 1985), non perché costituiti da contenuti rimossi, ma perché strutturatisi prima dell'apparire della riflessività, quando l'esperienza personale è pura esperienza non riferita ad un soggetto.

Per coscienza riflessiva si intende la capacità di riconoscersi allo specchio, che l'individuo sviluppa dai diciotto mesi di vita. Il momento riflessivo è quello in cui l'individuo si piega su stesso per fare di sé l'oggetto del suo conoscere, trasformando così sia sé stesso sia sé come oggetto: il Soggetto si trasforma perché l'individuo non si percepisce più in balia delle vicende esterne, ma si riconosce responsabile della storia; l'Oggetto si trasforma perché le vicende inconse si ordinano in una storia (Montefoschi, 2004-2006).

La riflessività è una facoltà acquisita evolutivamente non solo dal bambino, che aggiunge la funzione riflessiva a quella preriflessiva presente alla nascita, ma anche dall'intera umanità che, circa 2700 anni fa, con la comparsa dei primi filosofi, passa dal pensiero mitico al pensiero riflessivo: un passaggio da una forma di percezione e pensiero sincretica a una modalità di pensiero dicotomica, che si esprime per opposti, secondo le leggi aristoteliche di identità, non-contraddizione e del terzo escluso.

Con la comparsa della coscienza riflessiva il rapporto tra individuo e ambiente cambia, acquisendo la valenza di una valutazione, anche inconsapevole, tra criteri personali e criteri veicolati dall'esterno (famiglia, società, cultura) (Minolli, 2000). Il continuo confronto che la vita propone tra le valutazioni personali e quelle provenienti dall'altro apre uno spazio

⁶ Tra gli altri: Sander (1983); Stern (1985); Trevarthen e Hubley (1978); Trevarthen (1979).

di libertà per l'essere umano, che è sollecitato a scegliere se accogliere l'input e trasformarsi, rimodulando in qualche misura l'immagine di sé percepita fino ad allora o, al contrario, rimanere fermo nell'immagine di sé esistente.

Nel tempo, il livello riflessivo si complessifica nel superamento dialettico della dicotomia Io-altro attraverso la funzione della presenza a sé stesso. È questo il livello di 'autoriflessività', o 'ritorno a sé', secondo la definizione hegeliana, che consiste nella capacità dell'essere umano di riferire a sé stesso ciò che ha elaborato in termini riflessivi, attraverso la costruzione di narrazioni su sé e sugli altri (Grotstein, 2007). Le vicende inconse, che si sono ordinate in una storia, con la funzione autoriflessiva si dipanano in narrazioni significative.

La differenziazione, all'interno dell'attività psichica, tra valutazioni personali e valutazioni indotte dall'esterno era finalizzata sia ad evidenziare il ruolo attivo dell'individuo nello sviluppo della sua soggettività⁷, sia a svincolare il Soggetto dalla tendenza – diffusa soprattutto nella psicoanalisi statunitense (sulla scia degli indipendenti inglesi) – ad assegnare un ruolo determinante all'Oggetto che, invece, era presente nella teoria freudiana per lo più come mezzo per la scarica pulsionale. Sarebbe stato necessario delineare i momenti di costituzione dell'Io, inteso non nell'accezione comune del termine, ma come 'Soggetto unitario', che non fosse né il risultato passivo di forze esterne, quali la pressione della società e della cultura, né identificabile esclusivamente con quella parte dell'Io libera dai conflitti di hartmanniana memoria. Una direzione di ricerca che rimase centrale.

La conseguenza di tale impostazione, più interessata in un primo momento alle vicende del Soggetto che non all'interazione con l'Oggetto, fu l'osservazione che il sentimento di percezione di sé, sotto lo stimolo della diversità dell'altro, con l'avvento della coscienza riflessiva inizia a organizzarsi in sistemi di pensiero e di valori che fanno da filtro alle esperienze successive, determinando comportamenti e relazioni, ma anche manifestazioni fisiche e caratteristiche somatiche, in una prospettiva che unifica soma e psiche come due facce della stessa medaglia.

Il risultato di questa riflessione fu il delinearsi di un modello teorico che aveva al suo centro i concetti di 'Soggetto' e di 'relazione come strutturante l'identità'. Per identità si intendeva la percezione di sé strutturata nelle relazioni primarie su basi inconse, perché precedente all'avvento della riflessività⁸; per Soggetto si intendeva il continuum gerarchico di forze e strutture

⁷ Si può intendere per *soggettività* ciò che del Soggetto resta stabile nel tempo: la capacità di avvertire i sentimenti, di far uso della riflessività, al di là dei contenuti attraverso i quali li esprime; e, soprattutto, la tensione verso un 'oltre' che coincide con la vita stessa.

⁸ Cfr. Minolli (2006).

presenti ad ogni livello dell'organizzazione individuale, nella linea dell'Io freudiano del 'Progetto di una psicologia' (1892-1899). In realtà, era presente l'intuizione che non fosse sufficiente riferirsi all'Io come istanza che connette l'interno con l'esterno o che media tra le altre istanze intrapsichiche, come veniva comunemente inteso in ambito psicoanalitico, ma che fosse necessario cogliere l'essere umano in modo più pieno dal punto di vista esistenziale. Si giunse così a definire il Soggetto come referente unitario d'esperienza (Di Francesco, 1998): struttura concreta nel suo portato storico-evolutivo e narrazione personale prodotta dalle interazioni che l'avevano costituita (Minolli, 1993). Tuttavia, non vi era ancora piena consapevolezza che con il termine 'identità' non si faceva riferimento soltanto alla percezione di un'immagine stabile di sé legata ad un preciso momento dello sviluppo; piuttosto, si stava indicando l'*esperienza* del proprio essere come presenza in continuo divenire nella relazione.

Il Soggetto come sistema unitario autopoietico

La dicotomia soggetto-oggetto, che ha caratterizzato il pensiero moderno, è sempre stata anche una contrapposizione soma-psiche, sentimento-ragione, materia-spirito, individuo-mondo esterno. Nel mondo classico, ma anche in seguito in ambito cristiano, veniva risolta attribuendo l'unità dell'essere e del sapere all'Assoluto, di cui l'essere umano era solo una pallida ombra. In seguito, dopo Cartesio, fu apparentemente risolta abolendo uno dei due termini del problema: o le sensazioni soggettive o il pensiero razionale. Dal secolo scorso, anche grazie alle acquisizioni delle neuroscienze, è stata sentita con forza la necessità di giungere ad una visione unitaria e processuale dell'essere umano, come reazione alla visione statica dell'Assoluto, sostituendo il 'tutto già dato' con la ricerca di comprensione dei sistemi di significato strutturati nella relazione che, all'occasione dell'incontro con l'altro, così come avviene nel rapporto analitico, emergono e possono ampliarsi di senso.

Una risposta a questa esigenza venne rintracciata nella nozione di *sistema* (De Robertis, 2005) che, nata in ambito logico-matematico e cibernetico negli anni '30, fu poi estesa ad altri campi, anche grazie all'opera degli psicologi della Gestalt e degli ecologisti, rivoluzionando le teorie sulla natura e sul funzionamento del vivente. A questo sovvertimento di prospettiva va aggiunto l'apporto del concetto di relatività, che aveva trasformato il campo della fisica, nonché lo sviluppo della fisica quantistica, che portò a vedere l'universo come una rete di relazioni definibili solo attraverso le loro connessioni con l'intero.

Il sistema veniva inteso come un'unità fisica e funzionale, formata da parti interagenti tra loro e con altri sistemi, teso alla finalità di mantenersi

esistente (von Bertalanffy, 1968; Maturana e Varela, 1980; Thelen e Smith, 1994; Sander, 2002; Seligman, 2005).

Applicando la nozione di sistema al Soggetto, se ne garantiva l'unitarietà. Dalla nozione di sistema a quella di 'sistema autopoietico' il passo fu breve. Vi era già il presentimento che il Soggetto, nel suo percorso sempre più consapevole di attribuzione di significati, dovesse essere un sistema che ridefinisce continuamente sé stesso, mantenendosi e riproducendosi e anche trasformandosi come è proprio di ogni sistema vivente. Le sue trasformazioni non potevano essere spiegate in funzione degli stimoli ambientali, poiché dovute alla sua auto-organizzazione quale caratteristica fondamentale del sistema stesso e, quindi, del Soggetto (Maturana e Varela, 1980). Seguendo questa prospettiva, era evidente che l'ambiente non potesse avere un'incidenza istruttiva sugli esseri viventi e, in particolare, sull'essere umano.

Il vivente è *'un tutto aperto', una 'sostanza' che è il suo stesso 'atto', vale a dire un processo di individuazione [...] che è il soggetto stesso nel suo incessante farsi e disfarsi [...]*' (Ronchi, 2012, p. 49). Ciò non significa che l'individuo per mantenersi esistente non debba interagire con altri sistemi, ma che, interagendo, si trasforma continuamente per mantenersi vivo, sviluppando quegli strumenti che quel determinato ambiente, in quel determinato momento, gli rende possibili, in un rapporto sempre reciproco e transitorio.

Così come la nozione di sistema garantiva l'unitarietà del Soggetto, la nozione di auto-poiesi ne garantiva l'autonomia.

'[L]organismo interagisce con l'ambiente in modo 'cognitivo' in quanto 'crea' il proprio ambiente e l'ambiente permette la realizzazione dell'organismo' (Capra e Luisi, 2014, p. 174)⁹. In altri termini, il Soggetto si muove attraverso configurazioni possibili in continua evoluzione nelle contingenze proprie di uno specifico ambiente, mantenendo la sua organizzazione di base, nonostante la continua trasformazione della propria struttura (Maturana e Varela, 1980). È proprio del sistema, infatti, la tensione verso il mantenimento di un equilibrio funzionale tra le componenti che lo costituiscono – la famosa *tensegrity* (Sander, 2002) o coerenza. Nello stesso tempo, il sistema presenta costantemente proprietà inedite non prevedibili, derivanti dall'interazione dei suoi sottosistemi o dall'interazione del sistema con altri sistemi. È quanto avviene nel processo di auto-eco-organizzazione concettualizzato da Edgar Morin (1981), che comporta un continuo confronto con l'altro. Il Soggetto si sviluppa, infat-

⁹ Da un altro vertice di osservazione, Georg Northoff (2021), sulla base di ricerche neuroscientifiche recenti, afferma che quando sperimentiamo la realtà nella nostra coscienza, 'sperimentiamo il modo in cui le onde del mondo si trasformano e si manifestano nelle neuro-onde del cervello, e il modo in cui queste, a loro volta, si trasformano in onde mentali, generando la coscienza e il Sé.' (*ibidem*, p. 177).

ti, non in una solitaria meditazione, ma nell'incontro con l'ambiente, in un rapporto continuo con le dimensioni¹⁰ in cui si articola.

Il Soggetto autoriflessivo e la sua tensione verso un 'oltre'

Come afferma il principio di non-contraddizione aristotelico che permea tutto il nostro pensiero occidentale, la riflessività implica uno sviluppo per affermazioni e negazioni, per opposte polarità. Il ritorno a sé, allora, come momento di sintesi in cui il Soggetto si esprime nella dimensione autoriflessiva che gli è propria, non può dissolvere le polarità, ma certamente può cambiare la qualità del loro rapporto, così come la qualità del rapporto tra le parti e il tutto dell'intero sistema. L'autoriflessività riguarda quel dialogo con sé stessi e con l'altro, che può essere raggiunto ed esercitato nel momento in cui vengono assunti attivamente i propri vissuti come elementi dello scambio continuo che si dipana senza posa nel rapporto sé-altro. Un dialogo, al contempo interiore ed intersoggettivo¹¹, in cui anche l'inconsapevolezza dei propri vissuti si offre come senso possibile di ciò che ci sta accadendo.

All'interno del divenire soggettuale, il concetto di 'sintesi' o di 'ritorno a sé' andrebbe inoltre inquadrato come un momento dello sviluppo che implica un cogliersi anche attraverso il pensiero simbolico.

Diversamente dal segno, che induce a pensare in termini di equivalenze o inconciliabilità semantiche, il simbolo sembra indicare non tanto un significato univoco, quanto sfumature e sensi disparati, anche e soprattutto contraddittori tra loro: dai fatti naturali e sociali agli eventi intrapsichici. Il simbolo sembra svolgere una funzione di sintetizzatore di opposti, collegando in una dualità dinamica a carattere tensionale elementi tra loro apparentemente inconciliabili, polarità cosce ed inconse, tra le quali l'Io¹², altrimenti, si sentirebbe schiacciato. Il pensiero simbolico è, allora, un procede-

¹⁰ Il riferimento è qui agli aspetti 'macro' nei quali è possibile ravvisare l'articolazione del divenire soggettuale: la totalità di un inconscio indifferenziato (funzione del pensiero, irriducibile all'implicito e al rimosso), gli aspetti impliciti e preriflessivi, quelli riflessivi e autoriflessivi, la dimensione intersoggettiva propria della natura costitutivamente relazionale dell'essere umano.

¹¹ La dimensione autoriflessiva e quella co-riflessiva intersoggettiva, da intendersi come dimensioni costituenti e interagenti del Soggetto, saranno riprese più avanti come filoni di ricerca del pensiero della SIPRe.

¹² Per chiarezza, è doveroso distinguere il *Soggetto*, che tende a realizzare sé stesso, attraverso la sua continua attività autopoietica di complessificazione, dall'*Io* che ne costituisce la realizzazione provvisoria in un determinato momento storico dello sviluppo. Delineare questa distinzione non ha lo scopo di introdurre un nuovo dualismo, ma è necessario per differenziare, sul piano teorico, nell'unitarietà del Soggetto in divenire le sue manifestazioni storicamente percepibili (Tricoli, 2018).

re attraverso il comporsi delle opposizioni, in modo tale che ogni opposto si vivifichi in rapporto all'altro.

L'attività simbolica è strettamente connessa con la dimensione inconscia, che si riferisce non solo all'inconscio implicito/preriflessivo e all'inconscio dinamico; è anche una funzione del pensiero dal valore prospettico che si allea con il bisogno umano di superamento dei limiti. Da questo punto di vista, la sintesi autoriflessiva del ritorno a sé del Soggetto è da intendersi non come annullamento, ma come composizione e tensione virtuosa di opposti che, grazie all'attività simbolica, stimola l'Io a contattare significati inediti più ampi di quelli su cui si è fino a quel momento attestato, muovendo il Soggetto oltre il già dato.

Ricapitolando, nell'arco di circa venti anni, il gruppo era arrivato a pensare che la dimensione autoriflessiva emergesse nell'essere umano grazie alla facoltà riflessiva. Lo sviluppo, tuttavia, non avviene attraverso stadi o fasi, dal momento che, una volta comparse, le diverse dimensioni della coscienza coesistono e interagiscono tra loro per tutta la durata della vita. Nel movimento dialettico, la dimensione autoriflessiva si manifesta attraverso la consapevolezza personale della propria esperienza psichica e dei propri vissuti, organizzati nella narrazione fatta a sé stessi e all'altro, in un insieme unitario di significati identitari, che l'individuo tende a mantenere perché costituiscono tutto ciò che egli percepisce di essere: qualcosa di irrinunciabile, pena la propria scomparsa (Minolli e Tricoli, 2004).

Fin qui il percorso condiviso del Gruppo che, da questo momento, si divide in due filoni di interesse, diversi ma complementari. Da una parte, viene approfondito il concetto di divenire nell'unicità del Soggetto autoriflessivo, che si svincola dalla dipendenza con l'esterno per trovare in sé capacità creative di affermazione (Minolli, 2015). Dall'altra, viene sviluppata la ricerca del modo in cui si sviluppa il continuo scambio dialettico tra due Soggetti che si incontrano, in particolare, nella stanza d'analisi (Tricoli, 2018); uno scambio che avviene all'insegna della ricerca di intersoggettività.

Da qui in poi, lo scritto tratterà l'evolversi della seconda direzione, all'interno di un percorso le cui radici affondano nella ricerca comune di una definizione di Soggetto, inteso come sistema unitario in divenire, teso verso una sempre più piena e coerente realizzazione del suo essere, in quanto 'umano' (Tricoli, 2020).

La dimensione intersoggettiva come costitutiva del Soggetto

Per Soggetto unitario in divenire non si intende solo l'individuo integrato nelle sue dimensioni che tende sempre verso una maggiore complessificazione e integrazione, ma anche il singolo in relazione agli altri; dove *altro* è altro da sé o, forse, non ancora sé.

Il divenire, inteso come processo costante di integrazione, superamento di confini e trasformazione dei livelli di coerenza raggiunti (Tronick, 1998), è un processo specie-specifico che si attualizza ogni volta, in cui ogni individuo realizza sé stesso attraverso l'opportunità offerta dalla presenza dell'altro, in un campo esperienziale-emotivo condiviso, che non annulla le differenze individuali, ma permette a ciascuno di riorganizzarsi ad un nuovo livello di coerenza. Una riorganizzazione che non acquieta la tensione del processo, ma lo trasforma in metodo di vita.

Le scelte che il Soggetto compie nell'incontro con uno stimolo mantengono intatta la sua configurazione o organizzazione, come direbbero Maturana e Varela (1980) o la propria soggettualità, come si potrebbe dire oggi a buon diritto.

Come afferma la ricerca scientifica (Prigogine e Stengers, 1981; Oyama, 1998; Seligman, 2017), non mutiamo nell'interazione con l'esterno in modo lineare e prevedibile. Ogni Soggetto evolve in traiettorie multi-determinate e aperte verso molteplici direzioni, costruendo con modalità autopoietiche la realtà propria e quella del mondo attorno a sé; realtà che non cogliamo mai appieno, poiché sempre in mutamento¹³.

In questo movimento, diventa stimolante considerare le modalità propriamente umane attraverso le quali il processo si attua.

Diversamente dagli altri viventi, l'uomo si definisce in relazione alle convinzioni e ai valori che ha acquisito, alle 'scelte' che lo hanno portato a consolidare i modi di essere e i comportamenti che gli sono apparsi funzionali al mantenimento della vita sul piano identitario e relazionale, positivi o negativi che siano ad occhi esterni. Dinanzi al nuovo e al diverso, l'essere umano si determina in base alle risorse disponibili, integrando in un'unità sempre più significativa aspetti di sé che si complessificano (ma anche si semplificano, laddove diventino sempre più intuitivamente evidenti al Soggetto stesso). In questo modo, attraversando momenti di sintesi sempre più complessi, si costruisce un 'senso di sé', costantemente perduto e riconquistato, in una processualità che è di continua decostruzione della coerenza raggiunta e di costruzione di una nuova più complessa coerenza. Un processo che si realizza, fin dall'inizio della vita del singolo, nella relazione con il mondo, sotto lo stimolo di una novità o di una diversità percepita: l'altro.

Come dice Paolo Cozzaglio (2022), ogni Soggetto umano è un Soggetto intersoggettivo fin dal grembo materno, 'ma ne diviene consapevole con il progressivo sviluppo della coscienza' (*ibidem*, p. 69).

Una teoria, che tenti di definire un Soggetto unitario in divenire, deve

¹³ Questa linea di pensiero comporta l'abbandono della prospettiva finalistica in favore di una visione integrata, secondo la quale l'evoluzione è una storia di possibilità, senza presumere che la qualità emergente debba essere la 'migliore' (Pievani, 2019).

allora accompagnarsi a una visione che contempi anche due soggetti in relazione come sistema unitario intersoggettivo, la cui realtà apre alle dimensioni fenomeniche ed esistenziali lo sguardo di chi vi partecipa, mentre cerca, al contempo, di coglierla riflessivamente.

L'incastro dinamico e lo scambio tra due soggettualità, come avviene ad esempio fra i protagonisti della scena analitica, si realizza sempre in un campo intersoggettivo, inteso come mero campo di interazione solo quando non ne cogliamo appieno i molteplici livelli. Se è possibile riconoscere nel Soggetto la compresenza di più dimensioni costituenti – preriflessività, riflessività, autoriflessività – anche nel sistema intersoggettivo possono essere ravvisate le stesse dimensioni. Anzi, è possibile dire, con un certo ardore, che l'intersoggettività riguarda tanto la rete interattiva nella quale il Soggetto si muove, e che a sua volta partecipa a comporre, quanto il complesso intreccio tra la nostra autoriflessività e quella dell'altro: una trama di vissuti e significati in dialogo di cui i soggetti in rapporto colgono la portata sensoriale, affettiva e cognitiva come senso del loro dirsi, insieme, a sé e all'altro.

Da questo punto di vista, è possibile affermare che Soggetto e mondo – ammesso che oggi sia ancora possibile una separazione così netta tra i due termini – sono sempre in interazione, in un rapporto di dipendenza, anzi di interdipendenza, quale dimensione vitale, poiché anche il mondo, come il Soggetto, si trasforma e diviene attraverso l'attività autopoietica degli individui. Un'attività che è sempre relativa al livello di complessità che quel determinato Soggetto ha raggiunto all'interno delle esperienze di relazione che ha vissuto e verso cui è mosso, spinto dal bisogno di rispecchiamento e di riconoscimento, propri dell'essere umano e inerenti al suo sviluppo. Quindi, se da una parte esistono forme di dipendenza legate alla realtà della condizione umana che possono favorire lo sviluppo del Soggetto (relazioni di coppia, relazioni di lavoro, relazioni di cura, relazioni educative, ecc.), dall'altra, poiché il processo di creazione autopoietica avviene attraverso l'acquisizione di aspetti inconsapevoli nella relazione con l'altro, il Soggetto, attestandosi sull'Io, può dirigere il proprio sviluppo verso una dimensione di chiusura nei suoi aspetti emotivi e/o nei suoi aspetti razionali, rallentando il suo percorso di complessificazione. Anche se l'uso del verbo 'rallentare' può risultare fuorviante, lasciando intendere che esistano tempi e modi predefiniti per il percorso di vita.

La facoltà riflessiva, infatti, consente un processo di individuazione sempre maggiore, nella costante differenziazione dall'altro; tuttavia, al contempo, chiude in una forma di pensiero polarizzato, causa di assolutizzazione e tensione. Questo, perché i primi sistemi di significato che il Soggetto costruisce sono inevitabilmente polarizzati e rimangono tali finché l'altro non viene scoperto come Soggetto di uguale rilevanza, sebbene strutturato su significati diversi, spesso non coincidenti con i propri. Rinunciare all'as-

solitezza del proprio sistema di significati, strutturati nell'arco di una vita perché sperimentati come funzionali a ciò che viene ritenuto il proprio benessere, non è operazione semplice né di tutto riposo. Richiede un lungo lavoro di accettazione dell'incertezza della condizione umana e del limite che le è proprio, legato all'essere mortali, all'aver un inizio e una fine.

Tuttavia, è connaturato alla vita stessa che il senso del limite, percepito inizialmente come difetto e mancanza, si trasformi in spinta propulsiva ad andare oltre, non in quanto forma sconsiderata di *hybris* ma come spinta vitale verso il non ancora realizzato.

Il cambiamento come crisi

A questo punto è inevitabile chiedersi che cosa si intenda per Soggetto in divenire che rimane sé stesso, non essendo determinato da cause esterne ma essendo sempre in costante rapporto con l'altro.

Un Soggetto che diviene è un Soggetto che cambia. Ma cambia in virtù di che cosa? Lo sviluppo può essere considerato come la risultante di due modalità di interazione delle componenti del sistema: coordinamento e sincronizzazione che, quando si realizzano, pongono il sistema in una condizione di equilibrio statico, ma provvisorio e instabile (Maffei, 2021). Appena sincronizzazione e coordinamento vengono meno – ed è ciò che accade continuamente per le perturbazioni costanti in cui il sistema è immerso – il sistema entra in *crisi* e avverte la spinta a ricercare un nuovo equilibrio. Il cambiamento, che la ricerca dell'equilibrio comporta, può essere inquadrato come relativo alla crisi e, al contempo, come movimento vitale di ogni sistema vivente, compreso il sistema uomo. In tal senso, la crisi implica sempre uno sviluppo, al di là della valenza positiva o negativa che gli si possa attribuire. Inoltre, andrebbe intesa in termini processuali e non lineari, come è, del resto, la natura stessa dei sistemi complessi, che rappresenta ad oggi, almeno a nostro parere, la migliore concezione che abbiamo riguardo l'idea di un Soggetto unitario in divenire. Dovendo, quindi, considerare l'essere umano come un sistema¹⁴ il cui sviluppo segue l'andamento descritto, è possibile affermare che ogni scelta che egli si sente chiamato a compiere comporti una crisi, in quanto nel sistema, all'incontro con una perturbazione provocata dal contatto con l'alterità, emergerà sempre un'alterazione dell'equilibrio raggiunto. In tale condizione, le componenti del sistema non interagiranno più in modo sincrono e coordinato, sia perché si è prodotto un disordine entropico, sia perché mobi-

¹⁴ L'essere umano è un sistema se lo si considera formato da parti funzionali il cui valore ha senso in relazione al tutto di cui partecipano. Nello stesso tempo, l'essere umano è metafora di un sistema dal momento che non può essere colto nella sua totalità poiché, essendo in continuo mutamento, sfugge ad una definizione statica.

litate nella ricerca di un equilibrio sempre riformulato. La crisi, che deve essere affrontata per mantenere la vita, verrà dunque fronteggiata con azioni che il Soggetto valuterà adeguate allo scopo. È il soggetto umano infatti che, sollecitato dall'ambiente e dai rapporti, può percepire, ri-vedere e ri-significare in maniera qualitativamente differente i significati che ha attribuito alla sua organizzazione, avvalendosi di tutte le sue risorse emotive e cognitive che egli usa in relazione alle capacità di cui è dotato costitutivamente e che ha sviluppato nel corso della vita.

La crisi può avvenire per un moto interno, apparentemente slegato dalla realtà del momento, o per reazione a uno stimolo esterno; ma, in tutti i casi, riguarda la dimensione relazionale dell'essere umano. Continuamente siamo e continuamente diveniamo; e la trama relazionale nella quale siamo immersi costantemente ci esorta in termini di apertura-chiusura, movimento-stasi, instabilità-equilibrio.

Ciò che viene percepito come alterità può essere vissuto dal Soggetto in modo perturbante portandolo a muoversi, nei confronti dell'altro, con il rifiuto o l'identificazione in quanto il primo approccio, quasi inevitabilmente, è di dipendenza reciproca e di polarizzazione sulle proprie convinzioni. L'emozione di estraneità, che viviamo come minaccia all'integrità della nostra persona e/o al valore della verità identitaria che ci ha accompagnato fino a quel momento nella nostra esistenza, suscita fastidio, rifiuto o aggressività. Allo stesso modo, anche quando l'altro a livello immediato e preri-flessivo è avvertito come identico o estremamente familiare, l'immagine identitaria di sé si staticizza come verità indiscutibile nel sistema dei significati acquisiti e nelle soluzioni storiche adottate. A questo punto, il processo evolutivo del Soggetto cambia la direzione del suo percorso, manifestandosi attraverso un disagio che viene percepito e identificato come patologia. In questo senso, la patologia non è tanto un allontanarsi da un ideale criterio di normalità, quanto lo stallo in cui il Soggetto viene a trovarsi quando si irrigidisce su soluzioni risultate funzionali in precedenza, non trovando la possibilità di affrontare la crisi e di aprirsi al nuovo (Tricoli, 2018). In altri termini: la patologia si struttura nel corso dello sviluppo, laddove la natura processuale e trasformativa della soggettualità si appiattisce sull'identificazione con l'Io.

Vi può essere dolore e sofferenza nel cambiamento e nelle crisi che connotano il divenire del Soggetto (Minolli, 2009), ma la patologia è rappresentata dalla persistenza di modalità di funzionamento del Soggetto (sistemi di significato, modi sentire e di comportarsi in relazione al mondo) funzionali al mantenimento di un equilibrio statico, sperimentato come l'unico possibile. È ciò che la letteratura sulla diagnosi cerca di cogliere quando inquadra le sindromi cliniche (la sofferenza intesa come crisi del sistema) nel contesto della personalità dell'individuo. 'Se vogliamo comprendere i sintomi, dobbiamo conoscere qualcosa della persona che li ospita' (Westen *et al.*, 2006, p. 87).

Il divenire intersoggettivo del Soggetto: verso una teoria clinica

Una teoria fondata sul Soggetto unitario in divenire ha precise indicazioni cliniche.

Innanzitutto, è necessario un ascolto attento e continuo dell'altro per individuare gli organizzatori o temi di base, spesso coperti dalla nostra tendenza a prestare attenzione a ciò che dell'altro ci colpisce, in quanto familiare, e che rappresenta solo un aspetto di quella specifica e complessa singolarità.

Ciò che in prima battuta comprendiamo del paziente, che cogliamo attraverso la proiezione – qui da cogliere nel suo senso dialettico e prospettico quale processo conoscitivo di ciò che ancora in noi deve essere conosciuto e che attribuiamo all'altro – è ciò che almeno in parte abbiamo colto di noi e che almeno in parte siamo riusciti a modificare. Al tempo stesso, è anche ciò di cui ci priviamo nella nostra tensione evolutiva intersoggettiva; il resto ci sfugge, e dobbiamo intraprendere un lungo cammino di sviste, ipotesi azzardate e incomprensioni reciproche, per giungere a coglierne il significato che ha per l'altro, che è sempre un diverso, non totalmente comprensibile attraverso categorie diagnostiche definite. Dietro a qualsiasi vissuto o convinzione o comportamento, che appaia all'analista illogico o disfunzionale al benessere del paziente, c'è sempre una motivazione inconscia, strutturata nelle relazioni significative e consolidata in seguito, che ha acquisito per il paziente una funzionalità in relazione al mantenimento di un rapporto significativo con gli altri e/o con sé stessi come immagine identitaria.

Questa, che rappresenta la dimensione implicita e relazionale del nostro processo di conoscenza del paziente, non toglie valore alle altre due dimensioni che, tradizionalmente, vengono considerate per una diagnosi clinicamente utile in psicoterapia: la dimensione nosografica (nomotetica) e quella idiografica, che consente la formulazione individualizzata del caso clinico (Albasi, 2009; Dazzi *et al.*, 2009; Fontana, 2012, 2017; Lingiardi e McWilliams, 2017, Cozzaglio, 2022). La prima ci aiuta a riconoscere il livello, la qualità, il tipo di sofferenza che vediamo nel paziente, nel contesto della sua organizzazione come persona (un riconoscimento che è possibile solo avendo in mente una nosografia, un 'panorama' di tipologie di persone e di modi di star male, possibili nella nostra epoca e nella nostra cultura). La seconda ci permette di ordinare in una storia la moltitudine di informazioni che ci invade dal primo contatto con il paziente e di dare senso alla nostra narrazione di chi egli sia come persona, nella sua unicità e nel suo percorso di vita.

Anche queste modalità di conoscenza entrano a far parte dei modi di comprendere l'altro (e noi stessi); modalità che andiamo strutturando e riorganizzando nel corso della vita, in quanto bagaglio acquisito durante la nostra lunga formazione come terapeuti. Sedimentano in noi e ci aiutano a riflettere

su ciò che percepiamo, ri-conosciamo e su quello che ci sembra di comprendere sulla base delle ipotesi che – spesso implicitamente – formuliamo.

Raggiungere l'altro nelle motivazioni profonde che sono causa di infelicità per lui e per chi è in rapporto con lui richiede sempre un lungo e paziente percorso, non esente da sofferenza. Per l'analista, a causa di quel tanto di narcisismo che accomuna tutti coloro che si dedicano a questa professione, la prima sofferenza è la frustrazione di non raggiungere il paziente, che sembra opporsi allo scambio, oppure vi si aggrappa passivamente. Inoltre, va considerato il desiderio, a volte impellente, di togliere la sofferenza a chi si è rivolto a noi per aiuto, offrendo contenuti che appaiono più funzionali e risolutivi.

Ma l'altro rimane un mistero (Levinas, 1948): il suo volto si svela nella misura in cui i nostri occhi si aprono, a volte improvvisamente, come conseguenza di un lungo lavoro di ricerca di un senso condiviso sempre in divenire. È come se i due che si incontrano nella stanza d'analisi parlassero due lingue straniere che a tratti si riconoscono in una lingua comune, perduta e riconquistata ciclicamente nel tempo come in una spirale, a livelli sempre più complessi. Questa realtà costruita insieme non rappresenta un'alternativa alla propria verità, né tantomeno è una realtà negoziata, risultato di una sintesi tra le due realtà. Non esiste una verità definitiva e statica su noi e sull'altro dal momento che ciò che si costruisce con il paziente è, piuttosto, in divenire: un movimento incessante volto a sviluppare potenzialità nei due Soggetti in relazione.

A questo proposito viene qui presentata una vignetta clinica.

Carlo è un professionista affermato di 45 anni, che chiede un'analisi per una sorta di insoddisfazione profonda, sia verso il lavoro, sia in relazione alla sua vita affettiva. È un manager di una società internazionale, per cui è spesso all'estero. Il suo lavoro gli piace, anche se sente di non essere davvero capito dai collaboratori e fa una certa fatica a trattenere il suo fastidio verso coloro che non ritiene particolarmente capaci o brillanti. A volte diventa caustico nelle sue reazioni. È sposato da dieci anni; definisce il suo rapporto con la moglie non problematico, anche se passano poco tempo insieme, ma – dice – forse non è problematico proprio per questo motivo. Ha due figli di cui è orgoglioso ma, a causa del suo lavoro, non riesce a condividere con loro i momenti importanti della loro vita, come la scuola o gli sport.

L'analista ha dieci anni più del paziente; si dedica con scrupolo e passione al suo lavoro. Si aspetta di raggiungere buoni risultati con i suoi pazienti e, di solito, li ottiene. Con Carlo non riesce ad appassionarsi. Lo sente lontano, preso da considerazioni solo concrete, incline al giudizio e a quel tanto di disprezzo che, per l'analista, è segno di un desiderio di accettazione profonda che il paziente ha allontanato da sé senza neppure avvertirne con chiarezza la mancanza, almeno apparentemente. Il sentimento che prova è di distanza, che si trasforma prima in frustrazione e poi in noia.

L'analista, seguendo il suo metodo di lavoro, si interroga sulle proprie per-

cezioni e vissuti per formulare delle ipotesi sul paziente. La prima conclusione cui giunge – ovvia, per quel che gli sembra – è di non essere attratto da un paziente da cui non si sente considerato ed è quindi frustrato nel suo desiderio ‘narcisistico’ di essere riconosciuto da lui nel proprio valore. Sebbene questa considerazione sia per l’analista comprensibile alla luce del suo riconoscimento della modalità narcisistica di funzionamento del paziente, nonché della comprensione della tematica sottostante e delle sue possibili ragioni, la relazione con il paziente non cambia e le sedute si trascinano stancamente.

Riguardo al setting, a volte, quando il paziente è all’estero, le sedute si svolgono online. Un giorno l’analista, cercando di sopravvivere alla noia dei resoconti ripetitivi della giornata di lavoro, ha l’impressione che il paziente non stia davvero partecipando alla seduta, ma che stia guardando la sua agenda o si stia occupando d’altro. Questa volta però non prova un sentimento di contrarietà, di frustrazione o d’impotenza come in passato. Avviene qualcosa di nuovo: in lui si fa strada un cocente sentimento di delusione.

Mentre si chiede come comunicare il suo vissuto al paziente, questi improvvisamente dice: ‘Mi è venuto in mente che da piccolo, alle elementari suppongo, provavo spesso un sentimento di profonda delusione quando, come spesso avveniva, non venivo scelto nelle gare sportive, nelle recite scolastiche o, a volte, neppure invitato alle feste dei compagni. Non capivo perché dovessi essere sempre escluso, ma ci stavo proprio male; ho passato un’infanzia solitaria. Poi, per fortuna, alle superiori ho imparato a farmi valere ed è andata diversamente’.

A questo punto l’analista sente, e subito dopo comprende, quanto la distanza che Carlo ha ‘imparato’ a frapporre tra sé e gli altri abbia avuto la funzione di permettergli di trovare un posto nel mondo, percepito come disinteressato e frustrante; un posto accettabile, persino di successo, che gli garantiva l’accettazione degli altri e un certo sentimento identitario di valore. Comprende anche, in quel frammento indefinito ed estremamente coinvolgente di intersoggettività che si crea nella relazione analitica, quanto Carlo, ripetendo il suo modo di essere strutturato dall’infanzia, gli abbia inconsciamente chiesto di essere visto ed accolto per quello che era. Comprende quanto lui stesso, fino a quel momento, abbia dato al paziente solo l’accettazione che la sua professione richiede, razionale, voluta, di mestiere, persino in parte sentita, ma non fondata su un’intesa reale.

Ora l’analista può sentire la sofferenza che pervade la vita di Carlo, collegandola al significato di un vissuto antico, ancora ignoto al paziente, che potrà essere condiviso implicitamente nella relazione, non interpretato o comunicato razionalmente con uno stato d’animo che non sarà più di fastidio e quindi, a sua volta, di distanza.

Per arrivare all’altro come Soggetto, ad un livello di interazione che possa essere definito come intersoggettività, non è sufficiente un approccio razionale, meticoloso, attento e dedito; è necessario coinvolgersi pienamente in una

trama di percezioni e sentimenti che si intessono con i vissuti del paziente e con tutto il portato affettivo dei significati profondi che danno senso a ciò che ognuno – paziente e analista – sente di essere e di non voler perdere. È dunque una comprensione insieme emotiva, inconscia e riflessiva che permette di sperimentare l'altro nella sua diversità.

L'analista è un 'guaritore ferito' (Sedgwick, 1993), portatore di un *vulnus* eterno: da una parte il limite del suo essere umano e vivente, dall'altra la sua fedeltà al metodo che gli impone di andare oltre; che lo porta ad inventare contenuti sempre nuovi (le teorie) e a percorrere strade con passi sempre diversi (le tecniche). Se c'è qualcosa, forse, che l'analista sa e conosce molto bene, continuando a scoprirlo ogni giorno, è che la vita è percezione sofferta, ma anche gioiosa, del limite, inquietudine di superamento, nuova percezione di un limite più radicato, e così via, sempre. Così l'analista diviene stimolo perché l'altro arrivi a scoprire le proprie potenzialità di guaritore e non causa di questa scoperta (Tricoli, 2012).

Avere come referente teorico un Soggetto unitario in divenire che struttura sé stesso nella dimensione intersoggettiva è un cambiamento di paradigma notevole, che si sta cominciando a definire con il concorso di vari ambiti della ricerca.

Dopo lo sviluppo del pensiero del '900, pur riconoscendone il valore, non è più possibile condividere i presupposti di marca positivista di cui è connotato il portato teorico freudiano. Sono due gli aspetti principali che suonano stridenti con la visione del mondo e dell'essere umano che sta emergendo oggi. Il primo è il presupposto filosofico di un assoluto oggettivo, statico e già dato, che deve solo essere scoperto, per ciò che le capacità umane permettono. Una prospettiva che è resistita nei secoli, dalla filosofia greca alla scolastica e che, in tempi più recenti, compare persino nel pensiero kantiano. L'altro aspetto riguarda l'idea secondo la quale chi ha maggiori conoscenze, un analista 'supposto sapere', possa favorire un cambiamento reale nell'altro solo comunicandole, senza far leva sugli aspetti emotivi della comunicazione e sull'analisi dell'incastro dinamico sempre presente a vari livelli tra analista e paziente.

Al contrario, quanto espresso finora consente di vedere la complessità del dialogo analitico come uno spazio di possibilità poliedriche che non solo si plasma sulle differenze dei Soggetti che lo co-creano e dal quale allo stesso tempo sono co-creati, ma delinea il ruolo dell'altro sempre come possibilità e non causa di trasformazione. Questo restituisce ai Soggetti in campo pari dignità e conferisce all'analista la responsabilità di lavorare costantemente su di sé, seguendo un metodo che si appelli a presupposti teorici sufficientemente aperti ed espliciti circa un'idea di essere umano come individuo che diviene insieme ad altri.

Sembra allora giunto il momento di iniziare ad elaborare, accanto ad una teoria del Soggetto unitario in divenire, la teoria di un'intersoggettività unita-

ria che diviene, superando definitivamente il dualismo soggetto-oggetto/soggetto-mondo che la riflessività insita nel pensiero e nel linguaggio ci costringe, inevitabilmente, ad assumere.

Che questo possa rappresentare un nuovo auspicio per noi umani e per ulteriori sviluppi in psicoanalisi?

Come disse Kenneth Gergen (1991), abbiamo un ‘linguaggio della relazione estremamente povero’ (cit. in Aron, 1996, p. 161). Non parliamo mai del fatto che sono le relazioni, il campo che co-costruiamo con l’altro, ad esigere, sperare, temere. Non sorprende allora che sia proprio l’intersoggettività a sfuggire alla presa di una definizione teorica. Anche perché abbiamo a che fare con quell’intima, assurda e ancora indicibile esperienza, continua e sempre cangiante, che già sempre facciamo con l’altro e che ci permette di contattare, nel medesimo tempo, il limite e l’infinito sconfinamento a cui il divenire insieme ci ha destinato.

Consapevoli dei nostri limiti e di quella tensione verso un oltre che ci contraddistingue come umani in divenire, abbiamo il compito di decostruire le certezze legate ai vecchi modelli (epistemici, teorici, culturali) per riconfigurarle ed integrarle nelle nuove prospettive che la realtà che viviamo ci impone di riconoscere. Solo così, forse, si potrà contribuire a quell’agnizione della complessità umana che ci rende insieme sempre aperti all’altro e ad altro.

BIBLIOGRAFIA

- Albasi, C. (2009). *Psicopatologia e ragionamento clinico*. Raffaello Cortina Editore.
- Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis* Hillsdale, NJ: The Analytic Press. (Tr. it. *Menti che si incontrano*. Raffaello Cortina Editore, 2004)
- Bion, W. (1984). *Conversazioni con Bion*. Los Angeles – New York – São Paulo. In F. Bion (a cura di), Loescher, 1985.
- Binswanger, L. (1973). Trad. it.: *Essere nel mondo*. Roma: Astrolabio, 1978.
- Capra, F., Luisi, P.L. (2014). *Vita e natura. Una visione sistemica*. Sansepolcro; Aboca, S.p.A. Società Agricola, 2014.
- Cozzaglio, P. (2022). *Confini borderline. Psicoterapia analitica intersoggettiva dei disturbi di personalità*. FrancoAngeli.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F., a cura di. (2009). *La diagnosi in psicologia clinica*. Raffaello Cortina Editore.
- De Robertis, D. (1991). Per una ‘storia’ dei movimenti psicoanalitici da Freud a Kohut. *Ricerca Psicoanalitica*, II, 2, 5-19.
- De Robertis, D. (1995). La psicoanalisi e l’affiliazione ermeneutica. *Ricerca Psicoanalitica*, VI, 1, 37-57.
- De Robertis, D. (1996). Il paradigma della relazione: un ‘common ground’ ritrovato. Il paradigma del conflitto: un ‘common ground’ da ritrovare. *Ricerca Psicoanalitica*, VII, 1-2, 7-18.
- De Robertis, D. (2005). Le logiche dei Sistemi Complessi: un potenziale per la teoria e la clinica psicoanalitica. *Ricerca Psicoanalitica*, XVI, 3, 331-354.
- De Robertis, D., Tricoli, M.L. (1990). Il ‘vero’ nesso nella relazione di transfert. *Ricerca Psicoanalitica*, I, 1, 49-66.

- Di Francesco, M. (1998). *L'Io e I suoi Sé. Identità personale e scienza della mente*. Raffaello Cortina Editore.
- Fontana, M. (2012). La diagnosi in psicoanalisi relazionale. Una prospettiva unitaria. *Ricerca Psicoanalitica*, 23, 2: 73-100.
- Fontana, M. (2017). La diagnosi in psicoanalisi relazionale. In: M. Fontana (a cura di). *La diagnosi e le sue implicazioni nella clinica psicoanalitica*. Giovanni Fioriti Editore.
- Freud, S. (1892-1899). Progetto di una psicologia. *OSF*, vol. 2. Boringhieri, 1950.
- Gergen, K. (1991). *The Saturated Self*. Basic Books, New York.
- Grotstein, J.S. (2007). Tr. it. *Un raggio di intensa oscurità*. Raffaello Cortina Editore, 2010.
- Hegel, G.W.F. (1807). Tr. it. *Fenomenologia dello Spirito*. Bompiani, 2000.
- Heidegger, M. (1927). Tr. it. *Essere e Tempo*. Milano: Longanesi, 1976.
- Husserl, E. (1954). Tr. it. *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Il Saggiatore, 2008.
- Levinas, E. (1948). Tr. it. *Il tempo e l'altro*. Mimesis, 2021.
- Lingiardi, V., McWilliams, N. (a cura di). (2017). Tr. it. *Manuale Diagnostico Psicodinamico*, 2ª ed. PDM-2, Raffaello Cortina Editore, 2018.
- Oyama, S. (1988). Tr. it. *L'occhio dell'evoluzione. Una visione sistemica della divisione fra biologia e cultura*. Giovanni Fioriti Editore, 2004.
- Maffei, C. (2021). *Oltre la personalità*. Raffaello Cortina Editore.
- Merleau-Ponty, J. (1945). *Fenomenologia della percezione*. Bompiani, 2003.
- Maturana, H.R., Varela, F.J. (1980). Tr. it. *Autopoiesi e cognizione*. Marsilio, 1985.
- Minolli, M. (1990a). Cinquant'anni dopo: fondare la psicoterapia psicoanalitica. *Ricerca Psicoanalitica*, 1, 1, 5-12.
- Minolli, M. (1990b). Lo specifico del metodo psicoanalitico. *Ricerca Psicoanalitica*, 1, 1, 23-38.
- Minolli, M. (1993). *Studi di psicoterapia psicoanalitica*. Genova: CDP.
- Minolli, M. (2000). Il referente unitario: Io sono in prima persona. Relazione tenuta al Convegno Opifer, Sestri Levante, 13-15 ottobre 2000.
- Minolli, M. (2006). L'identità come presenza a se stessi. *Ricerca Psicoanalitica*, XVII, 2, 163-82.
- Minolli, M. (2009). *Psicoanalisi della Relazione*. FrancoAngeli.
- Minolli, M. (2015). *Essere e divenire*. Milano: FrancoAngeli.
- Minolli, M., Tricoli, M.L. (2004). 'Solving the Problems of Duality: The Third and Self-consciousness'. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 1, 137-166.
- Montefoschi, S. (1963-2005). *Opere*, vol. 1, 2, 3. Zephyro, 2004-2006.
- Morin, E. (1981). Tr. it. *Computo, ergo sum*. *Ricerca Psicoanalitica*, XVIII, 3, 263-282.
- Northoff, G. (2021). *Il codice del tempo*. Il Mulino, 2021.
- Oyama, S. (1998). Tr. it. *L'occhio dell'evoluzione. Una visione sistematica della divisione fra biologia e cultura*. Giovanni Fioriti Editore, 2004.
- Pievani, T. (2019). *Imperfezione. Una storia naturale*. Raffaello Cortina Editore.
- Prigogine, I., Stengers, I. (1981). Tr. it. *La nuova alleanza. Metamorfosi della scienza*. Einaudi, 1999.
- Ronchi, R. (2012). *L'atto del vivente. La vita nello specchio della filosofia speculativa (Aristotele, Bergson, Gentile). Nòema, Ricerche*, N. 3.
- Sander, L.W. (1983) *Polarity, paradox, and the organizing process in development*. In: Call, J.D., Galenson, E., Tyson, R. *Frontiers of infant psychiatry*. Basic Books.
- Sander, L. (2002). *Thinking differently. Principles of process in living systems and the specificity of being known*. *Psychoanalytic Dialogues*, 12, 11-42. *Pensare diversamente. Per una concettualizzazione dei processi di base dei sistemi viventi. La specificità del riconoscimento*. *Ricerca Psicoanalitica*, 2005, Anno XVI, n. 3, pp. 267-300.
- Sedgwick, D. (1993). *Il guaritore ferito*. La Biblioteca di Vivarium, 2001.

- Seligman, S. (2005). Dynamic System Theories as a Metaframework for Psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues* 15 (2), 285-319.
- Stern, D. (1985). Tr. it. Il mondo interpersonale del bambino. Bollati Boringhieri, 1987.
- Thelen, E., Smith, L. (1994). A dynamic systems approach to the development of cognition and action. Cambridge, MA: MIT Press.
- Trevarthen, C., Hubley, P. (1978) Secondary intersubjectivity: confidence, confiding and acts of meaning in the first year. In: Lock A., (ed.). Action, Gesture and Symbol. The Emergence of language. Academic Press.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity. In: Bullowa, M. (ed.). Before speech: the beginning of human communication. Cambridge University Press.
- Tricoli, M.L. (1992). Le vie psicoanalitiche alla terapia. *Ricerca Psicoanalitica*, III, 1, 9-25.
- Tricoli, M.L. (2012). Quale creatività per la tecnica? *Convegno interno SIPRe*, Bologna, 23-24 giugno 2012.
- Tricoli, M.L. (2018). Il processo della supervisione. Apprendere la psicoanalisi o sperimentarla? Giovanni Fioriti Editore.
- Tricoli, M.L. (2020). Cinquant'anni di riflessione e ricerca. In ricordo di Michele Minolli. *Ricerca Psicoanalitica*, XXXI, 3, 449-460.
- Tronick, E.Z. (1998). Dyadic States of Consciousness Model. In: Nadel, K., Muir, D. (2005) (a cura di). *Emotional development*. Oxford University Press.
- Von Bertalanffy, L. (1968). Tr. it. Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppi, applicazioni. Oscar Saggi Mondadori, 2004.
- Westen, D., Gabbard, G.O., Blagow, P. (2006). Tr. it. 'Ritorno al futuro'. La struttura di personalità come contesto per la psicopatologia. In: Dazzi, N., Lingiardi V., Gazzillo, F. (a cura di). La diagnosi in psicologia clinica. Raffaello Cortina Editore, 2009.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 10 maggio 2024.

Accettato: 23 giugno 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:915

doi:10.4081/rp.2024.915

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Creativity in psychotherapy as a ‘co-reflexive dialogue between acting subjects’: a clinical and theoretical proposal

Daniele Morelli,* Laura Corbelli**

ABSTRACT. – This contribution, in part discussed by the authors at the ‘Andare Avanti’ study day organized in January 2023, seeks to outline the role played by co-reflective dialogue between patient and therapist, in the emergence of Subjectivity and the sense of agency in psychotherapy. Starting from the analysis of concepts that have become classics in the Psychoanalysis of Relationships, such as those of ‘creativity’ and ‘delegation’, a theoretical revisiting of them is proposed aimed at recovering the implicit, corporeal and intersubjective bases of the therapeutic process. In an attempt to describe the complex links between the self-reflective and pre-reflective, individual and relational dimensions of the sense of agency in psychotherapy, the analysis of a clinical vignette is proposed.

Key words: subject; relationship; intersubjectivity; sense of agency; psychotherapy.

Emily Dickinson writes, ‘So from the mould/Scarlet and Gold/ Many a Bulb will rise /Hidden away, cunningly,/From sagacious eyes./ So from Cocoon/Many a Worm/Leap so Highland gay,/Peasants like me -/Peasants like Thee/Gaze perplexedly!’ (1859).

In these verses, there emerges, with great force, the sense of amazement, of innocent unpreparedness which permeates a person’s attempt to explain what makes them feel alive, what allows them to move actively in the world. This fascinating mystery has been more prosaically translated into academic classrooms as the hard problem of consciousness (Chalmers, 1995). As human beings, not only do we ‘know’ that we are alive, but we are able to ‘feel’ that we are alive and we act like living beings. However, we are unable to explain how this happens. In their professional studies, even psychotherapists probably ask themselves the same, complicated, questions about subjec-

*Psychologist, Psychoanalyst, Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione, Italy.
E-mail: info@danielemorellipsicologo.it

**Psychologist, Psychoanalyst, Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione, Italy.
E-mail: laurac@omniway.sm

tivity: how does it happen that patients leap out of their cocoon in a Dickinsonian manner and become more active, more creative, as agents of their change, like Subjects more 'present' to themselves?

In 'Being and Becoming', Michele Minolli (2015) attempts to give a systematic answer to these questions by taking a meta-theoretical perspective, *i.e.*, free from dichotomies between nature and culture, the internal and the external, genetics and environment, consciousness and unconscious, *etc.*

Psychoanalytic process, according to Minolli, essentially follows the process of existence. In fact, the author indicates many temporal criteria, not surprisingly called *moments* by him: at moment zero, the Subject *does not exist* because powerfully configured and traversed by genetics and the environment.

'The idea of a pre-existing subject that interacts with its configured being does not hold up' (Minolli, 2015, p. 113).

As Coin (2020, p. 501) writes, 'Minolli thus undermines the concept of the *active subject* on which he had focused so much in the past. The Ego-Subject moves within the lines of force inscribed in its configuration: it brings into being what it is, like any organism that acts according to its nature. The *active* component is necessarily conditioned [...]'

In other words, at the origin of the process of subjectivation as individuals, we would be active only as genetics and the environment prescribe, our existence being subjected in some way to the powerful pressures of our own structures, independent of us. Subsequently, the moment of Consciousness would intervene: a feeling of existing which, according to Minolli, does not coincides with historical identity which pertains to the feeling of 'being the centre' (2015, p. 14) of oneself, and which leads us towards the other in a kind of 'reinforcement linked to the need to be confirmed in one's existence' (*ibidem*, p. 115). The final moment is represented by Creativity. On the ontogenetic level, it appears from 15/18 months, when the child begins to express the function of Consciousness of consciousness. Even in the analytical process this moment can be defined as *creative*, because, just as happens when humans begin to experience self-reflexivity in life, in therapy at this level we go beyond ourselves, and go on to:

'pursue an active acceptance of one's historical configuration, to take into account 'conscience' and, starting from oneself, to go beyond this to take control of one's life' (*ibidem*, p. 115)

In a nutshell, according to this approach which intentionally overturns (Coin, *ibidem*) the previous Epistemology of Presence (Minolli, 2009), the (creative) conquest of the self-reflective sense of agency could be portrayed as a predominantly individualistic process. This process actively welcomes

the historical predeterminations of the Subject, as they were originally given. In fact, with the emergence of Consciousness of consciousness the delegation of one's identity configuration to others has overcome. Individuals take themselves as a basis of their own meanings, rising to a new quality of being, active, in no way subjected to the slavery of delegation (understood as: The way I live is contingent on being recognized by the other).

However, cognitive science, neuroscience, and the philosophy of mind also propose alternative points of view regarding the processes of the emergence of subjectivity, and the role played in these processes by interpersonal relationships, bodily experience, biological mechanisms, physical phenomena, *etc.*). According to these perspectives, the equation between a sense of agency and a self-reflective capacity is not enough to bridge the enormous complexity of what Metzinger (2004) defined as the subjectivity of subjective experience. The first-person point of view of subjectivity contains in its deepest folds – in the apparently obvious and 'predictable' dimensions of phenomenal experience – constantly changing bodily textures, implicit and pre-reflective dimensions without which any attempt at reflexivity would be impossible. At the same time, all these aspects unfold in the space and time of complex and dynamic relationships between internal worlds and external worlds. Georg Northoff, for example, has recently reviewed some empirical evidence in favor of the hypothesis according to which the genesis of self-consciousness is not exclusive either to the cerebral, or to the mundane brain (Northoff, 2021). For the German neuroscientist, the Self develops at the crossroads between the brain and the world and is a multifaceted process, in which the Self and the other than the Self (world, brain, body) enter into dynamic resonance, in the framework of a relational temporality that he defined as 'neuroecological'.

Also, if we observed from this same point of view the reflective processes of creativity in psychotherapy to orient ourselves in clinical phenomena, we could not do without a compass: the one provided by the epistemological perspective of 'complexity'. We should therefore be wary of the 'human' temptation to hypostatize reflective subjectivity into a purely individual or purely relational process. In fact, there would always be the risk of absolutizing now in one direction, now in the other, self-reflective Consciousness rather than Primary Consciousness, the being oneself rather than being in relation to the other, the being active rather than passive, emotion in place of cognition, mind instead of body.

In attempting to change perspective, the new challenge is to consider the non-reflective Subject as an integral part of a broader creative process of Subjectivation in psychotherapy: the moment of Consciousness and that of Consciousness must be revised as being representative of two different modalities, on a qualitative level, of a single spectrum/continuum of the Subject's agentivity.

In fact, at the Consciousness level (or rather, the Primary Consciousness level), the Subject is also nuclearly (Damasio, 1999) and pre-reflexively an agent, that is, he perceives himself, in an ineffable way, as being as alive as the author of his own subjective experience. The first experience/memory of oneself is the bodily one and, as Edelman and Tononi (2000) indicate, at this level the Subject exists in a remembered present dimension. The experience of Self as Subject is that of an immediate experience of corporeity, traversed by emotions, affections, perceptions, enclosed in a contingent experience (in which the immediacy of the corporeal here and now is associated with the memory of the there and then) and as such differentiated from the external world. According to philosophy of mind we are on the *ipseity* level (Gallagher and Zahavi, 2008): I pre-reflectively know that I exist in a first person perspective in which I am the vantage point of the world taken as mine (it belongs to me, I own it), as intended (I act on my world), and as embodied (my world is a world seen, heard, touched, smelt, a world felt emotionally, living also because effected by my body¹).

Naturally, even at the Consciousness of Consciousness level, Subjects are the agents of their experience. But this agency, even if it is more ‘evolved’, is not at all separate from that existing at the level of Primary Consciousness. It is true that reflexivity accentuates first-person experience and transforms it. However, this transformation cannot ignore nor completely free itself from the pre-symbolic, implicit, corporeal, emotional, interactive articulation of pre-reflective Consciousness (Husserl, 1950). This type of creative agency recalls to the ability of Subjects to transcend themselves without transmuting into an awareness separate from what is predetermined, a kind of pure Consciousness. At this level the Subject is active, but on a different complexity level. The level we are referring to, in this case, is that of symbolic agency, which allows Subjects to put together, unify, synthesize their own unconscious potential and their own conscious meanings into a more complex organization of meaning, pausing in the open spaces and perspectives of the dialectic of opposites (Tricoli, 2018). To put it in Jung’s words, we refer to that function of self-reflexivity which comes true in the ‘unification of ‘conscious’ content and ‘unconscious’ content’ (1916, cited in Cozzaglio, 2017, p. 51) and which projects us, as agents, towards the not yet known dimensions of our becoming.

¹ In this regard, Gallagher, Zahavi (2008) and Ginot (2015) also think about the embodied dimension of Subjectivity through the concept of ‘enactivity’. The feeling of possessing a subjective experience as an experience ‘felt’ in terms of the possibilities/potentialities of action provided by the body with respect to the world and, equally, signaled by the world through the body. Adopting a more experiential language it could be translated into these terms: ‘This world belongs to me because I can touch it, feel it, eat it, smell it, grab it, throw it, etc.’

In other words, symbolic agency refers to the extraordinary ability of human beings to observe their own experience through a constant and seamless movement between multiple levels of contact with themselves. One of these is the third-person point of view of self-reflexivity, the other is the first-person point of view of the unconscious. Individuals become Subjects when they seek within themselves self-reflective contact with their unconscious emotional issues, inevitably stimulated by their relationships with the other. It is the continuous movement of separation and synthesis between the first and third-person points of view, of continuous oscillation between self and other, between conscious and unconscious, which makes the passage between primary consciousness and consciousness of consciousness the transition towards symbolic agency. Symbolic agency is, in fact, a second-person point of view of Self, a complex perspective of one's experience that connects the Self, and the other than Self, in a continuously becoming and constantly evolving process.

In the economy of relational reflections on subjectivity, underlining the importance of the symbolic function of Presence to oneself, cannot and must not lead us to give in to the lure of environmentalist relational psychoanalysis. Somehow, the creativity of psychoanalytic change truly makes Subjects active protagonists in the courageous process of environmental liberation; a change in which they face the ghosts of 'solitude' and 'emptiness' (Minolli, 2015, p. 204), and take on board the discomfort that comes with starting from themselves to take back control of their lives with a renewed sense of agency.

On the other hand, we should also ask ourselves: with respect to whom does the creative Subject (*i.e.*, agent of change) face 'emptiness' and 'solitude'? As a famous poet said, 'emptiness is fullness' (Montale, 1971). In other words, the ghosts of solitude and emptiness perhaps become capable of creating new meanings also because they are to a certain extent 'relative to', that is, in a dialectical relationship to, or with someone or something within a dialogue conducted by the Subjects with themselves (with the unknown and already known parts, the fantasized and the repugnant parts, the thinkable and unthinkable parts). And, perhaps it is precisely for this reason that the psychoanalytic listening context may be facilitative (dialectical).

In our opinion, the ability of psychoanalysis to promote a renewed sense of agency always involves Subjects, allowing them to overcome the suffering of their individualism in the constant swinging back and forth of the relationship. Nowadays, maintaining a differentiating perspective would sound a bit like giving an answer to the question 'Which came first, the egg (of the Subject) or the chicken (of the Relationship)?' Subject and Relationship are in fact the two observable terms of a unitary process. This, for example, is the significance of the empirical data on the therapeutic factors which attribute change in psychotherapy to the work of a-specific factors, which go beyond the individuality of the technical/theoretical options,

and which concern the relationship between patient and therapist. Furthermore, the in-depth study of the intersubjective and intercorporeal dimensions of self-reflexivity represents the cutting edge of the scientific debate on Subjectivity, *etc.* For example, according to neurobiological research and ‘Infant Research’, the ego is primarily a bodily self (Ammaniti and Gallese, 2014) and its representational and symbolic world is rooted in the primordial and immediate connection between one’s own body and that of others, that is, intercorporeality.

‘One could add, siding with Merleau-Ponty, ‘Without reciprocity there is no alter Ego’ [...]. Perhaps it is not possible to conceive oneself as a Self, without anchoring this awareness in a previous phase in which sharing prevails’ (*ibidem*, p. 33)

Therefore, it is also in the experience of intersubjective contact with the Other that a Subject is born. We can reflect on ourselves, and therefore evolve and reorganize ourselves, also to the extent that we are active bodies, that is, alive in the context of the agency of other bodies that seek each other (and which therefore, in their seeking us, sometimes attempt to be reflective with us). This, obviously, does not alter the fact that we are self-reflective and pre-reflective actors in a specific way, in as much as we are separated from the other’s body, and it is precisely because we can influence a system of mutual regulation with the other that we perceive ourselves as individual agents.

‘According to Sander [...], the origins of human identity are founded in the transformation of the influence exerted by the child’s behavior on the interactive system into a subjective sense of agency. [...] The sense of agency is built starting from the experiences of recognition of the child’s acting behavior by the environment, during repeated experiences of efficacy.’ (*ibidem*, p. 173)

In fact, if it is true, on the one hand, that the first steps in the process of subjectivation are largely conditioned by the constraints imposed by biology and the environment, it seems equally reasonable to think that children, given their genetic structure, are capable of constraining the environment. Therefore, a child can develop as a Subject only through the resources provided by the environment (internal and external); at the same time, the nature of the biological resources of the child and of the environment allow the child to be an *agent* who influences the external world, equipped with the ability to modify it to favor the evolution of their own individual potential. The mother-child system is a complex system, in fact, precisely because the brains of the child and the mother are, to use Northoff’s very fitting expression again (2021), ‘neuro-ecological’ systems. The suggestive hypotheses of Vittorio Gallese (Ammaniti and Gallese, 2014) also move in this direction. According to Gallese, the experimental data collected on the

neurophysiology of mirror neurons would suggest the existence, from birth, of basic cognitive-affective-motor processes consistent with an implicit sense of 'like -me-ness' (Meltzoff, 2007). In other words, such neural processes would play a sort of embodied simulation of the other in the mind/brain of the observer. Thanks to this process, of an implicit and pre-symbolic nature, each individual could recognize an intrapersonal similarity between the mental states experienced within themselves when actions are performed, or certain emotions or sensations are experienced, and the mental states experienced within themselves when those same actions, emotions or sensations are recognized in others. Furthermore, mirror neurons seem capable of establishing a basic difference between me and not me. In fact, their bioelectric activity is different depending on whether the observer performs an action, or observes it in another. Overall, these findings would seem to provide an even more solid empirical basis for the theories proposed by the research tradition of 'Infant Research', which, as we know, underlines the role played by the processes of emotional attunement and dyadic regulation between child and caregiver in determining the development of Subjectivity in its distinctive qualities of consistency, coherence, agency, resilience (Beebe and Lachmann, 2001; Tronick, 2006). In reality, research on mirror neurons, and more generally affective and social neuroscience, while admitting the great importance of maternal repair functions at moments of breakdown of the bond with the child, believe it is erroneous to attribute an exclusive role to the caregiving environment in the ontogeny of subjectivity². The Subject, and its agency, seem to emerge according to neuroscience at the crossroads between self-regulation and interactive regulation. In a very interesting observational study, carried out on twin fetuses (Castiello *et al.*, 2010), it was demonstrated that already at the fourteenth week of gestation the movements of the upper limbs showed different kinematic profiles depending on their target (one's own body rather than that of the twin). Furthermore, it was also observed that between the fourteenth and eighteenth weeks of gestation the percentage of self-directed movements decreased while that of other-directed movements increased. Therefore, well before birth (even before the birth of a Subject) the human motor system seems to show rudimentary abilities to modulate self-organization depending on the possibilities provided by the external environment. All this suggests that the genesis of Agentive Subjectivity can be placed in a dynamic process between self and eco-organization; a process in which the Subject self-organizes also as a function of dyadic regulation in search of a

² Michele Minolli already in 2009 criticized the 'exaggerated emphasis' of external data by 'Infant Research', correctly adding in this regard: 'the system must be thought of as capable of self-organisation'.

new functional balance, in an unpredictable and seamless process in which more complex dyadic systems favor an increasingly complex self-organization of the Subject and *vice versa*³.

Following this line of reasoning, the self-reflexive agency of Consciousness of consciousness is creative precisely because it comes true in a second-person perspective on the world. The creativity through which we perceive ourselves as subjects in flux perhaps occurs, as Cozzaglio (2017, p. 45) rightly notes, by virtue of thinking together which is also feeling together, that is, through thinking individually while simultaneously recognizing ourselves in the other, a reflective function in co-reflection with the other. From this perspective, once again, the sense of self-reflexive agency perhaps acquires greater theoretical and clinical depth; in fact, as already noted by some (Tricoli, 2018; 2020), broadening the field of self-reflexive agency to intersubjectivity leads back to the cognitive-affective potential of the Subject to create a unitary vision of the Self in the dualistic tension between the Self and the Other. And this, in turn, restores to clinical practice the importance of the intersubjective relationship at the service of a shared symbolic function. It promotes meanings beyond itself, meanings not yet known, and in the process of becoming, and this occurs via two subjects engaged in a bond of the co-observation of their own and others' subjectivity.

Let's try to clarify this point with a very short clinical vignette. A patient, engaged in long-term therapy for relational dependence problems, becomes angry with the therapist because in one session the latter proposes a higher fee, and then goes on to ask, concerned 'Are you sure you can manage the change?' ignoring the patient's reassurances. The two parties seemed to be on different tracks: from the patient's point of view, the therapist was overly concerned, quickly becoming intrusive to the point of seeming like a mother who 'jumps to conclusions about her child's finances.' From the therapist's point of view, the patient was angry because he evidently felt that something was unacceptable in the emotional climate of the session. But these positions, potentially legitimate, remained more or less deliberately concealed behind an aggressive-passive silence, so much so that the patient wanted to leave without explanation (apart from protesting: 'How intrusive!') or, take refuge in a prolonged, deafening silence, leaving the therapist feeling annoyance. At the end of the session, the therapist suffered feelings of guilt; he wondered if his seemingly empathetic evaluation of the patient's economic means to con-

³ Referring to the relationship between temporality and the genesis of Subjectivity, Norhoff seems to affirm a similar thing when he writes: 'Empirical data show that temporal change and temporal continuity are perfectly compatible with each other and that what constitutes our Self is exactly the level of their balance. Identity and difference can therefore be reformulated as temporal continuity and change, where the two terms are mutually inclusive rather than exclusive (2021, p. 128).

tinue therapy revealed a hidden, implicit, infantilizing attitude in the proposal and subsequent denial of a shift, an evolution in the setting. Just as when a parent first encourages autonomy and then withdraws it, casting a veil of suffocating discouragement over their children. Curiously, in the following days, the therapist was tormented by an internal battle in which, on the one hand, he imagined himself accepting the patient's withdrawal from therapy without much hesitation; on the other hand, he attempted to have more faith in himself and in his patient. In the following session, the patient came to the session angry, but also dismayed with the therapist, announcing in a solemn though sincere tone: 'I would have liked to have given up therapy but I don't want to. I feel good here, but, above all, I realize that you were right. I'm right to be angry with you for your intrusiveness as you weren't at all clear. But I also understand that I'm angry with you and then I deprive myself of the time and space to explain. I do this in all my relationships, and when anyone approaches me I put up a wall.' The therapist feels sorry but not at fault, and this time chooses to give the patient plenty of speaking time. He is aware of the how much confidence he is trying to give the patient, but is also afraid of what this confidence entails: 'Will my patient make it in life?'

In this vignette, the patient's and therapist's attempt to give new meaning to their experience is evident, and it resulted in a session marked by the patient's powerful affirmation of self-reflexivity. If we hypothesize that the patient realizes, independently and starting from herself, that his anger, at least in part, arose from his desire to reassure the therapist/parent concerned about his autonomy, as much as from the desire to free himself from this anti-theoretical mechanism with respect to a genuine, deep, processing of emotions, we would necessarily come to the following theoretical-clinical conclusion: in this last session the patient becomes a self-reflective agent because he takes upon himself the pain of being seen as a child, rather than delegating to the therapist (You are the one who sees me as a child! It's your fault!), as well as taking on the effort of communicating his pain to the therapist. But what would happen if we took an alternative view and started from a different hypothesis which would extend the therapeutic field outside the session? A hypothesis in which the explanation of the self-reflective assumption made in the last session by the patient represented only the tip of the iceberg? We could assert that self-reflexive agency occurs within a deeper context, a context in which patient and therapist in their separateness, co-reflect on the scenario of their 'dialectical' relationship. Both reflected on their dancing together, around the issue; an unspoken issue permeated with strong emotional overtones (*i.e.*, anger and guilt) of dependency. The therapist reflected on his fear of claiming his professional space realizing that he had expressed and then denied it – perhaps hoping for confirmation that he was a sort of indispensable master, perhaps wishing to represent the parent who is more attentive to the Other than the patient's own parent. But the patient also reflected on his own

dependency. In the days following, he focused on what he felt about the episode, focusing on the fact that he was angry with the therapist because unable to accept the latter's own desire for closeness, without fearing that he might be swallowed up. He understood that he was angry with the therapist because the latter was the one who could not separate himself from him, and was afraid to show his attempt at personal affirmation. The patient was able to take charge of this awareness on returning to the therapist (who in turn had carried out an internal redefinition of his relationship with the patient) because the therapist himself, on returning to the session, had altered his own position, having undergone some self-reflection himself. The patient's return to his original configuration occurred because he, by himself and then with the therapist, reflected on their deep relationship, making it the pivot of an active and self-reflective creativity.

In this perspective, self-reflexive agency must be revisited more thoroughly within the context of the complexity of the Self/Other-than-Self bond, and consequently in a unitary intersubjective process⁴. Retrieving the image of the servant/master dialectic expressed by Hegel in the 'Phenomenology of Spirit' (1807), the Ego becomes Subject when it denies a absolutistic representation of itself, and, at the same time, recovers in itself what is not, and has projected onto the object (Minolli, 2000; Minolli and Tricoli, 2004). In this perspective, the return to one's own configuration is an intersubjective process which assumes that the basis of the recovery of a separate subjectivity is the connection with the object.

'At the end of its tiring wandering around the object in search of an improbable interior and an elusive essence, consciousness realizes that it had done nothing but search for itself, because the real is like consciousness and consciousness is the real (*ibidem*, p.161)'.

The case discussed above takes on a new, clinically richer meaning in this perspective. Patients become present to themselves when, in a self-reflective and creative act, they deny the need for external confirmation of their historical identity (themselves as servants) and re-appropriate a new way of seeing themselves, rigidly projected onto the therapist (the other as master). But therapists also become more present to themselves when they reject the need to be confirmed as a 'master' and reclaim their desire, projected onto the patient, to put themselves in the background as 'servants' without seeing this as a threat to their therapeutic affirmation.

Therefore, in our vision of psychotherapy, self-reflexive agency takes on

⁴ By unity one must not naively mean a fusional union of Self/Other; unity refers to the complexity of a self-eco-organised system, where 'tension towards' and 'separation from' are elements of a continuum.

maximum importance when patient and therapist, through an intense connection, transcend their own historical configuration through co-reflection on their bond.⁵ It is precisely thus that an apparently banal element of reality introduced in the relationship, such as the fee, becomes a symbolic third through which both the patient and the therapist re-signify their identity configuration, first affirmed and then denied, in an implicit and de-signified relational dialectic (De Robertis, 2000). To put it more simply, we could say that both patient and therapist, in the space between sessions, proposed to withdraw the projection onto the other of unconscious beliefs and fears associated with their own desires for dependence. In a complex epistemological perspective we need not ask why this took place (who caused what), but how. When the two members of this analytic relationship observed their own Self from the perspective (unconsciously denied) of separation from the Other, they undoubtedly impressed a more complex reorganization of their bond. That is not to say that the relationship alone constructed the change. In fact, if we focus on the 'how', it is not the bond alone that effects the transformation, nor is it the members constituting the bond that propose the transformation. Mutual commitment to overcoming an isolated perspective is the answer to how change is implemented. It is the mutual commitment of patient and analyst, dynamically oscillating between a first-person point of view and a third-person point of view of self, to achieve a second-person point of view of self, which transforms two inseparable poles of the same process: the analytical relationship and the Subjects in the relationship.

In our view, this picture of self-reflexive agency is less likely to be subject to a theorization which has ethical and moral implications, and which lends itself to voluntaristic interpretations of the therapeutic process. There is no doubt that the painful impasses that Subjects come up against in their becoming arises from the difficulty of 'abandoning the original position of son' (Coin, 2022, p. 131). However, we must clarify what we mean by 'position'. In fact, if we apodictically wanted to understand by the term 'position' a category of the Subject alone, then we would do well to speak of Individual, and not of Subject (whose etymology – *subiectus* – has clear relational implications), concluding that it is the Individual alone who is responsible for passive compliance or transformative rebellion against a historical position. Given these premises, the obvious corollary would be that 'suffering does not arise from the relationship' (*ibidem*) and, consequently, we should consider that, in a broad sense, relational trauma 'does not exist' nor does any change in the therapeutic relationship, since it is the individual alone that pre-exists all and

⁵ 'The gaze, always initially confused and not detailed, with which the analyst looks at the patient, is transformed through reverie into a gaze on himself, which then returns with more clarity to the patient, and so on in a continuous process of broadening of awareness of both.' (Tricoli, 2009).

decides if, how, and when to change. Obviously, this vision places responsibility squarely on the patients' shoulders, because it would make their own individual will to change the absolute (and exclusive) worth of therapy; as if to say 'patients do not change position because they are unable to find within themselves the courage to self-reflect.'

However, if we view the agent Subject as more focused on the relational side, we can account for the transformative potential inherent in the corporeal, implicit, intersubjective and relational dimensions. The Subjects' historical position may be seen in terms of complex units, 'relational matrices', that is, how the set of conscious and unconscious fantasies, desires, fears about themselves and the other, that Subjects use in the relationship both to maintain historical coherence and to seek a transformation. This translates both into the possibility of affirming oneself, and into the affirmation of the 'other than oneself' in the real emotional relationship with the Other.

In the clinical case cited, the patient was able to reflect actively and autonomously on himself because his therapist was able, through his (real and authentic) attention to the implicit emotional dimensions of self in his relationship with the patient, to create a therapeutic climate of authentic reciprocity. A climate in which, to put it once again in Hegelian terms, he was able to relegate himself to the background of the therapeutic relationship, thus leaving 'speaking space' for the patient. This position, which recovers aspects of the first Minollian theory and embraces recent neuroscientific acquisitions, distances itself completely from the myth of the 'all good' therapist, the equivalent of the emotionally corrective mother for the patient. Put simply, the therapist was able to 'wrong-foot' the patient. Avoiding unconscious attempts at idealization, and keeping in mind the patient relationship, allowed him to explore his deepest fears (fears that were evidently active in both parties but which had different content) relating to dependence and reciprocity⁶. All this could not have taken place without deep emotional contact between patient and therapist, and mutual commitment to the task; mutual but separate, and at the same time set within an inseparable dualistic framework.

⁶ Recently, Bonalume *et al.* (2023) demonstrated that the more experienced relationally oriented therapists (who in the cited study belonged to SIPRe) seemed, unlike the less experienced ones, to think about the therapeutic process and the relationship with the patient, feeling less threatened by their role or negative experiences present in the 'here and now' bond with the patient. In other words, the clinical experience of relational therapists manages to make them better equipped to think in a complex way about the analytic relationship, helping them to maintain a more fluid balance between self-regulation and interactive regulation.

REFERENCES

- Ammaniti, M., Gallese, V. (2014). La nascita della intersoggettività. Lo sviluppo del Sé tra Psicodinamica e Neurobiologia. Raffaello Cortina.
- Beebe, B., Lachmann, F. (2001). Co-costruire processi interni e relazionali. Auto e mutua regolazione nell'*infant research* e nel trattamento di adulti. *Ricerca Psicoanalitica*, 12 (2), 119-160.
- Bonalume, L., Corbelli, L., Ferro, M., Mazzoleni, A.L., Roggero, M.P. (2023). Developing a prototype for relationship therapy psychoanalysis: an empirical study with the Psychotherapy Process Q-set. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 26(1).
- Castiello, U., Becchio, C., Zoia, S., Nelini, C., Sartori, L., Blason, L., D'Ottavio, G., Bulgheroni, M., Gallese, V. (2010). Wired to be social: the ontogeny of human interaction. *PLOS ONE*, 5(10), 1-10.
- Chalmers, D.J. (1995). Facing up to the Problem of Consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 2, 200-19.
- Coin, R. (2022). Pensieri su soggetto e relazione. *Ricerca Psicoanalitica*, 33 (s1), 121-132.
- Coin, R. (2020). Michele Minolli: in ricordo di un Maestro. *Ricerca Psicoanalitica*, 13 (3), 495-508.
- Cozzaglio, P. (2017). Livelli di coscienza e psicopatologia: oltre il dualismo corpo-mente. *Ricerca Psicoanalitica*, 13 (1), 67-85.
- Damasio, A. (1999). Emozione e Coscienza. Milano: Adelphi, 2000.
- De Robertis, D. (2000). Interpretazione o autointerpretazione? *Ricerca Psicoanalitica*, 11 (1), 32-37.
- Dickinson, E. (1859). The Complete Poems. (Trad. It. Tutte le poesie. Available from: <https://www.emilydickinson.it/f0101-0150.html>)
- Edelman, G.M., Tononi, G. (2000). Un universo di coscienza. Come la materia diventa immaginazione. Einaudi.
- Ginot, E., (2015). Neuropsicologia dell'Inconscio. Integrare mente e cervello nella psicoterapia. Raffaello Cortina, 2017.
- Gallagher, S., Zahavi, D. (2008). La mente fenomenologica: filosofia della mente e scienze cognitive. Raffaello Cortina, 2010.
- Hegel, F. (1807). Fenomenologia dello Spirito. Bompiani, 2000.
- Husserl, E. (1950). Meditazioni Cartesiane. Con l'aggiunta dei Discorsi Parigini. Bompiani, 1997.
- Meltzoff, A.N. (2007). The 'like me' framework for recognizing and becoming an intentional agent. *Acta psychologica*, 124(1), 26-43.
- Metzinger, T. (2004). La soggettività dell'esperienza soggettiva: un'analisi rappresentazionale della prospettiva in prima persona. *Networks*, 3/4, 1-32.
- Minolli, M., Tricoli, M.L. (2004). Solving the Problems of Duality: the Third and Self-Consciousness. *The Psychoanalytic Quarterly*. 73(1), 137-166.
- Minolli, M. (2000). Studi di Psicoterapia Psicoanalitica. Edizioni Centro Diffusione Psicologia.
- Minolli, M. (2009). Psicoanalisi della Relazione. Franco Angeli.
- Minolli, M. (2015). Essere e Divenire. Franco Angeli.
- Montale, E. (1971). Satura. Mondadori.
- Northoff, G. (2021). Il codice del tempo. Cervello, mente e coscienza. Il Mulino.
- Tricoli, M.L. (2009). Mettersi in gioco con il paziente. L'analisi della relazione come Metodo. *Ricerca Psicoanalitica*, 20 (2), 191-198.
- Tricoli, M.L. (2018). Il processo della supervisione psicoanalitica. Giovanni Fioriti.
- Tricoli, M.L. (2020). Cinquant'anni di riflessione e ricerca in ricordo di Michele Minolli. *Ricerca Psicoanalitica*, 21 (3), 449-460.

Tronick, E.Z., (2006). Lo sviluppo e la variazione della *resilience* come variabili dipendenti dal normale stress dello sviluppo e dell'interazione. *Ricerca Psicoanalitica*, 17 (3), 265-294.

Conflict of interests: the authors declare no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 26 November 2023.

Accepted: 21 June 2024.

Editor's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, editors and reviewers, or any third party mentioned. Any materials (and their original source) used to support the authors' opinions are not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:863

doi:10.4081/rp.2024.863

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

La creatività in psicoterapia come ‘dialogo co-riflessivo tra soggetti agenti’: una proposta clinica e teorica

Daniele Morelli,* Laura Corbelli**

SOMMARIO. – Il presente contributo, in parte discusso dagli autori alla giornata di studi ‘Andare Avanti’ organizzata a Gennaio 2023, cerca di delineare il ruolo esercitato dal dialogo co-riflessivo tra paziente e terapeuta, nell’emergere della Soggettività e del senso di agenzia in psicoterapia. A partire dall’analisi di concetti ormai divenuti classici nella Psicoanalisi della Relazione, come quelli di ‘creatività’ e di ‘delega’, si propone una loro rilettura teorica volta a recuperare le basi implicite, corporee e intersoggettive del processo terapeutico. Nel tentativo di descrivere i legami complessi tra le dimensioni auto-riflessive e pre-riflessive, individuali e relazionali, del senso di agency in psicoterapia viene infine proposta l’analisi di una vignetta clinica.

Parole chiave: soggetto; relazione; intersoggettività; senso di agency; psicoterapia.

Scrive Emily Dickinson ‘Come da uno stampo scarlatto e d’oro più di un bulbo crescerà – tenuto nascosto, scaltramente, agli occhi sagaci. Così dal bozzolo molti bachi balzano così variopinti e gai, i campagnoli come me, i campagnoli come te osservano perplessi’ (1859). In questi versi emerge con grande forza il senso di stupore, di innocente impreparazione, che attraverso il tentativo dell’Uomo di spiegare che cosa lo faccia sentire vivo, cosa gli permetta di muoversi attivamente nel mondo. Questo affascinante mistero è stato più prosaicamente tradotto nelle aule accademiche come problema difficile della coscienza (Chalmers, 1995). Come esseri umani non solo ‘sappiamo’ di essere vivi, ma riusciamo a ‘sentire’ di esserlo, a sentire di agire come esseri viventi. Ciononostante non sappiamo spiegarci come questo possa succedere. Nel più piccolo ambito dei propri studi professionali anche gli psicoterapeuti probabilmente si pongono i medesimi, complicatissimi,

*Psicologo, Psicoanalista, Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione, Italia.
E-mail: info@danielemorellipsicologo.it

**Psicologa, Psicoanalista, Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione, Italia.
E-mail: laurac@omniway.sm

interrogativi sulla Soggettività: in che modo nel rapporto con il clinico i pazienti balzano dickinsonianamente fuori dal bozzolo e diventano più attivi, più creativi, come agenti del loro cambiamento, Soggetti più ‘presenti’ a se stessi?

In ‘Essere e Divenire’, Michele Minolli (2015) tenta di dare una risposta sistematica a tali interrogativi, cercando di adottare una prospettiva meta-teorica, ovvero scevra da dicotomie tra natura e cultura, interno ed esterno, genetica e ambiente, coscienza e inconscio, ecc.

La processualità psicoanalitica, secondo Minolli, essenzialmente ricalca la processualità dell’esistenza. Infatti, l’autore indica diversi criteri temporali, non a caso denominati da lui momenti: nel momento zero, il Soggetto non esiste perché è potentemente configurato e attraversato dalla genetica e dall’ambiente.

‘Non regge l’idea di un soggetto preesistente che interagisce con il suo essere configurato’ (Minolli, 2015, p. 113).

Come scrive Coin (2020, p. 501) ‘Minolli mette così in crisi il concetto di soggetto attivo su cui tanto si era soffermato in passato. L’Io-Soggetto si muove entro le linee di forza iscritte nella sua configurazione: pone in essere ciò che è, al pari di qualsiasi organismo che agisce secondo la sua natura. La componente attiva è necessariamente condizionata [...]’.

In altri termini, all’origine del processo di soggettivazione come individui saremmo attivi solamente per quanto prescrivono genetica e ambiente, subendo in qualche modo il nostro esistere sotto le potenti spinte che ci strutturano, non dipendenti in alcun modo da noi. Successivamente interverrebbe il momento della Coscienza: un sentimento di esistere che per Minolli non si dispiega nell’identità storica, che attiene al dominio del sentimento di ‘essere il centro’ (2015, pag. 14) di sé, e che, prepotentemente, ci porta verso l’altro nel ‘rinforzo legato al bisogno di essere confermati nel proprio esistere’ (*ibidem*, p. 115). Il momento finale, è rappresentato della Creatività. Sul piano ontogenetico compare dai 15/18 mesi, quando il bambino incomincia ad esprimere la funzione della Coscienza della coscienza. Anche nel processo analitico questo momento è definibile come creativo, perché, così come accade quando l’uomo incomincia a sperimentare nella vita la sua auto-riflessività, in terapia a questo livello si va oltre se stessi, e si arriva a:

‘perseguire un’accettazione attiva della propria configurazione storica, a fare i conti con la ‘coscienza’ e ad andare oltre per arrivare, a partire da se stessi a prendere in mano la propria vita’ (*ibidem*, pag. 115)

In estrema sintesi secondo questa impostazione che ribalta intenzionalmente (Coin, *ibidem*) la precedente Epistemologia della Presenza (Minolli,

2009), la conquista (creativa) del senso autoriflessivo di *agency* si potrebbe dipingere come un processo prevalentemente individualistico, che accoglie attivamente in sé le predeterminazioni storiche del Soggetto, per come esse si sono originariamente date. Con l'emergere, infatti, della Coscienza della coscienza si supera la delega all'altro della propria configurazione identitaria e si assume se stessi come base della significazione, assurgendo ad una nuova qualità dell'essere, attiva in quanto non assoggettata in alcun modo alla schiavitù della delega (intesa come: io vivo in funzione dell'essere riconosciuto dall'altro).

Le scienze cognitive, le neuroscienze, e la filosofia della mente propongono però anche punti di vista alternativi riguardo ai processi di emergenza della Soggettività agente, e al ruolo giocato in questi processi da tutto ciò che è altro da Sè (relazioni interpersonali, esperienza corporea, meccanismi biologici, fenomeni fisici, ecc.). Secondo tali prospettive, l'equazione tra senso di agenzia e capacità auto-riflessiva non basta da sola a colmare l'enorme complessità di quella Metzinger (2004) definì come *soggettività dell'esperienza soggettiva*. Il punto di vista in prima persona della soggettività serba in sé, nelle sue pieghe più profonde, nelle dimensioni apparentemente ovvie e 'scontate' dell'esperienza fenomenica, trame corporee in continuo mutamento, dimensioni implicite e preriflessive senza le quali ogni tentativo di riflessività sarebbe impossibile. Allo stesso tempo, tutti questi aspetti si dispiegano nello spazio e nel tempo di relazioni complesse e dinamiche tra mondo interno e mondo esterno. Georg Northoff, per esempio, ha di recente passato in rassegna diverse evidenze empiriche a favore dell'ipotesi per la quale la genesi della coscienza di Sè non è un'esclusiva del dominio cerebrale, o di quello mondano (Northoff, 2021). Per il neuroscienziato tedesco, il Sè si sviluppa al crocevia tra cervello e mondo ed è un processo multisfaccettato, in cui il Sè e l'Altro da Sè (mondo, cervello, corpo) entrano in risonanza dinamica, nella cornice di una temporalità relazionale da lui definita 'neuro-ecologica'.

Se osservassimo anche da questo punto di vista i processi riflessivi della creatività in psicoterapia, per orientarci nei fenomeni clinici non potremmo mai fare a meno di una bussola: quella fornita dalla prospettiva epistemologica della 'complessità'. Per cui dovremmo diffidare dalla tentazione 'umana' di ipostatizzare la soggettività riflessiva a processo puramente individuale o puramente relazionale. Sarebbe, infatti, sempre dietro l'angolo il rischio di assolutizzare ora in un verso, ora nell'altro, la Coscienza autoriflessiva piuttosto che non la Coscienza Primaria, l'essere se stessi piuttosto che non l'essere con l'altro, l'essere attivi piuttosto che non l'essere passivi, l'emozione al posto della cognizione, la mente anziché il corpo.

Provando allora a cambiare prospettiva, la nuova sfida è quella di pensare anche al Soggetto-Non-Riflessivo come parte integrante di un più ampio processo *creativo* di Soggettivazione in psicoterapia: il momento

della Coscienza della Coscienza e quello della Coscienza devono essere riletti come rappresentativi di due modalità differenti, sul piano qualitativo, di un unico spettro/continuum dell'agentività del Soggetto.

Al livello, infatti, della Coscienza (o per meglio dire della Coscienza Primaria) il Soggetto è anche nuclearmente (Damasio, 1999) e preriflessivamente agente, ovvero si coglie in maniera ineffabile come vivo in quanto autore della propria esperienza soggettiva. La prima esperienza/memoria di sé è quella corporea e, come indicano Edelman e Tononi (2000), a questo livello il Soggetto esiste nella dimensione di un presente ricordato. Il vissuto di Sé come Soggetto è quello di un'esperienza immediata di corporeità, attraversata da emozioni, affetti, percezioni, racchiusa in una esperienza contingente (in cui l'immediatezza del qui ed ora corporeo è connessa al ricordo del lì ed allora) e in quanto tale differenziata dal mondo esterno. Secondo la filosofia della mente siamo sul piano dell'ipseità (Gallagher e Zahavi, 2008): so pre-riflessivamente di esistere come *prospettiva* in prima persona in cui sono un punto di vista sul mondo dato come mio (mi appartiene, lo possiedo), come intenzionato (agisco sul mio mondo), e come incarnato (il mio mondo è un mondo visto, udito, toccato, odorato, un mondo avvertito emotivamente, vivente anche perché agito dal mio corpo¹).

Naturalmente, anche al livello della Coscienza il Soggetto è agente della sua esperienza. Ma questa agentività, anche se è più 'evoluta', non è affatto separata da quella esistente al livello della Coscienza Primaria. È vero che la riflessività accentua l'esperienza in prima persona e la trasforma. Tuttavia, questa trasformazione non può prescindere e liberarsi completamente dalle articolazioni pre-simboliche, implicite, corporee, emotive, interattive proprie della Coscienza pre-riflessiva (Husserl, 1950). Questo tipo di agentività creativa rimanda alla capacità del Soggetto di trascendere se stesso senza tramutarsi in una conoscenza separata dalle sue predeterminazioni, una specie di Coscienza pura. A questo livello quindi il Soggetto è attivo, ma su un livello differente di complessità. Il livello a cui stiamo facendo riferimento, in questo caso, è quello dell'agentività simbolica, che permette al Soggetto di mettere assieme, unificare, sintetizzare in una organizzazione più complessa di significato le proprie potenzialità inconse e i propri significati coscienti, sostando negli spazi aperti e prospettici della dialettica degli opposti (Tricoli, 2018). Per dirla attraverso le parole di Jung ci riferiamo a

¹ A tal proposito Gallagher e Zahavi (2008) e Ginot (2015) pensano alla dimensione incarnata della Soggettività anche attraverso il concetto di 'enattività'. Il sentimento di possedere un'esperienza soggettiva in quanto esperienza 'sentita' nei termini delle possibilità/potenzialità d'azione fornite dal corpo rispetto al mondo e, parimenti, segnalata dal mondo attraverso il corpo. Adottando un linguaggio più esperienziale si potrebbe tradurre in questi termini: 'Questo mondo mi appartiene perché lo posso toccare, lo posso tastare, mangiare, odorare, afferrare, lanciare, ecc.'

quella funzione dell'autoriflessività che si inverte nell'unificazione di contenuti 'consci' e contenuti 'inconsci' (1916, cit. in Cozzaglio, 2017, p. 51) e che, come tale, ci proietta come agenti verso le dimensioni non ancora conosciute del nostro divenire. In altri termini, l'agentività simbolica fa riferimento alla straordinaria capacità degli esseri umani di osservare la propria esperienza attraverso un movimento costante e senza soluzione di continuità tra più livelli di contatto con se stessi. L'uno è quello del punto di vista in terza persona dell'autoriflessività, l'altro è quello del punto di vista in prima persona dell'inconscio. L'individuo diventa Soggetto quando cerca in sé un contatto autoriflessivo con i propri temi emotivi inconsci, inevitabilmente sollecitati dalla relazione con l'altro. È il movimento continuo di separazione e sintesi tra punto di vista in prima e in terza persona, di continua oscillazione tra sé ed altro, tra conscio ed inconscio, che rende il passaggio tra coscienza primaria e coscienza della coscienza una transizione verso l'agentività simbolica. L'agentività simbolica è infatti un punto di vista in seconda persona su di Sé, una prospettiva complessa sulla propria esperienza che raccorda il Sé e l'altro da Sé in un processo in continuo divenire ed in costante evoluzione.

Sottolineare, nell'economia della riflessione relazionale sulla soggettività, l'importanza della funzione simbolica della Presenza a se stessi naturalmente non può e non deve portarci a cedere alle lusinghe della psicoanalisi relazionale di marca ambientalista. In qualche modo, la creatività del cambiamento psicoanalitico rende davvero il Soggetto protagonista attivo di un coraggioso processo di affrancamento dall'ambiente; un cambiamento nel quale affronta il fantasma della 'solitudine' e del 'vuoto' (Minolli, 2015, pag. 204), e si fa carico della sofferenza di partire da se stesso, per riprendere in mano la propria vita entro un rinnovato senso di agentività.

D'altro canto, dovremmo pur chiederci: rispetto a chi il Soggetto creativo (ovvero, agente di cambiamento) affronta il 'vuoto' e la 'solitudine'? Come diceva un famoso poeta 'il vuoto è il pieno' (Montale, 1971). In altri termini, i fantasmi della solitudine e del vuoto forse si rendono capaci di creare nuovi significati anche perché sono in una certa misura 'relativi a', ossia in rapporto dialettico a/con qualcuno o qualcosa entro un dialogo condotto dal Soggetto con se stesso (con le parti sconosciute e già note, quelle fantasticate e quelle ripugnanti, quelle pensabili e impensabili di sé). E forse è proprio per questo che l'ascolto psicoanalitico alle volte diventa un contesto (dialettico) facilitante.

A nostro avviso la capacità della psicoanalisi di promuovere un rinnovato senso di agenzia coinvolge sempre il Soggetto, permettendogli di superare la sofferenza del suo individualismo nell'altalena sempre in movimento della relazione. Al giorno d'oggi, mantenere una prospettiva differenziante suonerebbe un po' come dare una risposta alla questione 'è nato prima l'uovo (del Soggetto) o prima la gallina (della Relazione)?'. Soggetto e

Relazione sono infatti i due termini osservabili di un processo unitario. Questo ad esempio il senso di quei dati empirici sui fattori terapeutici che attribuiscono il cambiamento in psicoterapia anche all'opera di fattori aspecifici, che vanno al di là dell'individualità delle opzioni tecniche/teoriche, e che riguardano la relazione tra paziente e terapeuta. Oltretutto, l'approfondimento delle dimensioni intersoggettive e intercorporee dell'autoriflessività rappresenta l'avanguardia del dibattito scientifico sulla Soggettività, ecc. Per esempio, secondo la ricerca neurobiologica e l'*Infant Research*, l'Io è primariamente un Io motorio (Ammaniti e Gallese, 2014) e il suo mondo rappresentazionale e simbolico affonda le radici nella connessione primigenia ed immediata tra il proprio corpo e quello altrui, ossia l'intercorporeità.

‘Si potrebbe aggiungere, schierandosi con Merleau-Ponty, ‘Senza reciprocità non c’è alter Ego’ [...]. Forse non è possibile concepire se stessi come un Sé, senza ancorare questa consapevolezza in una fase precedente in cui prevale la condivisione’ (Ammaniti e Gallese, 2014, p. 33)

Quindi è anche nell'esperienza del contatto intersoggettivo con l'Altro che nasce un Soggetto. Possiamo riflettere su noi stessi, e quindi divenire e riorganizzarci, anche nella misura in cui siamo corpi attivi, ossia vivi nel contesto dell'agentività di corpi altri che si cercano (e che quindi, nel loro cercarci, tentano talora di essere riflessivi con noi). Ciò, ovviamente, non toglie che siamo attori autoriflessivi e preriflessivi in maniera specifica in quanto separati dal corpo dell'altro, ed è proprio perché possiamo influenzare un sistema di mutua regolazione con l'altro che ci cogliamo come agenti individuali.

‘Secondo Sander [...], le origini dell'identità umana si fondano nella trasformazione dell'influenza esercitata dal comportamento del bambino sul sistema interattivo in un senso soggettivo di *agency*. [...] Il senso di *agency* si costruisce a partire dalle esperienze di riconoscimento del comportamento agente del bambino da parte dell'ambiente, nel corso delle esperienze ripetute di efficacia.’ (*ibidem*, pag. 173)

In effetti se è vero, da un lato, che i primi passi del processo di soggettivazione sono ampiamente condizionati dai vincoli posti dalla biologia e dall'ambiente, sembra altrettanto ragionevole pensare che un bambino, data la sua struttura genetica, sia capace di vincolare l'ambiente. Quindi, un bambino può svilupparsi come Soggetto solo tramite le risorse fornite dall'ambiente (interno ed esterno); contemporaneamente la natura delle risorse biologiche proprie del bambino e dell'ambiente permette al bambino stesso di essere un agente che influenza il mondo esterno, dotato della capacità di modificarlo per favorire l'evoluzione delle sue stesse potenzialità individuali. Il sistema madre bambino è un sistema complesso, infatti, proprio

perché i cervelli del bambino e della madre sono, per usare nuovamente la felicissima espressione di Northoff (2021), sistemi 'neuro-ecologici'. In questa direzione si muovono anche le suggestive ipotesi di Vittorio Gallese (Ammaniti e Gallese, 2014), secondo le quali i dati sperimentali raccolti sulla neurofisiologia dei neuroni a specchio suggerirebbero l'esistenza, sin dalla nascita, di processi cognitivi-affettivi-motori di base coerenti con un senso implicito del 'come me' (*like-me-ness*) (Meltzoff, 2007). In altri termini, tali processi neurali sarebbero in grado di giostrare una sorta di simulazione incarnata dell'altro nella mente/cervello dell'osservatore. Grazie a questo processo, di natura implicita e presimbolica, ogni individuo potrebbe riconoscere una somiglianza intrapersonale tra gli stati mentali vissuti dentro di sé quando vengono eseguite delle azioni, o esperite certe emozioni o sensazioni, e gli stati mentali vissuti dentro di sé quando quelle stesse azioni, emozioni o sensazioni vengono riconosciute negli altri. I neuroni a specchio, inoltre, sembrano capaci di stabilire una differenza di base tra il me ed il non me. Infatti la loro attività bioelettrica è diversa a seconda del fatto che l'osservatore compia un'azione oppure la osservi nell'altro. Complessivamente, queste scoperte sembrerebbero fornire una base empirica ancora più solida alle teorie proposte dalla tradizione di ricerca dell'*Infant Research*, la quale, come si sa, sottolinea il ruolo svolto dai processi di sintonizzazione emotiva e regolazione diadica tra bambino e *caregiver* nel determinare lo sviluppo della Soggettività nelle sue qualità distintive di consistenza, coerenza, *agency*, *resilience* (Beebe e Lachmann, 2001; Tronick, 2006). In realtà la ricerca sui neuroni a specchio, e più in generale le neuroscienze affettive e sociali, pur ammettendo la grande importanza delle funzioni di *riparazione* materna ai momenti di rottura del legame con il bambino, ritengono erroneo attribuire all'ambiente di *caregiving* un ruolo esclusivo nell'ontogenesi della soggettività². Il Soggetto e la sua agentività sembrano emergere secondo le neuroscienze al crocevia tra autoregolazione e regolazione interattiva. In un interessantissimo studio osservativo, svolto su feti gemellari (Castiello *et al.*, 2010), è stato dimostrato che già alla quattordicesima settimana di gestazione i movimenti degli arti superiori mostravano profili cinematici diversi a seconda del loro bersaglio (il proprio corpo anziché quello del gemello). Inoltre, è stato anche osservato che tra la quattordicesima e la diciottesima settimana di gestazione diminuiva la percentuale di movimenti autodiretti mentre aumentava quella di movimenti eterodiretti. Quindi, ben prima della nascita (anche della nascita di un Soggetto) il sistema motorio umano sembra mostrare capacità rudimentali

² Michele Minolli già nel 2009 criticava l'"esagerata accentuazione" del dato esterno da parte dell'*Infant Research*, aggiungendo correttamente in merito: "il sistema va pensato come capace di auto-organizzarsi".

di modulare l'auto-organizzazione a seconda delle possibilità fornite dall'ambiente esterno. Tutto ciò lascia supporre che la genesi della Soggettività agentiva si possa collocare in un processo dinamico tra auto ed eco-organizzazione; un processo nel quale il Soggetto si auto-organizza anche in funzione di una regolazione diadica alla ricerca di un nuovo equilibrio funzionale, in un processo imprevedibile e senza soluzione di continuità in cui sistemi diadici più complessi favoriscono un'auto-organizzazione del Soggetto sempre più complessa e viceversa³.

Seguendo questa via l'agentività autoriflessiva della Coscienza della coscienza è creativa proprio perché si inverte in una prospettiva in seconda persona sul mondo. La creatività attraverso la quale ci cogliamo come soggetti in divenire forse avviene, come giustamente nota Cozzaglio (2017, p. 45), in virtù di un pensare assieme che è anche un sentire assieme, ossia attraverso un pensare individualmente riconoscendosi simultaneamente nell'altro, una funzione riflessiva in co-riflessione con l'altro. In quest'ottica, ancora una volta, il senso di agentività autoriflessiva acquisisce, forse, un maggiore spessore teorico e clinico; infatti come già da alcuni notato (Tricoli, 2018; 2020), allargare il campo dell'agentività autoriflessiva all'intersoggettività rimanda alla potenzialità cognitivo-affettiva del Soggetto di creare una visione unitaria di Sé nella tensione dualistica tra Sé e l'Altro. E questo, a sua volta, restituisce alla clinica l'importanza della relazione intersoggettiva come strumento al servizio di una funzione simbolica condivisa, che promuove significati altri da sé, non ancora conosciuti e quindi in divenire, attraverso due soggetti impegnati in un legame co-osservativo sulla propria e altrui soggettività.

Proviamo a chiarire meglio questo punto attraverso una brevissima vignetta clinica. Un paziente, impegnato in una terapia di lungo corso per problemi di dipendenza relazionale, si adira con il suo terapeuta perché in una seduta questi ha prima proposto un aumento di onorario, e poi si è trovato ad insistere con preoccupazione nel chiedere al paziente 'lei è sicuro di poter sostenere questa variazione?', ignorando le rassicurazioni del paziente. I due sembravano essere su binari completamente differenti: dal punto di vista del paziente, il terapeuta si era preoccupato troppo, diventando rapidamente invadente nelle sue comunicazioni, fino al punto di sembrare una madre che 'fa i conti direttamente nelle tasche del figlio'. Dal punto di vista del terapeuta, il paziente si era arrabbiato perché evidentemente avvertiva

³ Riferendosi al rapporto tra temporalità e genesi della Soggettività, Norhoff sembra affermare una cosa simile quando scrive: 'I dati empirici mostrano che il cambiamento temporale e la continuità temporale sono perfettamente compatibili tra loro e che a costituire il nostro Sé è esattamente il livello del loro equilibrio. L'identità e la differenza possono essere quindi riformulate come continuità e cambiamento temporale, dove i due termini sono reciprocamente inclusivi anziché esclusivi (2021, pag. 128).

qualcosa di inaccettabile nel clima emotivo nella seduta. Ma queste posizioni, potenzialmente legittime per entrambi, erano rimaste più o meno volutamente celate in un silenzio che aveva i toni della passività aggressiva, tant'è vero che il paziente o voleva dileguarsi senza dare troppe spiegazioni (a parte il protestare: 'lei è stato invadente!') o si rifugiava in un silenzio prolungato, assordante, mentre il terapeuta avvertiva fastidio. Terminata la seduta il terapeuta si è sentito colpevole, si è chiesto se il suo sincerarsi, apparentemente empatico, delle possibilità economiche di proseguire la terapia non avesse nascosto un implicito atteggiamento infantilizzante, nel quale prima ha proposto e poi ha immediatamente negato un cambiamento, una evoluzione nel *setting*, proprio come farebbe effettivamente un genitore che prima incoraggia l'autonomia e poi la ritira gettando la prole in una cappa di sfiducia assfissante. Curiosamente, nei giorni seguenti il terapeuta era tormentato da una battaglia interiore nella quale da una parte si immaginava di prendere atto, senza troppi indugi, del ritiro del paziente dalla terapia e dall'altra, invece, tentava di dare a se stesso e al paziente maggiore fiducia. Nella seduta successiva il paziente giunse in seduta arrabbiato ma anche costernato con il terapeuta, annunciando con tono solenne ma sincero: 'avrei voluto mollare la terapia ma non voglio. Mi trovo bene qui, ma soprattutto mi rendo conto che lei aveva anche ragione. Io ho ragione ad essere arrabbiato con lei per la sua invadenza, perché lei non è stato per niente chiaro. Ma io ho capito anche che sono arrabbiato con lei e poi mi tolgo il tempo e lo spazio di chiarirmi. Faccio così in tutte le relazioni e quando qualcuno si avvicina a me io metto un muro'. Il terapeuta si sente dispiaciuto, ma non colpevole, e questa volta sceglie di lasciare al paziente molto spazio di parola. Si rende conto di quanta fiducia stia cercando di dare al paziente, ma anche di quanta paura questa fiducia comporti: 'ce la farà il mio paziente nella sua vita?'.

In questa vignetta è evidente il tentativo del paziente, e del terapeuta, di dare un nuovo significato ai loro vissuti, cosa che si è tradotta in una seduta attraversata dalla potente affermazione di autoriflessività del paziente. Se ipotizzassimo che il paziente si sia reso conto, autonomamente e partendo da se stesso, che la sua rabbia perlomeno in parte scaturiva tanto dal proprio desiderio di rassicurare a tutti i costi un terapeuta/genitore preoccupato dalla sua autonomia, quanto, allo stesso tempo, dal proprio desiderio di volersi affrancare da questo meccanismo antitetico rispetto ad una genuina e propria elaborazione emotiva profonda, per forza di cose perverremmo alla seguente conclusione teorico-clinica: il paziente diventa nell'ultima seduta agente autoriflessivo perché assume su di sé sia il dolore di essere visto come un bambino imberbe, anziché delegarlo al terapeuta (sei tu che mi vedi come un bambino! È colpa tua!), sia la fatica di comunicare questo dolore al terapeuta. Ma cosa succederebbe se adottassimo una visione alternativa e accogliessimo una differente ipotesi di partenza, che prevede

l'allargamento del campo terapeutico anche allo spazio al di fuori della seduta? Un'ipotesi per la quale il fattore esplicativo dell'assunzione autoriflessiva esplicitata in ultima seduta dal paziente rappresenti solo la punta di un iceberg? Potremmo asserire che l'agentività autoriflessiva avviene all'interno di un contesto più profondo, un contesto nel quale paziente e terapeuta co-riflettono nella loro separatezza, sullo scenario della loro relazione 'dialettica'. Entrambi hanno riflettuto sul loro danzare, assieme, attorno alla tematica, sottaciuta e permeata di forti tinte affettive (*i.e.*, rabbia e colpa), della dipendenza. Il terapeuta ha riflettuto sul suo timore di affermare il suo spazio professionale e si è reso conto di averlo espresso e poi negato, forse nella pretesa di essere confermato dal paziente come una specie di maestro di cui avere sempre bisogno, forse nel desiderio di rappresentare un genitore più attento all'Altro di quello del paziente. Ma anche il paziente ha riflettuto sulla sua dipendenza. Si è soffermato nei giorni successivi su ciò che provava per quell'episodio, mettendo a fuoco che era arrabbiato con il terapeuta perché non poteva accettare il suo stesso desiderio di una vicinanza, senza per questo temere il rischio di sentirsi inghiottito. Ha capito che era arrabbiato con il terapeuta perché era lui stesso a non potersene separare, e a temere di mostrargli i suoi tentativi di affermazione personale. Ha potuto però farsi carico di questa consapevolezza tornando dal terapeuta (che a sua volta aveva compiuto una ridefinizione interna del rapporto col paziente), perché il terapeuta stesso mostrava, una volta tornato in seduta, una posizione differente dalla precedente, avendo compiuto un passaggio autoriflessivo. Il ritorno a sé della propria configurazione è avvenuto nel paziente perché questi, da solo con se stesso e poi assieme al terapeuta, ha riflettuto sulla loro relazione profonda, rendendola il perno di una creatività agente e autoriflessiva.

In quest'ottica, l'agentività autoriflessiva va riletta più profondamente nel contesto della complessità del legame Sé/Altro da Sé, e quindi all'interno di un processo intersoggettivo unitario⁴. Recuperando l'immagine della dialettica servo/padrone espressa da Hegel nella 'Fenomenologia dello Spirito' (1807), l'Io diventa Soggetto quando nega la rappresentazione di se stesso in cui si identifica assolutamente e, contemporaneamente, recupera in sé ciò che non è e che ha proiettato sull'oggetto (Minolli, 2000; Minolli e Tricoli, 2004). Secondo quest'ottica il ritorno a sé della propria configurazione è un processo intersoggettivo, che presuppone alla base del recupero di una soggettualità separata il legame con l'oggetto.

'La coscienza al termine del suo faticoso aggirarsi attorno all'oggetto

⁴ Per unitarietà non si deve ingenuamente intendere unione fusionale Sé/Altro; l'unitarietà rimanda alla complessità di un sistema auto-eco-organizzato, ove 'tensione verso' e 'separazione da' sono elementi di un continuum.

alla ricerca di un improbabile interno e di un'inafferrabile essenza, avverte che non aveva fatto altro che cercare se stessa, perché il reale è come coscienza e la coscienza è il reale (*ibidem*, p. 161)'.

Il caso di cui abbiamo parlato, entro questa prospettiva assume un nuovo significato, molto più ricco sul piano clinico. Il paziente si rende presente a se stesso quando, in un atto autoriflessivo e creativo, nega il bisogno di conferma esterna della propria identità storica (se stesso come servo) e si riappropria di un modo nuovo di vedersi, rigidamente proiettato sul terapeuta (l'altro come padrone). Ma anche il terapeuta si rende più presente a se stesso quando nega il suo bisogno di essere confermato come 'padrone' e si riappropria del suo desiderio, proiettato sul paziente, di mettersi sullo sfondo come 'servo' senza viverlo come una minaccia verso la sua affermazione terapeutica.

Nella nostra visione della psicoterapia, l'agentività autoriflessiva, dunque, assume il massimo rilievo quando paziente e terapeuta, attraverso il loro legame profondo, trascendono la propria configurazione storica attraverso la co-riflessione sul loro legame⁵. È proprio in tal modo che un apparentemente banale elemento di realtà della relazione, come un cambiamento di onorario, diventa un *terzo simbolico* mediante il quale sia il paziente che il terapeuta risignificano le configurazioni identitarie affermate e poi negate in una dialettica relazionale implicita e de-significata (De Robertis, 2000). In parole più semplici si può dire che paziente e terapeuta hanno potuto proporre a se stessi, nella distanza tra una seduta e l'altra, un ritiro della proiezione sull'altro di convinzioni e paure inconsce connesse ai propri desideri di dipendenza. In un'ottica epistemologica complessa non è necessario chiedersi *perché* sia capitato questo (chi ha causato cosa?), ma come. Quando i due membri della relazione analitica hanno osservato il proprio Sé dalla prospettiva (da loro negata inconsciamente) della separatezza dall'Altro, senza dubbio hanno impresso una riorganizzazione ben più complessa del loro legame. Questo non vuol dire che la relazione abbia da sola costruito il cambiamento. Se, infatti, ci si sofferma sul piano del 'come' non è il legame che da solo trasforma, ma neppure sono i membri del legame i soli a proporre una trasformazione. È l'impegno reciproco nel superamento di una prospettiva isolata la risposta al come si attua un cambiamento. È l'impegno comune di paziente e analista ad oscillare dinamicamente tra punto di vista in prima persona e punto di vista in terza persona su di sé, il raggiungimento di un punto di vista in seconda persona su di sé, che trasfor-

⁵ 'Lo sguardo, sempre inizialmente confuso e non dettagliato con cui l'analista guarda il paziente, si trasforma attraverso la *réverie* in uno sguardo su stesso, che poi torna con più chiarezza sul paziente, e così via in processo continuo di ampliamento di consapevolezza di entrambi.' (Tricoli, 2009).

ma i due poli inscindibili dello stesso processo: la relazione analitica e i Soggetti di questa relazione.

Questa immagine dell'agentività autoriflessiva, a nostro avviso, si presta di meno al rischio di teorizzazioni, dai richiami etico-morali, che prestano il fianco a interpretazioni volontaristiche del processo terapeutico. È fuor di dubbio che le dolorose impasse su cui il Soggetto incespica nel suo divenire nascono dalla difficoltà ad 'abbandonare la posizione originaria di figlio' (Coin, 2022, p. 131). Va però chiarito che cosa significhi il termine 'posizione'. Se volessimo infatti apoditticamente intendere per 'posizione' una categoria del solo Soggetto, allora faremmo bene a parlare di Individuo, e non di Soggetto (che nella sua etimologia *-subiectus-* ha invece chiare implicazioni relazionali), dovendo concludere di conseguenza che è solo e soltanto l'Individuo ad essere responsabile della compiacenza passiva o della ribellione trasformativa alle sue posizioni storiche. Date queste premesse, ovvio diventerà il corollario per cui 'la sofferenza non nasce dalla relazione' (*ibidem*) e, conseguentemente, dovremmo anche pensare che, in senso lato, il trauma relazionale 'non esiste', e nemmeno il cambiamento nella relazione terapeutica, poiché è solo l'individuo che pre-esiste a tutto e decide se, come e quando cambiare. Ovviamente questa visione potrebbe essere arditamente responsabilizzante per i nostri pazienti, perché renderebbe la loro volontà individuale di cambiamento valore assoluto (ed esclusivo) del processo terapeutico, una sorta di 'il paziente non cambia posizione perché non ha trovato in sé il coraggio di riflettere su di sé'.

Accedendo invece ad una visione del Soggetto agente maggiormente focalizzata sul versante relazionale, possiamo rendere conto anche delle potenzialità trasformative insite nelle dimensioni corporee, implicite, intersoggettive e relazionali. Le posizioni storiche del Soggetto possono essere viste come unità complesse, 'matrici relazionali', ovvero come l'insieme conscio e inconscio delle fantasie, desideri, paure, su di sé e sull'altro che il Soggetto usa nella relazione sia per mantenere una coerenza storica, sia per cercare una trasformazione. Questo si traduce sia nella possibilità di affermare se stesso, sia in quella di affermare 'altro da se stesso' nella relazione emotiva reale con l'Altro.

Nel caso clinico citato, il paziente ha potuto riflettere attivamente e autonomamente su se stesso anche perché il suo terapeuta ha potuto, tramite la propria attenzione (reale ed autentica) alle dimensioni emotive implicite di sé nel suo rapporto con il paziente, creare un clima terapeutico di autentica reciprocità. Un clima nel quale, per dirla ancora una volta hegelianamente, ha potuto mettersi sullo sfondo della relazione terapeutica, lasciando così 'spazio di parola' al paziente. Questa posizione, che recupera aspetti della prima teoria minolliana e abbraccia le recenti acquisizioni neuroscientifiche, si distanzia totalmente dal mito del terapeuta 'tutto buono', l'equiva-

lente della madre emotivamente correttiva per il paziente. Più semplicemente il terapeuta ha potuto 'spiazzare' il paziente. Evitando i tentativi inconsci di idealizzazione e avendo in mente la relazione con il paziente, ha favorito l'esplorazione delle sue paure più profonde (paure evidentemente attive in entrambi, ma con contenuto differente) relativamente alla dipendenza e alla reciprocità⁶. Tutto questo non sarebbe potuto succedere senza un contatto emotivo profondo tra paziente e terapeuta e un lavoro reciproco, separato e allo stesso tempo inserito in una cornice duale imprescindibile.

BIBLIOGRAFIA

- Ammaniti, M., Gallese, V. (2014). La nascita della intersoggettività. Lo sviluppo del Sé tra Psicodinamica e Neurobiologia. Raffaello Cortina.
- Beebe, B., Lachmann, F. (2001). Co-costruire processi interni e relazionali. Auto e mutua regolazione nell'*infant research* e nel trattamento di adulti. *Ricerca Psicoanalitica*, 12 (2), 119-160.
- Bonalume, L., Corbelli, L., Ferro, M., Mazzoleni, A.L., Roggero, M.P. (2023). Developing a prototype for relationship therapy psychoanalysis: an empirical study with the Psychotherapy Process Q-set. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 26(1).
- Castiello, U., Becchio, C., Zoia, S., Nelini, C., Sartori, L., Blason, L., D'Ottavio, G., Bulgheroni, M., Gallese, V. (2010). Wired to be social: the ontogeny of human interaction. *PLOS ONE*, 5(10), 1-10.
- Chalmers, D.J. (1995). Facing up to the Problem of Consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 2, 200-19.
- Coin, R. (2022). Pensieri su soggetto e relazione. *Ricerca Psicoanalitica*, 33 (s1), 121-132.
- Coin, R. (2020). Michele Minolli: in ricordo di un Maestro. *Ricerca Psicoanalitica*, 13 (3), 495-508.
- Cozzaglio, P. (2017). Livelli di coscienza e psicopatologia: oltre il dualismo corpo-mente. *Ricerca Psicoanalitica*, 13 (1), 67-85.
- Damasio, A. (1999). *Emozione e Coscienza*. Milano: Adelphi, 2000.
- De Robertis, D. (2000). Interpretazione o autointerpretazione? *Ricerca Psicoanalitica*, 11 (1), 32-37.
- Dickinson, E. (1859). *The Complete Poems*. (Trad. It. Tutte le poesie. Disponibile da: <https://www.emilydickinson.it/f0101-0150.html>)
- Edelman, G.M., Tononi, G. (2000). *Un universo di coscienza. Come la materia diventa immaginazione*. Einaudi.
- Ginot, E., (2015). *Neuropsicologia dell'Inconscio. Integrare mente e cervello nella psicoterapia*. Raffaello Cortina, 2017.

⁶ Di recente Bonalume *et al.* (2023) hanno dimostrato che i terapeuti di orientamento relazionale più esperti (che nello studio citato afferivano alla SIPRe) sembravano, diversamente da quelli meno esperti, pensare al processo terapeutico e alla relazione con il paziente sentendosi meno minacciati dal loro ruolo o dai vissuti negativi presenti nel legame 'qui ed ora' con il paziente. In altri termini l'esperienza clinica dei terapeuti relazionali riesce a renderli meglio equipaggiati a pensare in maniera complessa alla relazione analitica, aiutandoli a mantenere un equilibrio più fluido tra auto-regolazione e regolazione interattiva.

- Gallagher, S., Zahavi, D. (2008). *La mente fenomenologica: filosofia della mente e scienze cognitive*. Raffaello Cortina, 2010.
- Hegel, F. (1807). *Fenomenologia dello Spirito*. Bompiani, 2000.
- Husserl, E. (1950). *Meditazioni Cartesiane*. Con l'aggiunta dei Discorsi Parigini. Bompiani, 1997.
- Meltzoff, A.N. (2007). The 'like me' framework for recognizing and becoming an intentional agent. *Acta psychologica*, 124(1), 26-43.
- Metzinger, T. (2004). La soggettività dell'esperienza soggettiva: un'analisi rappresentazionale della prospettiva in prima persona. *Networks*, 3/4, 1-32.
- Minolli, M., Tricoli, M.L. (2004). Solving the Problems of Duality: the Third and Self-Consciousness. *The Psychoanalytic Quarterly*. 73(1), 137-166.
- Minolli, M. (2000). *Studi di Psicoterapia Psicoanalitica*. Edizioni Centro Diffusione Psicologia.
- Minolli, M. (2009). *Psicoanalisi della Relazione*. Franco Angeli.
- Minolli, M. (2015). *Essere e Divenire*. Franco Angeli.
- Montale, E. (1971). *Satura*. Mondadori.
- Northoff, G. (2021). *Il codice del tempo*. Cervello, mente e coscienza. Il Mulino.
- Tricoli, M.L. (2009). Mettersi in gioco con il paziente. L'analisi della relazione come Metodo. *Ricerca Psicoanalitica*, 20 (2), 191-198.
- Tricoli, M.L. (2018). *Il processo della supervisione psicoanalitica*. Giovanni Fioriti.
- Tricoli, M.L. (2020). Cinquant'anni di riflessione e ricerca in ricordo di Michele Minolli. *Ricerca Psicoanalitica*, 21 (3), 449-460.
- Tronick, E.Z., (2006). Lo sviluppo e la variazione della *resilience* come variabili dipendenti dal normale stress dello sviluppo e dell'interazione. *Ricerca Psicoanalitica*, 17 (3), 265-294.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 26 novembre 2023.

Accettato: 18 febbraio 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:863

doi:10.4081/rp.2024.863

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Which configuration?

Martina Mancuso,* Giovanna di Giacomo*

ABSTRACT. – The authors aim to present in the form of a dialogue between two psychoanalysts, Psi1 and Psi2, some theoretical and practical controversies encountered in Relational Psychoanalysis and, more generally, in the field of psychoanalytic psychotherapy. The two clinicians discuss in depth the concept of ‘configuration’ in relational psychoanalysis, questioning its meaning and clinical application, and highlighting the complexity of the method. The debate begins with the concept of trauma and where it stands in relation to the configuration of the I-Subject. Psi1 highlights the unsaturated nature of meta-criteria, warning of theoretical self-referentiality, while Psi2 focuses on the importance of clinical practice and understanding the specificity of the patient. Through this comparison, the authors offer an open and flexible view of the clinical perspective, aiming to respect the uniqueness of each individual.

Key words: configuration; meta-theory; relationship; trauma; unsaturated; method.

*‘The only knowledge that is worthwhile is that which feeds on uncertainty
and the only thought that lives on is that which maintains itself
at the temperature of its own destruction.’*

E. Morin

Introduction

Dialogue is a well-known form of expression in psychoanalysis: we are often called upon to analyse protocols and clinical cases, which are actually dialogues in two voices between patients and analysts. Yet dialogue between professionals is something we rarely find when analysing under the microscope. In this sense, the dialogue called ‘which configuration?’ represents a means through which to seriously (and not seriously) inhabit the Relational Psychoanalysis approach in terms of method. The theme that connects the dis-

*Psychologist, Psychotherapist and Psychoanalyst of the Italian Relational Psychoanalysis Society (SIPRe), Italy.

E-mail: martinamancuso.psicologa@gmail.com; digiacomo.psi@gmail.com

cussion between the interlocutors, two psychoanalysts called Psi1 and Psi2, is the shift from an objective theoretical reading of reality to a meta-theoretical reading, through an analysis focused on links and associations rather than on the search for truth.

Precisely for this reason, the two-way dialogue between psychoanalysts is a bold, critical, and self-critical key to the lenses through which we view reality.

Specifically, in this dialogue, a discussion emerges between Italian Relational Psychoanalysis Society (SIPRe) psychoanalysts, each with their own varied perspectives and interpretations regarding the clinical meaning of the meta-criterion 'configuration' in psychotherapy. The focus is on theoretical, meta-theoretical, and clinical issues, questioning the concept of configuration, the impact of trauma, and, ultimately, the purpose of psychoanalysis.

The configuration of the I-Subject emerging from this exchange challenges conceptual immobility and embraces the fluid, multifaceted nature of human experience.

Psi1 and Psi2 waver between the search for a perspective that valorises the richness of individual experience, and the need to share theoretical concepts which guide clinical reasoning: the dialectic between understanding and explanation, between clinical practice and theory, is staged in a logic of complexity, a recursive interaction in which one voice does not exist in the absence of the other, but can express itself precisely thanks to the existence of the other.

In the field of psychology and psychoanalysis, the debate on understanding the nature of the human being has generated a rich range of theoretical perspectives: according to our methodological approach, these perspectives are not to be mitigated or feared, but rather questioned with curiosity and boldness, with the intention of one who does not aim to absolutize them or transform them into theoretical statutes so luminous as to be blinding. An animated confrontation is not intended to point to losers or winners. It does not result in clear or incompatible positions. This work suggests that the challenge lies not so much in individual positions as in the intricate questions which, brought together in a dialogue, seek to probe the depth and complexity of the human condition.

It is important to emphasise that this work, the dialogue itself, and the theme of configuration, actually act as vehicles which present complexity and, hence, the 'method'. The emphasis is on the process, on the curiosity expressed, on the difficult questions that emerge, even those we secretly ask ourselves for the sole reason that, because of their nature, they cannot have definitive answers.

The dialogue ends with a reminder of the need to maintain an open and flexible perspective, considering meta-theory as an unsaturated conceptual tool that takes shape in relation to the content brought by the patient. The

article suggests that the understanding of configuration should focus on the centrality of the specific I-Subject, avoiding theoretical self-referentiality and keeping alive the tension inherent in the unsaturated nature of meta-criteria.

Dialogue

Psi1: Here everyone is saying that trauma does not exist...

Psi2: Well, alright... if there is no trauma, there is no mother.

Psi1: Mum is always mum!

Psi2: And trauma is always trauma.

Psi1: In what sense?

Psi2: Well, the term trauma indicates damage to the organism due to an external event, such as a collision or impact.

Psi1: And what was the organism before?

Psi2: In what sense?

Psi1: Before the trauma, what was it?

Psi2: Umm... well, in some ways, it was a slightly different organism.

Because trauma makes you see things differently and makes you react to events differently. After a trauma, the organism becomes hyperactive when faced with a trigger stimulus, it's a matter of arousal, and hyper reacts to the point of experiencing post-traumatic stress.

Psi1: But have you studied these things?

Psi2: I have.

Psi1: And there is always that problem. That the I-Subject is one. Divided into parts. Which interact with each other.

Psi2: What's that got to do with it?

Psi1: We cannot believe that the I-Subject is its arousal, nor that the arousal is a detached piece of the I-Subject!

Psi2: Ok, I get it, I know these things, I attended SIPRe too. But, just between the two of us, we can state that, fine, the I-Subject is one, but trauma is an external, negative event that acts on the patient, in some cases it has a psychopathological impact and somehow deviates the individual's evolutionary trajectory. We cannot deny the drama of the trauma and we cannot deny that when the patient is there, facing us, we help him to process it.

Psi1: Trauma, like arousal, is not the patient and cannot be a detached piece of the patient acting on him. Do you remember the self-eco-organisation? 'The I-Subject is in reality, which is in the I-Subject'?

Psi2: Well all right, but concretely... Take COVID for example: after the COVID event whenever someone sneezed on the tube, people reacted as if that person had the plague. And there was a reason for that: it was a pandemic, a catastrophe! We cannot take refuge in the clouds, close our eyes

and cover our ears, and deny the impact on people's psychological well-being!

Psi1: All right. Ok. Let us assume that trauma exists and is an external event. And that we, by detecting its impact, can help the patient to process it. But that same event has different effects on people. Not everyone reacted to COVID in the same way. How do we know the details of why that patient reacted in one way or another, and for what reason?

Psi2: We know because, when working with the patient, through Presence to One Self, we come to understand his or her configuration. And how this is then implemented and modified. A patient with obsessive traits, when confronted with the COVID event, will react differently from a patient with psychotic traits: the former will probably reinforce his control solutions over the external random environment. The latter, heteroregulated, will finally feel at home. Therefore, I can help the patient if I have in mind who that patient is and why he is suffering: only then can I read his historical solutions and understand why they are no longer working at this moment. Through Presence to One Self, the patient will be able to start from himself, take hold of his solutions and his becoming, and access creativity.

Psi1: So, Presence to One Self is a technical tool which allows us to understand the configuration of the I-Subject?

Psi2: That's right.

Psi1: But the Presence to One Self of whom?

Psi2: Of the analyst and therefore of the patient.

Psi1: Do you self-administer your Presence to yourself and then instill it in the patient?

Psi2: No, I go into supervision.

Psi1: At least that!

Psi2: I'm not as good with words as you are! But, I repeat, between the two of us we can be clear. In analysis, I help the patient to see himself for what he is.

Psi1: No way.

Psi2: Yes. To grasp...

Psi1: The apple.

Psi2: No. The configuration!

Psi1: To grasp the configuration?

Psi2: That's right, that's what I'm there for. Of course, I need some time to get to know the patient, but the first sessions are really useful, I'm not saying we need to carry out a recent as well as remote anamnesis in the psychiatric sense, but we need to understand who that patient is, his personal, family and cultural history, his relationships and experiences. To understand why he is suffering and why he has come to us at this time. In other words, the first interviews are for me to understand his configuration.

Psi1: I am not sure I would undergo analysis from someone who is convinced he can understand my configuration in three interviews.

Psi2: Maybe you are afraid of your configuration.

Psi1: Maybe I am afraid of you and how you inhabit your role.

Psi2: OK, we are psychoanalysts, we don't need to get personal. Don't worry, don't be afraid. Let's take a step back. How would you proceed with the patient?

Psi1: Umm... it's very difficult to answer your question because I don't think I am capable of knowing the configuration.

Psi2: That may be the case initially. Well, how many interviews would you need?

Psi1: I think that even after fifteen years of psychoanalysis I cannot claim to know the patient's configuration. I cannot know the other for what he is.

Psi2: I cannot know the patient for what he is and we agree on that. But I can know the configuration. Otherwise, what is there to work on?

Psi1: 'What' do I work on?

Psi2: Yes.

Psi1: If I had wanted to work 'on things' I would have become an orthopaedist or a butcher.

Psi2: Hmm, that's your obsession with words, one can't really say anything anymore! I'm not an orthopaedist either. But you're still not explaining to me what you mean by configuration and how you work!

Psi1: Well, first of all, let's start with the fact that I don't work on things. I don't work, therefore, on people, who are not things. I don't even work on configuration. Which is not a thing.

Psi2: Wow that's good. All very coherent. I guess that if configuration is not a thing, I can't even ask you what it is.

Psi1: Ok, let's start then with the one thing we agree on. The meta-theory of the I-Subject is formulated in *Being and Becoming*, right?

Psi2: Indeed. I'll get the book, here it is. Michele (Minolli, 2015), page 113, line 25, chapter 4, paragraph 6. Here he identifies the three moments in the process of the I-Subject.

The first is configuration and he says (and I quote):

1. 'The meta-theoretical assertion that genetics and the environment configure the I-Subject indicates that prior to conception that I-Subject does not exist.'

In short, there is no pre-existing subject who decides who to be.

2. And again: 'it is an oxymoron to believe that the external is not instructive at the moment of conception'.

For you, who are so good with words, I'd like to recall an example of an oxymoron: deafening silence. Putting two opposite concepts side by side. It

is clear that in the zero moment of life, eco-organisation prevails. That egg and that sperm are not of the I-Subject, who did not choose to be born.

Let us go back to Michele (Minolli, 2015):

‘In the moments following zero, for all the stages that constitute life, the I-Subject will inevitably function on mutual incidence BUT will do so within the initial and original configuration’.

Therefore, in the zero moment of life the subject is configured from the outside. From there he exists, and from that moment he functions in a relationship of reciprocal incidence with the outside, on lines of strength that are inscribed within him. Reciprocal incidence has configuration as its referent.

Psi1: What does this mean in clinical terms?

Psi2: That first I know the configuration and then I see how the patient, in his reciprocal incidence, implements it with his historical solutions and, eventually, modifies it.

Psi1: So the patient implements and modifies the configuration!?

Psi2: Yes, it says so!

Psi1: Does he also wear it to go out in the evening?

Psi2: ...

Psi1: We agree on the contents of Being and Becoming. But I don’t think the point of this discussion is the contents. The sense lies in what we do with them and how we use these meta-theoretical indications in our clinical practice, i.e. in the encounter with the specific I-Subject. Furthermore, it isn’t written that the configuration changes, because it simply does not change.

Psi2: The configuration does not change? How can I help the patient if the configuration does not change? Does it stay the same for life?

Psi1: One thing at a time! Let’s start with single items:

The discourse starts, and I quote, with ‘the meta-theoretical statement’ because configuration is a meta-criterion of the meta-theory of the I-Subject. Configuration, consciousness and creativity are the three meta-theoretical moments of the I-Subject process. They are precisely on the same epistemic level: no one would ever say that it is possible to know, foresee or control the creativity of the I-Subject, because it is the patient’s own. I do not even believe that anyone would propose to measure it or to understand at what session number ‘creativity’ is triggered. Not because it is forbidden to ask, but because this kind of question - if interpreted in a concrete sense - does not really make sense. The same identical discourse must be made about configuration.

Psi2: Ah.

Psi1: The configuration is introduced primarily to enhance the centrality of the specific I-Subject. Minolli (2015) explains this clearly on page 119: *«The I-Subject is not a timeless, a-priori entity wandering about in side-real space waiting for the moment to become incarnate. To argue that*

the I-Subject is configured by genetics and the environment is a meta-theoretical point of view which allows the individual and specific I-Subject to be taken into consideration. The I-Subject is what it is because it is the result of the modalities that configure it. It is these that make that concrete and singular I-Subject exist. It is this unique being that makes it a 'special thing'.»

Psi2: Eh, yes, the I-Subject is special...

Psi1: I really don't understand. How can we think about working on the configuration if we don't ask ourselves how to work with a meta-criterion?

Psi2: You've lost me.

Psi1: Configuration is a meta-criterion right?

Psi2: Yes.

Psi1: Have you ever wondered what that means?!

Psi2: That they are general criteria which say nothing about the specific subject.

Psi1: No.

Psi2: How so?

Psi1: It's not a criterion, it's a meta-criterion.

Psi2: Ok, so the map is not the territory

Psi1: Which means?

Psi2: I don't know, these are general guidelines. The contents are produced by the I-Subject, but in the meantime I know that it has a configuration, a consciousness and a creativity.

Psi1: You see, that's exactly the point, to clarify what epistemic statute we give to the concepts that accompany our clinical reasoning.

Psi2: You know, you're really getting carried away. Epistemic statute?

Psi1: Yes. In what way do they exist for us. In what way do we think configuration exists? We might go so far as to say that configuration does not exist either. Like trauma. Because configuration is not a thing, which I go looking for in the world. It is not an external theoretical referent that helps me to explain the patient.

Psi2: So that's the difference between theory and meta-theory?

Psi1: That's right! It is important to point out that the 'meta-theoretical' character is not explained solely by the fact that the criteria are found at a 'general' level of reasoning: we might think that meta-theory is something that, starting from its general criteria, makes us go beyond the criteria themselves, because they only take shape in communion with the contents brought by the I-Subject himself. And that is, in short, the unsaturated character of meta-criteria.

Psi2: But why do you insist on this? I am interested in the clinical aspects.

Psi1: Because if we do not clarify what we need a meta-criterion for, we risk falling into two different traps, precisely in the clinical encounters.

I need you to be patient and to come with me, just for a moment, to the clouds: there I will illustrate two types of dangerous reasoning which misunderstands the meta character of the meta-criterion.

Psi2: All right then, let's hear it.

Psi1: In the first case, the reasoning proceeds from the particular to the general and the contents are read and interpreted with the aim of 'filling' empty meta-criteria.

It is as if we were using the criteria like little boxes to be filled, and in order to fill them in we have to ask our patients questions to get information about their configuration or their parts. I know the patient has a configuration, what is it?

Psi2: Exactly! What is his configuration!?! It's a question we ask ourselves sometimes in supervision, but according to this reasoning, maybe the risk is that we think only about filling the boxes, and lose sight of the patient.

Psi1: Exactly. It is as if the meta-criterion 'configuration', becomes merely a theoretical criterion, a grid to be filled in. This approach to reasoning is called the inductive method.

Psi2: And what would the second reasoning be?

Psi1: In the second case, instead, reasoning proceeds from the general to the particular and the criteria are used as if they were 'things' that epistemically take the place of the contents.

Psi2: Epistemically?

Psi1: Yes, in the sense that I have to know the criterion not the patient!

Psi2: Ok, for instance, I'd like to ask you 'when was the Configuration born?'

Psi1: And that's exactly where the misunderstanding arises, because we assume that the configuration is a physical 'thing', which walks in the world and can be measured. Beyond the specific patient. However, the configuration is not a thing and, above all, it is not the subject (who in turn is not a thing).

Psi2: It seems to me that the main risk in this method's approach is to focus exclusively on the theoretical aspect of configuration, ignoring the specificity of individual reality.

Psi1: The risk is precisely that of losing the richness and complexity of the individual's experience by focusing exclusively on a theoretical approach. In fact, this method is called deductive.

Psi2: And so, if we want to be neither inductive nor deductive, how do we get out of it?

Psi1: First of all, we can focus on the meta-theoretical value of the criteria, which lies precisely in the adjective unsaturated.

Psi2: This adjective 'unsaturated' has always seemed a little strange to me: almost 'unclinical' as a term.

Psi1: We will clarify it if we accept once and for all the fact that meta-criteria openly assume the ontological statute of concepts. They are conceptual tools which guide our clinical reasoning! However, they are unsaturated,

incomplete, and only take shape in relation to the contents brought by the patient. In other words, meta-criteria do not exist as independent entities, because they are not tangible things.

Psi2: Indeed, configuration also does not exist as a physical object because it is not a tangible thing!

Psi1: That's right! Meta-criteria are not to be filled by the patient (inductive) or nor do they substitute the patient (deductive), but constitute a continuous challenge for the clinician, if he is open and willing to be challenged, and, in particular, they question his method.

Psi2: Method? How can I concretely guarantee this?

Psi1: You can! It is just a matter of method! The method reflects on itself: method means taking the question of complexity seriously, that is, questioning oneself on how one observes the patient. Do I really need to ask him to confirm the truth revealed by my theory? The method is the real antidote to theoretical self-referentiality, because it allows us to keep an open and flexible perspective.

Psi2: But we don't risk being self-referential, because we don't possess a theory that tells us how the patient should be, but a meta-theory whose contents are brought only by the specific I-Subject.

Psi1: Exactly! But the meta-theory does not work on its own, it does not work just by declaring itself to be meta. It works when we therapists are willing to be the first to answer the question, and ask ourselves what we are doing with our glasses on our nose. Meta-theory frees itself from theoretical self-referentiality if it keeps alive the continuous tension inherent in its unsaturated character: this tension can be guaranteed by the method.

Psi2: Perhaps, in this sense, the real question is: why am I interested in knowing when the configuration was born? Ultimately, this meta-criterion was created to highlight that the subject is unique and has a beginning and an end. Ours is a clinical job.

Psi1: And clinical means meeting a person who is unwell and asks us for help. This meta-criterion was created for an encounter in a clinical context: it is not relevant to consider studying the configuration in a laboratory setting, or searching for it in people's brains with a magnetic resonance imaging!

Psi2: Ok, I'm willing to keep that tension alive. But I was thinking... everyone is upset if you can't change the configuration because it's as if you're telling me I'm condemned to be who I am.

Psi1: But if you think about it, it really is a false problem, because there is no way of knowing 'how I am' in an objectified sense. The configuration cannot be the objectification of the patient's being, because as a matter of fact the patient is always in a process of becoming and this process is always his own. So what use would a static photograph be to me of how the patient is? It is important to remember that the subject there, before me, moves on consciousness and not on configuration: consciousness is an

important meta-criterion because, clinically, it nails me to the patient who is before me, to the present, and not to the past.

Psi2: Indeed, configuration is a concept that is very reminiscent of the past.

Psi1: Exactly! And therein lies the risk! We can refer to Michele's (Minolli, 2015) article in response to Stephen Cooper, in which at least two reasons are given why thinking of the past, and thus the configuration, as an explanation of the patient's suffering leads us astray in the clinical encounter.

Psi2: Let's hear them.

Psi1: First, if I consider configuration as a thing, then the moment in which the patient was configured is a thing that still exists. In this logic, configuration becomes the reason why the patient suffers, the explanatory sense of his suffering.

However, thinking of configuration as the cause in itself of suffering, parcels out its meaning, parcelling out the I-Subject at the same time. And it causes us to lose sight of the I-Subject before us.

Psi2: If we think about it, when the patient arrives, he often brings a fatigue related to his way of being and the reality that does not confirm him: an insuperable fatigue, starting from the way he is. And, in 99% of the cases, his way of being is already linked in his narrative to how insufficiently good his mother was, for example...

Psi1: OK. Follow me for a moment. I quote Michele Minolli (2009):

'The theory of the past leads the analyst not to put the patient at the centre of his interest. Thinking of the past does not help to think of the patient as the subject of his history. In other words, a gap is created between the analyst's intention to be interested in him, and neglecting him by putting the theory of his past at the centre instead'. Now try replacing the word past with the word configuration, and think of considering the meta-criterion configuration as a simple theoretical criterion.

Psi2: Okay, I'll try: 'Configuration theory leads the analyst not to put the patient at the centre of his interest. Thinking about configuration does not help to think of the patient as the subject of his story. In other words, a gap is created between the analyst's intention to be interested in him and neglecting him by putting the theory leading to his configuration at the centre instead'.

Psi1: Eh.

Psi2: Oh.

Psi1: So what?

Psi2: So, that was the problem with the deductive method, the one you were telling me presents the risk of losing sight of the complexity and therefore of the patient.

Psi1: And just think, there's a second problem as well!

Psi2: Well fancy that!

Psi1: 'Thinking about the power of the past disempowers the patient'.

Psi2: Disempowers?

Psi1: Yes! It disempowers, i.e. deprives of authority! 'Even if it is difficult for us to admit it, when we make the patient's concrete past the explanation of his pathology, we assume that there is an ideal past. If the environment had been different, if the parents had behaved differently, if the brothers or sisters had been different, we would not have the pathology. An ideal is a criterion that we establish of how reality should be. An ideal is a model we create of how things should be'. (*Ibidem*)

If we consider configuration as a thing to know about the patient, if this is the way we use it in clinical terms, it does not favour a return to the self, but a return to the past. A general past, certainly, but not a meta-theoretical one: a general past, which serves as a regulative ideal on how to know the patient.

The configuration is not given to us therefore, we do not know who the patient is, and the configuration reminds us that we cannot know him but that this doesn't mean he is not there, right before us.

Psi2: Actually, if we think about it, it is very logical to admit that the I-Subject does not coincide with and does not access its configuration. We know that the I-Subject is one, composed of parts in interaction with one another. It cannot be substantiated in mental states...

Psi1: And, of course, he cannot be substantiated in his configuration! If the patient does not access his configuration, it is not by interpreting his configuration, or explaining to him how he is configured, that I encourage him to take himself seriously and walk on his own legs. It is a meta-theoretical moment that tells me that there was a time when the patient did not exist, and a time starting from which he existed, with eco-organising variables that configured him.

Psi2: OK, got it. Then I'll ask you the very last question.

Psi1: Shoot!

Psi2: If the configuration cannot be known as a thing, it cannot be measured and it does not change. Could you please explain to me what is the point of our work? Considering that patients seek change, how can we justify therapeutic practice if the nature of the configuration remains unchanged and cannot be understood as a tangible object?

Psi1: We all know this: psychotherapy has always been considered the personalised tool for change, but this view assumes that the analyst has a direct impact on the patient's path of change. In fact, this vision implies a structural asymmetry between patient and therapist, with the patient delegating to the therapist the search for the causes of his suffering.

Ps2: And we both agree on this.

Psi1: But are we sure that change is implicit in the patient's request? And do we really have to help the patient achieve change?

Ps2: Hmm.

Psi1: If we look at it from another perspective, no theory can offer an ideal model of a fully recovered patient. The patient carries with him a coherence that stems from the interaction between his inner and outer worlds,

and is also self-eco-organising in the relationship with the analyst. Following this logic, the interaction between patient and analyst need not aim at healing and change. No interaction is inherently instructive: and change cannot be decided a priori.

Psi2: And so what is the role of analysis?

Psi1: Perhaps the goal is not so much to change as to take the patient seriously for what he/she is.

Psi2: What if the patient is not the configuration...?

Psi1: It is not the configuration that must be taken seriously, but the I-Subject in the flesh!

Psi2: Evidently, if we managed to get a migraine in order to agree on this one point, taking the patient and oneself seriously is not at all easy.

Psi1: Yeah, taking the patient seriously implies respecting his or her ongoing process and trusting his or her ability to take charge of his or her own life from within.

Psi2: Now I understand.

Psi1: Then remember what Ceruti (Bocchi & Ceruti, 2007) said, '*the course of the living is never given a priori*'.

Psi2: Whatever. And so - just to clarify - trauma does not exist as a thing.

Psi1: Yeah, there are a lot of things here that don't exist as things.

REFERENCES

- Bocchi, G., Ceruti, M. (Eds.). (2007). *La sfida della complessità*. Pearson Italia Spa.
- Minoli, M. (2009). Il privato e la reverie. Commento alla relazione di S. Cooper. *Ricerca Psicoanalitica*, 20.
- Minoli, M. (2015). *Essere e divenire. La sofferenza dell'individualismo: La sofferenza dell'individualismo*. Milano: FrancoAngeli.

Conflict of interests: the authors declare no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 17 March 2024.

Accepted: 5 May 2024.

Editor's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, editors and reviewers, or any third party mentioned. Any materials (and their original source) used to support the authors' opinions are not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:898

doi:10.4081/rp.2024.898

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Quale configurazione?

Martina Mancuso,* Giovanna di Giacomo*

SOMMARIO. – Le autrici si propongono di mettere in dialogo alcune controversie teoriche e pratiche presenti in Psicoanalisi della Relazione e, più in generale nell’ambito della psicoterapia psicoanalitica, attraverso il confronto tra due psicoanalisti, Psi1 e Psi2. I due clinici discutono approfonditamente il concetto di ‘configurazione’ in psicoanalisi della relazione, interrogandosi sul suo significato e sull’applicazione clinica, evidenziando la complessità del metodo. Il dibattito si apre sul concetto di trauma, su dove si collochi rispetto alla configurazione dell’Io-Soggetto. Psi1 mette in rilievo il carattere insaturo dei meta-criteri, avvertendo sull’autoreferenzialità teorica, mentre Psi2 si concentra sull’importanza della pratica clinica e sulla comprensione della specificità del paziente. Attraverso questo confronto, le autrici offrono una visione aperta e flessibile della prospettiva clinica, proponendosi di rispettare l’unicità di ogni individuo.

Parole chiave: configurazione; meta-teoria; relazione; trauma; insaturo; metodo.

*‘L’unica conoscenza che valga è quella che si alimenta di incertezza
e il solo pensiero che vive è quello che si mantiene
alla temperatura della propria distruzione.’*

E. Morin

Introduzione

Il dialogo è una forma espressiva nota in psicoanalisi: spesso ci troviamo ad analizzare protocolli e casi clinici, che altro non sono se non dialoghi a due voci tra pazienti e analisti. Eppure, il dialogo tra professionisti è qualcosa che troviamo raramente ad analizzare al microscopio. In questo senso, il dialogo dal titolo ‘quale configurazione?’ rappresenta un mezzo con cui abitare seriamente (e non seriosamente) l’approccio di Psicoanalisi della Relazione in termini di metodo. Il tema che lega il confronto tra gli interlocutori, due psicoa-

*Psicologa, Psicoterapeuta e Psicoanalista della Società Italiana Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italia.

E-mail: martinamancuso.psicologa@gmail.com; digiacomo.psi@gmail.com

nalisti chiamati Psi1 e Psi2, è il passaggio da una lettura oggettiva teorica della realtà a una lettura meta-teorica, attraverso un'analisi focalizzata sui legami e gli intrecci piuttosto che sulla ricerca della verità.

Proprio per questo motivo, la dialogica a due voci tra psicoanalisti è una chiave di lettura audace, critica e autocritica rispetto alle lenti con cui guardiamo la realtà.

Nello specifico, in questo dialogo emerge una discussione tra psicoanalisti della Società Italiana Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), ognuno con prospettive e interpretazioni variegata riguardo al senso clinico del meta-criterio 'configurazione' in psicoterapia. L'attenzione è focalizzata su questioni teoriche, meta-teoriche e cliniche, mettendo in discussione il concetto di configurazione, l'impatto del trauma e, infine, lo scopo della psicoanalisi.

La configurazione dell'Io-Soggetto, così come emergente da questo scambio, sfida l'immobilità concettuale, abbracciando la natura fluida e sfaccettata dell'esperienza umana.

Psi1 e Psi2 oscillano tra la ricerca di una prospettiva che valorizzi la ricchezza dell'esperienza individuale e la necessità di condividere dei concetti teorici che guidino il ragionamento clinico: la dialettica tra comprensione e spiegazione, tra clinica e teoria, è messa in scena in una logica di complessità, un'interazione ricorsiva in cui una voce non esiste in assenza dell'altra, ma può esprimersi proprio a partire dall'esistenza dell'altra.

Nell'ambito della psicologia e della psicoanalisi, il dibattito sulla comprensione della natura dell'essere umano ha generato una ricca gamma di prospettive teoriche: secondo la nostra impostazione di metodo, queste prospettive non vanno sedate o temute, ma interrogate con curiosità e audacia, con l'intento di chi non ha l'obiettivo di assolutizzarle o farne statuti teorici così luminosi da risultare accecanti. L'animato confronto non vuole mettere in luce vinti o vincitori. Non si traduce in posizioni chiare o incompatibili. Questo lavoro suggerisce che la sfida non risiede tanto nelle posizioni individuali quanto nelle intricate domande che, unite nel dialogo, cercano di sondare la profondità e la complessità della condizione umana.

È rilevante sottolineare che questo lavoro, il dialogo stesso e il tema della configurazione, agiscono in realtà come veicoli per mettere in scena la complessità e, quindi, il 'metodo'. L'enfasi è posta sul processo, sulla curiosità espressa, sulle difficili domande che emergono, anche quelle che ci poniamo segretamente per il solo fatto che, per loro natura, non possono avere risposte definitive.

Il dialogo culmina con un richiamo alla necessità di mantenere una prospettiva aperta e flessibile, considerando la meta-teoria come uno strumento concettuale insaturo che prende forma in relazione ai contenuti portati dal paziente. L'articolo suggerisce che la comprensione della configurazione dovrebbe concentrarsi sulla centralità dell'Io-Soggetto specifico, evitando l'autoreferenzialità teorica e mantenendo viva la tensione insita nella natura insatura dei meta-criteri.

Dialogo

Psi1: Qua dicono tutti che il trauma non esiste...

Psi2: Sì vabbè... se non esiste il trauma non esiste neanche la mamma.

Psi1: La mamma è sempre la mamma!

Psi2: E il trauma è sempre il trauma.

Psi1: In che senso?

Psi2: Bè, che il termine 'trauma' indica un danno all'organismo dovuto a un evento esterno, come per esempio uno scontro o un urto.

Psi1: E l'organismo prima che cosa era?

Psi2: In che senso?

Psi1: Prima del trauma, che cosa era?

Psi2: Umm... bè, per certi versi, era un organismo un po' diverso. Perché il trauma ti fa vedere le cose in modo diverso, ti fa reagire agli eventi in modo diverso. Dopo un trauma, l'organismo si iperattiva di fronte a uno stimolo *trigger*, è una questione di *arousal*, iper-reagisce fino a sperimentare uno stress post traumatico.

Psi1: Ma le hai studiate queste cose?

Psi2: Eh sì.

Psi1: Ma c'è sempre quel problema. Che l'Io-Soggetto è uno. Diviso in parti. E in interazione tra loro.

Psi2: E che c'entra?

Psi1: Che non possiamo pensare che l'Io-Soggetto sia il suo *arousal* e neanche che l'*arousal* sia un pezzetto staccato dell'Io-Soggetto!

Psi2: Sì ho capito, le so queste cose, ho fatto anche io la SIPRe. Ma tra noi possiamo dircelo, ok che l'Io-Soggetto è uno, ma il trauma è un evento esterno, negativo, che agisce sul paziente, in alcuni casi ha un impatto psicopatologico e in qualche modo devia la traiettoria evolutiva dell'individuo. Non possiamo negare la drammaticità del trauma e non possiamo negare che quando il paziente arriva, noi lo aiutiamo ad elaborarlo.

Psi1: Il trauma, come l'*arousal*, non è il paziente e non può essere un pezzo staccato del paziente che agisce su di lui. Ti ricordi l'auto-eco-organizzazione? 'L'Io-Soggetto è nella realtà, che è nell'Io-Soggetto'?

Psi2: Sì vabbè ma concretamente... Prendi ad esempio il COVID: dopo l'evento COVID, ogni volta che qualcuno starnutisce in metro la gente lo tratta come se avesse la peste. E c'è un motivo per questo: è stata una pandemia, una catastrofe! Non possiamo arroccarci sulle nuvole, chiudere occhi e orecchie e negare l'impatto sul benessere psicologico delle persone!

Psi1: Va bene. Ok. Poniamo caso che il trauma esiste ed è un evento esterno. E che noi, rilevandone l'impatto, aiutiamo il paziente ad elaborarlo. Però uno stesso evento ha effetti diversi sulle persone. Non tutti hanno reagito

al COVID allo stesso modo. Come facciamo a sapere nello specifico perché quel paziente - e a partire da cosa - reagisce in un modo o in un altro?

Psi2: Lo sappiamo perché, lavorando con il paziente, attraverso la Presenza a Sé Stessi, arriviamo a comprendere la sua configurazione. E come questa poi si attua e si modifica. Un paziente con tratti ossessivi, di fronte all'evento COVID, reagirà in modo diverso da un paziente con tratti psicotici: il primo probabilmente rinforzerà le sue soluzioni di controllo sull'ambiente esterno aleatorio. Il secondo, etero-regolato, si sentirà finalmente a casa. Quindi, io posso aiutare il paziente se ho in mente chi è quel paziente e perché soffre: solo così posso leggere le sue soluzioni storiche e comprendere perché non funzionano più adesso. Attraverso la Presenza a Sé stessi il paziente potrà partire da sé, prendere in mano le sue soluzioni e il suo divenire e accedere alla creatività.

Psi1: Quindi, la Presenza a Sé stessi è uno strumento tecnico che ci consente di comprendere la configurazione dell'Io-Soggetto?

Psi2: Certamente.

Psi1: Ma la Presenza a Sé stessi di chi?

Psi2: Dell'analista e quindi del paziente.

Psi1: Tu la Presenza a te stessa te la autosomministri e poi la infondi al paziente?

Psi2: No, vado in supervisione.

Psi1: Almeno questo!

Psi2: Non sono brava come te con le parole! Ma, te lo ripeto, tra noi possiamo anche essere chiare. In analisi aiuto il paziente a cogliersi per quello che è.

Psi1: Non mi dire.

Psi2: Sì. A cogliere...

Psi1: La mela.

Psi2: No. La configurazione!

Psi1: A cogliere la configurazione?

Psi2: Direi proprio di sì, sono lì per questo. Certo, ho bisogno di un po' di tempo per conoscere il paziente, però le prime sedute servono proprio, non dico a fare un'anamnesi prossima e remota in senso psichiatrico, ma a capire chi è quel paziente, la sua storia personale, familiare e culturale, le sue relazioni e le sue esperienze. Capire perché soffre e perché viene proprio ora. In altre parole, i primi colloqui mi servono a comprendere la sua configurazione.

Psi1: Non sono sicura che andrei in analisi da uno che è convinto di poter comprendere la mia configurazione in tre colloqui.

Psi2: Forse hai paura della tua configurazione.

Psi1: Forse ho paura di te e di come abiti il tuo ruolo.

Psi2: Ok, siamo psicoanaliste, non abbiamo bisogno di andare sul persona-

le. Non preoccuparti, non avere paura. Facciamo un passo indietro. Cosa faresti tu con il paziente?

Psi1: Umm... è molto difficile rispondere alla tua domanda, perché io non credo di poter conoscere la configurazione.

Psi2: All'inizio ok. Ma tu di quanti colloqui hai bisogno?

Psi1: Penso che anche dopo quindici anni di psicoanalisi non potrei pretendere di conoscere la configurazione del paziente. Non posso conoscere l'altro per quello che è.

Psi2: Non posso conoscere il paziente per quello che è e su questo siamo d'accordo. Ma posso conoscere la configurazione. Sennò su cosa lavori?

Psi1: Su 'cosa' lavoro?

Psi2: Sì.

Psi1: Se avessi voluto lavorare 'sulle cose' avrei fatto l'ortopedico oppure il macellaio.

Psi2: Mmm con questa mania delle parole, non si può davvero dire più niente! Nemmeno io faccio l'ortopedico. Ma non mi stai comunque spiegando che cosa intendi per configurazione e come lavori!

Psi1: Bè, intanto partiamo dal fatto che io non lavoro sulle cose. Non lavoro, quindi, sulle persone, che non sono cose. Non lavoro neanche sulla configurazione. Che non è una cosa.

Psi2: Wow che brava. Tutto molto coerente. Immagino che se la configurazione non è una cosa, non posso nemmeno chiederti che cosa è.

Psi1: Okay, ripartiamo allora dall'unica cosa su cui siamo d'accordo. La meta-teoria dell'Io-Soggetto è formulata in Essere e Divenire, giusto?

Psi2: Infatti. Prendo un attimo il libro. Michele (Minolli, 2015), pagina 113, rigo 25, capitolo 4, paragrafo 6. Qui lui identifica i tre momenti del processo dell'Io-Soggetto.

Il primo è la configurazione e dice (cito testualmente):

1. 'L'affermazione meta-teorica che la genetica e l'ambiente configurano l'Io-Soggetto indica che prima del concepimento quell'Io-Soggetto non esiste'.

In sostanza non esiste un soggetto preesistente che decide chi essere.

2. E ancora 'è un ossimoro ritenere che l'esterno non sia istruttivo nel momento del concepimento'

Per te, che sei così brava con le parole, voglio ricordare un esempio di ossimoro: silenzio assordante. Mettere accanto due concetti opposti. È chiaro che nel momento zero della vita, prevalga l'eco-organizzazione. Quell'ovulo e quello spermatozoo non sono dell'Io-Soggetto, che non ha scelto di nascere.

Ritorniamo su Michele (Minolli, 2015):

'Nei momenti successivi allo zero, per tutte le tappe che costituiscono la vita, l'Io-Soggetto funzionerà inevitabilmente sull'incidenza reciproca MA lo farà all'interno dell'iniziale e originaria configurazione'.

Quindi, nel momento zero della vita il soggetto è configurato dall'esterno. Da lì esiste, e da quel momento funziona in un rapporto di incidenza reciproca con l'esterno, su linee di forza che sono inscritte dentro di lui. L'incidenza reciproca ha come referente la configurazione.

Psi1: Cosa significa in termini clinici?

Psi2: Che prima conosco la configurazione e poi vedo come il paziente, nella sua incidenza reciproca, la attua con le sue soluzioni storiche e, eventualmente, la modifica.

Psi1: Quindi il paziente attua e modifica la configurazione!?

Psi2: Sì, c'è scritto!

Psi1: La indossa anche per uscire la sera?

Psi2: ...

Psi1: Siamo d'accordo sui contenuti di Essere e Divenire. Ma credo che il senso di questo confronto non siano i contenuti. Il senso è cosa ce ne facciamo e come usiamo queste indicazioni meta-teoriche nella clinica, cioè nell'incontro con l'Io-Soggetto particolare. E poi non c'è scritto che la configurazione cambia, perché, semplicemente non cambia.

Psi2: La configurazione non cambia? Come faccio ad aiutare il paziente se la configurazione non cambia? Rimane uguale per tutta la vita??

Psi1: Una cosa per volta...! Partiamo per punti:

Il discorso parte, e cito testualmente, con 'l'affermazione meta-teorica' perché configurazione è un meta-criterio della meta-teoria dell'Io-Soggetto. Configurazione, coscienza e creatività sono i tre momenti meta-teorici del processo dell'Io-Soggetto. Sono precisamente sullo stesso piano epistemico: nessuno direbbe mai che è possibile conoscere, prevedere o controllare la creatività dell'Io-Soggetto, perché è propria del paziente. Non credo nemmeno che qualcuno si proponga di misurarla o di comprendere a che numero di seduta scatti 'la creatività'. Non perché è vietato chiederselo, ma perché questo tipo di domanda - se interpretata in senso concreto - non ha veramente alcun senso. Lo stesso discorso identico va fatto sulla configurazione.

Psi2: Ah.

Psi1: La configurazione è introdotta principalmente per valorizzare la centralità dell'Io-Soggetto specifico. Minolli (2015) lo spiega chiaramente a pagina 119: «*L'Io-Soggetto non è un'entità fuori dal tempo e aprioristica che vagando nello spazio siderale aspetta il momento di incarnarsi. Sostenere che l'Io-Soggetto è configurato dalla genetica e dall'ambiente è un punto di vista meta-teorico che permette di prendere in considerazione il singolo e particolare Io-Soggetto. L'Io-Soggetto è quello che è perché risultato delle modalità che lo configurano. Sono esse che fanno esistere quel concreto e singolare Io-Soggetto. È questo suo essere unico che ne fa una 'cosa speciale'.*»

Psi2: Eh, sì, l'Io-Soggetto è speciale...

Psi1: Io davvero non capisco. Come facciamo a pensare di lavorare sulla configurazione, se non ci chiediamo come lavorare con un meta-criterio?

Psi2: Mi sono persa.

Psi1: La configurazione è un meta-criterio giusto?

Psi2: Sì.

Psi1: Ti sei mai chiesta che significa?!

Psi2: Che sono criteri generali che non dicono niente sul soggetto particolare.

Psi1: No.

Psi2: Come no?

Psi1: Non è un criterio, è un meta criterio.

Psi2: Okay, quindi che la mappa non è il territorio

Psi1: E quindi?

Psi2: Non so, sono linee generali. I contenuti li porta l'Io-Soggetto, ma intanto io so che ha una configurazione, una coscienza e una creatività.

Psi1: Vedi il punto è proprio questo, chiarire che statuto epistemico diamo ai concetti che accompagnano il nostro ragionamento clinico.

Psi2: No vabbè, tu stai proprio volando. Statuto epistemico?

Psi1: Sì. In che modo, cioè, esistono per noi. In che modo pensiamo che la configurazione esiste? Potremmo arrivare a dire che anche la configurazione non esiste. Come il trauma. Perché la configurazione non è una cosa, che vado a cercare nel mondo. Non è un referente teorico esterno che mi aiuta a spiegare il paziente.

Psi2: Quindi è questa la differenza tra teoria e meta-teoria?

Psi1: Esatto! È importante precisare che il carattere 'meta-teorico' non è spiegato unicamente dal fatto che i criteri si pongano a un livello 'generale' di ragionamento: potremmo pensare che la meta-teoria è qualcosa che a partire dai suoi criteri generali ci fa andare oltre i criteri stessi, perché essi assumono corpo solo in comunione con i contenuti portati dall'Io-Soggetto stesso. E questo è, in una parola, il carattere insaturo dei meta-criteri.

Psi2: Ma perché insisti su questa cosa? A me interessa la clinica.

Psi1: Perché se non chiariamo a cosa ci serve un meta-criterio rischiamo di cadere in due trappole diverse, proprio nell'incontro clinico.

Ti chiedo di avere pazienza e di venire, solo per un attimo, con me sulle nuvole: da lì ti posso illustrare due tipi di ragionamenti pericolosi che fraintendono il carattere meta del meta criterio.

Psi2: Va bene, sentiamo, dai.

Psi1: Nel primo caso, il ragionamento procede dal particolare al generale e i contenuti vengono letti e interpretati con lo scopo di 'riempire' meta-criteri vuoti.

È come se utilizzassimo i criteri come delle scatolette da riempire e per riempirli dobbiamo fare delle domande ai nostri pazienti, per ottenere delle informazioni circa la loro configurazione o le loro parti... so che il paziente ha una configurazione, qual è?

Psi2: Esatto! Qual è la sua configurazione!? È una domanda che ogni tanto

in supervisione ci facciamo, però secondo questo ragionamento, forse il rischio è di stare troppo sulla riempitura delle scatolette, perdendo di vista il paziente.

Psi1: Esatto. È come se il meta-criterio 'configurazione', diventasse un criterio semplicemente teorico, una griglia da compilare. Questa impostazione di ragionamento si chiama metodo induttivo.

Psi2: E quale sarebbe il secondo ragionamento?

Psi1: Nel secondo caso, invece, il ragionamento procede dal generale al particolare e i criteri vengono utilizzati come se fossero delle 'cose' che prendono epistemicamente il posto dei contenuti.

Psi2: Epistemicamente?

Psi1: Sì, nel senso che devo conoscere il criterio non il paziente!

Psi2: Ok, per esempio a me viene da chiederti 'quando nasce la Configurazione?'

Psi1: È proprio qui che nasce l'equivoco, perché supponiamo che la configurazione sia una 'cosa' fisica, che cammina nel mondo e si può misurare. Aldilà del paziente particolare. La configurazione però non è una cosa e, soprattutto, non è il soggetto (che a sua volta non è una cosa).

Psi2: Mi sembra di capire che il rischio principale in questa impostazione di metodo è di concentrarsi esclusivamente sull'aspetto teorico di configurazione, ignorando la specificità della realtà individuale.

Psi1: Il rischio è proprio quello di perdere la ricchezza e la complessità dell'esperienza del singolo focalizzandosi esclusivamente su un approccio teorico. Infatti, questo metodo si chiama deduttivo.

Psi2: E quindi, se non vogliamo essere né induttivi e né deduttivi, come ne usciamo?

Psi1: Intanto, possiamo concentrarci sul valore meta-teorico dei criteri che sta proprio nell'aggettivo insaturo.

Psi2: Questo aggettivo 'insaturo' mi è sempre sembrato un po' strano: quasi 'poco clinico' come termine.

Psi1: Ci chiariamo se accettiamo una volta e per tutte il fatto che i meta-criteri assumono dichiaratamente lo statuto ontologico di concetti. Sono strumenti concettuali che guidano il nostro ragionamento clinico! Tuttavia, essi sono insaturi, incompleti, e prendono forma solo in relazione ai contenuti portati dal paziente. In altre parole, i meta-criteri non esistono come entità indipendenti, perché non sono cose tangibili.

Psi2: Effettivamente anche la configurazione non esiste come oggetto fisico perché non è una cosa tangibile!

Psi1: Esatto! I meta-criteri non vanno riempiti dal paziente (induttivo) o sostituiti al paziente (deduttivo), ma costituiscono una continua sfida per il clinico, se lui è aperto e disponibile a farsi sfidare, ed in particolare ne interrogano il metodo.

Psi2: Metodo? Come faccio a garantire questa cosa concretamente?

Psi1: Ma sì! È tutta una questione di metodo! Il metodo riflette su sé stesso:

metodo significa prendere sul serio la questione della complessità, interrogarsi cioè su come si guarda il paziente. Mi è davvero necessario chiedergli conferma della verità rivelata dalla mia teoria? Il metodo è il vero antidoto all'autoreferenzialità teorica, perché ci consente di mantenere una prospettiva aperta e flessibile.

Psi2: Ma noi non rischiamo di essere autoreferenziali, perché non abbiamo in mano una teoria che ci dice come il paziente deve essere, ma una meta-teoria in cui i contenuti li porta solo l'Io-Soggetto particolare.

Psi1: Esatto! Ma la meta-teoria non funziona da sola, non funziona soltanto dichiarandosi meta. Funziona quando noi terapeuti siamo disposti a rispondere per primi all'interrogazione, chiedendoci che cosa ce ne facciamo noi dei nostri occhiali sul naso. La meta-teoria si affranca dall'autoreferenzialità teorica se tiene viva la continua tensione insita nel suo carattere insaturo: questa tensione può essere garantita dal metodo.

Psi2: Forse in questo senso, la vera domanda è: perché mi interessa sapere quando nasce la configurazione? Alla fine questo meta-criterio nasce per evidenziare che il soggetto è unico e ha un inizio e una fine. Il nostro è un lavoro clinico.

Psi1: E clinica significa incontrare una persona che sta male e ci chiede aiuto. Questo meta-criterio è costruito per un contesto clinico di incontro: non è pertinente pensare di studiare la configurazione in laboratorio o di cercarla nei cervelli delle persone con la risonanza magnetica!

Psi2: Okay, sono disposta a tenere viva questa tensione. Però pensavo... tutti ci restano male se non si può cambiare la configurazione perché è come se tu mi stessi dicendo che sono condannato a essere chi sono.

Psi1: Ma se ci pensi, è davvero un falso problema, perché non c'è un modo di conoscere il 'come sono' in senso oggettivo. La configurazione non può essere l'oggettivazione dell'essere del paziente, perché poi di fatto il paziente è sempre in divenire ed è sempre in un processo che è suo. Quindi a che dovrebbe servirmi una fotografia statica di come è il paziente? È importante ricordare che il soggetto che ho davanti si muove su coscienza e non su configurazione: la coscienza è un meta-criterio importante perché, clinicamente, mi inchioda al paziente che ho di fronte, al presente, e non al passato.

Psi2: Effettivamente configurazione è un concetto che richiama molto il passato.

Psi1: Esatto! Ed è lì il rischio! Possiamo citare, seguendo Michele (Minolli, 2015) in un articolo di risposta a Stephen Cooper, almeno due ragioni per cui pensare al passato, e quindi alla configurazione, come spiegazione della sofferenza del paziente ci porta fuori strada nell'incontro clinico.

Psi2: Sentiamo.

Psi1: Innanzitutto, SE considero la configurazione come una cosa, allora il momento in cui il paziente è stato configurato è una cosa che esiste tut-

tora. In questa logica, configurazione diventa il motivo per cui il paziente soffre, il senso spiegativo della sua sofferenza.

Tuttavia, pensare alla configurazione come causa in sé della sofferenza, ne parcellizza il senso, parcellizzando, in un tempo, l'Io-Soggetto. E ci porta a perdere di vista l'Io-Soggetto che abbiamo di fronte.

Psi2: Pensandoci, quando il paziente arriva, spesso porta una fatica legata al suo modo di essere e alla realtà che non lo conferma: una fatica insuperabile, a partire da come lui è. E, nel 99% dei casi, il suo modo di essere è legato già nella sua narrazione a quanto insufficientemente buona è stata la sua mamma ad esempio...

Psi1: Okay. Seguimi per un attimo. Cito Michele Minolli (2009):

‘La teoria del passato porta l’analista a non mettere al centro del suo interesse il paziente. Pensare al passato non aiuta a pensare il paziente come soggetto della sua storia. Viene cioè a crearsi uno scarto tra l’intenzione dell’analista di interessarsi a lui e il trascurarlo mettendo invece al centro la teoria che porta al suo passato’. Ora prova a sostituire la parola passato con la parola configurazione, pensando di considerare il meta-criterio configurazione come semplice criterio teorico.

Psi2: Okay provo: ‘La teoria della configurazione porta l’analista a non mettere al centro del suo interesse il paziente. Pensare alla configurazione non aiuta a pensare il paziente come soggetto della sua storia. Viene cioè a crearsi uno scarto tra l’intenzione dell’analista di interessarsi a lui e il trascurarlo mettendo invece al centro la teoria che porta alla sua configurazione’.

Psi1: Eh.

Psi2: Oh.

Psi1: E quindi?

Psi2: E quindi, questo era il problema del metodo deduttivo, quello che mi dicevi che ha il rischio di perdere di vista la complessità e quindi il paziente.

Psi1: E pensa che c’è pure un secondo problema!

Psi2: E figurati!

Psi1: ‘Pensare al potere del passato disautorizza il paziente’.

Psi2: Disautorizza?

Psi1: Sì! Disautorizza, cioè priva di autorità! ‘Anche se ci è difficile ammetterlo, quando noi facciamo del passato concreto del paziente la spiegazione della sua patologia, ipotizziamo che esiste un passato ideale. Se l’ambiente fosse stato in un certo modo, se i genitori si fossero comportati in un certo modo, se i fratelli o le sorelle fossero state in un certo modo, non avremmo la patologia. Un ideale è il criterio che noi stabiliamo di come dovrebbe essere la realtà. Un ideale è un modello che noi creiamo di come dovrebbero andare le cose.’ (*Ibidem*)

Considerare la configurazione come una cosa da conoscere del paziente, se questo è il modo in cui la utilizziamo in termini clinici, non favorisce un

ritorno su di sé, ma un ritorno al passato. Un passato generale certo, ma non per questo meta-teorico: un passato generale, che funge da ideale regolativo su come conoscere il paziente.

La configurazione non ci è data quindi, non sappiamo chi il paziente è, e la configurazione ci ricorda che non possiamo conoscerlo ma che, non per questo, non sia lì, proprio davanti a noi.

Psi2: Effettivamente, pensandoci, è molto logico ammettere che l'Io-Soggetto non coincide e non accede alla sua configurazione. Noi Sappiamo che l'Io-Soggetto è uno, composto da parti e in interazione tra loro. Non può essere sostantivato in stati mentali...

Psi1: E, certamente, non può essere sostantivato nella sua configurazione! Se il paziente non accede alla sua configurazione, non è interpretando la sua configurazione, o spiegandogli come è configurato, che lo sostengo a prendersi sul serio e a camminare sulle sue gambe. È un momento meta-teorico che mi dice che c'è stato un tempo in cui il paziente non esisteva e un momento a partire dal quale è esistito, con delle variabili eco-organizzanti che lo hanno configurato.

Psi2: Ok, capito. Allora ti faccio un'ultimissima domanda.

Psi1: Spara!

Psi2: Se la configurazione non può essere conosciuta come una cosa, non può essere misurata e per giunta non cambia. Puoi cortesemente spiegarmi quale è il senso del nostro lavoro? Considerando che i pazienti cercano il cambiamento, come possiamo giustificare la pratica terapeutica se la natura della configurazione rimane invariata e non può essere compresa come un oggetto tangibile?

Psi1: Lo sappiamo tutti: la psicoterapia è da sempre considerata lo strumento personalizzato per il cambiamento, ma questa visione presume che l'analista abbia un impatto diretto sul percorso di cambiamento del paziente. Questa visione implica infatti un'asimmetria strutturale tra paziente e terapeuta, con il paziente che delega al terapeuta la ricerca delle cause della sua sofferenza.

Ps2: E su questo siamo d'accordo.

Psi1: Ma è sicuro che il cambiamento sia implicito nella richiesta del paziente? E dobbiamo davvero fare in modo che il paziente raggiunga un cambiamento?

Psi2: Ummm...

Psi1: Guardandolo da un'altra prospettiva, nessuna teoria può offrire un modello ideale di paziente guarito. Il paziente porta con sé una coerenza che deriva dall'interazione tra il suo mondo interno e quello esterno, e si auto-eco-organizza anche nella relazione con l'analista. Seguendo questa logica, l'interazione tra paziente e analista non deve necessariamente puntare alla guarigione e al cambiamento. Nessuna interazione è intrinsecamente istruttiva: e il cambiamento non può essere deciso a priori.

Psi2: E quindi quale sarebbe il ruolo dell'analisi?

Psi1: Forse l'obiettivo non è tanto cambiare quanto prendere sul serio il paziente per ciò che è.

Psi2: E se il paziente non è la configurazione...?

Psi1: Non significa prendere sul serio la configurazione, ma l'Io-Soggetto in carne e ossa!

Psi2: Evidentemente, se per concordare su questo punto abbiamo avuto bisogno di farci venire l'emicrania, prendere sul serio il paziente e sé stessi non è affatto facile.

Psi1: Già, prendere sul serio il paziente implica rispettare il suo processo in divenire e avere fiducia nelle sue capacità di prendere in mano la propria vita partendo da sé stesso.

Psi2: Ora capisco.

Psi1: Poi ricordati, come dice Ceruti (Bocchi e Ceruti, 2007), 'il decorso del vivente non è mai dato a priori'.

Psi2: Sì vabbè. E quindi - giusto per chiarire - il trauma non esiste in quanto cosa.

Psi1: Eh già, qui di cose in quanto cose che non esistono ce ne sono davvero tante.

BIBLIOGRAFIA

Bocchi, G., Ceruti M. (Eds.). (2007). La sfida della complessità. Pearson Italia Spa.

Minolli, M. (2009). Il privato e la reverie. Commento alla relazione di S. Cooper. *Ricerca Psicoanalitica*, 20(2).

Minolli, M. (2015). Essere e divenire. La sofferenza dell'individualismo: La sofferenza dell'individualismo. Milano: FrancoAngeli.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 17 marzo 2024.

Accettato: 20 aprile 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:898

doi:10.4081/rp.2024.898

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Psychoanalytic trans-narratives

Andrea Crapanzano*

ABSTRACT. – In recent years, the topic of gender diversity has gained greater visibility, promoting the dissemination of narratives regarding transgender and gender diverse (TGD) people. Unfortunately, this popularity has also led to misconceptions, stereotypes, and prejudices, fueled by the combination of one-dimensional, pathologizing, and stigmatizing narratives from various sources, including psychoanalysis. Nevertheless, recent gender studies have contributed to the development of a more affirmative perspective on gender differences, no longer considering them disorders but legitimate expressions of individual identity, shaped by culture and society. Building on these premises, this article aims to explore the intertwining of narratives that contribute to the formation of TGD identities. Through a psychoanalytic lens, this article explores the main narratives that, interwoven with different intrapsychic realities, developmental lines, and life circumstances, evolve into ‘psychoanalytic trans-narratives’. These narratives represent dynamic solutions TGD populations adopt to become individuals with an authentic and cohesive identity. Some of these narratives pertain to life contexts such as family, school, and healthcare, while others relate to common developmental stages, body narratives, and the diagnosis of gender dysphoria and the associated stereotypical narratives (‘being trans-enough’, ‘it gets better’ and ‘coming-out imperative’). Although each narrative is examined individually, they are intricately intertwined in a ‘narrative web’ or ‘master trans-narrative’. Within this framework, TGD people position themselves based on different variables, which are also the subject of this work.

Key words: gender; transgender; gender diverse; psychoanalysis; narrative web.

Introduction

In recent years, transgender identity and the transgender body have captured the postmodern cultural imagination like few other issues. This has led to a growing dissemination of narratives about the experiences of transgender and gender diverse (TGD) people¹, both domestically and interna-

*San Francisco State University, United States.

E-mail: andreacrapanzanophd@gmail.com

¹ The terminology ‘transgender and gender diverse people’ describes a wide range of identities that go beyond a binary, traditional view of gender based on the man/woman or

tionally. These narratives have permeated various facets of social life, including media, popular culture, the Internet, as well as the academic, health, and political spheres (Halberstam, 2018).

In the academic context, for example, a wide range of narratives have emerged, addressing issues such as gender differences, authenticity, sexuality, intimacy, community, paths to gender affirmation, as well as experiences of discrimination, abuse, and violence (Marques, 2020).

Nevertheless, increased visibility has not automatically resulted in the implementation of equality policies toward these populations. On the contrary, this popularity has led to the generation of various misconceptions, stereotypes, and prejudices, caused by ongoing efforts to fit the complex world of sexual minorities into narrow, one-dimensional, and oversimplified narratives. In fiction, for example, these communities are often depicted with negative and extreme emotional states, such as anger, sadness, melancholy. They are frequently described as disturbed, erratic, unstable, or even psychotic and violent (Keegan, 2013).

Negative interpretations of gender diversity stem from a combination of pathologizing and stigmatizing narratives from various sources, including psychoanalysis. In fact, classical psychoanalytic theories of child psychosexual development have traditionally focused on the importance of the Oedipus Complex, which involves children's acceptance of the sex assigned at birth and the associated gender roles through a process of identification with the same-sex parent. According to this theory, any deviation from this norm is considered an abnormality (Freud, 1923).

Therefore, it is not surprising that psychoanalysis has, for many years, pathologized sexual minorities by depicting them as narcissistic, immature, impulsive, obsessive, borderline, or schizoid. This perspective has led to the development of theoretical and clinical models aimed at 'repairing the gender of these *patients*' and 'converting' them, through reparative or conversion treatments, into a 'normal heterosexuality', considered the only possible psychosexual developmental outcome (Mitchell, 2002).

Yet recent changes in gender studies within the social sciences and humanities, including psychoanalysis, have created a space where the voices, body experiences, and subjectivities of TGD people can find greater expression (Stryker & Blackston, 2023).

Indeed, part of the psychoanalytic community has recently re-evaluated its approach toward TGD people, revisiting and updating pre-existing theories of sex, gender, and sexuality, and generating new contemporary theo-

male/female dichotomy. People who identify with these terms possess multiple gender identities and/or gender roles, which do not necessarily correspond to what is typically associated with the sex assigned to them at birth (APA, 2021).

ries termed ‘affirmative’. These theories share the idea that gender variations are not disorders and that gender is a construct constantly shaped by the individual and profoundly influenced by culture and society (Keo-Meier & Ehrensaft, 2018).

Erik Erikson’s study of the developmental stages of identity (1950 and 1968) had already highlighted how models of identity development cannot be confined solely to the individual aspects involved in this process. Instead, they need to also explore their interweaving with sociocultural aspects and the ongoing processes of ‘negotiation’ between individuals and their environment.

These changes have led to the understanding of gender identity development as a deeply relational experience that shapes internal patterns of self-representation and perceptions of others (Lev, 2013).

Reductionist and simplistic views of gender based solely on biology, which presuppose a ‘normal teleology’ in sexual and gender development and neglect the influences of external factors, such as ‘history,’ are thus overcome (Suchet, 2011). Susan McKenzie (2006) provides an example in her work, where she draws on Jung’s concept of the *collective unconscious*. The author views heterosexist norms as culturally produced ‘collective artefacts’, transmitted to each generation via collective memory and subject to historical and ideological shifts. Gender, as a collective artifact, lacks inherent essence and instead is defined by difference – the space between male, female, and other identities – and is ‘culturally conceived, interpersonally negotiated, and intrapsychically experienced’ (McKenzie, 2006, p. 49-50).

Furthermore, the unrealistic expectation that all members of a civilized society must adhere to heteronormative models centred on the heterosexual ideal has also been challenged. Every form of sexual development, whether typical or atypical, is now viewed as simultaneously representing a compromise formation, a symptom, a defence mechanism, an intertwining of different developmental lines, narcissistic compromises, object relations, and unconscious fantasies (Chodorow, 1992; Saketopoulou, 2015).

These gender identifications, in short, are no longer considered symptoms, but are seen, in the Lacanian tradition, as creative acts or *synthomé* – creative solutions which help the subject preserve their identity and externally express their internal gender experiences. Thus, the body modifications chosen by some TGD people are no longer interpreted as destructive behaviours (‘acting out’) but are recognized as integral to the psychological process of mediating between one’s internal world, one’s body, and the external world. This integration involves combining principles from psychoanalysis, sociology, and biology (Gherovici, 2017).

Building on these assumptions, this article aims to explore the multiple narratives that animate the identity development of TGD people, depicting

a nuanced picture that shapes the deep sense of self in these communities. Drawing on psychoanalytic theoretical principles, the article describes key narratives that, when woven into the different intrapsychic realities, developmental lines, and life circumstances of these populations, emerge as ‘psychoanalytic trans-narratives’. These narratives represent dynamic solutions adopted by members of these communities in their quest to achieve authenticity and coherence as individuals.

To this end, the main narratives affecting the development of these identities have been explored. Some of these narratives pertain to life contexts, such as family, school, community, and the healthcare system; others relate to developmental milestones common across different models of TGD identity formation; and yet others concern the intrapsychic world of these individuals, such as their own body experiences and fantasies. Given the pivotal role of the body in gender-affirming journeys, special emphasis has been placed on the narrative related to the diagnosis of gender dysphoria (or ‘malaise-based narrative’) and the associated stereotypical narratives, namely the narratives known as: ‘being trans-enough’, ‘it gets better’, and the ‘coming-out imperative’. Although these narratives are presented separately for clarity they are intertwined, forming a cohesive ‘narrative network’ or a ‘master trans-narrative’. Within this network, TGD people are positioned according to several variables, also examined in this paper.

Before delving into the detailed exploration of the different types of narratives mentioned above, it is crucial to clarify three foundational concepts. Firstly, a definition of the ‘concept of self’ is offered. In this context, this concept refers to an intricate combination of individual and social identities (self-narratives). Secondly, the ‘concept of gender’ is defined, here understood as a network that encompasses the interplay between biology, internal aspects of the individual, and sociocultural factors (gender narratives). Thirdly, the ‘concept of cisnormativity’, defined as the prevailing narrative that equates gender identity with the sex assigned at birth, is presented as an example of dominant narrative in the lives of the members of these communities (cisnormative narratives). These definitions establish a foundation for comprehending the diverse narratives discussed in this article in relation to TGD identity development.

Narratives of self as negotiation between personal and social identity

The concept of ‘Self’ comprises several identities, divided into ‘social identities’ and ‘personal identities.’ Social identities, imposed externally, define group membership, while personal identities uniquely characterize individuals and contribute to their self-image (*i.e.*, everything that distinguishes a person from their group membership) (Snow & Anderson, 1987).

Identity is thus seen as an ongoing process of negotiation between these

two different types of identities, personal and social. Individuals may choose to align themselves with or reject the identities imposed on them by society, learning to navigate them through processes of negotiation or outright rejection (Goffman, 1959).

The interaction between the individual and society highlights how opportunities within the surrounding context facilitate or constrain behaviour and influence the construction of personal identity. On the one hand, individuals struggle to feel part of their reference group or culture (desire for connection); on the other hand, they try to maintain their own unique and distinct identity (desire for differentiation). These conscious and unconscious dynamics give rise to various narratives people use to define not only their own identities but also those of others (McLean and Syed, 2015).

These premises are essential to understanding the personal and social narratives of TGD people. In fact, these narratives clearly illustrate the ongoing processes of negotiation these populations navigate as they strive to reconcile their personal narrative or self-image with the societal or cultural constraints imposed upon them.

Gender narratives as an intertwining of biology and socio-cultural aspects: the gender network

TGD people, like everyone else, create their identities by telling their stories, in other words, through ‘self-narration.’ These narratives show us new ways of talking about ourselves and, in that talking, we articulate and create new ways of being, novel forms of identity or new aspects of ourself (Plummer, 2010).

The personal stories of TGD people question the notion of what it means to ‘be’ in relation to gender and give us a glimpse into new ways of ‘experiencing’ gender. As Drabinski (2014) put it, *‘The narratives understand gender as no longer anchored in a core internal identity, but rather understand self-making as located in the narrative process itself. Although norms that explicitly demand an account of the ‘transgender self’ compel them, these narratives point away from stories as evidence of a stable gendered or transgendered self. Gender is instead produced by storytelling, where gender is the effect of narratives of the body and embodied practices instead of the ground of those narratives’* (pp. 322).

These narratives underscore how gender has transcended its traditional anchors in anatomy and biology, showing how it extends beyond those dimensions and draws from several other areas (Ehrensaft, 2018).

Although gender has always been conceived as a developmental process, ultimately it has often been ascribed a biologically predetermined endpoint that overlooks other important psychological dimensions

(Ehrensaft, 2021). This echoes Jacques Lacan's query, 'Is gender really non-conflictual [...] to the point of being a-critically presupposed from the very beginning?' (Laplanche, 2003, pp. 169). Dissociating gender from biological sex not only challenges the notion that sex and gender are equivalent, but also raises important questions about the predominant role attributed to biology in the psychic sphere (Saketopoulou, 2020).

Although gender is undoubtedly rooted in and built on biology, it extends far beyond this dimension, incorporating interwoven social and cultural aspects to form what can be described as a complex 'gender network'. This gender network is a dynamic entity that evolves over time through the individual's ongoing interactions with the external world, thereby influencing and shaping their gender identity and expressions (Ehrensaft, 2018; 2021).

Gender identity as an intertwining of dominant narratives and alternative narratives

Bradford and Syed (2019) adopted a 'Master Narrative Approach' (McLean and Syed, 2015) to describe how the process of developing TGD identities is characterized by the interplay between various *master narratives*, which represent dominant cultural histories, and *alternative narratives*, which constitute stories of resistance.

An examination of TGD people's experiences underscores the predominant role of 'cisnormativity' in shaping their identity pathways.

According to this master narrative, cisgender identities are the only ones considered 'normal' or 'standard' in both descriptive ('most people are cisgender') and prescriptive ('a person should be cisgender') terms. This narrative is widely held, rarely challenged, and based on biological essentialism. The latter is rooted on the belief that gender identity should coincide with the sex assigned at birth and that gender is determined by specific anatomical features (Bradford and Syed, 2019).

Since what is considered normal implicitly defines what is considered abnormal, the 'violation' of this narrative equates alternative expressions of identity with 'deviations' (McLean *et al.*, 2017).

The cisnormative narrative comprises various elements, including transphobic behaviours, perceptions of TGD people as dangerous or predatory, the sexualization of their bodies, and, finally, the belief that these populations are affected by mental disorders (McLean *et al.*, 2017).

It is crucial to understand how cisnormativity affects the developmental path of TGD identities and how individuals react to it. This generates several possible scenarios: some individuals resist cisnormativity by adopting alternative narratives, others accept it, while others draw strength from TGD communities, developing coping strategies (Bradford and Syed, 2019).

Narratives dependent on the context

In the literature, there are various models of TGD identity development which, despite their differences, share common stages. These typically include initial periods of uncertainty and anxiety about one's gender, followed by a progressive exploration of one's identities until the adoption of labels and modes of gender expression is experienced as authentic (Levitt and Ippolito, 2014).

Outlined below are some common experiences in TGD people's narratives during their gender-affirming process, categorized by context.

The family

The construction of our 'personal identity' – or the 'creation of a self-narrative' (Erikson, 1968) – begins in early childhood when children begin to develop the ability to create a personal narrative, the first draft of the 'autobiographical Self' or a sense of 'Self over time.'

Identity development reaches a pivotal point in adolescence, a period when the understanding of oneself becomes more complex, culminating in the ability to construct a personal life story, known as 'narrative identity' (McLean *et al.*, 2017).

For TGD people, self-narratives often (though not always) include early memories of gender-related experiences in the family environment and at school. These memories, which emerge during childhood and become more intense during puberty, reveal a discomfort (dysphoria) related to one's gender. This results, on the one hand, in a desire to behave according to one's preferred gender and to reject assigned gender norms, and on the other hand, in an effort to conform to heteronormative standards due to social and family pressures (Hines, 2010).

The development of gender identity, therefore, is deeply dependent on the environment, primarily the family. Indeed, depending on the context, it will be more or less easy for the child to use their 'gender creativity' to negotiate between internal factors (body, brain, and mind) and external factors (socialization, culture, school, family, *etc.*). Ideally, the child would have the freedom to express their 'True Gender Self'. However, in reality, they are often forced to suppress this authentic identity and display a 'False Gender Self' as a defensive strategy for self-preservation. This 'False Self' represents what others expect of them and is the result of assimilating gender behaviors considered appropriate (Winnicott, 1971; Hansbury, 2005; Ehrensaft, 2021).

The ability to mirror or not mirror early experiences of incongruence between the biological body and the subjective experience of gender, therefore, will depend on the surrounding environment and early attachment experiences with caregivers, as the latter can act as both a 'protective fac-

tor' and a 'risk factor' for the process itself. Indeed, during development, the child internalizes experiences of mirroring or non-mirroring as they explore their own gender in their maturing body. These experiences are processed into 'a conscious category in the mind, in a gendered position' (McKenzie, 2006, p. 413).

The failure of the primary objects, and subsequently the environment, to understand the discrepancy between the biological body and the subjective experience of gender can interfere with the process of 'self-cohesion' and deprive the individual of the feeling of being recognized as a 'visible subject' (Lemma, 2017; 2021).

This can lead to several consequences. Hansbury (2005), following a Kleinian perspective, explains how some TGD individuals experience a 'split within themselves between the Body Self, perceived as persecutor, and the Mental Self, perceived as good' (p. 23). Under the pressure of a social environment that does not accurately reflect their authentic gendered self, TGD people may reject their self, experiencing it as 'not-me,' 'not real,' or 'a shadow,' and instead prefer a 'good-me' or 'idealized self.' In these cases, the individual's True Gender Self is not only unrecognized, but is stifled, leading to the appearance of symptoms that, in the most extreme cases, may include suicidal attempts (Ehrensaft, 2021).

The school

In addition, these populations often report being subjected to insults, social isolation, bullying, and sometimes violence while growing up, especially at school. The result is pressure to hide or ignore one's true identity for protection. This discriminatory treatment hinders the ability to form authentic connections with others (Levitt & Ippolito, 2014). Saketopoulou (2014) introduces the concept of 'massive gender trauma' (p. 12) to describe the profound traumas that many TGD individuals experience during development. This trauma arises from the intersection of 'body dysphoria', the feeling that the body does not match the desired gender, and 'misgendering', the misrecognition of one's gender by others. These events share traumatic features such as dissociation, anxiety, and depression. The dynamic solutions that children may adopt to deal with these challenges, and the way the unconscious fantasies may be recruited in dealing with discontinuities between body and gender, may influence their personality and overall psychological functioning.

The community

TGD people often grow up with limited role models, making it difficult to express their authentic sense of gender (Levitt & Ippolito, 2014).

The availability of information about gender identity plays a crucial role in recognizing oneself as a TGD person and acting on this awareness (Hines, 2010).

The lack of role models leads these sexual minorities to obtain information through media, the Internet, and interactions with other TGD community members. Access to such sources of knowledge and contact with other individuals in these symbolic spaces provide a platform for self-expression and facilitate the construction of new gender identities experienced as more authentic. Being welcomed into inclusive communities provides a safe environment to explore different gender identities, address transphobia and traditional beauty stereotypes, and learn a common language (Marques, 2020).

The healthcare system

TGD communities describe their paths to gender affirmation as a complex journey in search of a balance between authenticity and practical considerations, such as safety, available resources, and legal constraints. These pathways often involve interactions with the healthcare system (Levitt and Ippolito, 2014).

The decision to embark on a gender-affirming journey is viewed as a profound act of aligning one's body with one's True Self, considering the risks, costs, and personal comfort. Consequently, there are several possible scenarios for gender affirmation, varying according to individual choices. Some people choose hormonal therapies and surgery, others prefer hormonal therapies alone. Yet some focus on external modifications such as clothing or makeup, while others make no modifications at all (Crapanzano *et al.*, 2021).

This variety of experiences demonstrates that there is no singular 'dominant trans narrative', but rather a series of 'minor, multiple, and complex narratives' (Halberstam, 2018, p. 43).

The narrative of the 'coming-out imperative'

Another stage, present in several models of TGD identity development and requiring a dedicated paragraph, involves the disclosure of one's sexual orientation and/or gender identity, known as 'coming-out' (Zimman, 2009).

The broad relevance of coming out led Rasmussen (2004) to coin the term 'coming-out imperative'. This process is considered a key tool by gay activists due to the potential benefits it may bring to both the individual and the community. However, the promotion of coming-out may unintentionally relegate those who choose to remain in the shadows to a kind of 'zone of shame and exclusion' (Rasmussen, 2004, p. 144). This may exacerbate the

marginalization experienced by individuals who do not feel safe enough to disclose their identity due to potential repercussions on personal and social aspects of their lives.

As a matter of fact, narratives of coming-out illustrate how this process is characterized by ‘multitemporality’ and ‘multispatiality.’ In other words, TGD people strategically decide when, where and to whom to reveal their identity, thus highlighting the highly relational and contextual nature of this process. Therefore, coming-out processes are influenced by a complex interplay of interconnected factors (spatial, material, relational, social, cultural, and historical) that shape people’s experiences and available options (Connell, 2012).

For example, some individuals may make different choices across various domains of their lives, including within the ‘private’ realms of family and friendships, ‘virtual’ and ‘face-to-face’ spaces, as well as ‘institutional’ environments related to work, education, and healthcare (Marques, 2020).

In addition, not all TGD people follow a ‘traditional’ narrative of coming out. Some may identify and disclose their identity at different stages of their lives. Older populations, for instance, influenced by work and family responsibilities, may choose to delay public disclosure of their gender identity (Zimman 2009).

Age and generational factors also play an important role in the coming out process. Indeed, unlike older generations, younger people, influenced by media and the Internet, have greater access to information related to gender diversity. As a result, they connect more easily and earlier with TGD communities, facilitating earlier connections (Hines, 2010).

Variations also exist within institutional and labor market environments. Some people are openly out in more accepting work settings, while others prefer to wait until a job change or relocate to more accepting urban areas to begin anew (Rasmussen, 2004).

Body narratives

Self-narratives, overall, serve as both collective and personal narratives used to present oneself to the public in the desired manner and to make sense of one’s life by addressing the fundamental question ‘Who am I?’ (Bjorklund, 2016, p. 89). Individuals structure the events of their lives by following a narrative format, typically with a central focus around which the entire story revolves (Baruah, 2016).

For TGD people, their narratives often revolve around their bodies thus manifesting as body narratives (Prosser, 1998). Since somatic modifications hold profound significance in their lives, these narratives often focus on these modifications, written within and projected beyond the body, explor-

ing the newfound mental freedoms gained through bodily transformations (Saketopoulou, 2014).

According to Baruah (2016), self-narratives among TGD individuals cultivate a ‘double consciousness’, indicating the divide between a culturally defined self and a self that transcends this definition. This dichotomy generates a sense of foreignness and perpetual navigation through ‘alien territories’. Given that physical transformations are a key element in the plot, the focus centers on the body, and the narrative is interwoven between mind and body. In this way, self-narratives become a means of coping with gender changes, losses of identities, and adaptation to newfound identities.

These body narratives challenge the psychoanalytic notion of a ‘natural’ body as the baseline from which subsequent deviations can be observed. Instead, they emphasized that the body is continually shaped from birth by its surroundings, through physical contact, voice, food, clothing, smells, and the influences of people all around us. This ongoing process spans different stages of development, involving interactions with family, school, culture, society, religion, politics, and other factors that gradually mold the child’s body (Lemma, 2021). For example, as Goldner (2011) states, ‘In the adolescent years, when families are eclipsed by celebrities and consumer products, gender is in free fall’ (p. 162).

As pointed out by Saketopoulou (2020), the introduction of the concept of ‘embodiment’ in psychoanalysis – which describes how the body, during the child’s development, becomes incorporated into the mind and vice versa – has been instrumental in transcending the limitations present in classical psychoanalytic theories.

This perspective moves beyond viewing the body merely as a container of the mind, as body and mind interact and influence each other. Our experiences shape the body just as the body shapes our experiences, once what is experienced at the bodily level is represented at the mental level through continuous projections and introjections (Lemma, 2021).

This process leads to the transformation of the body that a person possesses into the body that a person is (*i.e.*, the ‘personification of the body’; Winnicott, 1971).

This represents a point of arrival, the result of a journey which starts with the body, specifically with the very initial sensory, affective, preverbal, and pre-symbolic experiences of the child (Saketopoulou, 2020). As expressed by Freud (1923), the ego is first and foremost an ‘Body-Ego,’ and the child’s first self-representation is, precisely, corporeal, a mental projection of the surface of our body.

In TGD people, the process of embodiment is complex, as the search for a ‘home’ for the mind (Winnicott, 1965) represents not a recovery of something that has been lost, but finding a home that has never been known. When the body is experienced as unfamiliar or invaded by the ‘other,’ the

deepest unconscious fantasy is to reclaim one's own body, liberate the Self from the limiting boundaries of the body, and 'decolonize' the ego from the intrusions that inhabit the material flesh. This is achieved through a concrete body transformation, a re-writing of the body (Suchet, 2011).

The 'materiality' of TGD narratives is strongly linked to the notion that, for the members of these communities, 'corporeality constitutes the essence of subjectivity' (Prosser, 1998, p. 77). Therefore, to fully understand transgenerism, it is essential to consider the 'materiality of the body itself' (Prosser, 1998, p. 77) and the desire of TGD people to achieve a sexed embodiment, in other words a feeling of wholeness, completeness, and eroticism in their bodies.

As argued by Anzieu (1989), subjectivity hinges on the sensation of one's physical skin and 'the psychic investment of self within that skin' (Prosser, 1998, p. 73). Achieving genuine comfort with oneself, therefore, necessitates alignment between our mental body image and our actual physical body. Since this issue concerns the physical body, appropriate interventions should take place at that level, through surgical or hormonal interventions aiming at altering the flesh itself, rather than exclusively intervening at the psychological level on the body image (Suchet, 2011).

Narratives based on diagnosis of gender dysphoria

Analysis of the different narratives of TGD people interacting with healthcare institutions reveals the complexity of the barriers and obstacles these populations face in affirming their identity, especially when seeking specialized medical and surgical services (Crapanzano *et al.*, 2021).

In recent years, the role of medical-legal institutions in granting access to social recognition, such as legal name changes and medical interventions, including hormonal or surgical treatments, has been significant. Typically, accessing gender-affirming services requires obtaining an 'eligibility report' based on a psychiatric evaluation that confirms the presence of the diagnosis of gender dysphoria and the absence of significant comorbidities (Coleman *et al.*, 2022).

Recently, this approach has been widely criticized both by the scientific community and by the TGD communities themselves (Crapanzano & Mixon, 2022).

In the medical context, the complexity of these populations' personal experiences is often simplified and reduced to a specific externally prescribed affectivity: the transgender body is described as one that 'feels bad', as it is characterized by dysphoria (discomfort, dissatisfaction) (Keegan, 2013). In this way, gender variance is labeled as an emotional disorder, fueling the stigmatization of these populations (APA, Task force on psychological practice with sexual minority persons, 2021). As a result, this 'malaise-

based narrative' has become progressively entrenched in an effort to 'correct the difference' in TGD people, aiming to eradicate negative feelings associated with their corporeal identity (Keegan, 2013).

In such settings, maintaining consistency in the expression of gender identity is crucial for these populations, as narratives deemed inconsistent and unconvincing can lead to denial of care. Therefore, TGD individuals seeking health services for gender affirmation often need to negotiate between their own personal narratives and dominant narratives, once again (Garrison, 2018).

An example of a dominant narrative is the concept of 'transnormativity'. Transnormativity can be defined as a set of normative expectations that prescribe socially acceptable ways to express TGD identities (Riggs, 2019).

An example of a transnormative narrative is the 'expectation of medicalization', which assumes that all TGD people follow uniform paths of medical transition by means of hormonal and surgical therapies (Johnson, 2016).

Another cliché is the expectation that these populations have recognized their gender diversity since childhood (Saketopoulou, 2014).

A final example is the expectation of gender binarism, which involves the belief that there are only two genders and that TGD populations must adhere to this binary framework. This translates into the expectation that all TGD people, at the end of their gender-affirming journey, aspire to 'pass as the opposite sex' (passing) rather than their assigned sex at birth (Riggs, 2019).

This latter expectation underscores the social preference for binary identities, while nonbinary identities, which identify as neither men nor women, are considered less valid or legitimate than their binary counterparts (Crapanzano *et al.*, 2021).

Goldner (2011) pointed out that the 'binary gender regulation system' (p. 163) leads to a 'universal pathogenic situation' (p. 163) in that it induces individuals to develop an inauthentic Self that seeks to conform to the gender expectations imposed by society.

Forced gender conformity imposed on individuals can generate symptoms that are often overlooked. These symptoms include, on the one hand, the omnipotent narcissism of the phallic economy, defensive aggression, and hypersexualization, typical of a normative model of masculinity; on the other hand, there is the narcissistic trauma associated with considering femininity a second-rate sex, fragile pseudo-autonomy, depressive relationality and inhibition in acting and desire, typical of a normative model of femininity.

Below are reported three transnormative narratives that, given their relevance and profound influence on gender-affirming pathways, deserve dedicated space and are, therefore, described in detail.

The narrative of 'being trans-enough'

Traditional conceptions of gender legitimize some narratives, considered authentic, while ignoring others.

In Western culture, in fact, the concept of gender has been deeply embedded in our psyche as a foundational aspect - we need to know: boy or girl.

In the words of Susan McKenzie (2010), Jungian analyst and academic, 'Is it a boy or a girl? This is the primary question asked at the time of a child's birth. Along with the declaration of a child's sex comes a pre-printed operating manual that describes a model of how the child is to perform their gender externally, as well as a model containing assumptions about their internal functioning' (p. 92).

According to Sullivan (1956), 'the child must be educated to a complex social order long before the reason and common sense involved in the process can be digested, long before it becomes comprehensible, if ever it will' (p. 4).

It follows that gender assignment remains a critical element in gaining cultural understanding. Therefore, constructing cohesive and socially credible narratives strengthens our sense of authenticity of our 'True Gender Self', improving mental health and increasing self-esteem. Conversely, when our gender is not easily recognized by others, this undermines our sense of identity, authenticity and social status (Sutherland, 2023).

As a result, many TGD people experience anxieties about their ability to consistently express their gender experience over time and adopt narrative strategies to assert their authenticity, in other words to prove to themselves and others that they are 'being trans enough' (Garrison, 2018).

Narrative strategies that confer greater social legitimacy to these identities often involve engaging in medical transition and experiencing gender dysphoria. Those who opt for irreversible treatments, such as surgical and hormone therapies, demonstrate conviction and credibility since they provide concrete evidence that they are 'resolute' and that their identities 'are not a figment of their imagination', making them less subject to challenge. Conversely, those who choose not to pursue any path of gender affirmation understand the potential loss of a concrete route toward social legitimacy, authenticity, and belonging (Garrison, 2018).

Narratives considered 'legitimate' usually emphasize a childhood identification with the 'opposite sex', reinforcing binary gender distinctions and suggesting that these people are aware of the incongruence between their assigned sex and their gender identity from early childhood. Those who recognize their TGD identity at a later age, on the other hand, may be challenged or considered illegitimate both by society and the TGD community itself (Vincent, 2020).

The ‘*it gets better*’ narrative

The narrative ‘it gets better’, widely found in the media, claims that TGD individuals experience an improvement in their well-being and level of personal satisfaction as a result of their gender affirmation process. This narrative is based on the cultural assumption that individuals who choose to significantly ‘disrupt’ their lives to achieve the desired change are motivated by the expectation of happiness that such change will bring (Haimson, 2020).

However, these narratives may cause unwarranted emotional distress, as the cognitive strategy of imagining a better future may be associated with reduced emotional well-being (Toomey *et al.*, 2018).

In reality, while some individuals report improvement in their psychological well-being post-affirmation, others experience a worsening due to a variety of factors, including social and family exclusion, security threats, and other issues not strictly related to gender identity, such as family or work problems (Haimson, 2020).

This underscores the importance of considering the intricate interplay between identity aspects and multiple life circumstances, as well articulated in the concept of *intersectionality*. Intersectional theories are often used to complicate the ‘it gets better’ narrative (de Vries, 2012). Indeed, these components of identity are deeply interwoven with other aspects of identity, such as race, ethnicity, religion, sexuality, socioeconomic status, age, ability status, nationality, and immigrant status. Additionally, other life events and circumstances, such as separation, divorce, job loss, relocation, death in the family, and changes in friendship groups also impact individuals, not all of which are closely related to gender identity. Therefore, the path to gender affirmation does not represent a one-size-fits-all, universally positive path, or a comprehensive solution to all the challenges in an individual’s life, since being TGD constitutes only one aspect of their multifaceted identities (Haimson, 2020; Lindley *et al.*, 2021).

Narrative of being born in the wrong body

Another example of transnormativity is the ‘narrative of being born in the wrong body’. In addition to being employed in medical-legal contexts, as described above, this narrative is also sometimes adopted by TGD people themselves.

Some TGD individuals, in fact, struggle to reconcile the disconnect between their physical appearance and their gender identity, and may adopt the unconscious fantasy that their biological sex and body are not real and never were. This belief may emerge on a conscious level as a feeling of

being born in the wrong body, thus justifying the resulting feelings of injustice and resentment. Importantly, this narrative serves to avoid confronting two significant challenges: ‘temporality’ and ‘mourning’. Essentially, believing they were born in the wrong body allows TGD individuals to make sense of their gender without confronting the physical reality of their biological sex. By rejecting their biological sex, they sidestep the need to grapple with its temporal aspects and, consequently, there is no longer a need to grieve for something they perceive as never having existed (Saketopoulou, 2014).

The body is intrinsically linked to temporality in that it is mentally configured in a temporal way. The body represents a reminder of our connection with the parental couple from which we come, signifies the distinction between the time when our body ‘did not exist’ and the time when it came into being, thus marking generational differences. In this sense, the body recalls the reality testing, or the acceptance of continuity and change, and the need to tolerate that which changes and that which remains the same (Lemma, 2021).

For TGD people, temporality holds significant importance, since surgical and hormonal interventions, while providing a source of relief, do not completely eliminate pre-existing biological markers. Indeed, even after such interventions, a difference persists between the inner experience of gender and the body, as the latter still retains a history that can be consciously or unconsciously acknowledged or denied. Therefore, elaborating the story of one’s assigned body at birth and the affirmation path undertaken becomes essential for developing an integrated narrative of one’s own identity and life story (Lemma, 2016).

Creating an integrated life narrative involves crafting a ‘narrative arc’ that serves as an ‘integrative force’, bridging the past with the current self, thereby fostering a sense of coherence across time and space (McLean e Sayed 2015; McLean *et al.*, 2017).

Thus, a psychologically healthy transition depends on the ability to grieve the persistence, despite medical interventions, of elements reminiscent of the original body. Steiner (1992) defines grief as the feeling of loss that often accompanies the relinquishment of omnipotent control. For these populations, relinquishing omnipotent control aids in accepting the body as an imperfect project and in integrating their biological past into their new identity.

It is nevertheless important to note that accepting one’s body does not necessarily mean forgoing medical transition. The distinction between accepting the body and undertaking the medical transition is crucial and should guide the analytic approach: the individual must understand their biological body in order to decide whether to accept it, modify it, or let it go (Saketopoulou, 2020).

Conclusions

In this article, the wide array of narratives which influence the identity development process of TGD individuals in various ways, has been examined.

It should be emphasized that both the dominant and alternative narratives set forth in this paper constitute only a fraction of the multiple examples of narratives encountered and navigated by these communities over the course of their lives; therefore, this list is by no means exhaustive. In fact, the narrative network (*'master trans-narrative'*) that emerges in the course of these people's self-development comprises threads, visible and invisible, that are intertwined to form potentially infinite narratives.

The integrated approach of narrative and psychoanalytic frameworks (*'psychoanalytic trans-narratives'*) described in this paper emerges as a valuable tool for understanding the multiple ways in which inner experiences, developmental trajectories, and external circumstances are processed by TGD people during their identity development. This process occurs at both the conscious and unconscious level, contributing to the formation of different narratives, including possible body modifications, adopted by TGD individuals on their journey towards an authentic and cohesive identity.

Awareness on the part of the psychoanalyst (and the mental health professional more generally) of the intricate narrative networks outlined in this article can be helpful in avoiding the misunderstandings, stereotypes, and prejudices that arise from the tendency to reduce the rich fabric of sexual minority experiences to overly limited, one-dimensional, and oversimplified narratives. This awareness facilitates the creation of an environment in which the voices, body experiences, and subjectivities of TGD people can be welcomed and valued.

In this way, psychoanalysis can become a tool which empathetically and inclusively reflects the experiences of incongruence between the biological body and the gender identity of TGD clients, offering them the sense and experience of being truly understood and acknowledged.

The psychoanalyst - and other mental health professionals - often find themselves in the position of accompanying TGD individuals on their journey of gender affirmation. This journey is characterized by a process of negotiation between their personal and social narratives, as described in this article. It involves balancing the individual's narrative or personal identity with the restrictions imposed by the society or culture to which they belongs. In this context, the clinician's task is not to impose a personal vision or indicate a predefined path, but to understand and explore different narrative possibilities together with the patient. The goal is to identify, once a good working alliance has been established, the most meaningful and useful pathway to allow the authentic expression of the client's True Gender Self.

Indeed, the central goal of a psychoanalysis able to be affirmative of gender

diversity should be to foster an environment in which the client can explore their identity genuinely and non-judgmentally. This also means respecting the client's desire to reveal or keep their gender identity confidential.

Furthermore, affirmative psychoanalysis should aim to restore the cohesion of these individuals' Selves through acceptance and empathy. This process promotes the reestablishment of relational integrity, enabling the client to develop more fulfilling and authentic relationships with others and with themselves.

The framework presented in this article highlights a crucial aspect of the narrative networks that inform TGD identities: the central role of the body and associated body narratives. This is particularly relevant given that one of the most significant challenges faced by psychoanalysis concerns understanding the desire of some TGD people to undergo surgery to modify their bodies. A critical analysis of traditional psychoanalytic theories related to gender has paved the way for a deeper and more inclusive understanding of the bodies of these populations, considering surgery as a possible form of therapy. Therefore, psychoanalysis and surgery should not be perceived as mutually exclusive processes. On the contrary, they should be seen as complementary since both aim to support the well-being and authenticity of these populations on their journey of self-exploration and affirmation.

Indeed, for these populations, body affirmation represents a process of achieving a more authentic embodiment that aligns with their subjective experience of gender and the complexity of their identity. These body changes not only enhance overall well-being, but also increase life satisfaction. In addition, body modifications significantly contribute to reducing anxiety and other symptoms associated with the stress of belonging to a sexual minority.

The investigation of 'psychoanalytic trans-narratives' conducted above highlights how, on the journey to constructing the narrative of the Self, as well as during the analytic journey of TGD people, change involves both 'the inner' and 'the outer', in short, the psychological and physical worlds. For these populations, changing the body is essential to transforming the psyche, as the body itself must change in order for the inner experience of gender to be reinterpreted in a more congruent way. It is important, therefore, to recognize that inner understanding (psychoanalysis based on the analysis of conflicts) does not always resolve body discomfort. In other words, body modifications do not exclude the exploration of gender identity through analysis, and vice versa. If analysts do not fully acknowledge the importance of the body in the identity development process of TGD people, the body and TGD identities risk being overlooked or denied, thereby replicating the painful experience of invisibility and denial that these communities too often endure in society.

In conclusion, adopting the framework provided by the 'trans-analytical

narratives' described here may facilitate a paradigm shift in our understanding of gender. Rather than viewing the concept of 'trans' as another fixed position within the gender spectrum, as a supposed 'third sex,' it would be more useful to construe it as a position that interprets gender as an evolving narrative process, a gerund (Goldner, 2011) rather than a static concept or a defined category. In this sense, the prefix 'trans,' with its wide range of meanings, represents the only term that can fully capture this complexity, reflecting the constant state of change and becoming inherent in TGD people's narratives, rather than a static and finite concept.

REFERENCES

- APA Task force on psychological Practice with sexual minority persons (2021). Guidelines for psychological practice with sexual minority persons. *American Psychological Association*.
- Anzieu, D., Trans Turner, C. (1989). *The skin ego*. Yale University Press.
- Baruah, P. (2016). Body Narratives: The Case of Transgender. *Pratidhwani the Echo*, 5(1), 46-51.
- Bjorklund, D. (2000). *Interpreting the self: two hundred years of American autobiography*. University of Chicago Press.
- Bradford, N.J., Syed, M. (2019). Transnormativity and transgender identity development: A master narrative approach. *Sex Roles*, 81(5-6), 306-325.
- Chodorow, N.J. (1992). Heterosexuality as a Compromise Formation: Reflections on the Psychoanalytic Theory of Sexual Development. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 15(3):267-304.
- Coleman, E., Radix, A.E., Bouman, W.P., Brown, G.R., De Vries, A.L., Deutsch, M.B., ..., Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(1), S1-S259.
- Connell, R. (2012). Transsexual women and feminist thought: toward new understanding and new politics. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 37(4): 857-881.
- Crapanzano, A., Carpiello, B., Pinna, F. (2021). Approccio alla persona con disforia di genere: dal modello psichiatrico italiano al modello emergente basato sul consenso informato. *Rivista di Psichiatria*, 56(2), 120-128.
- Crapanzano, A., Mixon, L. (2022). The state of affirmative mental health care for Transgender and Gender Non-Confirming people: an analysis of current research, debates, and standards of care. *Rivista di Psichiatria*, 57(1), 44-54.
- de Vries, K.M. (2012). Intersectional identities and conceptions of the self: The experience of transgender people. *Symbolic Interaction*, 35(1), 49-67.
- Drabinski, K. (2014). Incarnate possibilities: female to male transgender narratives and the making of self. *Journal of Narrative Theory*, 44(2), 304-329.
- Ehrensaft, D. (2018). What's your gender? Developmental perspectives in child psychoanalysis and psychotherapy. Routledge, pp. 241-262.
- Ehrensaft, D. (2021). Psychoanalysis meets transgender children: The best of times and the worst of times. *Psychoanalytic Perspectives*, 18(1), 68-91.
- Erikson, E.H. (1950). *Childhood and society*. New York, NY: WW Norton & Co.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity, youth, and crisis*. New York: WW Norton & Co.
- Freud, S. (1923). The ego and the id. *SE*, 19, 29-77.
- Garrison, S. (2018). On the limits of 'trans enough': Authenticating trans identity narratives. *Gender & Society*, 32(5), 613-637.

- Gherovici, P. (2017). Depathologizing trans: From symptom to sinhome. *Transgender Studies Quarterly*, 4(3-4), 534-555.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Garden City, NY: Doubleday.
- Goldner, V. (2011). Trans: Gender in free fall. *Psychoanalytic Dialogues*, 21(2), 159-171.
- Haimson, O.L. (2020). Challenging 'getting better' social media narratives with intersectional transgender lived experiences. *Social Media+ Society*, 6(1).
- Halberstam, J. (2018). *Trans: A Quick and Quirky Account of Gender Variability*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Hansbury, G. (2005). The middlemen: An introduction to transmasculine identities. *Studies in Gender and Sexuality*, 6, 241-264.
- Hines, S. (2010). Queerly Situated? Exploring Negotiations of Trans Queer Subjectivities at Work and within Community Spaces in the UK. *Gender, Place & Culture*, 17(5): 597-613.
- Keegan, C.M. (2013). Moving bodies: Sympathetic migrations in transgender narrativity. *Genders*, (57).
- Keo-Meier, C.E., Ehrensaft, D.E. (2018). The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children. *American Psychological Association*, pp. xii-226.
- Johnson, A.H. (2016). Transnormativity: A new concept and its validation through documentary film about transgender men. *Sociological inquiry*, 86(4), 465-491.
- Laplanche, J. (2003). Le genre, le sexe, le sexual. In: *Sexual. La sexualité élargie au sens freudien, 2000-2006*. Paris: PUF, 2007, pp. 154-174 (tr. it.: Il genere, il sesso, il sessuale. In: *Sexuale: la sessualità allargata nel senso freudiano, 2000-2006*. La Biblioteca, 2007, Mimesis, 2019, pp. 147-186.)
- Lemma, A. (2016). Present without past: the disruption of temporal integration in a case of Transsexuality. *Psychoanalytic Inquiry*, 36(5), 360-370.
- Lemma, A. (2021). *Transgender identities: a contemporary introduction*. Routledge.
- Lev, A.I. (2013). *Transgender emergence: therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Routledge.
- Levitt, H.M., Ippolito, M.R. (2014). Being transgender: The experience of transgender identity development. *Journal of homosexuality*, 61(12): 1727-1758.
- Lindley, L.M., Nagoshi, J.L., Nagoshi, C.T., Hess III, R., Boscia, A. (2021). An eco-developmental framework on the intersectionality of gender and sexual identities in transgender individuals. *Psychology & Sexuality*, 12(3): 261-278.
- Marques, A.C. (2020). Telling stories; telling transgender coming out stories from the UK and Portugal. *Gender, Place & Culture*, 27(9): 1287-1307.
- McKenzie, S. (2006). Queering Gender: Anima/Animus and the Paradigm of Emergence. *Journal of Analytical Psychology*, 51(3): 401-421.
- McKenzie, S. (2010). Genders and Sexualities in Individuation: Theoretical and Clinical Explorations. *Journal of Analytical Psychology*, 55(1): 91-111.
- McLean, K.C., Syed, M. (2015). Personal, master, and alternative narratives: An integrative framework for understanding identity development in context. *Human Development*, 58(6), 318-349.
- McLean, K.C., Lilgendahl, J.P., Fordham, C., Alpert, E., Marsden, E., Szymanowski, K., ..., McAdams, D. (2017). Identity development in cultural context: The role of deviating from master narratives. *Journal of Personality*, 86(4): 1-20.
- Mitchell, S.A. (2002) The Psychoanalytic Treatment of Homosexuality Some Technical Considerations. *Studies in Gender and Sexuality*, 3(1): 23-59.
- Plummer, K. (2010). Generational Sexualities, Subterranean Traditions, and the Hauntings of the Sexual World: Some Preliminary Remarks. *Symbolic Interaction*. 33(2): 163-190.
- Prosser, J. (1998). *Second skins: The body narratives of transsexuality*. Columbia University Press.

- Rasmussen, M.L. (2004). The problem of coming out. *Theory Into Practice* 43: 144-150.
- Riggs, D.W., Pearce, R., Pfeffer, C.A., Hines, S., White, F., Ruspini, E. (2019). Transnormativity in the psy disciplines: Constructing pathology in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and Standards of Care. *American Psychologist*, 74(8), 912.
- Saketopoulou, A. (2014). Mourning the body as bedrock: Developmental considerations in treating transsexual patients analytically. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 62(5), 773-806 (trad. it.: Il lutto del corpo come 'roccia basilare' nel trattamento psicoanalitico di transessuali. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2015, 49(1): 7-36).
- Saketopoulou, A. (2015). 'This compromise formation that is gender: Countertransferential difficulties in work with transgender analyzands'. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 62(5), 773-806.
- Saketopoulou, A. (2020) Thinking psychoanalytically, thinking better: Reflections on transgender. *The International Journal of Psychoanalysis*, 101(5): 1019-1030.
- Snow, D.A., Anderson, L. (1987). Identity work among the homeless: the verbal construction and avowal of personal identities. *American Journal of Sociology* 92(6):1336-1371.
- Steiner, J. (1992). The equilibrium between the paranoid-schizoid and the depressive positions. In: *Clinical Lectures on Klein and Bion*, (ed.) R. Anderson. Routledge, pp. 46-58.
- Sutherland, D.K. (2023). 'Trans Enough': Examining the Boundaries of Transgender-Identity Membership. *Social Problems*, 70(1), 71-86.
- Stryker, S., Blackston, D.M. (eds.). (2023). *The transgender studies reader remix*. Routledge.
- Suchet, M. (2011). Crossing over. *Psychoanalytic Dialogues* 21:172-191.
- Sullivan, H.S. (1956). *Clinical Studies in Psychiatry*. Norton.
- Toomey, R.B., Ryan, C., Diaz, R.M., Russell, S.T. (2018). Coping with sexual orientation-related minority stress. *Journal of Homosexuality*, 65, 484-500.
- Vincent, B. (2020). 'Not trans enough': the relationship between non-binary gender identities, uncertainty and legitimacy. In: *Non-Binary Genders*. Policy Press, pp. 73-100.
- Winnicott, D. (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. International Universities Press.
- Winnicott, D. (1971). *Playing and Reality*. Routledge.
- Zimman, L. (2009). 'The other kind of coming out': Transgender people and the coming out narrative genre. *Gender & Language*, 3(1).

Conflict of interests: the author declares no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 22 March 2024.

Accepted: 23 June 2024.

Editor's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, editors and reviewers, or any third party mentioned. Any materials (and their original source) used to support the authors' opinions are not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2024
Licensee PAGEPress, Italy
Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:900
doi:10.4081/rp.2024.900

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Trans-narrative psicoanalitiche

Andrea Crapanzano*

SOMMARIO. – Negli ultimi anni, il tema della diversità di genere ha acquisito una sempre maggiore visibilità, promuovendo la diffusione di narrazioni riguardanti le persone *transgender* e di genere diverso (TGD). Purtroppo, questa popolarità ha anche generato misconcezioni, stereotipi e pregiudizi, alimentati dalla combinazione di narrative unidimensionali, patologizzanti e stigmatizzanti provenienti da varie fonti, compresa la psicoanalisi. Tuttavia, recenti studi di genere hanno portato allo sviluppo di una prospettiva più affermativa delle variazioni di genere non considerandole più disturbi, ma espressioni legittime dell'identità individuale, plasmate dalla cultura e dalla società. A partire da tali premesse, questo articolo si propone di esplorare l'intreccio delle narrazioni che contribuiscono alla formazione delle identità TGD. Attraverso una lente psicoanalitica, vengono descritte le narrazioni principali che, intrecciandosi con le diverse realtà intrapsichiche, linee evolutive e circostanze di vita, si trasformano in 'trans-narrative psicoanalitiche', ovvero in soluzioni narrative e dinamiche che le persone appartenenti a queste popolazioni adottano per cercare di diventare un soggetto autentico e coeso. Alcune di queste narrative riguardano i contesti di vita (famiglia, scuola, sistema sanitario, ecc.), altre tappe evolutive comuni, altre le narrazioni corporee, altre ancora la diagnosi di disforia di genere e le narrazioni stereotipiche associate ('*being trans-enough*', '*it gets better*' e 'imperativo del *coming-out*'). Sebbene analizzate separatamente, queste narrazioni si intrecciano in una rete narrativa, o '*master trans-narrative*', all'interno della quale le persone TGD si posizionano in base a diverse variabili, anch'esse oggetto di questo lavoro.

Parole chiave: genere; *transgender*; genere diverso; psicoanalisi; rete narrativa.

Introduzione

Negli ultimi anni, l'identità e il corpo *transgender* sembrano aver catturato l'immaginario culturale postmoderno come poche altre tematiche. Questo ha portato a una crescente diffusione, sia a livello nazionale che internazionale, di narrazioni riguardanti le esperienze delle persone *transgender* e di genere diverso (TGD)¹, permeando varie sfaccettature della

*San Francisco State University, United States.

E-mail: andreacrapanzanophd@gmail.com

¹ La terminologia 'persone transgender e di genere diverso' descrive una vasta gamma di identità che vanno oltre una visione binaria e tradizionale del genere, basata sulla

vita sociale, compresi i media, la cultura popolare, Internet, nonché il mondo accademico, della salute e della politica (Halberstam, 2018).

Nel contesto accademico, ad esempio, è comparso un ampio ventaglio di narrazioni che affrontano tematiche quali differenze di genere, autenticità, sessualità, intimità, comunità, percorsi di affermazione di genere, oltre a esperienze di discriminazione, abuso e violenza (Marques, 2020).

Tuttavia, l'aumento di visibilità non ha automaticamente comportato l'implementazione di politiche di uguaglianza nei confronti di queste popolazioni. Al contrario, questa popolarità ha portato alla generazione di varie misconcezioni, stereotipi e pregiudizi, causati dai continui sforzi volti a adattare il complesso mondo delle minoranze sessuali in narrazioni strette, unidimensionali ed eccessivamente semplificate. Nel mondo della fiction, ad esempio, queste comunità sono spesso rappresentate con stati affettivi negativi ed estremi, quali rabbia, tristezza, malinconia e descritte come disturbate, erratiche, instabili, o persino psicotiche e violente (Keegan, 2013).

Le interpretazioni negative delle diversità di genere derivano dalla combinazione di narrative patologizzanti e stigmatizzanti provenienti da varie fonti, compresa la psicoanalisi. Infatti, le teorie psicoanalitiche classiche sullo sviluppo psicosessuale del bambino si sono tradizionalmente focalizzate sull'importanza del Complesso d'Edipo, ovvero sull'accettazione da parte dei bambini del sesso assegnato alla nascita e dei ruoli di genere associati ad esso, tramite un processo di identificazione con il genitore dello stesso sesso. Secondo tale teoria, qualsiasi deviazione da questa norma viene considerata un'anomalia (Freud, 1923).

Pertanto, non sorprende che la psicoanalisi abbia, per molti anni, patologizzato le minoranze sessuali dipingendole come narcisiste, immature, impulsive, ossessive, borderline o schizoidi. Ciò ha portato allo sviluppo di modelli teorici e clinici per 'riparare il genere' di questi pazienti e 'convertirli', attraverso trattamenti riparativi o di conversione, in una 'normale eterosessualità' considerata l'unico esito di sviluppo psicosessuale possibile (Mitchell, 2002).

Tuttavia, recenti cambiamenti negli studi di genere all'interno delle scienze sociali e umanistiche, inclusa la psicoanalisi, hanno creato uno spazio in cui le voci, le esperienze corporee e le soggettività delle persone TGD possono trovare maggiore espressione (Stryker e Blackston, 2023).

Recentemente, infatti, parte del mondo psicoanalitico ha rivalutato il proprio approccio verso le persone TGD, rivisitando e aggiornando teorie preesistenti su sesso, genere e sessualità e generando nuove teorie contem-

dicotomia uomo/donna o maschile/femminile. Le persone che si identificano con questi termini possiedono molteplici identità di genere e/o ruoli di genere, che non corrispondono necessariamente a ciò che è tipicamente associato al sesso loro assegnato alla nascita (APA, 2021).

poranee definite ‘affermative’ delle identità di genere. Queste teorie condividono l’idea che le variazioni di genere non siano disturbi e che il genere sia un costrutto costantemente modellato individualmente ed influenzato profondamente dalla cultura e dalla società di appartenenza (Keo-Meier e Ehrensaft, 2018).

Lo studio condotto da Erik Erikson sulle fasi di sviluppo dell’identità (1950 e 1968) aveva già messo in luce come i modelli di sviluppo identitario non possano essere confinati esclusivamente agli aspetti individuali coinvolti in questo processo, ma debbano anche esplorare il loro intreccio con gli aspetti socioculturali e i continui processi di ‘negoiazione’ tra gli individui e il loro ambiente di appartenenza.

Questi cambiamenti hanno portato a considerare lo sviluppo dell’identità di genere come un’esperienza profondamente relazionale che plasma i modelli interni di rappresentazione di sé e degli altri (Lev, 2013).

Vengono così superate visioni riduzionistiche e semplicistiche del genere basate sulla biologia che presuppongono una ‘normale teleologia’ nello sviluppo sessuale e di genere e non considerano gli influssi di fattori esterni, come la ‘storia’ (Suchet, 2011). Un esempio è il lavoro di Susan McKenzie (2006) che prende in prestito il concetto di inconscio collettivo di Jung. L’autrice considera le norme eterosessiste come degli ‘artefatti collettivi’ prodotti a livello culturale, trasmessi a ogni generazione attraverso la memoria collettiva e soggetti a cambiamenti storici e ideologici. In quanto artefatto collettivo, il genere non ha essenza, ma è piuttosto definito dalla differenza: lo spazio tra maschile, femminile, e qualcos’altro, ed è ‘concetto culturalmente, negoziato interpersonalmente e sperimentato intrapsichicamente’ (McKenzie, 2006, p. 49-50).

Inoltre, l’aspettativa irrealistica secondo cui tutti i membri di una società civilizzata debbano aderire a modelli eteronormativi centrati sull’ideale eterosessuale è stata anch’essa messa in discussione. Ogni sviluppo sessuale, tipico o atipico, viene ora considerato come rappresentante al tempo stesso una formazione di compromesso, un sintomo, una difesa, un intreccio di diverse linee evolutive, di compromessi narcisistici, di relazioni oggettuali e di fantasie inconscie (Chodorow, 1992; Saketopoulou, 2015).

Queste identificazioni di genere, in sintesi, non sono più considerate sintomi, ma sono viste, secondo la tradizione lacaniana, come atti creativi o *sinthomé*, ovvero come soluzioni creative che aiutano il soggetto a preservare la propria identità e ad esprimere esternamente la propria esperienza di genere interna. In tal modo, le modificazioni corporee che alcune persone TGD scelgono di affrontare non sono più interpretate come comportamenti distruttivi (*‘acting out’*), ma costituiscono una parte essenziale del lavoro psicologico individuale necessario per mediare tra il proprio mondo interno, il proprio corpo e il mondo esterno, integrando principi psicoanalitici, sociologici e biologici (Gherovici, 2017).

Partendo da tali presupposti, questo articolo si prefigge di esplorare le molteplici narrazioni che animano lo sviluppo identitario delle persone TGD, dipingendo un quadro ricco di sfumature che plasmano il senso profondo del Sé in queste comunità. Attraverso l'impiego di principi teorici psicoanalitici, vengono descritte alcune delle narrazioni principali che, intrecciandosi con le diverse realtà intrapsichiche, linee evolutive e circostanze di vita di queste persone, si trasformano in vere e proprie *'trans-narrative psicoanalitiche'* ovvero in soluzioni narrative e dinamiche che le persone appartenenti a queste popolazioni adottano per cercare di diventare un soggetto autentico e coeso.

A tale scopo, si esploreranno le principali narrazioni che influenzano lo sviluppo di queste identità. Alcune di queste narrative riguardano i contesti di vita, come la famiglia, la scuola, la comunità e il sistema sanitario, altre le tappe evolutive comuni in molti modelli di sviluppo delle identità TGD, altre ancora il mondo intrapsichico di queste persone, come ad esempio quelle riguardanti i propri vissuti e le proprie fantasie corporee. Considerata la centralità del corpo nei percorsi di affermazione del genere, un'enfasi particolare verrà data alla narrazione legata alla diagnosi di disforia di genere (o *'narrazione basata sul malessere'*) e alle narrazioni stereotipiche associate, ovvero le narrative note come: *'being trans-enough'*, *'it gets better'* e l'imperativo del *'coming-out'*. Sebbene vengano presentate separatamente per chiarezza espositiva, queste narrazioni si intrecciano, formando una rete narrativa, o una sorta di *'master trans-narrative'*, all'interno della quale le persone TGD si posizionano in base a diverse variabili, anch'esse esaminate in questo lavoro.

Prima di esplorare nel dettaglio le diverse tipologie narrative, è essenziale chiarire tre punti fondamentali al fine di comprendere le diverse narrazioni trattate nel corso dell'articolo. In primo luogo, viene offerta una definizione del *'concetto di Sé'*, che in questo contesto si riferisce alla combinazione intricata tra identità individuali e identità sociali (narrative di sé). In secondo luogo, viene definito il *'concetto di genere'*, qui inteso come una rete che comprende l'interazione tra biologia, aspetti interni della persona e fattori socioculturali (narrative di genere). In terzo luogo, viene definito il concetto di *'cisnormatività'* (equivalenza fra identità di genere e sesso assegnato alla nascita) come esempio di narrativa dominante nella vita delle persone TGD (narrative cisnormative).

Narrative di sé come negoziazione tra identità personale e sociale

Il concetto di Sé si compone di diverse identità, divise in *'identità sociali'* e *'identità personali'*. Le prime, imposte dall'esterno, definiscono l'appartenenza a un gruppo, mentre le seconde caratterizzano l'individuo in modo

unico e contribuiscono all'immagine personale, ovvero tutto ciò che distingue una persona dal suo gruppo di appartenenza (Snow e Anderson, 1987).

L'identità è considerata quindi un processo continuo di negoziazione tra queste due diverse tipologie di identità, personale e sociale. Gli individui possono scegliere di allinearsi o meno alle identità imposte loro dalla società, imparando a gestirle attraverso processi di negoziazione oppure rifiutandole (Goffman, 1959).

L'interazione tra individuo e società evidenzia come le opportunità presenti nel contesto circostante limitino o facilitino il comportamento e la costruzione dell'identità personale. Da un lato, gli individui lottano per sentirsi parte del gruppo o della cultura di riferimento (desiderio di connessione); dall'altro cercano di mantenere una loro identità unica e distinta (desiderio di differenziazione). Queste dinamiche, cosce ed inconscie, generano diverse narrazioni che le persone utilizzano per definire sia la propria identità sia quella degli altri (McLean e Syed, 2015).

Queste premesse sono essenziali per comprendere le narrazioni personali e sociali delle persone TGD. Infatti, tali narrazioni evidenziano chiaramente i continui processi di negoziazione che queste persone affrontano nel bilanciare la propria narrativa individuale o immagine personale con le restrizioni imposte loro dalla società o dalla cultura di appartenenza.

Narrative di genere come intreccio tra biologia e aspetti socio-culturali: la rete di genere

Le persone TGD, come tutti d'altronde, creano la propria identità raccontando la propria storia, ovvero attraverso l'"auto-narrazione". Queste narrazioni ci mostrano nuovi modi di parlare di noi stessi e, in quel parlare, articoliamo e creiamo nuovi modi di essere, nuove forme di identità o nuovi aspetti del nostro Sé (Plummer, 2010).

Le storie personali delle persone TGD mettono in discussione cosa significhi 'essere' in relazione al genere e ci danno uno sguardo su nuovi modi di 'vivere' il genere. Come ha affermato Drabinski (2014): *‘Queste narrazioni comprendono il genere come qualcosa che non è più ancorato in un’identità interna fondamentale, ma piuttosto comprendono la creazione di sé come situata nel processo narrativo stesso. Sebbene le norme che richiedono esplicitamente un resoconto del Sé delle persone transgender le limitino, queste narrazioni si allontanano dall’idea che le storie rappresentino la prova dell’esistenza di un Sé di genere o transgender stabile. Il genere è piuttosto prodotto dalla narrazione, vale a dire che il genere è l’effetto delle narrazioni del corpo e dei processi di incarnazione del corpo invece che il fondamento di tali narrazioni’* (p. 322).

Queste narrazioni evidenziano come il genere si sia liberato dall'anco-

raggio all'anatomia e alla biologia, mostrando come si estenda oltre tali dimensioni e attinga da diverse altre aree (Ehrensaft, 2018).

Sebbene il genere sia stato sempre concepito come un processo evolutivo, in definitiva gli è sempre stato attribuito un esito finale biologicamente predeterminato, che non tiene conto della vita psichica (Ehrensaft, 2021). Questo richiama il pensiero di Jacques Lacan quando pose la domanda: 'Il genere è realmente non conflittuale [...] al punto da essere presupposto acriticamente fin dall'inizio?' (Laplanche, 2003, p. 169). Disancorare il genere dal sesso biologico non solo mette in discussione l'idea che sesso e genere siano equivalenti, ma solleva anche interrogativi importanti riguardo al ruolo predominante attribuito alla biologia nella sfera psichica (Saketopoulou, 2020).

Nonostante il genere abbia indubbiamente radici nella biologia e sia costruito su di essa, si estende ben oltre questa dimensione, incorporando una molteplicità di altri fattori, tra i quali aspetti sociali e culturali che si intrecciano dando vita ad una 'rete di genere' complessa. La rete di genere è un'entità dinamica che evolve nel tempo attraverso le interazioni continue dell'individuo con il mondo esterno, influenzando così la sua identità e le sue espressioni di genere (Ehrensaft, 2018; 2021).

Identità di genere come intreccio di narrazioni dominanti e narrazioni alternative

Bradford e Syed (2019) hanno adottato un '*Master Narrative Approach*' (McLean e Syed, 2015) per descrivere come il processo di sviluppo delle identità TGD sia caratterizzato dall'interazione tra varie narrazioni principali, che rappresentano storie culturali dominanti e narrazioni alternative, che costituiscono storie di resistenza.

L'esame delle esperienze delle persone TGD sottolinea il ruolo predominante della cisnormatività nel plasmare il loro percorso identitario.

Secondo questa narrativa principale, le identità *cisgender* sono le sole ad essere considerate 'normali' o 'standard' sia in termini descrittivi ('la maggioranza delle persone è *cisgender*') che prescrittivi ('una persona dovrebbe essere *cisgender*'). Questa narrazione è ampiamente diffusa, raramente messa in discussione e basata sull'essenzialismo biologico. Quest'ultimo si fonda sulla convinzione che l'identità di genere debba coincidere con il sesso assegnato alla nascita e che il genere sia determinato da specifiche caratteristiche anatomiche (Bradford e Syed, 2019).

Poiché ciò che è considerato normale definisce, implicitamente, ciò che è considerato anormale, la 'violazione' di questa narrazione equipara espressioni alternative dell'identità a delle 'deviazioni' (McLean *et al.*, 2017).

Gli elementi della narrativa cisnormativa sono diversi e includono comportamenti transfobici, la percezione delle persone TGD come pericolose o

predatorie, la sessualizzazione dei loro corpi e, infine, la convinzione che queste popolazioni siano affette da disturbi mentali (McLean *et al.*, 2017).

È cruciale comprendere come la cisonormatività influenzi il percorso di sviluppo delle identità TGD e come queste persone reagiscano ad essa. Questo genera diversi scenari possibili: alcuni resistono adottando narrazioni alternative, altri la accettano, mentre altri ancora traggono forza dalle comunità TGD, sviluppando strategie di *coping* (Bradford e Syed, 2019).

Narrative dipendenti dal contesto

In letteratura, vi sono vari modelli di sviluppo delle identità TGD che, nonostante le loro differenze, condividono delle tappe comuni. Queste includono periodi iniziali di incertezza e ansia rispetto al proprio genere, seguiti da un'esplorazione progressiva delle proprie identità fino all'adozione di etichette e modalità di espressione del genere vissute come autentiche (Levitt e Ippolito, 2014).

Di seguito, sono delineate alcune esperienze comuni nelle narrazioni delle persone TGD durante il processo di affermazione di genere, suddivise per contesto.

La famiglia

La costruzione della nostra 'identità personale' – o la 'creazione di una narrativa di sé' (Erikson, 1968) – inizia già durante la prima infanzia quando i bambini iniziano a sviluppare l'abilità di creare una narrazione personale, prima bozza del 'Sé autobiografico' o di un senso di 'Sé nel tempo'.

Lo sviluppo dell'identità raggiunge un punto cruciale in adolescenza, periodo nel quale la comprensione del proprio Sé diventa più complessa, culminando nella capacità di costruire una storia di vita personale ('identità narrativa') (McLean *et al.*, 2017).

Nel caso delle persone TGD, le narrative di sé spesso (non sempre) includono ricordi precoci di esperienze legate al genere nella sfera familiare e nella scuola. Questi ricordi, che emergono durante l'infanzia e diventano più intensi durante la pubertà, rivelano un disagio (disforia) legato al proprio genere. Ciò si traduce, da un lato, nel desiderio di comportarsi secondo il genere preferito e di respingere le norme di genere assegnate, e dall'altro nello sforzo di conformarsi a standard eteronormativi a seguito di pressioni sociali e familiari (Hines, 2010).

Lo sviluppo dell'identità di genere, quindi, dipende profondamente dall'ambiente, in primo luogo dalla famiglia. A seconda del contesto di appartenenza, infatti, sarà più o meno facile per il bambino utilizzare la propria 'creatività di genere' per negoziare tra fattori interni (corpo, cervello e

mente) e fattori esterni (socializzazione, cultura, scuola, famiglia, ecc). Idealmente, il bambino avrà la libertà di esprimere il proprio ‘Vero Sé di Genere’, ma, nella realtà, è spesso costretto a sopprimere questa identità autentica e mostrare un ‘Falso Sé di Genere’ come strategia difensiva per l’autoconservazione. Questo ‘Falso Sé’ rappresenta ciò che gli altri si aspettano da lui ed è il risultato dell’assimilazione di comportamenti di genere considerati appropriati (Winnicott, 1971; Hansbury, 2005; Ehrensaft, 2021).

La capacità di rispecchiare o meno le prime esperienze di incongruenza tra il corpo biologico e l’esperienza soggettiva di genere, quindi, dipenderà dall’ambiente circostante e dalle prime esperienze di attaccamento con i *caregivers*, in quanto queste possono agire sia come ‘fattore protettivo’ che come ‘fattore di rischio’ per il processo stesso. Durante lo sviluppo, infatti, il bambino interiorizza esperienze di rispecchiamento o mancato rispecchiamento mentre esplora il proprio genere nel corpo in via di maturazione. Queste esperienze vengono elaborate ‘in una categoria conscia nella mente, in una posizione di genere’ (McKenzie, 2006, p. 413).

La mancata comprensione di questa discrepanza da parte dell’oggetto primario, e successivamente dell’ambiente, può interferire con il processo di coesione del Sé e privare l’individuo della sensazione di essere riconosciuto come ‘soggetto visibile’ (Lemma, 2016; 2021).

Ciò può portare a diverse conseguenze. Hansbury (2005), seguendo una prospettiva kleiniana, spiega come alcuni individui TGD vivano una ‘spaccatura all’interno di sé tra il Sé Corporeo, percepito come persecutore, e il Sé Mentale, percepito come buono’ (p. 23). Sotto la pressione di un ambiente sociale che non rispecchia accuratamente il loro autentico Sé di genere, le persone TGD possono rifiutare il loro Sé vissuto come ‘non-me’, ‘non reale’ o ‘ombra’, preferendo un ‘buon-me’ o un ‘Sé idealizzato’. In questi casi, il Vero Sé di Genere dell’individuo non solo non viene riconosciuto, ma viene soffocato portando alla comparsa di sintomi che, nei casi più estremi, possono includere tentativi suicidari (Ehrensaft, 2021).

La scuola

Inoltre, queste persone spesso riportano di esser state vittime di insulti, isolamento sociale, bullismo e talvolta violenza durante la loro crescita, soprattutto a scuola. Ne consegue la pressione a nascondere o ad ignorare la propria vera identità per protezione. Questo trattamento discriminatorio ostacola la capacità di formare connessioni autentiche con gli altri (Levitt e Ippolito, 2014). Saketopoulou (2014) introduce il concetto di ‘trauma grave di genere’ (*‘massive gender trauma’*, p. 12) per descrivere i traumi profondi che molti individui TGD subiscono durante lo sviluppo. Questo trauma nasce dall’intersezione della disforia corporea, la sensazione che il corpo non corrisponda al genere desiderato, e il *misgendering*, ossia il miscono-

scimento del proprio genere da parte degli altri. Questi eventi condividono caratteristiche traumatiche come dissociazione, ansia e depressione. Le soluzioni dinamiche che i bambini possono adottare per gestire queste sfide ed il modo in cui la fantasia inconscia può essere reclutata nell'affrontare le discontinuità tra il corpo e il genere possono influenzare la loro personalità e il loro funzionamento psicologico complessivo.

La comunità

Le persone TGD spesso crescono con modelli di riferimento limitati, rendendo difficile esprimere il proprio autentico vissuto di genere (Levitt e Ippolito, 2014).

La disponibilità di informazioni sull'identità di genere gioca, infatti, un ruolo cruciale nel riconoscere sé stessi come persone TGD e nell'agire su questa consapevolezza (Hines, 2010).

La mancanza di modelli porta queste minoranze sessuali ad ottenere informazioni attraverso media, Internet e interazioni con altre persone TGD nella comunità. L'accesso a tali fonti di conoscenza e il contatto con altri individui in questi spazi simbolici forniscono una piattaforma per l'autoespressione ed agevolano la costruzione di nuove identità di genere vissute come maggiormente autentiche. Essere accolti in comunità inclusive offre un ambiente sicuro per esplorare diverse identità di genere, affrontare la transfobia e gli stereotipi di bellezza tradizionali, nonché per apprendere un linguaggio comune (Marques, 2020).

Il sistema sanitario

Le comunità TGD descrivono i loro percorsi di affermazione di genere come un viaggio complesso alla ricerca di un equilibrio fra autenticità e considerazioni pratiche come la sicurezza, le risorse disponibili e i vincoli legali. Questi percorsi, inoltre, le portano spesso ad interagire a vari livelli con il sistema sanitario (Levitt e Ippolito, 2014).

La decisione o meno di intraprendere un percorso di affermazione di genere è vista come un atto profondo di allineamento del corpo con il proprio Vero Sé, considerando i rischi, i costi e il comfort personale. Di conseguenza, esistono diversi possibili scenari di affermazione di genere che variano in base alle scelte individuali. Alcune persone scelgono terapie ormonali e interventi chirurgici, altre preferiscono solo terapie ormonali. Altre ancora si concentrano su modifiche esterne come abbigliamento o trucco, mentre alcune non apportano alcuna modifica (Crapanzano *et al.*, 2021).

Questa varietà di esperienze dimostra che non esiste una 'narrazione trans dominante', ma piuttosto una serie di 'narrative minori, plurime e complesse' (Halberstam, 2018, p. 43).

La narrativa dell'”imperativo del *coming-out*”

Un'altra fase, presente in diversi modelli di sviluppo delle identità TGD e che richiede un paragrafo dedicato, è rappresentata dalla rivelazione del proprio orientamento sessuale e/o identità di genere, noto come '*coming-out*' (Zimman, 2009).

L'ampia rilevanza del *coming out* ha portato Rasmussen (2004) a coniare il termine 'imperativo del *coming-out*'. Questo processo è considerato uno strumento chiave dagli attivisti gay per i vantaggi che potrebbe portare sia all'individuo che alla comunità. Tuttavia, la promozione del *coming out* può involontariamente relegare coloro che scelgono di rimanere nell'ombra in una sorta di 'zona di vergogna ed esclusione' (Rasmussen, 2004, p. 144). Ciò potrebbe accentuare l'emarginazione vissuta da individui che, a causa delle conseguenze su altri aspetti della loro vita personale e sociale, non si sentono abbastanza sicuri da condividere questa informazione con gli altri.

In realtà, le narrazioni sul *coming-out* dimostrano come questo processo sia caratterizzato da 'multitemporalità' e 'multispazialità'. In altri termini, le persone TGD decidono strategicamente quando, dove e a chi rivelare la propria identità, mettendo così in luce la natura altamente relazionale e contestuale di questo processo. Pertanto, i processi di *coming out* sono plasmati da una complessa interazione di fattori interconnessi (spaziali, materiali, relazionali, sociali, culturali e storici) che modellano le esperienze delle persone e le opzioni disponibili (Connell, 2012).

Ad esempio, alcuni individui potrebbero optare per scelte diverse in varie aree della loro vita, come gli ambienti 'privati' della famiglia, il circolo di amicizie, gli spazi 'virtuali' e quelli 'faccia a faccia', così come gli ambienti 'istituzionali' correlati al lavoro, all'educazione ed alla salute (Marques, 2020).

Inoltre, non tutte le persone TGD seguono una narrazione 'tradizionale'. Alcune identificano e potrebbero rivelare la loro identità in fasi diverse della vita. Le popolazioni più adulte, ad esempio, influenzate da responsabilità lavorative e familiari, potrebbero scegliere di ritardare la divulgazione pubblica della loro identità di genere (Zimman, 2009).

L'età e la generazione di appartenenza giocano anch'esse un ruolo importante nel *coming out*. Infatti, a differenza delle generazioni più anziane, i giovani, influenzati dai media e Internet, hanno maggiore accesso ad informazioni relative alle diversità di genere e, di conseguenza, si connettono più facilmente e precocemente con le comunità TGD (Hines, 2010).

Vi sono variazioni anche per quanto riguarda gli spazi istituzionali ed il mercato del lavoro. Alcune persone sono apertamente dichiarate in contesti lavorativi più accettanti, mentre altre preferiscono attendere un cambio di lavoro o il pensionamento per 'fare *coming out*' o trasferirsi in aree urbane più accoglienti per iniziare da zero (Rasmussen, 2004).

Narrazioni corporee

Le narrazioni di sé, complessivamente intese, sono racconti collettivi e personali utilizzati per presentarsi al pubblico nel modo desiderato e dare senso alle proprie vite, affrontando la domanda ‘chi sono io?’ (Bjorklund, 2000, p. 89). Gli individui organizzano gli eventi della propria vita seguendo una struttura narrativa con un punto centrale attorno al quale ruota l’intera storia (Baruah, 2016).

Nel caso delle narrazioni delle persone TGD, una caratteristica comune è che queste storie sono spesso incentrate sul corpo, manifestandosi quindi come *narrazioni corporee* (Prosser, 1998). Poiché le transizioni somatiche assumono un significato profondo nelle loro vite, questi racconti spesso sono incentrati su queste transizioni scritte *dentro* e *oltre* il corpo, esplorando le ritrovate libertà mentali ottenute attraverso la trasformazione corporea (Saketopoulou, 2014).

Secondo Baruah (2016), le narrazioni di sé delle persone TGD coltivano una ‘doppia coscienza’, indicando il divario tra un Sé culturalmente definito e un Sé che sfugge a questa definizione. Questa separazione genera un senso di estraneità e di essere diversi, sempre in transito attraverso territori alieni. Poiché le trasformazioni fisiche sono un elemento fondamentale della trama, l’attenzione è rivolta al corpo, e la narrazione si intreccia tra mente e corpo. In tal modo, le narrazioni di sé divengono un mezzo per affrontare i cambiamenti di genere, le perdite di identità, e l’adattamento alle nuove identità ritrovate.

Queste narrazioni corporee mettono in discussione l’idea psicoanalitica di un corpo ‘naturale’ rappresentante il punto di partenza da cui possono essere osservate le successive deviazioni. Infatti, il corpo viene plasmato fin dalla nascita dall’ambiente circostante attraverso il contatto fisico, la voce, l’alimentazione, l’abbigliamento, gli odori e le influenze delle persone intorno. Questo processo continua attraverso le diverse fasi di sviluppo, coinvolgendo famiglia, scuola, cultura, società, religione, politica e altri fattori che gradualmente trasformano il corpo del bambino (Lemma, 2021). Ad esempio, come afferma Goldner (2011), ‘Negli anni dell’adolescenza, quando le famiglie sono messe da parte da celebrità e prodotti di consumo, il genere è in caduta libera’ (p. 162).

Come evidenziato da Saketopoulou (2020), l’introduzione in psicoanalisi del concetto di ‘*embodiment*’ – che descrive come il corpo, durante lo sviluppo del bambino, si incorpora nella mente e viceversa – ha certamente contribuito a superare le limitazioni presenti nelle teorie psicoanalitiche classiche.

Il corpo non è più considerato semplice contenitore della mente, in quanto corpo e mente interagiscono e si influenzano reciprocamente. Il corpo dà forma alle nostre esperienze, così come le nostre esperienze danno forma al corpo e al senso di Sé, una volta che ciò che è esperito a livello corporeo

viene rappresentato a livello mentale attraverso continue proiezioni e introiezioni (Lemma, 2021).

Questo processo porta alla trasformazione del corpo che una persona possiede nel corpo che una persona è, ovvero alla ‘personificazione del corpo’ (Winnicott, 1971).

Questo rappresenta un punto di arrivo, il risultato di un percorso che parte dal corpo, ovvero dalle primissime esperienze sensorie, affettive, pre-verbali e pre-simboliche del bambino (Saketopoulou, 2020). Come espresso da Freud (1923), l’Io è prima di tutto un ‘Io-corporeo’, e la prima rappresentazione di sé del bambino è, per l’appunto, corporea, una proiezione mentale della superficie del nostro corpo.

Nelle persone TGD, il processo di *embodiment* è complesso, poiché la ricerca di una ‘casa corporea’ per la mente (Winnicott, 1965) non rappresenta un recupero di qualcosa che è stato perso, ma la scoperta di una casa mai conosciuta. Quando il corpo è vissuto come non familiare o ‘invaso dall’altro’, la fantasia inconscia più profonda è quella di reclamare il proprio corpo, liberare il Sé dai confini limitanti del corpo e ‘decolonizzare’ l’Io dall’invasione che abita la carne materiale attraverso una trasformazione corporea concreta, una ri-scrittura del corpo (Suchet, 2011).

La ‘materialità’ delle narrazioni *transgender* è fortemente legata alla concezione che, per queste persone, la ‘corporeità costituisce l’essenza della soggettività’ (Prosser, 1998, p. 77). Pertanto, per comprendere appieno il transgenderismo, è essenziale considerare la ‘materialità del corpo stesso’ (Prosser, 1998, p. 77) e il desiderio delle persone TGD di raggiungere una incarnazione sessuata, ossia una sensazione di integrità, completezza ed erotismo nel proprio corpo.

Come sostenuto da Anzieu (1989), la soggettività riguarda il sentire di possedere la propria pelle fisica e ‘l’investimento psichico di sé nella pelle stessa’ (Prosser, 1998, p. 73). Per sentirsi veramente a proprio agio con sé stessi, pertanto, è essenziale che l’immagine mentale del nostro corpo corrisponda al nostro corpo reale. Poiché la questione riguarda il corpo fisico, l’intervento appropriato deve spesso avvenire a quel livello, con interventi chirurgici o ormonali che modificano la carne stessa, anziché lavorare esclusivamente a livello psicologico sull’immagine corporea (Suchet, 2011).

Narrative basate sulla diagnosi di disforia di genere

L’analisi delle diverse narrazioni delle persone TGD che interagiscono con le istituzioni sanitarie rivela la complessità delle barriere e degli ostacoli che queste popolazioni incontrano nell’affermare la propria identità, specialmente quando cercano servizi medico-chirurgici specialistici (Crapanzano *et al.*, 2021).

Le istituzioni medico-legali svolgono un ruolo significativo nell'accesso al riconoscimento sociale, come il cambiamento legale del nome, e alle procedure mediche, come trattamenti ormonali o chirurgici. Per ottenere servizi di affermazione di genere, infatti, è di norma necessario ottenere una relazione di idoneità basata su una valutazione psichiatrica che confermi la presenza della diagnosi di disforia di genere e l'assenza di comorbidità significative (Coleman *et al.*, 2022).

Negli ultimi anni, questo approccio è stato ampiamente criticato sia da parte della comunità scientifica sia da parte delle comunità TGD stesse (Crapanzano e Mixon, 2022).

Nel contesto medico, la complessità delle esperienze personali di queste popolazioni viene spesso semplificata e ridotta a una specifica affettività prescritta esternamente: il corpo *transgender* viene descritto come un corpo che 'si sente male', ossia caratterizzato da disforia (disagio, insoddisfazione) (Keegan, 2013). In questo modo, le varianze di genere vengono etichettate come un disturbo emotivo, alimentando la stigmatizzazione di queste popolazioni (APA 'Task force on psychological Practice with sexual minority persons', 2021). Di conseguenza, questa 'narrazione basata sul malessere' si è progressivamente radicata nello sforzo di 'correggere la differenza' delle persone TGD, ossia nell'eradicare i sentimenti negativi legati alla propria corporeità (Keegan, 2013).

In tali ambienti, per queste popolazioni, la coerenza nell'espressione dell'identità di genere è cruciale, poiché storie percepite come poco convincenti possono portare alla negazione delle cure. Pertanto, le persone TGD che cercano servizi sanitari per affermare il loro genere devono spesso negoziare, ancora una volta, tra le proprie narrazioni personali e quelle dominanti (Garrison, 2018).

Un esempio di narrativa dominante è rappresentato dal concetto di 'transnormatività'. La transnormatività può essere definita come l'insieme delle aspettative normative che prescrivono modi socialmente accettabili per esprimere le identità TGD (Riggs *et al.*, 2019).

Un esempio di narrazione transnormativa è l'aspettativa di medicalizzazione, che presume che tutti gli individui TGD seguano percorsi uniformi di transizione medica tramite terapie ormonali e chirurgiche (Johnson, 2016).

Un altro cliché è l'aspettativa che queste persone riconoscano la propria diversità di genere fin dall'infanzia (Saketopoulou, 2014).

Un ultimo esempio è l'aspettativa del binarismo di genere, che implica la credenza che esistano solo due generi e che anche le popolazioni TGD debbano aderirvi. Ciò si traduce nell'aspettativa che tutte le persone TGD, al termine del loro percorso di affermazione di genere, ambiscano a 'passare per il sesso opposto' (*passing*) rispetto al sesso assegnato alla nascita (Riggs *et al.*, 2019).

Quest'ultima aspettativa sottolinea la preferenza sociale per le identità

binarie, mentre le identità non binarie, che non si identificano né come uomini né come donne, vengono considerate meno valide o legittime rispetto alle controparti binarie (Crapanzano *et al.*, 2021).

Goldner (2011) ha sottolineato come questo sia il risultato del ‘sistema di regolazione del genere binario’ (p. 163) che porta ad una ‘situazione patogena universale’ (p. 163) in quanto induce nei soggetti che ne fanno parte lo sviluppo di un Sé inautentico che cerca di conformarsi alle aspettative di genere imposte dalla società. La forzata conformità di genere imposta sugli individui può generare sintomi spesso non riconosciuti come tali. Questi sintomi includono da un lato il narcisismo onnipotente dell’economia fallica, l’aggressività difensiva e l’ipersessualizzazione, tipiche di un modello normativo di mascolinità; dall’altro lato, si riscontrano il trauma narcisistico legato al considerare la femminilità come un sesso di second’ordine, la fragile pseudo-autonomia, la relazionalità depressiva e l’inibizione dell’agire e del desiderio, tipiche di un modello normativo di femminilità.

Di seguito vengono descritte dettagliatamente tre narrazioni transnormative che, data la loro rilevanza e profonda influenza nei percorsi di affermazione di genere, meritano uno spazio dedicato.

La narrativa del ‘being trans-enough’

Le concezioni tradizionali del genere legittimano alcune narrazioni, considerate autentiche, ignorandone altre.

Nella cultura occidentale, infatti, il concetto di genere è stato incastonato nella nostra psiche come fondamento - dobbiamo sapere: bambino o bambina.

Nelle parole di Susan McKenzie (2010), analista junghiana ed accademica, ‘È un maschio o una femmina? Questa è la domanda primaria posta al momento della nascita di un bambino. Insieme alla dichiarazione del sesso di un bambino arriva un manuale operativo prestampato che descrive un modello di come il bambino deve performare il genere all’esterno nonché un modello contenente ipotesi sul suo funzionamento interno’ (p. 92).

Secondo Sullivan (1956), ‘il bambino deve essere educato a un ordine sociale complesso, molto prima che la ragione e il buon senso dell’intera faccenda possano essere digeriti, molto prima che diventi comprensibile, se mai lo sarà’ (p. 4).

Ne consegue che l’assegnazione di genere rimane un elemento critico per ottenere comprensione culturale. Pertanto, costruire narrazioni coese e socialmente credibili rafforza il senso di autenticità del nostro ‘Vero Sé di Genere’, migliorando la salute mentale e aumentando l’autostima. Al contrario, quando il nostro genere non è facilmente riconoscibile dagli altri, ciò compromette il nostro senso di identità, autenticità e status sociale (Sutherland, 2023).

Di conseguenza, molti individui TGD sperimentano ansie riguardo alla capacità di esprimere coerentemente la propria esperienza di genere nel tempo e adottano strategie narrative per affermare la propria autenticità, ossia per provare a sé stessi ed agli altri di *‘essere abbastanza trans’* (*‘being trans-enough’*) (Garrison, 2018).

Le strategie narrative che conferiscono maggiore legittimità sociale a queste identità includono l’impegno nella transizione medica e l’esperienza della disforia di genere. Coloro che optano per trattamenti irreversibili, come le terapie chirurgiche e quelle ormonali, dimostrano convinzione e credibilità in quanto forniscono prove concrete del fatto che *‘stanno facendo sul serio’* e che le loro identità *‘non sono frutto di un’invenzione’*, diventando meno soggetti a contestazioni. All’opposto, coloro che scelgono di non intraprendere alcun percorso di affermazione di genere comprendono la possibile perdita di un concreto percorso verso un senso di legittimità sociale, di autenticità e di appartenenza (Garrison, 2018).

Le narrazioni considerate *‘legittime’* solitamente enfatizzano un’identificazione infantile con il sesso *‘opposto’*, sostenendo distinzioni binarie di genere e suggerendo che queste persone siano consapevoli dell’incongruenza tra il sesso assegnato e la propria identità di genere fin dalla prima infanzia. Coloro che riconoscono la propria identità TGD in età più avanzata, invece, potrebbero essere contestati o considerati illegittimi sia da parte della società sia da parte della comunità TGD stessa (Vincent, 2020).

La narrativa ‘it gets better’

La narrativa *‘it gets better’*, ampiamente diffusa nei media, sostiene che gli individui TGD sperimentino un miglioramento nel loro benessere e livello di soddisfazione personale in seguito al loro processo di affermazione di genere. Questa narrativa si fonda sull’assunto culturale secondo il quale gli individui che scelgono di *‘stravolgere’* significativamente le proprie vite per ottenere il cambiamento desiderato siano motivati dall’aspettativa di felicità che tale cambiamento porterà (Haimson, 2020).

Tuttavia, queste narrazioni possono provocare un disagio emotivo ingiustificato, in quanto la strategia cognitiva di immaginare un futuro migliore potrebbe essere associata a un ridotto benessere emotivo (Toomey *et al.*, 2018).

Nella realtà, mentre alcuni individui riportano un miglioramento del loro benessere mentale post-affermazione, altri sperimentano peggioramenti dovuti a diversi fattori, tra cui l’esclusione sociale e familiare, minacce alla sicurezza e altre questioni non strettamente legate all’identità di genere, come problemi familiari o lavorativi (Haimson, 2020).

Ciò sottolinea quanto sia importante considerare l’interazione intricata tra aspetti identitari e molteplici circostanze di vita, come ben espresso dal con-

petto di *intersezionalità*, utilizzato per complicare la narrativa dell’*’it gets better’* (de Vries, 2012). Queste componenti dell’identità, infatti, sono profondamente intrecciate con altri aspetti identitari, come razza, etnia, religione, sessualità, status socioeconomico, età, stato di abilità, nazionalità e status immigratorio. A ciò si possono aggiungere altri eventi e circostanze di vita, come separazioni, divorzi, perdite di lavoro, trasferimenti, morti familiari e cambiamenti nei gruppi di amici, non tutte strettamente legate all’identità di genere. Pertanto, il percorso di affermazione del genere non rappresenta un percorso univoco e universalmente positivo o una soluzione completa a tutte le sfide nella vita di un individuo, poiché l’essere TGD è solo uno degli aspetti delle molteplici identità di queste persone (Haimson, 2020; Lindley *et al.*, 2021).

Narrativa del nascere nel corpo sbagliato

Un ulteriore esempio di narrazione transnormativa è la ‘narrativa dell’essere nati nel corpo sbagliato’. Oltre ad essere impiegata nel contesto medico-legale, come descritto in precedenza, questa narrazione viene a volte utilizzata anche dalle persone TGD stesse.

Alcune persone TGD, infatti, non riuscendo a conciliare la discrepanza tra il proprio aspetto fisico e la loro identità di genere, adottano la fantasia inconscia che il loro sesso e corpo biologico non siano reali né lo siano mai stati. Questa convinzione può emergere a livello cosciente come una sensazione di essere nati nel corpo sbagliato, giustificando così i sentimenti di ingiustizia e rancore che ne derivano. Questa credenza aiuta a evitare l’elaborazione di due temi cruciali: la temporalità e il lutto. In breve, credere di essere nati nel corpo sbagliato consente alle persone TGD di dare un senso al proprio genere senza confrontarsi con la realtà fisica del proprio sesso biologico. Rifiutando il proprio sesso biologico, non è necessario elaborarne l’aspetto temporale e, di conseguenza, non vi è più la necessità di elaborare il lutto per qualcosa che non è mai esistito (Saketopoulou, 2014).

Il corpo è intrinsecamente legato alla temporalità in quanto esso è configurato a livello mentale in modo temporale. Il corpo rappresenta un ricordo del nostro legame con la coppia genitoriale da cui proveniamo, indica la distinzione tra il periodo in cui il nostro corpo ‘non esisteva’ e quello in cui ha cominciato a esistere e segna le differenze generazionali. In tal senso, il corpo richiama l’esame di realtà ovvero l’accettazione di continuità e cambiamento, cioè la necessità di tollerare ciò che muta e ciò che rimane costante (Lemma, 2021).

Per le persone TGD, la temporalità è cruciale, poiché gli interventi chirurgici e ormonali, pur rappresentando una fonte di sollievo, non eliminano completamente i marcatori biologici preesistenti. Anche dopo tali interventi, infatti, persiste una differenza tra l’esperienza interiore di genere ed il corpo, in quanto quest’ultimo porta pur sempre con sé una storia riconosciu-

ta o negata, conscia o inconscia. Pertanto, elaborare la storia del proprio corpo assegnato alla nascita e del percorso di affermazione intrapreso è essenziale per sviluppare una narrativa integrata dell'identità e della vita (Lemma, 2016).

Una narrazione di vita integrata implica la creazione di un 'arco narrativo' che funge da 'forza integrativa' che collega il passato con il Sé attuale, ossia di un senso di coerenza nel tempo e nello spazio (McLean e Sayed 2015; McLean *et al.*, 2017).

Una transizione psicologicamente sana dipende quindi dalla capacità di elaborare il lutto derivante dalla persistenza, nonostante gli interventi medici, di elementi che ricordano il corpo originale. Steiner (1992) definisce il lutto come il senso di perdita che spesso accompagna la rinuncia al controllo onnipotente. Per le persone TGD, rinunciare al controllo onnipotente aiuta ad accettare il corpo come un progetto imperfetto e ad integrare il passato biologico nella nuova identità.

Tuttavia, è importante notare che accettare il proprio corpo non significa necessariamente rinunciare alla transizione medica. La distinzione tra accettare il corpo e intraprendere la transizione medica è cruciale e dovrebbe guidare l'approccio analitico: l'individuo deve conoscere il proprio corpo biologico natale per decidere se accettarlo, cambiarlo o lasciarlo andare (Saketopoulou, 2020).

Conclusioni

In questo articolo, è stata esaminata la vasta gamma di narrazioni che influenzano in vario modo il processo di sviluppo identitario delle persone TGD.

Va sottolineato che le narrazioni sia dominanti che alternative esposte in questo lavoro costituiscono soltanto una parte dei molteplici esempi di narrative incontrate ed affrontate da queste comunità nel corso della loro vita; pertanto non si presuppone in alcun modo che tale elenco sia esaustivo. Infatti, la rete narrativa ('*master trans-narrative*') che si forma nel corso dello sviluppo del Sé di queste persone rappresenta un insieme di fili, visibili ed invisibili, che si intrecciano per formare trame potenzialmente infinite.

L'approccio integrato di cornici narrative e psicoanalitiche ('trans-narrative psicoanalitiche'), descritto in questo lavoro, emerge come uno strumento prezioso per comprendere i molteplici modi in cui le esperienze interiori, le traiettorie di sviluppo e le circostanze esterne vengono elaborate dalle persone TGD durante il loro sviluppo identitario. Questo processo avviene sia a livello conscio che inconscio, contribuendo alla formazione di diverse narrative, comprese possibili trasformazioni corporee, che queste persone adottano nel loro percorso verso un'identità autentica e coesa.

La consapevolezza, da parte dello psicoanalista (e del professionista della salute mentale più in generale) delle intricate reti narrative delineate in questo articolo può risultare utile per evitare i fraintendimenti, gli stereotipi ed i pregiudizi derivanti dalla tendenza a ridurre il ricco tessuto delle esperienze delle minoranze sessuali in narrazioni troppo limitate, unidimensionali ed eccessivamente semplificate. Questa consapevolezza agevola la creazione di un ambiente in cui le voci, le esperienze corporee e le soggettività delle persone TGD possono essere accolte e valorizzate.

In questo modo, la psicoanalisi può trasformarsi in uno strumento che riflette in modo empatico ed inclusivo le esperienze di incongruenza tra il corpo biologico e l'identità di genere dei pazienti TGD, offrendo loro il senso e l'esperienza di essere veramente compresi e riconosciuti.

Spesso, lo psicoanalista, e non solo, si troverà nella posizione di accompagnare le persone TGD nel loro viaggio di affermazione di genere, caratterizzato da un processo di negoziazione tra le proprie narrazioni personali e sociali così come descritto in questo articolo. Questo implica il bilanciamento tra la narrativa individuale o identità personale dell'individuo e le restrizioni imposte dalla società o dalla cultura di appartenenza. In questo contesto, il compito del clinico non è quello di imporre una visione personale o un percorso predefinito, bensì quello di comprendere ed esplorare diverse possibilità narrative insieme al paziente. L'obiettivo è individuare, una volta raggiunta una buona alleanza di lavoro, il percorso più significativo e utile per l'espressione autentica del Vero Sé di Genere del paziente.

Infatti, l'obiettivo centrale di una psicoanalisi affermativa delle diversità di genere dovrebbe essere quello di promuovere un ambiente in cui il paziente possa esplorare il proprio Sé in modo autentico e senza giudizio. Ciò significa anche rispettare il desiderio del paziente di rivelare o mantenere riservata la propria identità di genere.

Inoltre, una psicoanalisi affermativa dovrebbe mirare a ripristinare la coesione del Sé di queste persone attraverso l'accettazione e l'empatia. Questo processo favorisce la ristabilizzazione dell'integrità relazionale, consentendo al paziente di sviluppare relazioni più appaganti e autentiche con gli altri e con sé stesso.

La cornice presentata in questo articolo mette in evidenza un aspetto cruciale delle reti narrative che informano le identità TGD: il ruolo centrale del corpo e delle narrazioni corporee associate. Ciò è particolarmente rilevante in quanto una delle sfide più significative affrontate dalla psicoanalisi riguarda proprio la comprensione del desiderio di alcune persone TGD di sottoporsi a interventi chirurgici per modificare il proprio corpo. L'analisi critica delle teorie psicoanalitiche tradizionali relative al genere ha aperto la strada a una comprensione più profonda e inclusiva del corpo delle persone TGD, considerando la chirurgia come una possibile forma

di terapia. Pertanto, psicoanalisi e chirurgia non dovrebbero essere percepite come processi mutuamente esclusivi. Al contrario, dovrebbero essere visti come complementari, poiché entrambi mirano a sostenere il benessere e l'autenticità delle persone TGD nel loro viaggio di esplorazione e affermazione di sé.

Per queste popolazioni, infatti, la modifica del corpo rappresenta un processo per trovare un'incarnazione più autentica e in sintonia con la loro esperienza soggettiva di genere e la complessità della propria identità. Questi cambiamenti corporei non solo migliorano il benessere complessivo, ma aumentano anche il livello di soddisfazione nella vita di queste persone. Inoltre, le modificazioni corporee contribuiscono in modo significativo alla riduzione dell'ansia e di altri sintomi associati allo stress derivante dall'appartenere ad una minoranza sessuale.

L'indagine delle trans-narrative psicoanalitiche sopra condotta evidenzia come nel percorso di costruzione della narrazione di Sé, così come nel percorso analitico delle persone TGD, il cambiamento coinvolga sia l'interno che l'esterno, cioè il mondo psicologico e fisico. Per queste popolazioni, modificare il corpo è essenziale per trasformare la psiche, poiché il corpo stesso deve cambiare affinché l'esperienza interiore di genere venga reinterpretata in modo più congruente. È importante, quindi, riconoscere che la comprensione interiore (analisi del conflitto) non sempre risolve il disagio corporeo. In altre parole, le modifiche corporee non escludono l'esplorazione dell'identità di genere tramite l'analisi, e viceversa. Se gli analisti non riconoscono appieno l'importanza del corpo nel processo di sviluppo dell'identità delle persone TGD, il corpo e le identità TGD rischiano di essere trascurati o negati, replicando purtroppo l'esperienza dolorosa di invisibilità e negazione che troppo spesso queste persone subiscono nella società.

In chiusura, l'adozione della cornice fornita dalle narrative trans-analitiche qui descritte può facilitare un cambio di paradigma nella nostra comprensione del genere. Piuttosto che considerare il concetto di 'trans' come un'altra posizione fissa all'interno dello spettro di genere, come un presunto 'terzo sesso', sarebbe più utile interpretarlo come una posizione che interpreta il genere come un processo narrativo in continua evoluzione, un gerundio (Goldner, 2011) anziché un concetto statico o una categoria definita. In questo senso, il prefisso 'trans', con la sua ampia gamma di significati, rappresenta l'unico termine che può catturare appieno questa complessità, riflettendo lo stato costante di cambiamento e divenire delle narrazioni delle persone TGD, piuttosto che un concetto statico e finito.

BIBLIOGRAFIA

- APA Task force on psychological Practice with sexual minority persons (2021). Guidelines for psychological practice with sexual minority persons. *American Psychological Association*.
- Anzieu, D., Trans Turner, C. (1989). *The skin ego*. Yale University Press.
- Baruah, P. (2016). Body Narratives: The Case of Transgender. *Pratidhwani the Echo*, 5(1), 46-51.
- Bjorklund, D. (2000). *Interpreting the self: two hundred years of American autobiography*. University of Chicago Press.
- Bradford, N.J., Syed, M. (2019). Transnormativity and transgender identity development: A master narrative approach. *Sex Roles*, 81(5-6), 306-325.
- Chodorow, N.J. (1992). Heterosexuality as a Compromise Formation: Reflections on the Psychoanalytic Theory of Sexual Development. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 15(3):267-304.
- Coleman, E., Radix, A.E., Bouman, W.P., Brown, G.R., De Vries, A.L., Deutsch, M.B., ..., Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(1), S1-S259.
- Connell, R. (2012). Transsexual women and feminist thought: toward new understanding and new politics. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 37(4): 857-881.
- Crapanzano, A., Carpiniello, B., Pinna, F. (2021). Approccio alla persona con disforia di genere: dal modello psichiatrico italiano al modello emergente basato sul consenso informato. *Rivista di Psichiatria*, 56(2), 120-128.
- Crapanzano, A., Mixon, L. (2022). The state of affirmative mental health care for Transgender and Gender Non-Confirming people: an analysis of current research, debates, and standards of care. *Rivista di Psichiatria*, 57(1), 44-54.
- de Vries, K.M. (2012). Intersectional identities and conceptions of the self: The experience of transgender people. *Symbolic Interaction*, 35(1), 49-67.
- Drabinski, K. (2014). Incarnate possibilities: female to male transgender narratives and the making of self. *Journal of Narrative Theory*, 44(2), 304-329.
- Ehrensaft, D. (2018). What's your gender? Developmental perspectives in child psychoanalysis and psychotherapy. Routledge, pp. 241-262.
- Ehrensaft, D. (2021). Psychoanalysis meets transgender children: The best of times and the worst of times. *Psychoanalytic Perspectives*, 18(1), 68-91.
- Erikson, E.H. (1950). *Childhood and society*. New York, NY: WW Norton & Co.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity, youth, and crisis*. New York: WW Norton & Co.
- Freud, S. (1923). The ego and the id. SE, 19, 29-77.
- Garrison, S. (2018). On the limits of 'trans enough': Authenticating trans identity narratives. *Gender & Society*, 32(5), 613-637.
- Gherovici, P. (2017). Depathologizing trans: From symptom to sinthome. *Transgender Studies Quarterly*, 4(3-4), 534-555.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Garden City, NY: Doubleday.
- Goldner, V. (2011). Trans: Gender in free fall. *Psychoanalytic Dialogues*, 21(2), 159-171.
- Haimson, O.L. (2020). Challenging 'getting better' social media narratives with intersectional transgender lived experiences. *Social Media+ Society*, 6(1).
- Halberstam, J. (2018). *Trans: A Quick and Quirky Account of Gender Variability*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Hansbury, G. (2005). The middlemen: An introduction to transmasculine identities. *Studies in Gender and Sexuality*, 6, 241-264.
- Hines, S. (2010). Queerly Situated? Exploring Negotiations of Trans Queer Subjectivities at Work and within Community Spaces in the UK. *Gender, Place & Culture*, 17(5): 597-613.
- Keegan, C.M. (2013). Moving bodies: Sympathetic migrations in transgender narrativity.

Genders, (57).

- Keo-Meier, C.E., Ehrensaft, D.E. (2018). The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children. *American Psychological Association*, pp. xii-226.
- Johnson, A.H. (2016). Transnormativity: A new concept and its validation through documentary film about transgender men. *Sociological inquiry*, 86(4), 465-491.
- Laplanche, J. (2003). Le genre, le sexe, le sexual. In: *Sexual. La sexualité élargie au sens freudien, 2000-2006*. Paris: PUF, 2007, pp. 154-174 (tr. it.: Il genere, il sesso, il sessuale. In: *Sexuale: la sessualità allargata nel senso freudiano, 2000-2006*. La Biblioteca, 2007, Mimesis, 2019, pp. 147-186.)
- Lemma, A. (2016). Present without past: the disruption of temporal integration in a case of Transsexuality. *Psychoanalytic Inquiry*, 36(5), 360-370.
- Lemma, A. (2021). *Transgender identities: a contemporary introduction*. Routledge.
- Lev, A.I. (2013). *Transgender emergence: therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Routledge.
- Levitt, H.M., Ippolito, M.R. (2014). Being transgender: The experience of transgender identity development. *Journal of homosexuality*, 61(12): 1727-1758.
- Lindley, L.M., Nagoshi, J.L., Nagoshi, C.T., Hess III, R., Boscia, A. (2021). An eco-developmental framework on the intersectionality of gender and sexual identities in transgender individuals. *Psychology & Sexuality*, 12(3): 261-278.
- Marques, A.C. (2020). Telling stories; telling transgender coming out stories from the UK and Portugal. *Gender, Place & Culture*, 27(9): 1287-1307.
- McKenzie, S. (2006). Queering Gender: Anima/Animus and the Paradigm of Emergence. *Journal of Analytical Psychology*, 51(3): 401-421.
- McKenzie, S. (2010). Genders and Sexualities in Individuation: Theoretical and Clinical Explorations. *Journal of Analytical Psychology*, 55(1): 91-111.
- McLean, K.C., Syed, M. (2015). Personal, master, and alternative narratives: An integrative framework for understanding identity development in context. *Human Development*, 58(6), 318-349.
- McLean, K.C., Lilgendahl, J.P., Fordham, C., Alpert, E., Marsden, E., Szymanowski, K., ..., McAdams, D. (2017). Identity development in cultural context: The role of deviating from master narratives. *Journal of Personality*, 86(4): 1-20.
- Mitchell, S.A. (2002) The Psychoanalytic Treatment of Homosexuality Some Technical Considerations. *Studies in Gender and Sexuality*, 3(1): 23-59.
- Plummer, K. (2010). Generational Sexualities, Subterranean Traditions, and the Hauntings of the Sexual World: Some Preliminary Remarks. *Symbolic Interaction*. 33(2): 163-190.
- Prosser, J. (1998). *Second skins: The body narratives of transsexuality*. Columbia University Press.
- Rasmussen, M.L. (2004). The problem of coming out. *Theory Into Practice* 43: 144-150.
- Riggs, D.W., Pearce, R., Pfeffer, C.A., Hines, S., White, F., Ruspini, E. (2019). Transnormativity in the psy disciplines: Constructing pathology in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and Standards of Care. *American Psychologist*, 74(8), 912.
- Saketopoulou, A. (2014). Mourning the body as bedrock: Developmental considerations in treating transsexual patients analytically. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 62(5), 773-806 (trad. it.: Il lutto del corpo come 'roccia basilare' nel trattamento psicoanalitico di transessuali. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2015, 49(1): 7-36).
- Saketopoulou, A. (2015). 'This compromise formation that is gender: Countertransferential difficulties in work with transgender analyzands'. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 62(5), 773-806.
- Saketopoulou, A. (2020) Thinking psychoanalytically, thinking better: Reflections on transgender. *The International Journal of Psychoanalysis*, 101(5): 1019-1030.
- Snow, D.A., Anderson, L. (1987). Identity work among the homeless: the verbal construction

- and avowal of personal identities. *American Journal of Sociology* 92(6):1336-1371.
- Steiner, J. (1992). The equilibrium between the paranoid-schizoid and the depressive positions. In: *Clinical Lectures on Klein and Bion*, (ed.) R. Anderson. Routledge, pp. 46-58.
- Sutherland, D.K. (2023). 'Trans Enough': Examining the Boundaries of Transgender-Identity Membership. *Social Problems*, 70(1), 71-86.
- Stryker, S., Blackston, D.M. (eds.). (2023). *The transgender studies reader remix*. Routledge.
- Suchet, M. (2011). Crossing over. *Psychoanalytic Dialogues* 21:172-191.
- Sullivan, H.S. (1956). *Clinical Studies in Psychiatry*. Norton.
- Toomey, R.B., Ryan, C., Diaz, R.M., Russell, S.T. (2018). Coping with sexual orientation-related minority stress. *Journal of Homosexuality*, 65, 484-500.
- Vincent, B. (2020). 'Not trans enough': the relationship between non-binary gender identities, uncertainty and legitimacy. In: *Non-Binary Genders*. Policy Press, pp. 73-100.
- Winnicott, D. (1965). *The Maturational Process and the Facilitating Environment*. International Universities Press.
- Winnicott, D. (1971). *Playing and Reality*. Routledge.
- Zimman, L. (2009). 'The other kind of coming out': Transgender people and the coming out narrative genre. *Gender & Language*, 3(1).

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 22 marzo 2024.

Accettato: 10 giugno 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:900

doi:10.4081/rp.2024.900

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Houses folded in on themselves¹

A look at the development of sexual identity in adolescents and young adults in heteronormative families

*Sara Zucchi**

ABSTRACT. – This paper presents some scientific contributions on the subject of the development of sexual identity in adolescents and young adults. In the field of psychology, investigating the development of sexual identity is particularly important to understand, plan and implement interventions to support queer children in the internal and external coming out process. Despite the fact that the international scientific world has registered a decline in the phenomena of discrimination and social control in the sporting, academic and school contexts, in 2021 Italy ranked last in the Rainbow Europe Map and Index. According to the Minority Stress Theory, many young people who identify with the queer community experience distal and proximal stressors which can lead to the development of: worry, relationship difficulties and/or anxiety, and depressive states. Among the main causes of this malaise is the internalisation of sexual prejudice, which is spread and perpetrated by the homophobic culture still present in the West. This report identifies the main individual, social and cultural factors affecting the well-being of these sexual minorities in order to design effective support strategies to be implemented in the family environment. Indeed, the family represents the primary social network through which individuals form their cognitions and values, where they initiate their first relationships, experience emotions and feelings, and learn emotional and relational skills, but also the first potential context of exposure and/or education to sexual prejudice. This paper, therefore, focuses on the relationship between: i) the family value system and external coming out; ii) coming out in the family and the level of family cohesion; iii) family support for individual autonomy and the public declaration of one's sexual identity to family members; iv) having a stable romantic relationship and coming out in the family; v) the arrangement of friendships within the queer community, and the public disclosure of one's sexual identity; vi) internalised sexual prejudice, by the adolescent himself and/or his loved ones, and coming out. This review also wishes to encourage an exploratory research project into family units resistant to accepting and welcoming LGBTQIAPF2K+ children, living in our country and referred to as heteronormative Italian families.

Key words: coming out, LGBTQIAPF2K+, families, sexual identity, gender identity, sexual orientation.

*University of Parma, Italy. E-mail: sara.zucchi@studenti.unipr.it

¹ The title is taken from the film 'Now, Voyager' directed in 1942 by Irving Rapper, to identify family realities entrenched in defense of social mores that rarely leave room for any expression of individuality.

Introduction

In the current Italian socio-cultural landscape, which is still pervaded by a homophobic culture (Montano, 2000a; Rigliano, 2018; Couch, 2021; Ilga, 2022), the functioning of individuals and the social groups to which they belong can be interpreted in the light of ‘awareness of differences’ (Heritier, 2002). According to Lèvi Strauss’s pupil, human development is erected on a cognitive dualism which opposes antithetical categories such as hot and cold, living and inert, man and woman (*ibid.*). It is a deeply ingrained categorisation system which possesses an evolutionary motivation associated with women’s potentially fatal childbirth, an effect of the narrowing of the uterine canal resulting from assuming the upright position (Dei, 2016; Fleckinger, 2017). The anthropologist therefore hypothesizes that gender binarism has a biological foundation which is difficult to eradicate, but easy to transmit in everyday social interactions (Heritier, 2002). This theorisation is concretely present in social and internalised homophobia (Montano, 2000b; Brambilla, 2011; Wickham, *et al.*, 2021) and in the social discrimination targeting the queer community in the school, friendship, family and sports contexts (Ross, 2018; Zeeman, 2021; Williams *et al.*, 2021; APA, 2022). Forms of sexual and gender prejudice, in fact, are transmitted by institutions (Montano, 2000), tainting the social environment which surrounds individuals belonging to these minorities, starting with their primary relationships. The family is therefore no longer a ‘shelter in the storm’ but a ‘mountain to climb’ (Zan, 2022). The ‘mountains to climb’ are the family models based on a heterosexual couple, perceived as a symbolic and relational archetype which assumes sexual differences as its foundation, delineating a male role in charge of sustaining the nucleus, in antithesis with the female role, stereotypically relegated to childcare and housekeeping (Rostosky & Riggle 2017; Fleckinger, 2017). It is these ‘units of individuals in reciprocal interaction’ (Burgess, 1926), which we will refer to as heteronormative families, that perpetrate traditions based on gender binarism (Rigliano, 2018; Viola, 2022), androcentrism (Fleckinger, 2017) and procreativism (Ferrari, 2018) which can hinder the free process of experimentation and identity formation of offspring, and the relationships that members have with the outside world (APA, 2021).

Recent studies have shown that the transmission of these stereotypes to children can negatively affect attachment, inducing anxiety or avoidance of establishing an emotional bond with nurturing figures (Diamond *et al.*, 2022); the result is difficulty in self-acceptance (Carastathis *et al.*, 2017; Scrimshaw *et al.*, 2018; Scarborough *et al.*, 2021), generating a potential disconnect between different representations of self as a social actor with multiple affiliations and strong distinctiveness. When adolescents are hostage to these beliefs, they often fail to proceed with self-revelation,

acceptance, integration, and expression of identity, along with the appreciation of their own distinctive traits.

In the course of identity development, however, family values are not passed on to the next generation through an investiture but updated and re-symbolised.

In order to better understand this modification of the family cultural heritage, we can refer to the evolutionary tasks identified by Maggiolini and Pietropolli Charmet (2016): the mentalisation of the sexed body, the construction of one's own system of values and ideals, the separation and identification from the primary niche, the social birth, which allow one to achieve an awareness of the family background and the physical changes taking place in the adolescent's body, through which it is possible to signify and represent the changes taking place.

Realization of these developmental challenges or tasks (Corsano & Musetti, 2012) is connected to the understanding and unveiling of sexual identity underlying the coming-out.

Coming out consists of two distinct, connected but not necessarily consequential developmental moments:

- internal coming out with the definition of oneself as a sexual being (sex), sexually and/or emotionally attracted or not attracted to another individual (sexual orientation), endowed or not endowed with a specific gender connotation (gender identity);
- external coming out regarding the public declaration of these aspects.

It should be emphasised that there are currently multiple family configurations, each encompassing an inherent complexity (Fruggeri, 2018), therefore further investigation is required into the factors underlying the communicative and interactive family exchanges which hinder the coming out.

Method

This study, which ended in September 2022, drew from the Apa Psychinfo database which contains the main scientific publications on coming out and family coming out produced over the last ten years. These studies were selected on the basis of four criteria: focus on coming out/family coming out, significance of the results ($P < 0,01$; $P < 0,05$; $P < 0,001$), year of publication and free accessibility. This sampling exercise led to the analysis of 58 studies concerning:

- Sexual prejudice and coming out (9 results),
- Family relationships and coming out (37 articles),
- Therapeutic proposals to facilitate the family coming out process (8),
- Incidence of sexual prejudice on family coming out (1 article),

- Interventions/strategies/best practices to reduce the impact of sexual prejudice on coming out (3 publications).

An initial examination of the significant results obtained in the present studies, also considering the large sample number, highlights sexual prejudice as one of the main risk factors in coming out (internal and external) (Pistella *et al.*, 2020) and for the well-being of LGBTQICAPF2K+ adolescents and young adults (Brambilla & Tham, 2018). When explicitly or implicitly acted out by the majority at school, college, or in sports contexts, it can lead to the development of internalising factors, emotional disturbances and relationship difficulties, and hinder internal and external coming out (Iborra, 2007; Ansara, 2012; Ryan *et al.*, 2017; Rigliano, 2018; Barnett *et al.*, 2020; APA, 2021; Williams *et al.*, 2021). In this regard, the Table 1 highlights the vari-

Table 1. Representation of factors inhibiting or reinforcing the effect of sexual prejudice on coming out.

Factor investigated	Effect on sexual prejudice				Effect on sample coming out	Sample data
Foundation binding morals (Barnett <i>et al.</i> , 2020)	.06 with P.S. (P<0.001) .19 with P.S.I. (P<0.01)				-.13 (P=0.01) -.29 (P<0.001)	N=117 (18-29 years)
Homophobe culture (King, 2021)	Gay	Bisexual	Bisexual	Trans	N.S.	N=19.868 (G) N=2.063 (P) N=6.592 (UK) 18-24 years 20.6% (G) 40.91% (P) 28.44% (UK)
	GER	W.	M.	GER		
	0.662 (P<0.001)	GER	GER	1.529 (P<0.001)		
	POR	(P<0.001)	(P<0.001)	POR		
	0.673 (P<0.001)	POR	POR	1.448 (P<0.01)		
	UK	(P<0.01)	(P<0.001)	UK		
0.728 (P<0.001)	UK	UK	2.226 (P<0.001)			
		0.702 (P<0.001)	0.560 (P<0.001)			
Ethnicity (Li <i>et al.</i> , 2017)	N.S.				N.S.	N=21 (18-29 years)
Religion (Rosenkrantz <i>et al.</i> , 2016)	31% Improvement in relationships with family and friends				25% expressed coming out	N=314 (18-30 years)
Contact (Smith <i>et al.</i> , 2009)	-23 (P<0.001)	Correlational studies	Experimental studies		N.S.	N=83
		-.25 (P<0.001)	-.26 (P<0.001)			
Electronic contact (White, 2019)	-.545 (P<0.01)				N.S.	N=133

Resource: data from a personal review of scientific works published between 2015 and 2022 in the APA Psycinfo database regarding the relationship between sexual prejudice and family coming out.

P.S., sexual prejudice; P.S.I., integrated sexual prejudice; GER/G, Germany, POR/P, Portugal; UK, United Kingdom, N.S., not significant.

ables which can reinforce or reduce the negative impact of sexual prejudice on young adults' coming out:

This first framework, although it has the merit of identifying the intervening variables in the coming out process, formulates a question, as well as pointing to the objective of this review: which resources can be found within the family system that can be activated in order to create an initial supportive social network that can follow and provide support along the entire pathway of disclosure and free expression of identity in young LGBTQIA+ people. To this end, the risk and protective factors in family coming out, identified in the scientific literature published between 2010 and 2022, have been listed separately in the Table 1.

In the future, it would be useful to investigate all these aspects in a single, limited geographical area in order to take into account the cultural differences between the participants in these studies, as well as among their authors.

The family coming out

The process of sexual identity formation can be explained by referring to an umbrella term: coming out. This concept refers to the process of identity exploration that passes through the adolescent phase leading to the discovery of sexual orientation, gender identity and biological attributes (APA, 2022).

The first step in this exploratory journey is the internal coming out: an intimate and tortuous navigation within oneself, preparatory to the realisation of an integrated sexual identity (Corbisiero, 2021).

The identification of identity components, when associated with internalised homo-bi-trans-phobia, can lead to: the development of internalising factors (Lori *et al.*, 2018; Scarborough *et al.*, 2021) which may result in suicidal thoughts (D'Augelli, 2002; O.M.S., 2021; APA, 2021); the acquisition of a lower self-esteem or a sense of inferiority (Scarborough *et al.*, 2021); identification with negative stereotypes (Lingiardi, 2007; Coleman, 2011) or the adoption of defence mechanisms (Klein *et al.*, 2015) capable, for example, of causing the subject to 'live a double life', creating severe psychological distress (Montano, 2007).

Several authors believe that internal coming out (and its relative relevance) depends on the subject's experience and the strategies adopted in order to understand, signify and ultimately connect recent discoveries to established representations of the self (Corbisiero, 2021).

For the 'coming out of the closet' (literal translation of the term) to be possible, it is crucial, as well as arduous, to achieve awareness and acceptance of one's sexual characterisation (Klein *et al.*, 2015).

It is only through this achievement that the adolescent can integrate these aspects and break free from the 'condition of secrecy and constraint' which

prevented self-acceptance as a social actor (Calonaci, 2013; Coulombe & Sorbonnière, 2015) and also the public declaration which corresponds to the external coming-out (APA, 2022).

Manning (2015) defines coming out as an ‘interpersonal revelation’. The public disclosure of one’s sexual identity is thus articulated as an interactive and communicative exchange situated in a specific cultural context.

Since the late 1990s, numerous empirical studies have focused on understanding coming out in sports, friendship, school and family environments, and tried to identify variables capable of facilitating or preventing this declaration (Baiocco *et al.*, 2015; Bakacak & Oktem, 2014; Ryan *et al.*, 2017; Pistella *et al.*, 2016; Pistella *et al.*, 2020). The communication of sexual identity to members of our social network, online and/or offline, is considered by some authors as one of the essential components of identity formation (Pistella *et al.*, 2016; Bennett & Donatone, 2020). This two-way communicative and interactive process, in fact, involves the parties in a mutual discovery of otherness that is not explicable as a linear mechanism with a staged development (Plummer, 1975; Ponse, 1978; Cass, 1979; Coleman, 1982; Faderman, 1984). The first work to identify the presence of ‘forward or backward, upward and downward’ microtransitions in coming out is the model of homosexual identity development, by Richard Troiden (1988). The author argues that Cass’s stages of identity development, i.e. confusion, acceptance, tolerance, pride and identity synthesis (Cass, 1979), do not follow one another on the basis of overcoming the previous developmental stage, but follow a spiral movement. Troiden’s model, therefore, comes close to the concept of ‘*developmental plasticity*’, emphasising the spontaneity and flexibility with which an individual can respond to the different environmental stimuli to which he or she is exposed (D’Augelli, 1994). This study has undoubtedly contributed to complexifying the view of sexual identity development and, in this case, of coming out, as an element characterising the individual’s growth. A systematic review of the literature produced by Eliason and Schope (2007), with the aim of identifying elements common to the different staged models of sexual identity development, produced between 1975 and 2005, highlighted five ubiquitous themes:

- feeling of diversity in relation to one’s peers or in relation to heterosexual identity.
- identity formation as a developmental process in progression.
- need for revelation, which identifies coming out as a drive to improve the subject’s state of psychophysical well-being. Coming out, moreover, is thought of as a moral imperative by members of the queer community, as a necessary tool for the ‘promotion of tolerance and inclusiveness, empowering oneself and others’ (Rasmussen, 2004).
- the need for a phase of cultural pride/immersion in which risky conduct or feelings of aversion to dominant cisgender heterosexual outgroups be manifest.

- the need for identity integration/synthesis to allow the individual to achieve greater emotional equilibrium, demanded by overcoming the previous phase of rejection of social norms and dominant outgroups.

A criticism levelled at some of these theories, with the exception of Troiden's (1988) model, is the insufficient consideration of the situational variables which continuously intervene in the process of identity negotiation (Klein *et al.*, 2015). Indeed, a human being should be thought of as an open system, as an 'organism plus its environment' (Bateson, 2000). Another limitation of the aforementioned evolutionary approaches is the expectation that, once these evolutionary steps have been taken, the subject can become morally superior, coherent and finite (Klein *et al.*, 2015). Coming out is not a necessary evolutionary step or a moral imperative (Eliason & Shope, 2007). In fact, it does not always occur and, above all, rarely coincides with a public declaration of the self (Calonaci, 2013; Manning, 2015). For a better understanding of this issue, it is sufficient to think of an LGBTQICAPF2K+ subject declaring their sexual orientation to the person they are attracted to, but not disclosing their sexual identity to their parents for fear of their judgement. Furthermore, contrary to the theorisations on the 'need for disclosure' (Eliason, 2007), it has been scientifically proven that coming out may not be exclusively associated with positive health outcomes (Williams *et al.*, 2021; Bennett & Donatone, 2020; Lori *et al.*, 2018; Ryan *et al.*, 2015; Coulombe & Sorbonnière, 2015).

As shown in Table 2, this exploratory and multifaceted pathway is moder-

Table 2. Protection and risk factors for family coming out.

Author and year of publication	Sample	Protection factors in family coming out	Significance
Pistella, 2016	N=291 (age 16-29)	Having a stable relationship	r=.36 P<0.05
Baiocco <i>et al.</i> , 2012	N=150 (age 16-19)	Having friends from the queer community	r=.29 P<0.01
Ryan <i>et al.</i> , 2017	N=156 (age 18-55)	Families supportive of autonomy	r=.47 P<0.001
Ugazio & Gargano, 2016	N=25 (age 18-35)	Family semantics of 'liberty'	r=.421 P<0.01
Ugazio & Gargano, 2016	N=25 (age 18-35)	Distance from paternal positioning	r=.452 P<0.05
Risk factors in family coming out			
Barnett <i>et al.</i> , 2020; Schope, 2002	N=117 (age 18- 29)	Conservative families with constraining moral foundations	r=-.28/- .17 P≤0.001
Ryan <i>et al.</i> , 2017	N=156 (age 18-55)	Interiorized homo-bi-transphobia	r=-.28 P<0.001

Resource: data from a personal review of scientific reading published between 2015 and 2022 in the APA Psycinfo database on the relationship between sexual prejudice and family coming out.

ated by numerous factors which may affect the family coming-out (Baiocco *et al.*, 2012; Gargano & Ugazio, 2016; Ryan *et al.*, 2017; Baiocco *et al.*, 2018; Barnett *et al.*, 2020) and determine different outcomes on the subject's state of well-being (Williams *et al.*, 2021; Bennett & Donatone, 2020; Lori *et al.*, 2018; Ryan *et al.*, 2015; Coulombe & Sorbonnière, 2015).

Other studies have tried to identify the different modes and forms assumed by this narrative and, on the basis of these, hypothesize some of the multiple implications derived from them (Ugazio, 2009; Klein *et al.*, 2015; Manning, 2015; Bennett & Donatone, 2020; Li & Samp, 2021).

In the course of identity formation, the person relates to his or her environment through the use of verbal and non-verbal channels, including sharing aspects of one's self associated with sexual identity. Multiple theorisations have supported dialogue as the foundation of the process of identity construction and disclosure (Bachtin, 1981; Pearce, 1989; Harré & Van Langenhove, 1999; Hermans, 2001; Davolo & Mancini, 2017; Bennett & Donatone, 2020). In this regard, by administering an online survey to 130 participants belonging to the queer community, Manning attempted to identify some of the communicative forms of coming out with specific reference to sexual orientation (Manning, 2015). In this research, the author collected 258 accounts of positive and/or negative coming-out experiences, and identified 7 different types of conversations which the participants had with their interlocutors:

- Pre-planned conversation: in this type of conversation the LGBTQI-CAPF2K+ individual decides and plans the disclosure of their sexual orientation. Often the subject addresses the designated individual or social group, introducing their speech with pre-planned sentences containing the words 'to lie'. Over half the participants shared this experience (Manning, 2015).
- Emergent conversation: many participants revealed that during conversations dealing with issues related to coming out or the queer community, they stated their sexual identity as a direct or indirect result of the dialogue established previously. The contexts in which these narratives occur differ and vary within the group of participants who reported incidents ascribable to this narrative category. One of the driving forces behind this type of coming out experience seems to be the sense of trust and security inspired by the receiver of the statement and manifested in the course of the conversation. In this type of communication the receiver may also deny this aspect of the self which the interlocutor shares, and manifest rejection, contempt, anger or aggressive behaviour (Manning, 2015).
- Forced conversations: These are cases in which the other person is aware of the sexual identity of the LGBTQI-CAPF2K+ subject and forces him/her to come out through some expedient, e.g. by coaxing his/her statement, deceiving him/her or forcing it from him/her. The LGBTQI-CAPF2K+ subject does not initiate the conversation but is persuaded. This

situation often occurs when the other person is ready to support and reassure him/her (Manning, 2015).

- **Conflicting conversations:** Coming out recipients have secretly gathered information about the sexual identity of the interlocutor and engage in conversation. The dialogue has some distinctive features: evidence, confrontation and chaotic communication. Evidence refers to the gathering of evidence concerning the sexual identity of the LGBTQICAPF2K+ individual. Confrontation often manifests itself in the clash between the two parties involved, dictated by feelings of anger, aversion that may be felt by both individuals regarding the devaluation of the relationship. Communication becomes chaotic when the concerns and fears of the recipient emerge, the latter, for example, may fear that the other will engage in risky sexual conduct or be subjected to verbal or physical aggression (Manning, 2015).
- **Romantic/sexual conversations:** the dialogue becomes a tool for identity affirmation and, the main objective of the LGBTQICAPF2K+ subject, a manifestation of affective transport or sexual attraction towards the interlocutor (Manning, 2015).
- **Educational/activist conversations:** The declaration of one's sexual identity takes place in a public context. The people to whom the disclosure is addressed can later ask questions in order to be informed about the queer community. The purpose of coming out is thus educational and/or dictated by activism (Manning, 2015).
- **Mediated conversations:** Conversation does not take place face-to-face, but uses media, physical or virtual (Manning, 2015).

This research has the merit of taking a snapshot and situating the coming out in order to inform potential interlocutors or professionals about how to conduct the declaration and the possible risks and benefits it entails (Manning, 2015). However, the qualitative data reported and analysed by Manning are not predictive and are restricted to the sphere of sexual orientation (Manning, 2015). The conversation prototypes identified by the author do not account for the uniqueness of the interacting subjects and the specificity of the social, cultural and psychological contexts which inevitably influence the coming out. If we were to situate the coming out in a hypothetical family context, referring to Olson's circumflex model (Visani *et al.*, 2014), we could easily speculate how the revelation of one's sexual identity might diversify according to the different degrees of connection or adaptation of the family system. In order to investigate the environmental factors capable of hindering or facilitating the coming out process, the Canadian Teens Resting Urban Trans/Homophobia (TRUTH) project, by means of qualitative research using a photovoice method, examined the coming out experiences of young adolescents living in Kitchener-Waterloo, Ontario (Klein *et al.*, 2015). Taking advantage of the active participation of the participant group, this

device enabled the identification of individual and social resources, which are instrumental in promoting social change in their community (Klein *et al.*, 2015). Strengths and weaknesses were highlighted by a team of professionals who actively involved the young people in the three discussion sessions. The first group meetings focused on the analysis of photographic material (Klein *et al.*, 2015). The final phase of the project, on the other hand, was geared towards developing greater reflexivity with the group and individual reflections on the work done (Klein *et al.*, 2015). From the collection of qualitative data, Klein and collaborators (Klein *et al.*, 2015) highlighted the intervening variables in the disclosure of one's sexual identity:

- Individual factors relating to the process of self-understanding of one's sexual identity: Defence mechanisms, such as denial, which lead to the denial of affective and/or sexual attraction, and delay the coming out, are an obstacle to coming out. Participants reported that the denial phase was often transitory and overcome by a moment of exploration, listening and acceptance of sexual desire. Following the acceptance of this aspect of the self, they began to think about and evaluate the possible implications of coming out. This step was preparatory to the identification of coping strategies which would allow the achievement of a balanced or improved well-being.
- Importance of the context: Many young people have stated that, among the factors responsible for their openness to the social environment, support from institutions, friends, and family played a significant role. An interesting aspect of this research concerns the role of the queer community present in the area of these adolescents. Following their attendance at these centres aimed at LGBTQIAPF2K+ individuals, the participants stated that they had learned about a subculture which allowed for the re-signification of their condition and the freedom to understand and enact their gender and sexuality. The queer community also encouraged young people to experience a sense of belonging and to gain visibility as members of this social group, giving rise to social restrictions and discrimination.
- The complexity of coming out is about listening to and understanding one's own needs, fears, security or insecurities which affect the disclosure of the characteristics of the self, relating to gender and sexuality. We are not talking about a rational evaluation of the costs and benefits of coming out, but about reflecting on one's limits, boundaries, on 'what one is willing to lose' in order to fully express oneself. As revealed by the participants themselves, the complexity of this intimate navigation within oneself was obscured by linear models of sexual identity development. According to one participant, these theories respond to the search for a 'queer aetiology' which also gives rise to most of the social problems LGBTQIAPF2K+ individuals experience. Another aspect investigated is language, specifically the choice of words for defining the self during the

coming-out process, the result of a negotiation between the subcultures of the queer community and the family system.

These findings allowed for a challenge to linearity, psychological wellness, and the ideal of positive ‘queer coming out’ (Klein *et al.*, 2015), reflections further supported by Simon Coulombe and Roxanne De La Sorbonnière (Coulombe & Sorbonnière, 2015). Based on the psychosocial model of identity integration, the authors argue in favour of the importance of considering the participants’ level of identity integration in the analysis of family coming out (Coulombe & Sorbonnière, 2015), a factor capable of falsifying assumptions in the evolutionary approach, questioned by Klein *et al.*, (2015). Specifically, the authors obtained scientific evidence demonstrating a moderately significant relationship between identity integration and the well-being of subjects (Coulombe & Sorbonnière, 2015). Another correlation highlighted by the authors is between the perceived valence of existential changes, such as coming out, and the health outcomes of participants with a homosexual orientation (Coulombe & Sorbonnière, 2015).

This research, however, only considers the point of view of the LGBTQI-CAPF2K+ subject (Coulombe & Sorbonnière, 2015; Klein *et al.*, 2015; Manning, 2015; Gargano & Ugazio, 2016; Bennett & Donatone, 2020), and disregards the perceptions, feelings, reactions, and thoughts of other people involved in the family coming out process (Baiocco *et al.*, 2022; Anzani *et al.*, 2021). In order to include the experiences of parents of LGBTQICAPF2K+ adolescents in the analysis of the coming-out process, Baiocco *et al.* (2022) conducted a semi-structured interview to examine the reactions of 16 Italian mothers and 9 fathers to the disclosure of their children’s sexual orientation. The content of the interviews was explored through emotional text analysis, leading to the identification of four emerging themes:

- ‘Un-doing of family bonds’, the difficulties in building family bonds;
- Gender typicality perceived by parents with reference to episodes from the LGBTQICAPF2K+ subject’s childhood;
- The freedom to be oneself and transgression;
- Family generativity (Baiocco *et al.*, 2022).

The following themes allowed the authors to highlight a common evolution in the participants’ feelings (Baiocco, Carbone, Pistella, Gennaro, & Petrocchi, 2022). At first, parents interpreted the public statement as a ‘challenge’, expressing uncertainty and fear about their children’s future, but later the narratives they produced were characterised by ‘openness, pride and generativity’ (Baiocco *et al.*, 2022).

The reading review produced by Abreu *et al.* (2019) shows that even parents of TGE and TGD² adolescents have experiences similar to those reported

² TGD and TDE are acronyms indicating the definition and expression, respectively, of transgender identity.

in the previous research (Baiocco *et al.*, 2022). Through the identification of three key moments of family coming out ('early stage, middle stage, and outcomes'), researchers have emphasised the impact of time, gender, and attribution of the cause of TGD and TGE identity in defining the process of elaborating this sharing (Abreu *et al.*, 2019). Specifically, regarding the initial stages of publicly declaring their children's gender identity, they detect atypical gender behaviour, different emotional reactions, cognitive dissonance, and behavioural avoidance, and lack of knowledge (Abreu *et al.*, 2019). During the processing of this news, however, parents engage in seeking information resources and developing cognitive flexibility, seeking support and forming connections with TGDs, addressing barriers and isolation, developing awareness of discrimination and recognising its impact on mental health, and enhancing their listening skills (Abreu *et al.*, 2019). This is followed by positive outcomes such as relational benefits, affirmation of values, activism, and new personal narratives (Abreu *et al.*, 2019).

The data obtained by Abreu *et al.* (2019) aligns with the evidence gathered later by Prunas *et al.* in the Italian context (Prunas *et al.*, 2021). Prunas examined the representations of a sample of Italian parents of TGE adolescents diagnosed with gender dysphoria aged between 14 and 19. The analysis of the linguistic productions of the family members led to the emergence of the following themes:

- Gender dysphoria: something impossible to understand;
- Resigned acceptance;
- Strategies for social acceptance in a complex sociocultural context;
- Limitations of social and health services (Prunas *et al.*, 2021).

In summary, information gathered from previous studies (Abreu *et al.*, 2019; Baiocco *et al.*, 2022; Prunas *et al.*, 2021) points out to social and health service providers the importance 'of recognising different emotional reactions and cognitive dissonance, cultivating hope, respecting systemic barriers, and helping parents of TGD individuals in creating new positive narratives' (Abreu *et al.*, 2019).

Scientific evidence shows that the attitude of criticism, invalidation or disapproval taken by parents during coming out can generate strong psychological distress (Haas *et al.*, 2010; Ryan *et al.*, 2009; D'Amico & Julien, 2012; Padilla *et al.*, 2010; Rothman *et al.*, 2012) whereas family support leads to positive health outcomes (D'Augelli, 2002; Eisenberg & Resnick, 2006; Elizur & Ziv, 2001; Feinstein *et al.*, 2014; Floyd *et al.*, 1999; Grossman *et al.*, 2005; Haas *et al.*, 2010; Hershberger & D'Augelli, 1995; Needham & Austin, 2010; Ryan *et al.*, 2010; Savin-Williams, 1989; Shilo & Savaya, 2011). This intimate journey of self-discovery, therefore, involves the family in its entirety (Manning, 2015; Baiocco *et al.*, 2022), making it socially useful to design interventions capable of adopting a comprehensive view which connects the points of view of all the actors involved (Newman, 2002; Bartlett, 2006;

Peletz, 2009; Ehrensaft & Turban, 2017; Moradi & Budge, 2018) in order to promote an initial acceptance of the public declaration of LGBTQIAPF2K+ adolescents (Pachankis & Goldfried, 2004; Parker *et al.*, 2018) and discourage maladaptive family communication forms, which are among the main causes of LGBTQIAPF2K+ youth's malaise (Ugazio, 2009; Klein *et al.*, 2015; Manning, 2015; Bennett & Donatone, 2020; Li & Samp, 2021). Among the many therapeutic proposals aimed at achieving this goal, the following deserve a closer look: family therapy based on the ABFT - SGM attachment style (Diamond *et al.*, 2022), interpersonal psychodynamic therapy (Gutrie & Moorey, 2017; 2018), the Adlerian therapeutic model (Brown *et al.* 2020) and systemic-relational therapy (Lingiardi & Nardelli, 2014). By connecting the intrapersonal and interpersonal dimensions, these therapeutic proposals have proved effective in promoting the process of identity integration, increasing the well-being of LGBTQIAPF2K+ adolescents and their family members (Barkham *et al.*, 2016; Gutrie & Moorie, 2018; Medley, 2021).

With regard to resistant heteronormative households, ABFT – SGM achieved significant results in both the short and long terms by reducing parental rejection, increasing acceptance of LGBTQIAPF2K+ children and improving the quality of the young adult-parent attachment bond (Diamond *et al.*, 2022).

Interventions facilitating coming out

Since the American Psychology Association (APA) removed the use of conversion therapies with homosexual patients, the organisation has moved to promote affirmative therapies that support gays, lesbians, and bisexuals in exploring their sexuality and, more broadly, their individual histories (Cramer *et al.*, 2008; Marco Guerci, 2018; Ehrensaft, 2019). The affirmative therapeutic approach, in the first instance, is grounded in a multidimensional view of sexual identity (Moradi & Budge, 2018; Donatone, 2020). With regard to sexual orientation, the therapist tries to explore issues such as sexual attraction and sexual conduct with the patient, without attempting to categorise the patient's sexuality in predefined dimensions (Moradi & Budge, 2018). It is important for the psychotherapist to build a protected listening space for the individual, free from any form of prejudice, since, especially during the initial interviews, the patient is the greatest expert on himself (Candelori, 2013). Unconditional listening and understanding of the narrative that the subject provides about him/herself and the sexual and/or sentimental relationships that he/she entertains, allow the therapeutic pair to build a shared language (Candelori, 2013; Moradi & Budge, 2018). Thanks to this shared culture, the therapist will be able to convey to the patient a sense of acceptance, and acceptance functional to the development of a relationship based on trust

(Candelori, 2013). The definition of sexual orientation, moreover, must be investigated separately from other aspects of identity such as sex, and gender (Moradi & Budge, 2018). Regarding the subject's biological attributes, the practitioner could ask what sex the person was identified with at the time of their birth (*i.e.*, female or male) and use a further question to assess whether intersexuality is present (Moradi & Budge, 2018). A similar procedure can also be followed in order to better outline gender identity: it is always advisable to ask the patient directly how he or she defines himself or herself (male, female, agender, queer, transgender) since often the labels we know do not match the subject's self-image (Newman, 2002; Bartlett, 2006; Peletz, 2009; Ehrensaft & Turban, 2017; Moradi & Budge, 2018).

The type of therapy proposed here is based, therefore, on a caring relationship which diverges from the instructive model promoted in conversion therapies (Cramer *et al.*, 2008; Moradi & Budge, 2018); in this interactive and communicative exchange, the pair collaborate in identifying a path of mutual discovery and growth. Using a metaphor, we could imagine therapist and patient as sailors on two different boats: each with its own equipment and sailing side by side towards unexplored, uncontaminated shores.

In conclusion, we can identify three founding principles in this approach: self-reflexivity, affirmation, normalisation (Lezos, 2017). These principles have been inflected in different ways, in accordance with the therapist's training. Among the theories and therapeutic techniques used in order to support the patient in affirming his or her sexual identity, we find conversational therapy (Leonardi & Viaro, 1990; Lai, 1993; Moorhouse & Carr, 2002; Guthrie & Moorey, 2018). The ultimate aim, common to Gianpaolo Lai's conversationalism (Lai, 1993) and interpersonal psychodynamic therapy (Guthrie & Moorey, 2018), concerns the sharing and representation of the patient's affective states through dialogue (Guthrie & Moorey, 2018). Patient and therapist 'explore dominant narratives and counter-narratives' with the aim of finding a synthesis between values, beliefs introjected by the family mandate and the behaviour, identity, and finally the specific experiences of the individual in therapy (Yarhouse, 2008). The term 'dominate narrative' was coined by White and Epston (1990) and describes a person's main view of the self and the world (Yarhouse, 2008). This narrative can be functional in therapy when it allows one to analyse and overcome fears that imprison the patient (Yarhouse, 2008). With reference to the queer community, if dominant narratives are the result of the internalisation of sexual prejudices, rampant in a heteronormative society, they can lead to the manifestation of multiple problems (Yarhouse, 2008) associated with internalising and externalising factors (Williams *et al.*, 2021). Conversation and contention with a therapist can give rise to 'a transformative narrative' which stimulates in the patient a reflection on his or her own unique system of premises (Yarhouse, 2008), identifying the conflict that exists between sexual identity and naive theories (Bennett &

Donatone, 2020), between public opinion and individual feeling (Ehrensaft & Turban, 2017). This goal can also be inferred from the enucleation of the founding pillars of Hobson's model (Hobson, 1985), founder of interpersonal psychodynamic therapy (Guthrie & Moorey, 2018): experience, which involves and inextricably binds body and mind; self, a word that encapsulates the importance of getting to know a person intimately without actively seeking facts or information; language and feelings, which is not exclusively about the verbalisation of emotions but a two-way game, between patient and therapist, connecting verbal and non-verbal, speakable and unspeakable levels, through the use of symbols and metaphors; giving shape to feelings, *i.e.*, materialising and making present the patient's fears and, through a process of gradual unveiling of these fears, succeeding in overcoming them, projecting into the future; particular details, in Hobson's view, the therapist should have a free-floating attention (Freud, 1912, 1985) in order to tune in to the patient's subjective time (Guthrie & Moorey, 2018). If we consider these basic assumptions, on a content level we will encounter similarities with classic psychodynamic authors such as Winnicott and Meares (Winnicott, 1971; Meares, 1977; 1993; Guthrie & Moorey, 2018), but the distinctive feature of this theory is the attention to detail in order to create an emotional language (Guthrie & Moorey, 2018). The interpersonal psychodynamic model allows for the development of a caring relationship geared towards the discovery, representation, and verbalisation of unconscious, deep aspects of the self which can lead the patient to greater integrity, and continuity of the self (Barkham *et al.*, 2016; Medley, 2021). Connecting the intrapersonal and interpersonal dimensions through therapeutic dialogue (Gil, 2007) can also lead to the reduction of minority stress and anxiety levels (Medley, 2021).

A further orientation adheres to conversational therapy, embedded in the systemic-relational current and drawing inspiration from the conversationalism of Lai (1993) and the work of Viaro and Leonardi (1990). While interpersonal psychodynamic therapy has been particularly effective in individual therapies (Guthrie & Moorey, 2018), the systemic-relational orientation has brought positive health outcomes especially in family therapy (Malley, 2002). The family therapy setting is inhabited by three or more actors, with their own experiences and systems of premises, who relate to the therapist in a culturally defined social context. This summary definition of the setting is useful in order to begin to highlight the deep interrelationships between intrapsychic, interpersonal, institutional and socio-cultural dimensions which involve not only the service users but the practitioner himself. Starting with a brief introduction to cisgenderism and heteronormativity which permeates the Western symbolic system (Blumer *et al.*, 2013; Rigliano, 2018; De Leo, 2021), Blumer *et al.* studied the possible therapeutic implications of the practitioner's unconscious belonging to such a context. When technical skills are not accompanied by relational skills such as self-reflexivity, the therapist may

reduce the analytical field within the confines of his or her own cultural lenses. In this case, the risk involved is that of assuming an ethnocentric and cisgenderist position (Ansara, 2012) by culturising the user (Davolo, 2017).

In order to further explore the concept of ethnocentrism in therapy, reference can be made to a typical situation in which an Italian therapist is in conversation with an adolescent from Asia. The adolescent in question is trying to explore his gender identity without feeling the wish to talk to his parents about his journey. Without adequate consideration of the young person's cultural background, the psychotherapist might think that the reason for his failure to come out might lie in his parents' sexual prejudice or, in general, in not reflective or infrequent intra-familial communication. Indeed, research has shown that, in some Asian and African countries, changes in the identification of one's gender in the course of one's life are quite typical and are not categorised by using appellations such as agender gender fluid or transgender (Honingman, 1964; Amadiume, 1998). In this cultural setting, the patient's family may already have begun to support their child in the journey and, since they do not need to label their own exploration of identity, the child would not then need the coming out to feel welcomed or accepted (Frigerio *et al.*, 2021; Ehrensaft, 2019). This situation, however prototypical and invented, highlights how easy it often is, even for the professional, to directly derive clinical practice from their own models of reference (Holahan & Gibson, 1994; Triana *et al.*, 2021). Similarly, a cisgender and/or heterosexual professional might be hindered by 'invisibility management' (Blumer, 2012), built around the family to conceal the presence of sexual minorities within it. These walls are aimed at reducing the impact of stigma and may be erected for fear of harassment, discrimination or acts of vandalism by majority groups, making it difficult for the professional to recognise, legitimise, and validate the family reality especially when it is different from the professional's one (Blumer, 2012). The patient creates, in other words, what in the Baranger spouses' field model is defined with the name of bastion, in other words 'what the individual undergoing analysis does not want to put into play because the risk of losing it would reduce him to a state of extreme weakness, vulnerability, desperation' (Barbieri, 2009). Sometimes the therapist himself can contribute to the construction of these barriers (Twist, 2006; Blumer, 2011), leading to a double resistance in which the evolution and, therefore, the transformation of the patient's clinical pathway is prevented. The techniques that the psychotherapist may adopt to avoid this impasse, by developing awareness and self-reflexivity, are: being supervised by another colleague (Blumer *et al.*, 2013), working in a team (Moderato & Rovetto, 2005) and carrying out a therapeutic process (Momigliano, 2001; Bolognini, 2002). On the basis of these insights, the self-reflexive therapist is able to accompany and support the user on the path to critical reflection of his or her own family myths, scripts, rules and family boundaries, internal and external, that characterise that unique reality. Thanks to the reflexive process,

the negotiation of the symbolic, systemic and structural dimension of the family system opens up, metaphorically, to a journey in which the therapist embraces each member during his or her struggle with old and new personal and family identities. Family and therapist thus begin the search for a new story to narrate (Baptist & Allen, 2008). For change to be possible, the therapist must immerse himself in an open dialogue (Gammer, 2009), paying attention to the vocabulary and type of language used by the interlocutors in order to identify 'key words' (Wittgenstein, 1992; Boscolo & Cecchin, 2019). This type of approach, proposed by the School of Milan in the 1970s (Boscolo & Cecchin, 2019), is based on the idea of language as an act of reciprocity; key-words, created by the receiver and identified by the therapist, become vehicles of possibilities, actions, meanings, experiences (Boscolo & Cecchin, 2019). The reading of the key words should always emerge from the interconnection of logical and analogical models (Watzlawick *et al.*, 1971) as the meaning is defined in the relationship in the analytic pair and arises from an emotional-affective substratum recorded in the session in a more or less explicit way. The connection of the different levels of the conversation can therefore be read through the identification of key words (Boscolo & Cecchin, 2019) or emerging themes (Gammer, 2009; Revell & McLeod, 2017); unresolved issues that permeate the imaginary, and family dynamics which are revealed in the *hic et nunc* of the session. Among the various issues which can be encountered in working with families with sexual minority children, we also encounter coming out (Baptist & Allen, 2008). A study by Baptist and Allen highlighted four issues which are important to work on in order to facilitate a family coming out: embracing the LBTQICAPF2K+ identity, understanding the multidimensionality of sexual identity, integrating subjective experiences into family reality, building supportive social networks, and promoting social awakening (Baptist & Allen, 2008). The achievement of these therapeutic goals allows the reconfiguration of the family framework, the transition from fragmentation to family cohesion. A pathway which accompanies family members towards a formulation, a re-signification of this process can also result in positive effects on the child's mental health, reducing the incidence of emotional and behavioural disorders among sexual minority youths about to reach adulthood (Malley, 2002; Doyle, 2018).

In pursuit of this end, one could envisage the adoption of the seven founding principles of Open Dialogue as being able to provide valuable aid for the realisation of an open, integrated and versatile treatment plan that 'follows the conditions and cultural specificities of the society in which it is applied' (Seikkula & Tarantino, 2016).

In the 1980s, Jaakko Seikkula developed the integrated existential approach, an innovative intervention methodology based on the practice of open dialogue experimented with patients suffering from psychosis as opposed to the use of instructional models leading to the hospitalisation of the

patient (Seikkula & Tarantino, 2016). Pivotal principles of the clinician's work are: placing trust in the patient's resources, exercising unconditional acceptance, and tolerating uncertainty; creating a supportive social network capable of providing immediate help in difficult existential crises by establishing an open dialogue both in the therapeutic alliance and within a multidisciplinary team that connects psychiatry to psychotherapy; contributing to the assumption of responsibility by each actor involved in the process (Seikkula & Tarantino, 2016). Thus, the co-construction of a caring relationship is pursued that 'learns from the patients' way of life and language, completely and entirely, without exception or prejudice', motivated therefore by constructs underlying affirmative therapy (Candelori, 2013; Moradi & Budge, 2018; Donatone, 2020). In the landscape of affirmative therapies as well as in Open Dialogue we can indeed discern a common goal: the use of dialogue for the exploration, affirmation, and normalisation of gender and sexual identity in its multidimensionality (Moorhouse & Carr, 2002; Guthrie & Moorey, 2018; Seikkula & Tarantino, 2016).

The use of Open Dialogue (Olson *et al.*, 2014) would be able to facilitate the synthesis between the values and beliefs introjected by the family mandate, and the behaviour, identity, specific experiences of the individual in therapy (Yarhouse, 2008). The method proposed by Olsen *et al.* would make it possible to identify the dominant narratives resulting from the internalisation of the prejudices widespread in a heteronormative society, and promote a transformative narrative, stimulating a shared and polyphonic reflection on the single system of consent of the patient, family members and professionals (Lai, 1993; Yarhouse, 2008). Seikkula's proposed intervention would contribute to the identification of the conflict that exists between sexual identity and naive theories (Seikkula & Tarantino, 2016; Bennet & Donatone, 2020), between public opinion and individual feeling (Ehrensaff & Turban, 2017), passing through the intimate knowledge of a person without the active search for facts and information, but which, through the language of feelings and freely fluctuating attention (Freud, 1912; 1985), can lead to the connection and recording of the speakable and the unspeakable, presentifying and materialising the fears and experiences of all involved, in a projection to the future (Hobson, 1985; Gutrie & Moorie, 2018).

Thus we note that, despite potential conflicts which may persist between these different clinical models of intervention (Brown *et al.*, 2020), the promotion of effective communication models and continuous patient support is always pursued. Not only is it possible to build bridges between different theoretical models, it is also effective.

In particular, a recent study by Brown and co-workers showed that a theoretical contact between the dynamic and systemic-relational orientation might be found in the application of Adlerian theories (Brown *et al.*, 2020). In describing the relationships between systemically oriented family therapy

and Peluso's theoretical model (Peluso, 2007), Carlson and Robey (2011) and Bitter and Carlson use the words kinship, integration and application, highlighting the existence of strong connections between the two different approaches. Brown and co-workers, in order to demonstrate the effectiveness of this intersection, propose the conceptualisation of a clinical case based on the overlapping of the theoretical principles underlying Adlerian theory and systemic therapy: holism, belonging, and social interest (2020). As far as social interest is concerned, the common goal shared by the clinical interventions is the 'empowerment of the client' in order to allow him/her to feel accepted and valued as an individual endowed with his/her own meaningfulness, recognised by other social actors (Brown *et al.*, 2020). Acknowledging the patient's membership to one or more social groups, and consequently the desire to relate to the others, should not arise from a process of social categorization with discriminatory functionality but should be the function in a process of fully understanding the patient's background (Brown *et al.*, 2020). The Adlerian construct of holism, which considers both the context and the content of individual progress in the life cycle, is equivalent to the concept of '*embrication between levels*' (Varela, 1979), according to which the whole is greater than the sum of the parts (Von Bertalanffy & Hofkirchner, 1981; 2015), which are bound together by deep connections. In the case proposed by the authors, a transgender couple in search of a family identity, a transgenerational approach (Kerr & Bowen, 1990) is used for the analysis of the current dynamics between the partners and the elaboration of a future, joint family life plan (Brown *et al.*, 2020). Future family planning is made possible by the therapeutic alliance thanks to which the clinician starts by learning about the patients' families and individual histories. Useful tools in the pursuit of this goal are the family constellation of Adlerian theory and the genogram of family systems theory. The use of these techniques is functional: to the revelation of the unique needs of the family system (Brown *et al.*, 2020), partially identifiable as original deficiencies arising from the indirect and direct experiences subjects have experienced in relating to their respective families of origin; functions designed to meet the needs of the partner and partly inherited from one's attachment patterns to make up for unresolved gaps in the family past; identification of and overcoming fears (Brown *et al.*, 2020), the latter related to functions and needs (Mazzei & Neri, 2017). These aspects are also discernible in the enucleation of the construct of collusive arrangement as a 'modality of relational encounters in which each participant agrees to develop parts of himself, functions/competencies, conforming them to the needs of the other, renouncing to develop other parts which he projects on his companion' (Mazzei & Neri, 2017). Thanks to the work of Brown *et al.* (2020), we can build theoretical and practical bridges between even seemingly distant disciplines, always giving relevance to the patient's health without the conditioning of our systems of premises.

Conclusions

This literature review seeks to assess the systemic complexity of the process of adolescents' and young adults' sexual identity formation, exploration and sharing within their family system.

Despite the fact that there is a growing decline in harassment, assault, and incidents of discrimination and social control against the LGBTQI+ community (Barnett *et al.*, 2020; Choi e Oh, 2021), sexual prejudice continues to be the main cause of minority relational problems, especially in our country (Ilga, 2022). The aim of this report has been to give visibility to a dimension that has long remained silent, a victim of the moral code that stigmatizes plural and polychromatic sexuality by virtue of an ethical, social, legal, and divine order 'responsible for the salvation of the soul' (Salemi, 2022). For this reason, the development of sexual identity is outlined, starting with the socio-cultural macro-system on which it is based, and then specifically dealing with the journey undertaken by the LGBTQI+ child in his or her family environment, noting situations of tension or ambivalence that could impede free and authentic identity expression (HRC, 2022).

The studies presented here highlight how an initial acknowledgment of this statement in the family context can facilitate free identity expression in other contexts (Pistella *et al.*, 2020) and benefit the health of the LGBTQI+ person (Williams *et al.*, 2021; Bennett e Donatone, 2020; Lori *et al.*, 2018; Ryan *et al.*, 2015; Coulombe e Sorbonnière, 2015).

By identifying possible risk and protective factors intervening in the family coming out process, this paper offers personal and environmental tools which can enhance the potential and resources of gender or sexual minority individuals and their families.

Effective promotion of the well-being of queer youth and their families has been demonstrated through the use of ABFT - SGM attachment style-based family therapy (Diamond *et al.*, 2022), interpersonal psychodynamic therapy (Gutrie & Moorie, 2018), the Adlerian therapeutic model (Brown *et al.*, 2020), and systemic-relational therapy (Lingiardi & Nardelli, 2014); however, the study and testing of the following approaches with queer Italian youth from heteronormative families are lacking.

The empirical evidence presented in this review, moreover, was derived from research that separately considered the experiences, expectations, and reactions of loved ones involved (Manning, 2015; Coulombe e Sorbonnière, 2015; Baiocco *et al.*, 2022).

In the future, it would be interesting to carry out studies capable of simultaneously including the views of the siblings, the nurturing figures and the LGBTQI+ youth so that we can have an overview of the shared experience of family coming out.

The aim pursued by this paper has therefore been to motivate a multidis-

ciplinary exploratory research project capable of identifying the possible resistances existing in clinical work with Italian heteronormative families, in order to reduce the likelihood of the occurrence of internalizing and externalizing factors in queer youth.

REFERENCES

- Abreu, R., Rosenkratz, E.D., Oatman, T., Rostosky, S., Riggle, E. (2019). Parental Reactions to Transgender and Gender Diverse Children: A Literature Review. *Journal of GLBT family studies*, 461-485.
- Amadiume, I. (1998). Reinventing Africa: Matriarchy, religion and culture. St Martin's.
- Ansara, Y.G. (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologizing and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology and sexuality*, 137-160.
- Anzani, A., Sacchi, S., Prunas, A. (2021). Microaggressions towards lesbian and transgender women: Biased information gathering when working alongside gender and sexual minorities. *Journal of Clinical Psychology*, 77(9): 2027-2040.
- APA. (2021). APA guidelines for psychological practice with sexual minorities people. Tratto da American Psychology Association.
- APA. (2022). APA dictionary of Psychology. Tratto da American Psychology Association.
- Ardener, E. (1972). Belief and the problem of women. J. S. La Fontaine.
- Bachtin, M. (1981). The Dialogical Imagination. Four essays. Austin: University of Texas Press.
- Baiocco, R., Carbone, A., Pistella, J., Gennaro, A., Petrocchi, C. (2022). Parental experiences of coming out: from undoing family bonds to family generativity. *Journal of Homosexuality*, 1-23.
- Baiocco, R., Carone, N., Ioverno, S., & Lingiardi, V. (2018). Same sex and different sex parent families in Italy: Is parents' sexual orientation associated with child health outcomes and parental dimensions? *Journal of Development and Behavioural Pediatrics*, 555-563.
- Baiocco, R., Fontanesi, L., Santamaria, F., Ioverno, S., Marasco, B., Baumgartner, E., Willoughby, B. (2015). Negative Parental Responses to Coming Out and Family Functioning in a Sample of Lesbian and Gay Young Adults. Springer. *Journal of Child and Family Studies*, 1490-1500.
- Baiocco, R., Lingiardi, V. e Nardelli, N. (2012). Measure of internalized sexual stigma for lesbians and gay men: a new scale. *Journal of Homosexuality*, 59:1191-1210.
- Bakacak, A.G., Oktem, P. (2014). Homosexuality in Turkey: Strategies for managing heterosexism. *Journal of Homosexuality*, 817-846.
- Baptist, J.A., Allen, K. R. (2008). A family's coming out process: systemic change and multiple realities. *Contemporary Family Therapy*, 92-110.
- Barbieri, G. (2009). Psicologia dinamica. Tra teoria e metodo. Libreria Cortina.
- Barkham, M., Guthrie, E., Hardy, G., Margison, F. (2016). Psychodynamic-interpersonal therapy: A conversational model. Sage.
- Barnett, M.D., Maciel, I.D., Sligar, K.B. (2020). Moral foundations, sexual prejudice, and outness among sexual minorities. *Sexuality & Culture*, 1387-1396.
- Bartlett, N.H. (2006). A retrospective study of childhood gender-atypical behavior in Samoan Fa'afafine. *Archives of Sexual Behavior*, 649-666.
- Bateson, G. (2000). Verso un'ecologia della mente. Adelphi.
- Bennett, K., Donatone, B. (2020). When 'coming out' is (even more) complicated: Considerations for therapists helping tgnb emerging adults navigate conversations about gender with family. *Journal of College Student Psychotherapy*.
- Blumer, M. L. (2012). The role of same-sex couple. Nationally Broadcast Professional Continuing. American Association of Marriage and Family Therapy.
- Blumer, M.L., Ansara, Y.G., Watson, C.M. (2013). Cisgenderism in family therapy: how

- everyday clinical practices can delegitimize people's gender self-designations. *Journal of Family Psychotherapy*, 267-285.
- Bolognini, S. (2002). *L'empatia psicoanalitica*. Bollati Brinighieri.
- Bordieu, P. (2021). *Sistema, habitus, campo*. Mimesis.
- Boscolo, L., Cecchin, G. (2019). *La scuola di Milano, conversazioni e testimonianze*. (L. Formenti, Intervistatore) Tratto da Centro Milanese di Terapia della famiglia.
- Brambilla, G., Tham, J. (2018). *Sexuality, gender & education*. If Press.
- Brown, K.S., Londergan, K., Bluvshstein, M. (2020). And they lived happily ever after: an intimate closeness of systems and adlerian theories in the case of a transgender couple. *The Journal of Individual Psychology*, 128-140.
- Burgess, E.W. (1926). *The Family as a Unity of Interacting Personalities*. University of Chicago, 3-9.
- Calonaci, A. (2013). Il ripostiglio nella mente. Omossessualità e psicoterapia. *Psicoterapeuti in Formazione*, 3-39.
- Candelori, C. (2013). Il primo colloquio. La consultazione clinica di esplorazione con bambini, adolescenti e adulti. Il Mulino.
- Carlson, J.D. (2011). An integrative Adlerian approach to family counseling. *Journal of Individual Psychology*, 232-244.
- Cass, V.C. (1979). Homosexual identity formation: a theoretical model. *Journal of Homosexuality*, 219-235.
- Choi, K.M., Oh, I. (2021). A phenomenological approach to understanding sexual minority college students in South Korea. *Journal of Multicultural Counseling & Development*, 225-238.
- Coleman, E. (1982). Developmental stages of the coming-out process. Homosexuality: Social, psychological, and biological issues. *American Behavioral Scientist*, 149-158.
- Coleman, E.B.K. (2011). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. *International Journal of Transgenderism*, 165-232.
- Corbisiero, F. (2021). #omossessualicontemporanei. Identità, culture, spazi LGBT+. FrancoAngeli.
- Corsano, P., Musetti, A. (2012). *Dalla solitudine all'autodeterminazione*. Cortina Libreria.
- Couch, J.R. (2021). Exploring lesbian and gay experiences with individuals, systems, and environments: Patterns of response to heterosexist prejudice and discrimination. *ProQuest Information & Learning*, 2091-2101.
- Coulombe, S., Sorbonnière, R.D. (2015). The role of identity integration in hedonic adaptation to a beneficial life change: the example of 'coming out' for lesbians and gay men. *The Journal of Social Psychology*, 294-313.
- Cramer, R.J., Golom, F.D., LoPresto, C.T., Kirkley, S.M. (2008). Weighing the evidence: empirical assessment and ethical implications of conversion therapy. *Ethics & Behavior*, 93-114.
- D'Amico, E., Julien, D. (2012). Disclosure of sexual orientation and gay, lesbian, and bisexual youths' adjustment: Associations with past and current parental acceptance and rejection. *Journal of GLBT Family Studies*, 8(3), 215-242.
- D'Augelli, A.R. (1994). Identity development and sexual orientation: Toward a model of lesbian, gay and bisexual development. In: *Human diversity: Perspectives on people in context*. Josse-Bass, 312-333.
- D'Augelli, A.R. (2002). Mental health problems among lesbian, gay, and bisexual youths ages 14 to 21. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 433-456.
- Davolo, A., Mancini, T. (2017). *L'intervento psicologico con i migranti*. Bologna: Il mulino.
- De Leo, M. (2021). *Queer: storia culturale della comunità LGBT+*. Einaudi.
- Dei, F. (2016). *Antropologia culturale: Il Mulino*.
- Diamond, G.M., Boruchovitz Zamir, R., Nir Gotlieb, O., Gat, I., Bar Kalifa, E., Yehoshua Fitoussi, P., Katz, S. (2022). *Terapia familiare basata sull'attaccamento per giovani adulti appartenenti a minoranze sessuali e di genere e i loro genitori non accettanti*. 530-548.

- Donatone, K.B. (2020). When 'coming out' is (even more) complicated: considerations for therapists helping TGNCB emerging adults navigate conversations about gender with family. *Journal of College Student Psychotherapy*.
- Ehrensaft, D. (2019). Il bambino gender creative. Percorsi per crescere e sostenere i bambini che vivono al di fuori dei confini di genere. Odoya.
- Ehrensaft, D., Turban, J.L. (2017). Research review: gender identity in youth: treatment paradigms and controversies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1228-1243.
- Eisemberg, M.E. Resnick, M.D. (2006). Suicidality among gay, lesbian and bisexual youth: the role of protective factors. *The Journal of Adolescent Health*, 39(5):662-8.
- Eliason, M.J., Shope, R. (2007). Shifting sands or solid foundation? Lesbian, gay, bisexual, and transgender identity formation. *Springer Science & Business Media*, 3-26.
- Elizur, Y., Ziv, M. (2001). Family support and acceptance, gay male identity formation, and psychological adjustment: a path model. *Reserachgate* 40(2):125-44.
- Faderman, L. (1984). The 'new gay' lesbians. *Journal of Homosexuality*, 65-75.
- Feinstein, B.A., Davila, J., Goldfried, M.R., Wadsworth, L.P. (2014). Do parental acceptance and family support moderate associations between dimensions of minority stress and depressive symptoms among lesbians and gay men? *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(4), 239-246.
- Ferrari, F. (2018). Altre generatività: procreazione e filiazione senza sessualità. In: L. Fruggeri (a cura di) Famiglie d'oggi. Quotidianità, prassi e dinamiche psicosociali. Carocci, pp. 91-122.
- Fleckinger, A. (2017). Le dinamiche della vittimizzazione secondaria: quando gli assistenti sociali incolpano le madri. *Research on Social Work Practice*, 30(5)
- Floyd, F.J., Stein, T.S., Harter, K.S.M., Allison, A., Nye, C.L. (1999). Gay, lesbian, and bisexual youths: separation individuation, parental attitudes, identity consolidation, and well-being. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 719-739.
- Freud, S. (1912; 1985). L'Io e l'es. Bollati Boringhieri.
- Frigerio, A., Prunas, A., Montali, L., Anzani, A. (2021). We'll accept anything, as long as she is okay: italian parents' narratives of their transgender children's coming-out. *Journal of GLBT Family Studies*, 432-449.
- Fruggeri, L. (2018). Famiglie d'oggi. Quotidianità, dinamiche e processi psicosociali: Carocci.
- Li, M.J., Thing, J.P., Galvan, F.H., Gonzalez, K.D., Bluthenthal, R.N. (2017). Contextualizing family microaggressions and strategies of resilience among young gay and bisexual men of Latino heritage. *Culture, Health and Sexuality*, 107-120.
- Gammer, C. (2009). The child's voice in family therapy: a systemic perspective. WW Norton & Company Inc.
- Gargano, M., Ugazio, V. (2016). L'influenza delle semantiche familiari nel processo di coming out. L'influenza delle semantiche familiari nel processo di coming out. Università degli Studi di Bergamo.
- Gil, S. (2007). A narrative exploration of gay men's sexual practices as a dialectical dialogue. *Sexual and Relationship Therapy*, 63-75.
- Grossman, A.H., D'Augelli, A.R., Howell, T.J., Hubbard, S. (2005). parent' reactions to transgender youth' gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1): 3-16.
- Guthrie, E., Moorey, J. (2018). The theoretical basis of the conversational model of therapy. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 32(3), 282-300.
- Harré, R., Van Langenhove, L. (1999). Positioning theory: Moral context of intentional actions. Blackwell.
- Haas, A.P., Eliason, M., Mays, V.M., Mathy, R.M., Cochran, S.D., D'augelli, A.R., ..., Clayton, P.J. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality*. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00918369.2011.534038>
- Heritier, F. (2002). Maschile e femminile. Il pensiero della differenza. (quarta ed.). B. Fiore (a

- cura di). Laterza.
- Hermans, H. (2001). The dialogical self: toward a theory of personal and cultural positioning. *Cultural Psychology*, 243-281.
- Hershberger, S., D'Augelli, A.R. (1995). The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Developmental Psychology* 31(1):65-74.
- Hobson, R.F. (1985). *Forms of feeling*. Routledge.
- Holahan, W., Gibson, A. (1994). Heterosexual therapists leading lesbians and gay therapy groups: therapeutic and political realities. *Journal of Counselling and Development*, 591-594.
- Honingman, J.J. (1964). *The Kasha Indians: an ethnographic reconstruction*. Yale University Press.
- HRC, F. (2022). *Coming out living authentically*. Tratto da Human Rights Campaign. Available from: <https://www.hrc.org/resources/coming-out-living-authentically-as-lesbian-gay-and-bisexual>
- Iborra, A. (2007). Dealing with homosexuality in a homophobic culture: a self-organization approach. *Integrative Psychological & Behavior*, 285-295.
- Ilga Europe. *Rainbow Europe map and index*. 17 Maggio 2022. Available from: <https://ilga-europe.org/report/rainbow-europe-2021/>
- Doyle, C.J. (2018). A new family system therapeutic approach for parents and families of sexual minority youth. *Issues in Law & Medicine*, 223-234.
- Kerr, M.E., Bowen, M. (1990). *La valutazione della famiglia. Un approccio terapeutico basato sulla teoria boweniana*. Astrolabio Ubaldini.
- King, A. (2021). LGBT discrimination, harassment and violence in Germany, Portugal and the UK: A quantitative comparative approach. *Current Sociology*, 71(1)
- Klein, K., Holtby, A., Cook, K., Travers, R. (2015). Complicating the coming out narrative: becoming oneself in a heterosexist and cissexist world. *Journal of Homosexuality*, 297-326.
- Lai, G. (1993). *Conversazionalismo. Le straordinarie avventure del soggetto grammaticale*. Bollati Boringhieri.
- Leonardi, P., Viaro, M. (1990). *Conversazione e terapia*. Raffaello Cortina Editore.
- Lezos, M.D. (2017). Inclusive sex therapy practices: a qualitative study of the techniques sex therapists use when working with diverse sexual populations. *Sexual and Relationship Therapy*, 2-21.
- Li, Y., Samp, J.A. (2021). Antecedents to and outcomes of same-sex couples' coming out talk. *Western Journal of Communication*, 1-21.
- Lingiardi, V. (2007). *Citizen gay. Famiglie, diritti negati e salute mentale*. Il Saggiatore S.P.A.
- Lingiardi, V., Nardelli, N. (2014). *Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche, gay e bisessuali*. Raffaello Cortina Editore.
- Lori E. R., Travis, S., Lesley A.T., Jenna M.M., Hawkins, B.W., Fehr, C.P. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sex Research*, 435-456.
- Maggiolini, A., Pietropolli Charmet, G. (2016). *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*. Franco Angeli Editore.
- Malley, M. (2002). Systemic therapy with lesbian and gay clients: a truly social approach to psychological practice. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 237-241.
- Manning, J. (2015). Communicating sexual identities: a typology of coming out. *Sexuality & Culture*, 122-138.
- Marco Brambilla, A.C. (2011). Subgrouping e omosessualità: rappresentazione cognitiva e contenuto degli stereotipi interiorizzati di uomini gay. *Psicologia Sociale*, 71-88.
- Marco Guerri, P.I. (2018). Le diversità di orientamento sessuale e identità di genere. In: P.I., Marco Guerri (ed.). *L'impresa inclusiva. LGBT e diversity in azienda*. Guerini Next srl, pp. 27-48.
- Mazzei D., Neri, V. (2017). *La mediazione familiare. Il modello simbolico trigerazionale*. Raffaello Cortina Editore.
- Meares, R.A. (1977). *The pursuit of intimacy: an approach to psychotherapy*. Thomas Nelson.

- Meares, R.A. (1993). The metaphor of play: origin and breakdown of personal being. Jason Aronson.
- Medley, B. (2021). Recovering the true self: Affirmative therapy, attachment, and AEDP in psychotherapy with gay men. *Journal of Psychotherapy Integration*, 383-402.
- Moderato, P., Rovetto, F. (2005). Progetti di intervento psicologico. Idee, suggestioni e suggerimenti per la pratica professionale. Mc Graw-Hill Education.
- Momigliano, N. (2001). L'ascolto rispettoso. Cortina Editore.
- Montano. (2000a). Istituto A. T. Beck. terapia cognitivo - comportamentale. Istitutobeck. Available from: <https://www.istitutobeck.com/omofobia-omofobia-interiorizzata>
- Montano, A. (2000b). Psicoterapia con clienti omosessuali. Mc Grow-Hill Companies.
- Montano, A. (2007). L'omofobia internalizzata come problema centrale nel processo di formazione dell'identità sessuale. *Rivista di Sessuologia*, pp. 31-41.
- Moorhouse, A., Carr, A. (2002). Gender and conversational behaviour in family therapy and live supervision. *Journal of Family Therapy*, 46-56.
- Moradi, B., Budge, S.L. (2018). Engaging in LGBTQ+ affirmative psychotherapies with all clients: Defining themes and practices. Wiley Periodicals Inc., 2028-2042.
- Needham, B.L., Austin, E.L. (2010). Sexual orientation, parental support, and health during the transition to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*. 39(10):1189-98.
- Newman, L.K. (2002). Sex, gender, and culture: Issues in the definition, assessment and treatment of gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 352-359.
- O.M.S. (2021). Newsroom of World Health Organization. World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Olson, M., Seikkula, J., Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in open dialogue: fidelity criteria. University of Massachusetts Medical School. Available from: <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>
- Pachankis, J.E., Goldfried, M.R. (2004). Clinical issues in working with lesbian, gay, and bisexual clients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 227-246.
- Padilla, Y.C., Crisp, C., Rew, L.D. (2010). Parental acceptance and illegal drug use among gay, lesbian and bisexual adolescents: results from a national survey. *Social Work*, 55(3): 265-275.
- Parker, C.M., Hirsch, J.S., Philbin, M.M., Parker, R.G. (2018). The urgent need for research and interventions to address family-based stigma and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth. *The Journal of Adolescent Health*, 63(4):383-393.
- Pearce, B. (1989). Communication and the Human Condition. Southern Illinois University Press.
- Peletz, M.G. (2009). Gender pluralism: Southeast asia since early modern times. Taylor & Frances.
- Peluso, P. R. (2007). Emotionally focused couples therapy and Individual Psychology: A dialogue across theories. *The Journal of Individual Psychology*, 248-269.
- Pescatore, V. (2021). Identità sessuale e auto-percezione di sé. Riflessioni a margine della legge tedesca sui 'trattamenti di conversione'. G. Giappichelli Editore.
- Pistella, J., Rosati, F., Ioverno, S., Girelli, L., Laghi, F., Lucidi, F., Baiocco, R. (2020). coming out in family and sports-related contexts among young italian gay and lesbian athletes: the mediation effect of the 'don't ask, don't tell' attitude. *Journal of Child and Family Studies*, 289-306.
- Pistella, J., Salvati, M., Ioverno, S., Laghi, F. (2016). Coming-out to family members and internalized sexual stigma in bisexual, gay and lesbian people. *Journal of Child and Family Studies*, 3694-3701.
- Plummer, J. (1975). Sexual stigma: an interactionist account: Routledge & Kegan Paul.
- Ponse, B. (1978). Identities in the lesbian world: the social construction of self. Greenwood press.
- Prunas, A., Anzani, A., Montali, L., Frigerio, A. (2021). 'We'll accept anything as long as she is okay': Italian parents' narratives of their transgender children's coming out. *Journal of GLBT Family Studies*, 432-449.

- Rapper, I. (1942). *Perdutamente tua*. Warner Bros.
- Rasmussen, M.L. (2004). The problem of coming out. *Theory into practice*, 144-150.
- Revell, S., McLeod, J. (2017). Therapists' experience of walk and talk therapy: A descriptive phenomenological study. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 267-289.
- Rigliano, P. (2018). Sguardi sul genere. Voci in dialogo. Mimesis.
- Rosenkrantz, D.E. (2016). The positive aspects of intersecting religious/spiritual and LGBTQ identities. *Educational Publishing Foundation*, 127-138.
- Ross, E.L. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: a systematic review and meta-analysis. *The Journal Of Sex Research*, 435-456.
- Rostosky, S.S., Riggall, E.D.B. (2017). Same-sex relationships and minority stress. *Current Opinion in Psychology*, 13: 29-38.
- Ryan, C. et al. (2009). Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. *American Academy of Pediatrics*: <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524>
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R.M., Sanchez, J. (2010). family acceptance in adolescence and the health of lgbt young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), pp. 205-213.
- Ryan, S.W., Legate, N., Weinstein, N., Rahman, Q. (2017). Autonomy support fosters lesbian, gay, and bisexual identity disclosure and wellness, especially for those with internalized homophobia. *Journal of Social Issues*, 289-306.
- Ryan, W.S., Legate, N., Weinstein, N. (2015). Coming out as lesbian, gay, or bisexual: the lasting impact of initial disclosure experiences. *Self and Identity*, 549-569.
- Salemi, G. (2022). Portale di informazioni antidiscriminazioni LGBT. Tratto da Portale nazionale LGBT. Available from: <http://www.portalenazionalelgbt.it/sessualita-plurali-breve-viaggio-del-farsi-sociale-della-sessualita/index.html>
- Savin-Williams, R.C. (1989). Parental influences on the self-esteem of gay and lesbian youths: A reflected appraisals model. *Journal of Homosexuality*, 17(1-2), 93-109.
- Scrimshaw, E., Downing, M., Cohn, D. (2018). Reasons for non-disclosure of sexual orientation among behaviorally bisexual men: non-disclosure as stigma management. *Archives of Sexual Behaviour*, 219-233.
- Seikkula, J., Tarantino, C. (2016). Il dialogo aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche. Giovanni Fioriti Editore.
- Shilo, G., Savaya, R. (2011). Effects of family and friend support on lgb youths' mental health and sexual orientation milestones. *Wiley Online Library*, 60(3): 318-330.
- Smith, S.J., Axelson, A.M., Saucier, D.A. (2009). The effects of contact on sexual prejudice: a meta-analysis. *Sex Roles*, 178-191.
- Triana, M.C., Gu, P., Chapa, O., Richard, O., Colella, A. (2021). Sixty years of discrimination and diversity research in human resource management: A review with suggestions for future research directions. *Wiley Online Library*, 145-204.
- Troiden, R.R. (1988). Homosexual identity development. *Journal of Adolescent Health Care*, 105-113.
- Twist, M.M. (2006). Therapist support of gay and lesbian human rights. *Journal of Guidance and Counselling*, 107-113.
- Ugazio, V.N. (2009). The Family Semantics Grid (FSG). The narrated polarities. *Testing, Psychometrics, Methodology in applied Psychology*, 165-192.
- Varela, F.J. (1979). Principles of biological autonomy. Elsevier Science Ltd.
- Viola, A. (2022). Il sesso è (quasi) tutto. Evoluzione, diversità e medicina di genere. Feltrinelli.
- Visani, E., Nuovo, S.D., Liorido, C. (2014). Il FACES IV. Il modello circonflesso di Olson nella clinica e nella ricerca. Franco Angeli.
- Von Bertalanffy, L., Sutherland, J.W. (1981, 2015). General system theory: foundations, development, applications. George Braziller.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. Jackson, D.D. (1971). Pragmatica della comunicazione umana.

- Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi. Astrolabio Ubaldini.
- White, A.F. (2019). Using electronic contact to reduce homonegative attitudes, emotions, and behavioral intentions among heterosexual women and men: a contemporary extension of the contact hypothesis. *The Journal of Sex Research*, 1179-1191.
- White, M., Epston, D. (1990). Narrative means to therapeutic ends. W. W. Norton.
- Wickham, R.E., Gutierrez, R., Giordano, B.L. (2021). Gender and generational differences in the internalized homophobia questionnaire: an alignment IRT analysis. *Assessment*, 1159-1172.
- Scarborough, W.J., Fessenden, D., Sin, R. (2021). Convergence or divergence? the generational gap in gender attitudes, 1977-2018. In: D.F. William, J. Scarborough (eds.). *Gender and generation: continuity and change advances in gender research*. Emerald group publishing, pp. 73-94
- Williams, A.J., Jones, C., Arcelus, J., Townsend, E., Lazaridou, A., Michail, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of victimisation and mental health prevalence among LGBTQ+ young people with experiences of self-harm and suicide. *PLOS One*, 1-26.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. Routledge Classics.
- Wittgenstein, L. (1992). La conferenza di Wittgenstein sull'etica. *Lezioni e conversazioni su etica, estetica, psicologia e credenza religiosa*. Adelphi, pp. 5-18.
- Yarhouse, M.A. (2008). Narrative sexual identity therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 196-210.
- Zan, A (2022). *Senza paura: La nostra battaglia contro l'odio*. Edizioni Piemme.
- Zeeman, L., Sherriff, N., Browne, K., McGlynn, N., Mirandola, M., Gios, L., Davis, R., Sanchez-Lambert, J., Aujean, S., Pinto, N., Farinella, F., Donisi, V., Niedzwiedzka-Stadnik, M., Rosińska, M., Pierson, A., Amaddeo, F.; Health4LGBTI Network. (2021). A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *The European Journal of Public Health*, 974-980.

Conflict of interests: the author declares no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 28 October 2023.

Accepted: 20 March 2024.

Editor's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, editors and reviewers, or any third party mentioned. Any materials (and their original source) used to support the authors' opinions are not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2024
Licensee PAGEPress, Italy
Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:856
doi:10.4081/rp.2024.856

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Case ripiegate su loro stesse¹ Uno sguardo sullo sviluppo dell'identità sessuale di adolescenti e giovani adulti in famiglie eteronormative

Sara Zucchi*

SOMMARIO. – Questo elaborato racchiude alcuni contributi scientifici in materia di sviluppo dell'identità sessuale in adolescenti e giovani adulti. In ambito psicologico, indagare lo sviluppo dell'identità sessuale risulta particolarmente importante per comprendere, pianificare e implementare interventi capaci di supportare ragazzi queer nel processo di *coming out* interno ed esterno. Malgrado il panorama scientifico internazionale attesti una riduzione dei fenomeni di discriminazione e controllo sociale nel contesto sportivo, accademico e scolastico, l'Italia nel 2021 si è posizionata all'ultimo posto della *Rainbow Europe Map and Index*. Secondo la teoria del *Minority stress*, molti giovani che si identificano nella comunità queer sperimentano fattori di stress distali e prossimali che possono determinare lo sviluppo di: preoccupazioni, difficoltà relazionali e/o stati d'ansia e depressivi. Tra le principali cause di questo malessere vi è l'interiorizzazione del pregiudizio sessuale, diffuso e perpetrato dalla cultura omofoba tutt'ora presente in Occidente. La presente indagine identifica i principali fattori individuali, sociali e culturali incidenti sul benessere di queste minoranze sessuali al fine di progettare efficaci strategie di sostegno nell'ambiente familiare. La famiglia, in effetti, rappresenta la rete sociale primaria attraverso la quale gli individui formano le proprie cognizioni e i propri valori, dove si tessono i primi rapporti e si sperimentano emozioni e sentimenti, apprendendo competenze emotive e relazionali, ma anche il primo potenziale contesto di esposizione e/o educazione al pregiudizio sessuale. Questo lavoro, pertanto, si è focalizzato sulla relazione esistente tra: i) il sistema valoriale familiare e il *coming out* esterno; ii) il *coming out* familiare e il livello di coesione della famiglia; iii) il supporto familiare alle autonomie individuali e la pubblica dichiarazione della propria identità sessuale ai familiari; iv) il possesso di una relazione sentimentale stabile e il *coming out* familiare; v) la disposizione di amicizie appartenenti alla comunità queer e il pubblico svelamento della propria identità sessuale; vi) il pregiudizio sessuale interiorizzato, dall'adolescente stesso e/o dai propri cari, e il *coming out*. Questa revisione vuole inoltre ispirare una ricerca esplorativa di quei nuclei familiari resistenti all'accettazione e all'accoglienza di figli LGBTQICAPF2K+ che abitano il nostro Paese, denominabili come famiglie italiane eteronormative.

Parole chiave: *coming out*, LGBTQICAPF2K+, identità sessuale, identità di genere, orientamento sessuale.

*Università degli Studi di Parma, Italia. E-mail: sara.zucchi@studenti.unipr.it

¹ Il titolo è tratto dal film 'Perdutamente tua', realizzato nel 1942 dal regista Irving Rapper, per identificare realtà familiari arrocate in difesa di costumi sociali che difficilmente lasciano spazio all'espressione dell'individualità.

Introduzione

Nell'attuale panorama socioculturale italiano, tutt'ora pervaso da una cultura omofoba (Montano, 2000a; Rigliano, 2018; Couch, 2021; Ilga, 2022), il funzionamento degli individui e dei gruppi sociali ai quali appartengono, può essere interpretato alla luce del 'pensiero delle differenze' (Heritier, 2002). Secondo l'allieva di Lévi Strauss, lo sviluppo dell'uomo si erge su un dualismo cognitivo che oppone categorie antitetiche quali caldo e freddo, vivente e inerte, uomo e donna (*ibidem*). Si tratta di un sistema di categorizzazione profondamente radicato che possiede una motivazione evolucionista associata al parto potenzialmente mortifero della donna, effetto del restringimento del canale uterino conseguente all'assunzione della posizione eretta (Dei, 2016; Fleckinger, 2017). L'antropologa pertanto ipotizza che il binarismo di genere abbia un fondamento biologico difficile da eradicare, ma facile da trasmettere nelle interazioni sociali quotidiane (Heritier, 2002). Questa teorizzazione trova una sua concretizzazione nell'omofobia sociale e interiorizzata (Montano, 2000b; Brambilla, 2011; Wickham, *et al.*, 2021) e nelle discriminazioni sociali agite nei confronti della comunità queer nel contesto scolastico, amicale, familiare e sportivo (Ross, 2018; Zeeman, 2021; Williams *et al.*, 2021; APA, 2022). Forme di pregiudizio sessuale e di genere, infatti, vengono trasmesse dalle istituzioni (Montano, 2000), ammorbandolo l'ambiente sociale, che circonda i soggetti appartenenti a queste minoranze, fin dalle relazioni primarie. La famiglia quindi non più come 'rifugio nella tempesta' ma 'montagna da scalare' (Zan, 2022). Corrispondono a 'montagne da scalare' quei modelli familiari che si originano da una coppia eterosessuale, intesa come archetipo simbolico e relazionale che assume come fondanti le differenze sessuali, delineando un ruolo maschile, preposto al sostentamento del nucleo, in antitesi con il ruolo femminile, relegato stereotipicamente alla cura dei figli e all'*housekeeping* (Rostosky e Riggle 2017; Fleckinger, 2017). Sono queste 'unità di individui in reciproca interazione' (Burgess, 1926), che definiremo con il nome di famiglie eteronormative, a perpetrare quelle tradizioni fondate sul binarismo di genere (Rigliano, 2018; Viola, 2022), sull'androcentrismo (Fleckinger, 2017) e sul procreativismo (Ferrari, 2018) che possono ostacolare il libero processo di sperimentazione e formazione identitaria della prole e le relazioni che gli appartenenti intrattengono con il mondo esterno (APA, 2021).

Recenti studi hanno dimostrato come la trasmissione di queste stereotipie ai figli possa influire negativamente sull'attaccamento, inducendo ansia o evitamento dell'instaurazione di un legame emotivo con le figure allevanti (Diamond *et al.*, 2022) e comportare la difficile accettazione di sé (Carastathis *et al.*, 2017; Scrimshaw *et al.*, 2018; Scarborough *et al.*, 2021), generando un potenziale scollamento tra le differenti rappresentazioni di sé in quanto attore sociale dalle plurime appartenenze e dalla forte distintività. Quando l'adole-

sciente è prigioniero di queste credenze spesso non riesce a procedere con l'autosvelamento, l'accettazione, l'integrazione e l'espressione dell'identità, unitamente alla valorizzazione dei propri tratti distintivi.

Nel corso dello sviluppo identitario, tuttavia, i valori familiari non vengono tramandati alle generazioni successive attraverso un'investitura ma attualizzati e risimbolizzati.

Per meglio comprendere questa modificazione del patrimonio culturale familiare possiamo riferirci ai compiti evolutivi individuati da Maggiolini e Pietropoli Charmet (2016): 'la mentalizzazione del corpo sessuato, la costruzione di un proprio sistema di valori e ideali, la separazione e individuazione dalla nicchia primaria, la nascita sociale', i quali permettono di giungere alla consapevolezza del background familiare e dei cambiamenti fisici in atto nel corpo dell'adolescente e mediante i quali è possibile significare e rappresentare i mutamenti in corso.

La realizzazione di queste sfide o compiti evolutivi (Corsano e Musetti, 2012) è connessa alla comprensione e allo svelamento dell'identità sessuale alla base del *coming out*.

Il *coming out* è costituito da due momenti evolutivi distinti, connessi e non necessariamente conseguenti:

- *coming out* interno per la definizione di sé in quanto essere sessuato (sesso), attratto o non attratto sessualmente e/o emotivamente da un altro individuo (orientamento sessuale), dotato o non dotato di una specifica connotazione di genere (identità di genere);
- *coming out* esterno in merito alla pubblica dichiarazione di questi aspetti.

Bisogna sottolineare che attualmente le configurazioni familiari esistenti sono molteplici e dotate di una complessità intrinseca (Fruggeri, 2018) pertanto è necessario un ulteriore approfondimento dei fattori alla base di quegli scambi familiari comunicativi e interattivi ostacolanti il *coming out*.

Metodo

Questo studio, terminato a settembre 2022, ha attinto dal database Apa Psychinfo le principali pubblicazioni scientifiche in materia di *coming out* e *coming out* familiare prodotte negli ultimi dieci anni. Questi studi sono stati selezionati in base a quattro criteri: focus sul *coming out/coming out* familiare, significatività dei risultati ($P < 0,01$; $P < 0,05$; $P < 0,001$), anno di pubblicazione e fruibilità gratuita. Questo lavoro di campionatura ha permesso l'analisi di 58 studi in materia di:

- Pregiudizio sessuale e *coming out* (9 risultati conseguiti),
- Relazioni familiari e *coming out* (37 articoli),
- Proposte terapeutiche per la facilitazione del processo di *coming out* familiare (8),

- Incidenza del pregiudizio sessuale sul *coming out* familiare (1 articolo),
- Interventi/strategie/*best practise* per ridurre l'impatto del pregiudizio sessuale sul *coming out* (3 pubblicazioni).

Da una prima disamina dei risultati significativi ottenuti nei presenti studi, considerata anche la numerosità del campione, si evidenzia il pregiudizio sessuale tra i principali fattori di rischio per il *coming out* (interno ed esterno) (Pistella *et al.*, 2020) e per il benessere di adolescenti e giovani adulti LGBT-QICAPF2K+ (Brambilla e Tham, 2018). Esso, quando esplicitamente o implicitamente agito dalla maggioranza in contesti scolastici, universitari o sportivi, può provocare lo sviluppo di fattori internalizzanti, disturbi emotivi e difficoltà relazionali, ostacolando il *coming out* interno ed esterno (Iborra, 2007; Ansara, 2012; Ryan *et al.*, 2017; Rigliano, 2018; Barnett *et al.*, 2020; APA, 2021; Williams *et al.*, 2021). A tal riguardo, la Tabella 1 evidenzia le

Tabella 1. Rappresentazione dei fattori capaci di inibire o rafforzare l'effetto del pregiudizio sessuale sul *coming out*.

Fattore indagato	Effetto sul pregiudizio sessuale				Effetto sul <i>coming out</i>	Dati campione
Fondamenti morali vincolanti (Barnett <i>et al.</i> , 2020)	.06 with P.S. (P<0.001)				-.13 (P=0.01)	N=117 (18-29 years)
	.19 with P.S.I. (P<0.01)				-.29 (P<0.001)	
Cultura omofoba (King, 2021)	Gay	Bisessuale	Bisessuale	Trans	N.S.	N=19.868 (G) N=2.063 (P) N=6.592 (UK) 18-24 years 20.6% (G) 40.91% (P) 28.44% (UK)
	GER	W.	M.	GER		
	0.662	GER	GER	1.529		
	(P<0.001)	0.537	0.347	(P<0.001)		
	POR	(P<0.001)	(P<0.001)	POR		
	0.673	POR	POR	1.448		
(P<0.001)	0.668	0.294	(P<0.01)			
UK	(P<0.01)	(P<0.001)	UK			
0.728	UK	UK	2.226			
(P<0.001)	0.702	0.560	(P<0.001)			
	(P<0.001)	(P<0.001)				
Etnia (Li <i>et al.</i> , 2017)	N.S.				N.S.	N=21 (18-29 years)
Religione (Rosenkrantz <i>et al.</i> , 2016)	31% Miglioramento delle relazioni con familiari e amici				25% ha fatto <i>coming out</i>	N=314 (18-30 years)
Contatto (Smith <i>et al.</i> , 2009)	-.23 (P<0.001)	Studi correlazionali	Correlational studies		N.S.	N=83
		-.25 (P<0.001)	-.26 (P<0.001)			
Contatto elettronico (White, 2019)	-.545 (P<0.01)				N.S.	N=133

Nota: dati ricavati da una personale rassegna della lettura scientifica pubblicata tra il 2015 e il 2022 sul database *APA Psycinfo* in merito alla relazione esistente tra pregiudizio sessuale e *coming out* familiare. P.S., pregiudizio sessuale; P.S.I., pregiudizio sessuale integrato; N, numerosità campione; GER/G, Germania, POR/P, Portogallo; UK, Regno Unito; N.S., non significativo.

variabili in grado di rafforzare o ridurre l'impatto negativo del pregiudizio sessuale sul *coming out* di giovani adulti:

Questo primo inquadramento, per quanto abbia il merito di individuare le variabili intervenienti sul processo di *coming out*, racchiude al suo interno un interrogativo, nonché obiettivo di questa revisione: quali possano essere le risorse interne al sistema familiare attivabili al fine di creare una prima rete sociale supportiva che possa seguire e sostenere l'intero percorso di svelamento e libera espressione dell'identità di giovani LGBTQICAPF2K+. A tal fine, separatamente, sono stati riportati nella tabella i fattori di rischio e protezione per il *coming out* familiare individuati dalla lettura scientifica pubblicata tra il 2010 e il 2022 (Tabella 1) (Smith *et al.*, 2009; Rosenkrantz *et al.*, 2016; Li *et al.*, 2017; King, 2021; White, 2019; Barnett *et al.*, 2020).

In futuro sarebbe utile indagare tutti questi aspetti in un'unica e delimitata area geografica per non trascurare le differenze culturali esistenti tra i partecipanti a questi studi e tra i loro stessi autori.

Il *coming out* familiare

Il percorso di formazione dell'identità sessuale può essere spiegato facendo riferimento ad un termine ombrello: *coming out*. Questo concetto riguarda il processo di esplorazione identitaria che attraversa la fase adolescenziale portando alla scoperta dell'orientamento sessuale, dell'identità di genere e della dotazione biologica (APA, 2022).

Il primo passo di questo viaggio esplorativo è il *coming out* interno: intima e tortuosa navigazione dentro sé, propedeutica alla realizzazione di un'identità sessuale integrata (Corbisiero, 2021).

La scoperta di componenti identitarie, quando associata all'omo-bi-transfobia interiorizzata, può determinare: lo sviluppo di fattori internalizzanti (Lori *et al.*, 2018; Scarborough *et al.*, 2021) che possono sfociare nell'ideazione suicidaria (D'Augelli, 2002; O.M.S., 2021; APA, 2021); l'acquisizione di un abbassamento dell'autostima o di un senso di inferiorità (Scarborough *et al.*, 2021); l'identificazione con stereotipi negativi (Lingiardi, 2007; Coleman, 2011) oppure l'adozione di meccanismi di difesa (Klein *et al.*, 2015) capaci ad esempio di condurre il soggetto a 'vivere una doppia vita', causando un forte disagio psicologico (Montano, 2007).

Alcuni autori ritengono che il *coming out* interno (e la sua relativa rilevanza) dipendano dal vissuto e dalle strategie adottate dal soggetto al fine di comprendere, significare e infine connettere le recenti scoperte alle consolidate rappresentazioni del sé (Corbisiero, 2021).

Affinché sia possibile effettuare l'*'uscita allo scoperto'* (traduzione letterale del termine) è fondamentale, nonché arduo, giungere alla consapevolezza e all'accettazione della propria caratterizzazione sessuale (Klein *et al.*, 2015).

Solo grazie a questa conquista l'adolescente può integrare questi aspetti rompendo quella 'condizione di segretezza e costrizione' che impediva l'accettazione di sé in quanto attori sociali (Calonaci, 2013; Coulombe e Sorbonnière, 2015) e quindi quella pubblica dichiarazione che corrisponde al *coming out* esterno (APA, 2022).

Manning (2015) definisce il *coming out* come 'rivelazione interpersonale'. Il pubblico svelamento della propria identità sessuale si articola, dunque, come uno scambio interattivo e comunicativo situato in uno specifico contesto culturale.

Dalla fine degli anni '90, numerosi studi empirici si sono focalizzati sulla comprensione del *coming out* in ambiente sportivo, amicale, scolastico e familiare, cercando di individuare variabili capaci di facilitare o impedire questa dichiarazione (Baiocco *et al.*, 2015; Bakacak e Oktem, 2014; Ryan *et al.*, 2017; Pistella *et al.*, 2016; Pistella *et al.*, 2020). La comunicazione dell'identità sessuale agli appartenenti alla nostra rete sociale, online e/o offline, è considerata da alcuni autori come una delle componenti essenziali per la formazione dell'identità (Pistella *et al.*, 2016; Bennett e Donatone, 2020). Questo processo comunicativo e interattivo bidirezionale, di fatto, coinvolge le parti in una reciproca scoperta dell'alterità non esplicabile come meccanismo lineare con un andamento stadiale (Plummer, 1975; Ponse, 1978; Cass, 1979; Coleman, 1982; Faderman, 1984). Il primo lavoro a identificare nel *coming out* la presenza di microtransizioni 'in avanti o indietro, verso l'alto e verso il basso' è il modello dello sviluppo dell'identità omosessuale realizzato da Richard Troiden (1988). L'autore sostiene che le fasi dello sviluppo identitario di Cass, ovvero confusione, accettazione, tolleranza, orgoglio e sintesi dell'identità (Cass, 1979), non si susseguano sulla base del superamento del precedente stadio evolutivo, ma seguano un movimento a spirale. Il modello di Troiden, pertanto, si avvicina al concetto di 'plasticità dello sviluppo', enfatizzando la spontaneità e la flessibilità con cui un individuo può rispondere ai differenti stimoli ambientali a cui è esposto (D'Augelli, 1994). Questo studio ha sicuramente contribuito a complessificare la visione dello sviluppo dell'identità sessuale e, nella fattispecie, del *coming out*, come elemento caratterizzante la crescita dell'individuo. La revisione sistematica della letteratura prodotta da Eliason e Schope (2007), con l'obiettivo di cogliere elementi comuni ai differenti modelli stadiali di sviluppo dell'identità sessuale prodotti dal 1975 al 2005, ha evidenziato cinque tematiche onnipresenti:

- sensazione di diversità rispetto ai propri coetanei o rispetto all'identità eterosessuale.
- formazione dell'identità come processo di sviluppo in progressione.
- bisogno di rivelazione, che identifica il *coming out* come spinta di miglioramento dello stato di benessere psicofisico del soggetto. Il *coming out*, inoltre, è pensato come un imperativo morale dei membri della comunità

queer, in quanto strumento necessario per la ‘promozione di tolleranza e inclusività, potenziando se stessi e gli altri’ (Rasmussen, 2004).

- la necessità di una fase di orgoglio/immersione culturale in cui si possano manifestare condotte a rischio o sentimenti di avversione nei confronti dei gruppi dominanti cisgender eterosessuali.
- bisogno di integrazione/sintesi dell’identità che permette all’individuo di ottenere un maggior equilibrio emotivo, dettato dal superamento della precedente fase di rifiuto di norme sociali e degli *outgroup* dominanti.

Una critica mossa ad alcune di queste teorie, fatta eccezione per il modello di Troiden (1988), è la scarsa considerazione delle variabili situazionali che intervengono continuamente nel processo di negoziazione dell’identità (Klein *et al.*, 2015). L’uomo va infatti pensato come sistema aperto, ‘organismo più il suo ambiente’ (Bateson, 2000). Un altro limite degli approcci evolutivi sopramenzionati è la previsione di un soggetto che, una volta compiuti questi passaggi evolutivi, possa divenire moralmente superiore, coerente e finito (Klein *et al.*, 2015). Il *coming out* non è un passaggio evolutivo necessario o un imperativo morale (Eliason e Shope, 2007), di fatti, non sempre viene effettuato e, soprattutto, raramente coincide con una pubblica dichiarazione del sé (Calonaci, 2013; Manning, 2015). Al fine di una miglior comprensione di questa problematica è sufficiente pensare ad un soggetto LGBTQI-CAPF2K+ che dichiari il proprio orientamento sessuale alla persona da cui è attratto, ma non decida di comunicare la propria identità sessuale ai genitori per timore del loro giudizio. In aggiunta, contrariamente alle teorizzazioni sul ‘bisogno di rivelazione’ (Eliason, 2007), è stato scientificamente provato che il *coming out* può non essere esclusivamente associato a *outcome* di salute positivi (Williams *et al.*, 2021; Bennett e Donatone, 2020; Lori *et al.*, 2018; Ryan *et al.*, 2015; Coulombe e Sorbonnière, 2015).

Come dimostrato dalla Tabella 2, questo percorso esplorativo e multiforme è moderato da numerosi fattori che possono influenzare il *coming out* familiare (Baiocco *et al.*, 2012; Gargano e Ugazio, 2016; Ryan *et al.*, 2017; Baiocco *et al.*, 2018; Barnett *et al.*, 2020) e determinare differenti esiti sullo stato di benessere del soggetto (Williams *et al.*, 2021; Bennett e Donatone, 2020; Lori *et al.*, 2018; Ryan *et al.*, 2015; Coulombe e Sorbonnière, 2015).

Altri studi hanno cercato di individuare, invece, le differenti modalità e forme assunte da questa narrazione e, sulla base di queste, ipotizzare alcune delle molteplici implicazioni da esse derivate (Ugazio, 2009; Klein *et al.*, 2015; Manning, 2015; Bennett e Donatone, 2020; Li e Samp, 2021).

Nel corso della formazione identitaria, la persona si relaziona con il proprio ambiente mediante l’uso di canali verbali e non verbali anche per la condivisione di quegli aspetti del sé associati all’identità sessuale. Molteplici teorizzazioni hanno sostenuto il dialogo come fondamento del processo di costruzione e svelamento dell’identità (Bachtin, 1981; Pearce, 1989; Harré e Van Langenhove, 1999; Hermans, 2001; Davolo e Mancini, 2017; Bennett e

Donatone, 2020). A questo proposito, Manning, mediante la somministrazione di un sondaggio online a 130 partecipanti appartenenti alla comunità queer, ha cercato di individuare alcune delle forme comunicative del *coming out* con specifico riferimento all'orientamento sessuale (Manning, 2015). L'autore, in questa ricerca, ha raccolto 258 racconti sull'esperienza di *coming out* positiva e/o negativa e ha identificato 7 differenti tipi di conversazione che i partecipanti avevano intrattenuto con i loro interlocutori:

Conversazione pre-pianificata: in questo tipo di conversazione l'individuo LGBTQICAPF2K+ decide e pianifica la rivelazione del proprio orientamento sessuale. Spesso il soggetto si rivolge al singolo o al gruppo sociale designato, introducendo il proprio discorso con frasi precostituite che contengono la parola 'mentire'. Più della metà dei partecipanti ha condiviso questa esperienza.

- Conversazione emergente: molti partecipanti hanno rivelato che durante conversazioni, che vertevano su tematiche connesse al *coming out* o alla comunità queer, hanno dichiarato la propria identità sessuale come diretta o indiretta conseguenza del dialogo precedentemente instaurato. I contesti in cui si verificano queste narrazioni sono differenti e variano all'interno del gruppo di partecipanti che ha riportato episodi ascrivibili a questa categoria narrativa. Uno dei motori di questo tipo di esperienza di *coming out* sembra essere il senso di fiducia e sicurezza ispirato dal destinatario della dichiarazione e manifestato nel corso della conversazione. In questo tipo di comunicazione il ricevente può anche negare questo aspetto del sé che

Tabella 2. Fattori di protezione e di rischio per il *coming out* familiare.

Autore e anno di pubblicazione	Campione	Fattori di protezione del <i>coming out</i> familiare	Significatività
Pistella, 2016	N=291 (age 16-29)	Avere una relazione stabile	$r=.36$ $P<0.05$
Baiocco <i>et al.</i> , 2012	N=150 (age 16-19)	Avere amici appartenenti alla comunità <i>queer</i>	$r=.29$ $P<0.01$
Ryan <i>et al.</i> , 2017	N=156 (age 18-55)	Famiglie che supportano l'autonomia	$r=.47$ $P<0.001$
Ugazio & Gargano, 2016	N=25 (age 18-35)	Semantica familiare della 'libertà'	$r=.421$ $P<0.01$
Ugazio & Gargano, 2016	N=25 (age 18-35)	Distanza dal <i>positioning</i> paterno	$r=.452$ $P<0.05$
Fattori di rischio per il <i>coming out</i> familiare			
Barnett <i>et al.</i> , 2020; Schope, 2002	N=117 (age 18- 29)	Famiglie conservative con fondamenti morali vincolanti	$r=-.28/- .17$ $P<0.001$
Ryan <i>et al.</i> , 2017	N=156 (age 18-55)	Omo-bi-transfobia interiorizzata	$r=-.28$ $P<0.001$

Nota: dati ricavati da una personale rassegna della lettura scientifica pubblicata tra il 2015 e il 2022 sul database APA Psycinfo in merito alla relazione esistente tra pregiudizio sessuale e *coming out* familiare.

l'interlocutore condivide e manifestare rifiuto, disprezzo, rabbia o comportamenti aggressivi.

- Conversazioni coatte: Sono casi in cui l'altro è a conoscenza dell'identità sessuale del soggetto LGBTQI-CAPF2K+ e ne forza il *coming out* attraverso alcuni espedienti, ad esempio imbeccando la sua dichiarazione, ingannandolo o obbligandolo. Il soggetto LGBTQI-CAPF2K+ non inizia la conversazione ma viene persuaso. Questa situazione spesso si verifica quando l'altra persona è pronta a sostenerlo e rassicurarlo.
- Conversazioni conflittuali: I destinatari del *coming out* hanno segretamente raccolto informazioni sull'identità sessuale dell'interlocutore e intavolano la conversazione. Il dialogo possiede alcune caratteristiche distintive: l'evidenza, il confronto e la comunicazione caotica. L'evidenza si riferisce alla raccolta di prove sull'identità sessuale dell'individuo LGBTQI-CAPF2K+. Il confronto spesso si manifesta nello scontro tra le due parti coinvolte, dettato da sentimenti di rabbia, avversione che possono essere provati da ambedue le persone in merito alla svalutazione del. La comunicazione diviene caotica quando emergono le preoccupazioni, le paure del destinatario che, ad esempio, può temere che l'altro assuma condotte sessuali a rischio o subisca aggressioni verbali o fisiche.
- Conversazioni romantiche/sexuali: il dialogo diviene strumento per l'affermazione identitaria e, obiettivo principale del soggetto LGBTQI-CAPF2K+, manifestazione di un trasporto affettivo o di attrazione sessuale nei confronti dell'interlocutore.
- Conversazioni educative/attiviste: La dichiarazione della propria identità sessuale avviene in un contesto pubblico. Il pubblico a cui la rivelazione è rivolta, in seguito, può porre domande al fine di informarsi sulla comunità queer. Lo scopo del *coming out* è dunque educativo e/o dettato dall'attivismo.
- Conversazioni mediate: La conversazione non avviene faccia a faccia, ma si avvale di mezzi, fisici o virtuali.

Questa ricerca ha il merito di fotografare e situare il *coming out* allo scopo di informare potenziali interlocutori o professionisti sulle modalità di conduzione di questa dichiarazione e sugli eventuali rischi e benefici che essa comporta (Manning, 2015). I dati qualitativi riportati e analizzati da Manning non sono però predittivi e sono circoscritti alla sfera dell'orientamento sessuale (Manning, 2015). I prototipi di conversazione individuati dall'autore non rendono conto dell'unicità dei soggetti in interazione e della specificità dell'ambiente sociale, culturale e psicologico da cui il *coming out* è inevitabilmente influenzato. Se situassimo il *coming out* in un ipotetico contesto familiare, facendo riferimento al modello circonflesso di Olson (Visani *et al.*, 2014), potremmo facilmente intuire come la rivelazione della propria identità sessuale potrebbe diversificarsi in funzione del diverso grado di connessione o adattamento del sistema familiare. Per approfondire

i fattori ambientali capaci di ostacolare o facilitare il processo di *coming out*, il progetto canadese *Teens resting urban Trans/Homofobia* (TRUTH), mediante una ricerca qualitativa con metodo di photovoice, ha esaminato le esperienze di *coming out* di giovani adolescenti residenti a Kitchener-Waterloo, Ontario (Klein *et al.*, 2015). Avvalendosi dell'attiva partecipazione del gruppo di partecipanti, questo dispositivo ha consentito l'identificazione di risorse individuali e sociali, funzionali alla promozione di un cambiamento sociale nella loro comunità (Klein *et al.*, 2015). I punti di forza e debolezza sono stati evidenziati grazie ad un'equipe di professionisti che ha attivamente coinvolto i giovani nelle tre sessioni di discussione. I primi incontri di gruppo sono stati incentrati sull'analisi del materiale fotografico (Klein *et al.*, 2015). L'ultima fase del progetto, invece, è stata orientata allo sviluppo di una maggiore riflessività con riflessioni di gruppo e individuali sul lavoro svolto (Klein *et al.*, 2015). Dalla raccolta dei dati qualitativi, Klein *et al.*, (2015) hanno messo in luce le variabili intervenienti nella rivelazione della propria identità sessuale:

Fattori individuali connessi al processo di autocomprensione della propria identità sessuale: Di ostacolo al *coming out* sono i meccanismi di difesa, come il diniego, che hanno portato alla negazione dell'attrazione affettiva e/o sessuale, ritardando il *coming out*. I partecipanti hanno riferito che la fase di negazione era spesso transitoria e superata da un momento di esplorazione, ascolto e accoglimento del desiderio sessuale. Dall'accettazione di questo aspetto del sé, hanno iniziato a pensare e a valutare le possibili implicazioni del *coming out*. Questo passaggio è stato propedeutico all'individuazione di strategie di *coping* che permettessero il raggiungimento di un equilibrio o di un migliore benessere.

Importanza del contesto: molti giovani hanno dichiarato che, tra i fattori responsabili di questa loro apertura all'ambiente sociale, un ruolo rilevante è stato svolto dal sostegno istituzionale, amicale e familiare. Un aspetto interessante di questa ricerca riguarda il ruolo della comunità queer presente sul territorio di questi adolescenti. Dalla frequentazione di questi centri rivolti a soggetti LGBTQICAPF2K+, i partecipanti hanno dichiarato di aver appreso una subcultura che ha consentito la risignificazione della loro condizione e la libertà di comprensione e attuazione del loro genere e della loro sessualità. La comunità queer ha anche portato i giovani a sperimentare un senso di appartenenza e ad acquisire visibilità in quanto membri di tale gruppo sociale, determinando restrizioni e discriminazioni sociali.

La complessità del *coming out* che riguarda l'ascolto e la comprensione di proprie necessità, paure, sicurezze o insicurezze che influenzano la divulgazione di quelle caratteristiche del sé connesse al genere e alla sessualità. Non si parla di una valutazione razionale di costi e benefici derivanti dal *coming out*, ma di una riflessione sui propri limiti, sui confini, su 'cosa si è disposti a perdere' per esprimere pienamente se stessi. Come rivelato dagli stessi parte-

cipanti la complessità di questa intima navigazione all'interno di sé è stata oscurata da modelli lineari di sviluppo dell'identità sessuale. Secondo un partecipante queste teorie rispondono alla ricerca di un' "eziologia queer" che causa anche gran parte delle problematiche sociali di cui i soggetti LGBTQI-CAPF2K+ sono vittima. Un altro aspetto indagato è il linguaggio, nello specifico la scelta delle parole per la definizione del sé durante il processo di *coming out*, frutto di una negoziazione tra le subculture della comunità queer e del sistema familiare.

Questi risultati hanno permesso di sfidare la linearità, il salutismo psicologico e l'ideale di 'out queer' positivo (Klein *et al.*, 2015), riflessioni sostenute anche da Simon Coulombe e Roxanne De La Sorbonnière (2015). Basandosi sul modello psicosociale dell'integrazione dell'identità, gli autori sostengono l'importanza di considerare il livello di integrazione identitaria dei partecipanti per l'analisi del *coming out* familiare (Coulombe e Sorbonnière, 2015), un fattore capace di falsificare quei presupposti dell'approccio evolutivo messi in discussione da Klein *et al.*, (2015). Specificatamente, gli autori hanno ottenuto prove scientifiche che dimostrano una relazione moderatamente significativa tra l'integrazione dell'identità e il benessere dei soggetti (Coulombe e Sorbonnière, 2015). Un'altra correlazione posta in luce dagli autori è tra la valenza percepita di cambiamenti esistenziali, come il *coming out*, e gli *outcomes* di salute dei partecipanti di orientamento omosessuale (Coulombe e Sorbonnière, 2015).

Queste ricerche, tuttavia, considerano unicamente il punto di vista del soggetto LGBTQI-CAPF2K+ (Coulombe e Sorbonnière, 2015; Klein *et al.*, 2015; Manning, 2015; Gargano e Ugazio, 2016; Bennett e Donatone, 2020), ignorando le percezioni, i sentimenti, le reazioni e i pensieri delle altre persone coinvolte nel *coming out* familiare (Baiocco *et al.*, 2022; Anzani *et al.*, 2021). Al fine di includere le esperienze di genitori di adolescenti LGBTQI-CAPF2K+ nell'analisi del processo di *coming out*, Baiocco *et al.* (2022) hanno realizzato un'intervista semi-strutturata per esaminare le reazioni di 16 madri e di 9 padri italiani allo svelamento dell'orientamento sessuale dei loro figli. Il contenuto delle interviste è stato esplorato attraverso l'analisi del testo emozionale, portando all'individuazione di quattro temi emergenti:

- 'Un-doing of family bonds', ovvero la difficile costruzione di legami familiari;
- La tipicità di genere percepita dai genitori con riferimento ad episodi dell'infanzia del soggetto LGBTQI-CAPF2K+;
- La libertà di essere se stessi e la trasgressione;
- La generatività familiare.

Le seguenti tematiche hanno permesso agli autori di evidenziare una comune evoluzione del sentire dei partecipanti (Baiocco *et al.*, 2022). Dapprima i genitori interpretavano la pubblica dichiarazione come 'sfida', manifestando incertezze e paure in merito al futuro dei loro figli, ma in segui-

to le narrazioni da loro prodotte si caratterizzavano per ‘apertura, orgoglio e generatività’ (Baiocco *et al.*, 2022).

La rassegna della lettura prodotta da Abreu *et al.* (2019) mostra che anche i genitori di adolescenti TGE e TGD² sperimentano esperienze simili a quelle raccontate nella precedente ricerca (Baiocco *et al.*, 2022). Attraverso l’identificazione di tre momenti chiave del *coming out* familiare (‘fase iniziale, fase intermedia ed esiti’), gli studiosi sottolineano l’impatto del tempo, del genere e dell’attribuzione della causa dell’identità TGD e TGE nella definizione del processo di elaborazione di tale condivisione (Abreu *et al.*, 2019). Specificatamente, riguardo le fasi iniziali della pubblica dichiarazione dell’identità di genere dei figli, ravvisano comportamenti atipici di genere, reazioni emotive diverse, dissonanza cognitiva ed evitamento comportamentale e mancanza di conoscenza (Abreu *et al.*, 2019). Durante l’elaborazione della notizia, invece, i genitori si cimentano nella ricerca di risorse informative e nello sviluppo della flessibilità cognitiva, cercano supporto e creano legami con i TGD, affrontano le barriere e l’isolamento, sviluppano la consapevolezza della discriminazione e ne riconoscono l’impatto sulla salute mentale, potenziano le loro capacità di ascolto (Abreu *et al.*, 2019). Seguono esiti positivi come benefici relazionali, affermazione di valori, attivismo e nuove narrazioni personali (Abreu *et al.*, 2019).

I dati ottenuti da Abreu *et al.* (2019) si allineano alle evidenze raccolte in seguito da Prunas *et al.* nel contesto italiano (Prunas *et al.*, 2021). Prunas ha esaminato le rappresentazioni di un campione di genitori italiani di adolescenti TGE con diagnosi di disforia di genere che avevano un’età compresa tra i 14 e i 19 anni. L’analisi delle produzioni linguistiche dei familiari ha portato all’emersione dei presenti temi:

- Disforia di genere: qualcosa di impossibile da capire;
- Accettazione rassegnata;
- Strategie di accettazione sociale in un contesto socioculturale complesso;
- Limiti dei servizi sociosanitari (Prunas *et al.*, 2021).

In sintesi, le informazioni raccolte dai precedenti studi (Abreu *et al.*, 2019; Baiocco *et al.*, 2022; Prunas *et al.*, 2021) segnalano agli operatori dei servizi sociosanitari l’importanza ‘del riconoscimento delle diverse reazioni emotive e della dissonanza cognitiva, della coltivazione della speranza, del rispetto delle barriere sistemiche e dell’aiuto ai genitori di individui TGD nel creare nuove narrazioni positive’ (Abreu *et al.*, 2019).

Le evidenze scientifiche raccolte dimostrano che l’atteggiamento di critica, invalidazione o disapprovazione assunto dai genitori durante il *coming out* può generare un forte disagio psicologico (Haas *et al.*, 2010; Ryan *et al.*,

² TGD e TDE sono acronimi che indicano, rispettivamente, la definizione e l’espressione dell’identità transgender.

2009; D'Amico e Julien, 2012; Padilla *et al.*, 2010; Rothman *et al.*, 2012) mentre il sostegno familiare conduce ad *outcome* di salute positivi (D'Augelli, 2002; Eisenberg & Resnick, 2006; Elizur e Ziv, 2001; Feinstein *et al.*, 2014; Floyd *et al.*, 1999; Grossman *et al.*, 2005; Haas *et al.*, 2010; Hershberger e D'Augelli, 1995; Needham e Austin, 2010; Ryan *et al.*, 2010; Savin-Williams, 1989; Shilo e Savaya, 2011). Questo intimo percorso di scoperta di sé, dunque, coinvolge la famiglia nella sua totalità (Manning, 2015; Baiocco *et al.*, 2022), rendendo di utilità sociale la progettazione di interventi capaci di adottare uno sguardo d'insieme che connetta tutti i punti di vista degli attori coinvolti (Newman, 2002; Bartlett, 2006; Peletz, 2009; Ehrensaft & Turban, 2017; Moradi e Budge, 2018) al fine di promuovere una prima accoglienza della pubblica dichiarazione di adolescenti LGBTQICAPF2K+ (Pachankis e Goldfried, 2004; Parker *et al.*, 2018) e disincentivare forme comunicative familiari disadattive, tra le principali cause del malessere di giovani LGBTQICAPF2K+ (Ugazio, 2009; Klein *et al.*, 2015; Manning, 2015; Bennett e Donatone, 2020; Li e Samp, 2021). Tra le molteplici proposte terapeutiche finalizzate al raggiungimento di questo obiettivo, meritano un approfondimento: la terapia familiare basata sullo stile d'attaccamento ABFT-SGM³ (Diamond *et al.*, 2022), la terapia psicodinamica interpersonale (Gutrie e Moorey, 2017; 2018), il modello terapeutico adleriano (Brown *et al.* 2020) e la terapia sistemico-relazionale (Lingiardi e Nardelli, 2014). Mediante la connessione della dimensione intrapersonale e interpersonale queste proposte terapeutiche si sono dimostrate efficaci nella promozione del processo di integrazione identitaria, aumentando il benessere di adolescenti LGBTQICAPF2K+ e dei loro familiari (Barkham *et al.*, 2016; Gutrie e Moorie, 2018; Medley, 2021).

In merito ai nuclei familiari eteronormativi resistenti, l'ABFT-SGM ha ottenuto risultati significativi sia nel breve sia nel lungo termine riducendo il rifiuto dei genitori, aumentando l'accettazione di figli LGBTQICAPF2K+ e migliorando la qualità del legame di attaccamento giovane adulto-genitore (Diamond *et al.*, 2022).

Interventi di facilitazione del *coming out*

Da quando l'*American Psychology Association* (APA) ha rimosso l'uso di terapie di conversione con pazienti omosessuali, l'organizzazione si è mossa per la promozione di terapie affermative che sostenessero gay, lesbiche e bisessuali nell'esplorazione della loro sessualità e, più in generale, della loro

³ ABFT-SGM è un acronimo utilizzato per riferirsi all'*Attachment-based family therapy for sexual and gender minority young adults* (Diamond *et al.*, 2022).

storia individuale (Cramer *et al.*, 2008; Marco Guerci, 2018; Ehrensaft, 2019). L'approccio terapeutico affermativo, in prima istanza, trae fondamento da una visione multidimensionale dell'identità sessuale (Moradi e Budge, 2018; Donatone, 2020). In merito all'orientamento sessuale, il terapeuta cerca di approfondire con il paziente tematiche quali l'attrazione sessuale e la condotta sessuale, senza cercare di categorizzare la sessualità dello in dimensioni predefinite (Moradi e Budge, 2018). È importante che lo psicoterapeuta costruisca per la persona uno spazio di ascolto protetto, libero da qualsiasi forma di pregiudizio poiché, soprattutto nel corso dei primi colloqui, il paziente è il maggior esperto di se stesso (Candelori, 2013). L'ascolto incondizionato e la comprensione della narrazione che il soggetto fornisce di sé e delle relazioni sessuali e/o sentimentali che egli intrattiene, permettono alla coppia terapeutica di costruire un linguaggio condiviso (Candelori, 2013; Moradi e Budge, 2018). Il terapeuta, grazie a questa cultura condivisa, potrà trasmettere al paziente un senso di accoglienza e accettazione funzionale allo sviluppo di un rapporto basato sulla fiducia (Candelori, 2013). La definizione dell'orientamento sessuale, inoltre, deve essere indagata separatamente da altri aspetti identitari come il sesso, il genere (Moradi e Budge, 2018). Il merito alla dotazione biologica del soggetto, il professionista potrebbe domandare con quale sesso la persona sia stata identificata al momento della sua nascita (cioè femmina o maschio) e utilizzare una domanda separata per valutare l'eventuale presenza dell'intersessualità (Moradi e Budge, 2018). Un'analoga procedura può essere seguita anche al fine di un miglior inquadramento dell'identità di genere: è sempre opportuno chiedere direttamente al paziente come si definisce (maschio, femmina, agender, queer, transgender) poiché spesso le etichette da noi conosciute non combaciano con l'immagine che il soggetto ha di sé (Newman, 2002; Bartlett, 2006; Peletz, 2009; Ehrensaft e Turban, 2017; Moradi e Budge, 2018).

Il tipo di terapia qui proposto si basa, dunque, su una relazione di cura che si discosta dal modello istruttivo promosso nelle terapie di conversione (Cramer *et al.*, 2008; Moradi e Budge, 2018), in questo scambio interattivo e comunicativo la coppia collabora nell'individuazione di un percorso di scoperta e crescita reciproca. Utilizzando una metafora, potremmo immaginare terapeuta e paziente come marinai di due diverse imbarcazioni: ognuna con il proprio equipaggiamento e che naviga insieme all'altra verso spiagge inesplorate, incontaminate.

In conclusione, possiamo identificare tre principi fondanti di questo approccio: autoriflessività, affermazione, normalizzazione (Lezos, 2017). Questi principi sono stati declinati differentemente a seconda del tipo di formazione del terapeuta. Tra le teorie e le tecniche terapeutiche utilizzate al fine di sostenere il paziente nell'affermazione della propria identità sessuale, troviamo la terapia conversazionale (Leonardi e Viaro, 1990; Lai, 1993; Moorhouse e Carr, 2002; Guthrie e Moorey, 2018). La finalità ultima, comu-

ne al conversazionalismo di Gianpaolo Lai (1993) e alla terapia psicodinamica interpersonale (Guthrie e Moorey, 2018), riguarda la condivisione e la rappresentazione degli stati affettivi del paziente attraverso il dialogo (Guthrie e Moorey, 2018). Paziente e terapeuta ‘esplorano le narrazioni dominanti e le contro-narrazioni’ con l’obiettivo di trovare una sintesi tra valori, credenze introiettate dal mandato familiare e il comportamento, l’identità, e infine i vissuti specifici dell’individuo in terapia (Yarhouse, 2008). Il termine ‘narrazione dominante’ è stato coniato da White ed Epston (1990) e descrive la principale visione del sé e del mondo di una persona (Yarhouse, 2008). Questa storia può essere funzionale in terapia quando permette di analizzare e superare le paure che imprigionano il paziente (Yarhouse, 2008). In riferimento alla comunità queer, se le narrazioni dominanti sono frutto dell’interiorizzazione dei pregiudizi sessuali, dilaganti in una società eteronormativa, possono comportare la manifestazione di molteplici problematiche (Yarhouse, 2008) associate a fattori internalizzanti ed esternalizzanti (Williams *et al.*, 2021). La conversazione e il confronto con un terapeuta possono dar vita ad ‘una narrazione trasformativa’ che stimola nel paziente una riflessione sul proprio unico sistema di premesse (Yarhouse, 2008), identificando il conflitto esistente tra l’identità sessuale e le teorie ingenuie (Bennett e Donatone, 2020), tra opinione pubblica e sentire individuale (Ehrensaft e Turban, 2017). Questo obiettivo è deducibile anche dall’enucleazione dei pilastri fondanti il modello di Hobson (Hobson, 1985), fondatore della terapia psicodinamica interpersonale (Guthrie e Moorey, 2018): esperienza, che coinvolge e lega indissolubilmente corpo e mente; sé, parola con cui racchiude l’importanza di conoscere intimamente una persona senza ricercare attivamente fatti o informazioni; linguaggio e sentimenti, che non riguarda esclusivamente la verbalizzazione delle emozioni ma un gioco a due, tra paziente e terapeuta, che connette livello verbale e non verbale, dicibile e indicibile, mediante l’uso di simboli e metafore; dare forma ai sentimenti, ovvero materializzare e presentificare le paure del paziente e, per mezzo di un processo di graduale svelamento di queste ultime, riuscire a superarle, proiettandosi al futuro; dettagli particolari, il terapeuta per Hobson deve mantenere un’attenzione liberamente fluttuante (Freud, 1912; 1985) al fine di sintonizzarsi con il tempo soggettivo del paziente (Guthrie e Moorey, 2018). Se pensiamo a questi assunti di base, a livello contenutistico, troveremo analogie con autori psicodinamici classici come Winnicott e Meares (Winnicott, 1971; Meares, 1977; 1993; Guthrie e Moorey, 2018), ma il tratto distintivo di questa teoria è l’attenzione ai dettagli allo scopo di creare un linguaggio emotivo (Guthrie e Moorey, 2018). Il modello psicodinamico interpersonale permette lo sviluppo di una relazione di cura orientata alla scoperta, alla rappresentazione e alla verbalizzazione di aspetti del sé inconsci, profondi e che possono condurre il paziente ad una maggiore integrità, continuità del sé (Barkham *et al.*, 2016; Medley, 2021). La connessione della dimensione intrapersonale e interpersonale attraverso il

dialogo terapeutico (Gil, 2007) può portare anche alla riduzione del *minority stress* e dei livelli di ansia (Medley, 2021).

Un altro orientamento aderente alla terapia conversazionale, che si incarna nella corrente sistemico-relazionale e trae ispirazione dal conversazionalismo di Lai (1993) e dal lavoro di Leonardi e Viaro (1990). Se la terapia psicodinamica interpersonale è risultata particolarmente efficace nelle terapie individuali (Guthrie e Moorey, 2018), l'orientamento sistemico-relazionale ha portato positivi outcomes di salute soprattutto nella terapia familiare (Malley, 2002). Il *setting* della terapia familiare è abitato da tre o più attori, con propri vissuti e sistemi di premesse, che si relazionano con il terapeuta in un contesto sociale definito culturalmente. Questa sommaria definizione del *setting* è utile al fine di iniziare ad evidenziare le profonde interrelazioni tra dimensione intrapsichica, interpersonale, istituzionale e socioculturale che coinvolgono non solo l'utenza del servizio ma il professionista stesso. A partire dalla breve introduzione sul cisgenderismo e sull'eteronormatività che permea il sistema simbolico occidentale (Blumer *et al.*, 2013; Rigliano, 2018; De Leo, 2021), Blumer *et al.* hanno cercato di studiare le possibili implicazioni terapeutiche che può comportare l'inconsapevole appartenenza dell'operatore a tale contesto. Quando le competenze tecniche non si accompagnano a competenze relazionali come l'autoriflessività, il terapeuta può ridurre il campo analitico entro i confini delle sue proprie lenti culturali. In questo caso, il rischio corso è quello di assumere una posizione etnocentrica e cisgenderista (Ansara, 2012) culturalizzando l'utente (Davolo, 2017).

Per meglio approfondire il concetto di etnocentrismo in terapia, si può far riferimento ad una situazione tipo in cui un terapeuta italiano è in colloquio con un adolescente proveniente dall'Asia. L'adolescente in questione cerca di esplorare la propria identità di genere senza avvertire il desiderio di parlare ai genitori di questo suo percorso. Senza un'adeguata considerazione del retroterra culturale del giovane, lo psicoterapeuta potrebbe pensare che il motivo del mancato *coming out* possa risiedere nel pregiudizio sessuale dei genitori o, in generale, di una comunicazione intrafamiliare poco profonda o frequente. In realtà alcune ricerche hanno evidenziato che, in alcuni Paesi dell'Asia e dell'Africa, cambiamenti nell'identificazione del proprio genere lungo l'arco di vita sono piuttosto tipici e non sono categorizzati sotto l'uso di appellativi come agender o *gender fluid* o transgender (Honingman, 1964; Amadiume, 1998). In questa cornice culturale la famiglia del paziente potrebbe già aver cominciato a sostenere il proprio figlio in questo cammino e, non avendo la necessità di etichettare la propria esplorazione identitaria, il ragazzo non avrebbe poi bisogno del *coming out* per sentirsi accolto o accettato (Frigerio *et al.*, 2021; Ehrensaft, 2019). Questa scena, per quanto prototipica e inventata, mette in luce quanto sia spesso facile, anche per il professionista, far discendere direttamente la prassi clinica dai propri modelli di riferimento (Holahan e Gibson, 1994; Triana *et al.*, 2021). Ugualmente, un

professionista cisgender e/o eterosessuale potrebbe essere ostacolato dall'”*invisibility management*” (Blumer, 2012), costruitosi intorno alla famiglia per nascondere la presenza di minoranze sessuali al suo interno. Questi muri sono finalizzati a ridurre l'impatto dello stigma e possono essere eretti per timore di vessazioni, discriminazioni o atti di vandalismo ad opera dei gruppi maggioritari, rendendo difficile al professionista riconoscere, legittimare, validare la realtà familiare soprattutto quando differente dalla propria (Blumer, 2012). Il paziente crea, in altri termini, ciò che nel modello di campo dei coniugi Baranger viene definito con il nome di bastione, ovvero ‘ciò che l'analizzando non vuole mettere in gioco perché il rischio di perderlo lo ridurrebbe in uno stato di estrema debolezza, vulnerabilità, disperazione’ (Barbieri, 2009). Talvolta il terapeuta stesso può contribuire alla costruzione di queste barriere (Twist, 2006; Blumer, 2011), portando ad una resistenza a due in cui viene impedita l'evoluzione e, dunque, la trasformazione del percorso clinico del paziente. Le tecniche che lo psicoterapeuta può adottare per evitare questa impasse, sviluppando consapevolezza e autoriflessività, sono: essere supervisionati da un altro collega (Blumer *et al.*, 2013), lavorare in equipe (Moderato e Rovetto, 2005) e svolgere un percorso terapeutico (Momigliano, 2001; Bolognini, 2002). Sulla base di questi accorgimenti, il terapeuta autoriflessivo può accompagnare e sostenere l'utente verso una riflessione critica dei propri miti familiari, degli script, delle regole e dei confini familiari, interni ed esterni, che caratterizzano quell'unica realtà. Grazie al processo riflessivo, la negoziazione della dimensione simbolica, sistemica e strutturale del sistema familiare, apre, metaforicamente, ad un viaggio in cui il terapeuta abbraccia ciascun membro durante la sua lotta con la vecchiaia e la nuova identità personale e familiare. La famiglia e terapeuta iniziano, dunque, la ricerca di una nuova storia da raccontare (Baptist e Allen, 2008). Affinché sia possibile il cambiamento, il terapeuta deve immergersi in un dialogo aperto (Gammer, 2009), prestando attenzione al lessico e al tipo di linguaggio utilizzato dagli interlocutori al fine di individuare ‘parole chiave’ (Wittgenstein, 1992; Boscolo e Cecchin, 2019). Questo tipo di approccio, proposto dalla Scuola di Milano negli anni ‘70 (Boscolo e Cecchin, 2019), si fonda su un'idea di linguaggio come atto di reciprocità, le parole chiave, create dal ricevente e individuate dal professionista, diventano veicoli di possibilità, azioni, significati, vissuti (Boscolo e Cecchin, 2019). La lettura delle parole chiave deve sempre emergere dall'interconnessione di modello logico e analogico (Watzlawick *et al.*, 1971) in quanto il senso è definito nella relazione della coppia analitica e nasce da un substrato emotivo-affettivo verbalizzato in seduta in modo più o meno esplicito. La connessione dei diversi livelli della conversazione può quindi essere letta, attraverso l'individuazione delle parole chiave (Boscolo e Cecchin, 2019) o dei temi emergenti (Gammer, 2009; Revell e McLeod, 2017); questioni irrisolte che permeano l'immaginario e le dinamiche familiari che si svelano nell'*hic et nunc* della

seduta. Tra le differenti problematiche che si possono riscontrare nel lavoro con famiglie con figli appartenenti a minoranze sessuali, troviamo anche il *coming out* (Baptist e Allen, 2008). Uno studio di Baptist e Allen ha messo in evidenza quattro tematiche su cui è importante lavorare per procedere alla realizzazione di un *coming out* familiare: abbracciare l'identità LGBTQI-CAPF2K+, comprendere la multidimensionalità dell'identità sessuale, integrare le esperienze soggettive nella realtà familiare, costruire reti sociali supportive e promuovere il risveglio sociale (Baptist e Allen, 2008). Il raggiungimento di questi obiettivi terapeutici permette la riconfigurazione del quadro familiare, il passaggio dalla frammentazione alla coesione familiare. Un percorso che accompagna i membri familiari verso una formulazione, una risignificazione di questo processo può determinare effetti positivi anche sulla salute mentale del minore, riducendo l'incidenza di disturbi emotivi e comportamentali tra i giovani delle minoranze sessuali che si apprestano a raggiungere l'età adulta (Malley, 2002; Doyle, 2018).

Per perseguire tale fine, si potrebbe ipotizzare l'adozione dei sette principi fondanti l'*Open Dialogue* capaci di fornire un valido aiuto per la realizzazione di un piano terapeutico aperto, integrato e versatile che 'segua le condizioni e le specificità culturali della società in cui viene applicato' (Seikkula e Tarantino, 2016).

Negli anni '80, Jaakko Seikkula sviluppa l'approccio esistenziale integrato, un'innovativa metodologia d'intervento che si fonda sulla pratica del dialogo aperto sperimentato con pazienti affetti da psicosi contrario all'uso di modelli istruttivi che conducono all'ospedalizzazione del paziente (Seikkula e Tarantino, 2016). Principi cardine dell'operatività del clinico sono: riportare fiducia nelle risorse del paziente, esercitando accettazione incondizionata e tollerando l'incertezza; creare una rete sociale supportiva capace di fornire aiuto immediato in sede di difficili crisi esistenziali grazie all'instaurazione di un dialogo aperto sia nell'alleanza terapeutica sia all'interno di un'equipe multidisciplinare che connette la psichiatria alla psicoterapia; contribuire all'assunzione di responsabilità in ciascun attore coinvolto nel processo (Seikkula e Tarantino, 2016). Si cerca dunque, la co-costruzione di una relazione di cura che 'apprenda dal modo di vivere e dal linguaggio dei pazienti, completamente e interamente, senza eccezioni o pregiudizi' motivata quindi da costrutti alla base della terapia affermativa (Candelori, 2013; Moradi e Budge, 2018; Donatone, 2020). Nel panorama delle terapie affermative così come nell'*Open Dialogue* possiamo infatti scorgere un obiettivo comune: l'uso del dialogo per l'esplorazione, l'affermazione e la normalizzazione dell'identità di genere e sessuale nella sua multidimensionalità (Moorhouse e Carr, 2002; Guthrie e Moorey, 2018; Seikkula e Tarantino, 2016; Seikkula e Tarantino, 2016).

L'uso dell'*Open Dialogue* (Olson *et al.*, 2014) sarebbe capace di facilitare la sintesi tra i valori, le credenze introiettate dal mandato familiare e il com-

portamento, l'identità, i vissuti specifici dell'individuo in terapia (Yarhouse, 2008). Il metodo proposto da Olson *et al.* permetterebbe di individuare le narrazioni dominanti frutto dell'interiorizzazione dei pregiudizi dilaganti in una società eteronormativa e promuoverne una narrazione trasformativa, stimolando una riflessione condivisa e polifonica sull'unico sistema di permesse di paziente, familiari e professionisti (Lai, 1993; Yarhouse, 2008). L'intervento proposto da Seikkula contribuirebbe all'identificazione del conflitto esistente tra identità sessuale e teorie ingenuie (Seikkula e Tarantino, 2016; Bennet e Donatone, 2020), tra opinione pubblica e sentire individuale (Ehrensaft e Turban, 2017), passando attraverso l'intima conoscenza di una persona senza la ricerca attiva di fatti e informazioni, ma che, attraverso il linguaggio dei sentimenti e l'attenzione liberamente fluttuante (Freud, 1912; 1985), può portare alla connessione e alla verbalizzazione del dicibile e dell'indicibile, presentificando e materializzando le paure e i vissuti di tutti gli attori coinvolti in una proiezione al futuro (Hobson, 1985; Guthrie e Moorie, 2018).

Vediamo, dunque, come nonostante potenziali conflitti che possono persistere tra questi differenti modelli clinici d'intervento (Brown *et al.*, 2020), si cerchi sempre la promozione di modelli comunicativi efficaci e un continuo supporto al paziente. La creazione di ponti fra differenti modelli teorici potrebbe esser non solo possibile ma efficace.

In particolare, un recente studio condotto da Brown e collaboratori ha dimostrato come un contatto teorico tra l'orientamento dinamico e sistemico-relazionale potrebbe risiedere nell'applicazione delle teorie Adleriane (Brown *et al.*, 2020). Nel descrivere le relazioni tra la terapia familiare di stampo sistemico e il modello teorico di Peluso *et al.*, (2007), Carlson e Robey (2011) e Bitter e Carlson usano le parole parentela, integrazione e applicazione, dimostrando l'esistenza di forti connessioni tra i due differenti approcci. Brown *et al.*, per dimostrare l'efficacia di questa intersezione, propongono una concettualizzazione di un caso clinico fondata sulla sovrapposizione dei principi teorici alla base della teoria Adleriana e della terapia sistemica: olismo, appartenenza e interesse sociale (2020). In merito all'interesse sociale, l'obiettivo condiviso da entrambi gli interventi clinici è la 'responsabilizzazione del cliente' al fine di permettergli di sentirsi accettato e valorizzato come individuo dotato di una propria significatività, riconosciuta da altri attori sociali (Brown *et al.*, 2020). Riconoscere al paziente l'appartenenza a uno o più gruppi sociali, quindi il desiderio di rapportarsi con gli altri, non deve sorgere da un processo di categorizzazione sociale con funzionalità discriminatoria ma dovrebbe essere funzione di un processo di piena comprensione del retroterra del paziente (Brown *et al.*, 2020). Il costrutto adleriano di olismo, che considera sia il contesto che il contenuto del movimento individuale nel ciclo di vita, è equivalente al concetto di 'embricazione fra livelli' (Varela, 1979), secondo cui il tutto è maggiore della somma delle parti (Von Bertalanffy e Hofkirchner, 1981; 2015), strette fra loro da profondi legami.

Nel caso proposto dagli autori, una coppia transgender in cerca di un'identità familiare, viene utilizzato un approccio trigerazionale (Kerr e Bowen, 1990) per l'analisi delle dinamiche correnti tra i partner e l'elaborazione di un futuro e congiunto progetto di vita familiare (Brown *et al.*, 2020). La pianificazione del futuro familiare è resa possibile dall'alleanza terapeutica attraverso la quale il clinico inizia conoscere la storia familiare e individuale dei pazienti. Strumenti utili al perseguimento di tale scopo sono la costellazione familiare della teoria adleriana e il genogramma della teoria dei sistemi familiari. L'utilizzo di queste tecniche è funzionale: alla rivelazione dei bisogni unici del sistema familiare (Brown *et al.*, 2020), parzialmente identificabili come mancanze originarie derivanti dalle esperienze indirette e dirette che i soggetti hanno sperimentato nel rapportarsi con le rispettive famiglie d'origine; le funzioni atte a soddisfare i bisogni del partner e in parte ereditati dai propri modelli di attaccamento per sopperire a vuoti, insoliti del passato familiare; l'identificazione e il superamento delle paure (Brown *et al.*, 2020), queste ultime connesse a funzioni e bisogni (Mazzei e Neri, 2017). Questi aspetti sono ravvisabili anche nell'enucleazione del costruito di assetto collusivo come 'modalità di incontro relazionale nella quale ogni partecipante accetta di sviluppare part di sé, funzioni/competenze, conformandole ai bisogni dell'altro, rinunciando di svilupparne altre che proietta sul compagno' (Mazzei e Neri, 2017). Grazie al lavoro di Brown *et al.* (2020) possiamo costruire ponti teorici e pratici tra discipline anche apparentemente distanti, dando sempre rilevanza alla salute del paziente senza il condizionamento dei nostri sistemi di premesse.

Conclusioni

Questa revisione della letteratura cerca di cogliere la complessità sistemica del processo di formazione, esplorazione e condivisione dell'identità sessuale di adolescenti e giovani adulti all'interno del loro sistema familiare.

Malgrado vi sia una crescente diminuzione di molestie, aggressioni ed episodi di discriminazione e controllo sociale ai danni della comunità LGBTQI+ (Barnett *et al.*, 2020; Choi e Oh, 2021), il pregiudizio sessuale continua ad essere la principale causa delle problematiche relazionali delle minoranze, specialmente nel nostro Paese (Ilga, 2022). L'intento di questa proposta è dare visibilità ad una dimensione che per lungo tempo è rimasta silenziosa, vittima di quel codice morale che stigmatizza la plurale e la policroma sessualità in virtù di un ordine etico, sociale, giuridico, divino 'responsabile della salvezza dell'anima' (Salemi, 2022). Per questa ragione, s'inquadra lo sviluppo dell'identità sessuale, a partire dal macrosistema socioculturale in cui s'incardina per poi trattare specificamente il cammino compiuto dal/la ragazzo/a LGBTQI+ nel proprio ambiente familiare, rilevando situazioni di tensione o ambi-

valenza che potrebbero impedirne la libera e autentica espressione identitaria (HRC, 2022).

Gli studi raccolti mettono in evidenza come una prima accoglienza di questa dichiarazione nel contesto familiare possa facilitare la libera espressione identitaria in altri contesti (Pistella *et al.*, 2020) e giovare alla salute della persona LGBTQI+ (Williams *et al.*, 2021; Bennett e Donatone, 2020; Lori *et al.*, 2018; Ryan *et al.*, 2015; Coulombe e Sorbonnière, 2015).

Individuando possibili fattori di rischio e protezione intervenienti nel processo di *coming out* familiare, il presente elaborato fornisce strumenti personali e ambientali che possono valorizzare le potenzialità e le risorse di soggetti appartenenti a minoranze di genere o sessuali e delle loro famiglie.

È stata dimostrata l'efficace promozione del benessere di giovani queer e delle loro famiglie grazie all'utilizzo della terapia familiare basata sullo stile d'attaccamento ABFT-SGM (Diamond *et al.*, 2022), della terapia psicodinamica interpersonale (Guthrie e Moorie, 2018), del modello terapeutico adleriano (Brown *et al.*, 2020) e della terapia sistemico-relazionale (Lingiardi e Nardelli, 2014); manca, tuttavia, lo studio e la sperimentazione dei seguenti approcci con giovani italiani queer appartenenti a famiglie eteronormative.

Le evidenze empiriche raccolte in questa rassegna, inoltre, sono state ricavate da ricerche che hanno considerato separatamente i vissuti, le aspettative e le reazioni dei cari coinvolti (Manning, 2015; Coulombe e Sorbonnière, 2015; Baiocco *et al.*, 2022).

In futuro, sarebbe interessante realizzare studi capaci di includere simultaneamente il punto di vista dei *siblings*, delle figure allevanti e del/la giovane LGBTQI+ così da poter avere uno sguardo d'insieme sulla condivisa esperienza di *coming out* familiare.

La finalità perseguita da questo elaborato è quindi la stimolazione di una ricerca esplorativa multidisciplinare capace di individuare le possibili resistenze esistenti nel lavoro clinico con famiglie eteronormative italiane allo scopo di ridurre la probabilità d'insorgenza di fattori internalizzanti ed esternalizzanti in giovani queer.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, R., Rosenkratz, E.D., Oatman, T., Rostosky, S., Riggle, E. (2019). Parental Reactions to Transgender and Gender Diverse Children: A Literature Review. *Journal of GLBT family studies*, 461-485.
- Amadiume, I. (1998). Reinventing Africa: Matriarchy, religion and culture St Martin's.
- Ansara, Y.G. (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologizing and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology and sexuality*, 137-160.
- Anzani, A., Sacchi, S., Prunas, A. (2021). Microaggressions towards lesbian and transgender women: Biased information gathering when working alongside gender and sexual minorities. *Journal of Clinical Psychology*, 77(9): 2027-2040.

- APA. (2021). APA guidelines for psychological practise with sexual minorities people. Tratto da American Psychology Association.
- APA. (2022). APA dictionary of Psychology. Tratto da American Psychology Association.
- Ardener, E. (1972). Belief and the problem of women. J. S. La Fontaine.
- Bachtin, M. (1981). The Dialogical Imagination. Four essays. Austin: University of Texas Press.
- Baiocco, R., Carbone, A., Pistella, J., Gennaro, A., Petrocchi, C. (2022). Parental experiences of coming out: from undoing family bonds to family generativity. *Journal of Homosexuality*, 1-23.
- Baiocco, R., Carone, N., Ioverno, S., & Lingiardi, V. (2018). Same sex and different sex parent families in Italy: Is parents' sexual orientation associated with child health outcomes and parental dimensions? *Journal of Development and Behavioural Pediatrics*, 555-563.
- Baiocco, R., Fontanesi, L., Santamaria, F., Ioverno, S., Marasco, B., Baumgartner, E., Willoughby, B. (2015). Negative Parental Responses to Coming Out and Family Functioning in a Sample of Lesbian and Gay Young Adults. Springer. *Journal of Child and Family Studies*, 1490-1500.
- Baiocco, R., Lingiardi, V. e Nardelli, N. (2012). Measure of internalized sexual stigma for lesbians and gay men: a new scale. *Journal of Homosexuality*, 59:1191-1210.
- Bakacak, A.G., Oktem, P. (2014). Homosexuality in Turkey: Strategies for managing heterosexism. *Journal of Homosexuality*, 817-846.
- Baptist, J.A., Allen, K. R. (2008). A family's coming out process: systemic change and multiple realities. *Contemporary Family Therapy*, 92-110.
- Barbieri, G. (2009). Psicologia dinamica. Tra teoria e metodo. Libreria Cortina.
- Barkham, M., Guthrie, E., Hardy, G., Margison, F. (2016). Psychodynamic-interpersonal therapy: A conversational model. Sage.
- Barnett, M.D., Maciel, I.D., Sligar, K.B. (2020). Moral foundations, sexual prejudice, and outness among sexual minorities. *Sexuality & Culture*, 1387-1396.
- Bartlett, N.H. (2006). A retrospective study of childhood gender-atypical behavior in Samoan Fa'afafine. *Archives of Sexual Behavior*, 649-666.
- Bateson, G. (2000). Verso un'ecologia della mente. Adelphi.
- Bennett, K., Donatone, B. (2020). When 'coming out' is (even more) complicated: Considerations for therapists helping tgnb emerging adults navigate conversations about gender with family. *Journal of College Student Psychotherapy*.
- Blumer, M. L. (2012). The role of same-sex couple. Nationally Broadcast Professional Continuing. American Association of Marriage and Family Therapy.
- Blumer, M.L., Ansara, Y.G., Watson, C.M. (2013). Cisgenderism in family therapy: how everyday clinical practices can delegitimize people's gender self-designations. *Journal of Family Psychotherapy*, 267-285.
- Bolognini, S. (2002). L'empatia psicoanalitica. Bollati Brinighieri.
- Bordieu, P. (2021). Sistema, habitus, campo. Mimesis.
- Boscolo, L., Cecchin, G. (2019). La scuola di Milano, conversazioni e testimonianze. (L. Formenti, Intervistatore) Tratto da Centro Milanese di Terapia della famiglia.
- Brambilla, G., Tham, J. (2018). Sexuality, gender & education. If Press.
- Brown, K.S., Londergan, K., Bluvshstein, M. (2020). And they lived happily ever after: an intimate closeness of systems and adlerian theories in the case of a transgender couple. *The Journal of Individual Psychology*, 128-140.
- Burgess, E.W. (1926). The Family as a Unity of Interacting Personalities. University of Chicago, 3-9.
- Calonaci, A. (2013). Il ripostiglio nella mente. Omossessualità e psicoterapia. *Psicoterapeuti in Formazione*, 3-39.
- Candelori, C. (2013). Il primo colloquio. La consultazione clinica di esplorazione con bambini, adolescenti e adulti. Il Mulino.

- Carlson, J.D. (2011). An integrative Adlerian approach to family counseling. *Journal of Individual Psychology*, 232-244.
- Cass, V.C. (1979). Homosexual identity formation: a theoretical model. *Journal of Homosexuality*, 219-235.
- Choi, K.M., Oh, I. (2021). A phenomenological approach to understanding sexual minority college students in South Korea. *Journal of Multicultural Counseling & Development*, 225-238.
- Coleman, E. (1982). Developmental stages of the coming-out process. Homosexuality: Social, psychological, and biological issues. *American Behavioral Scientist*, 149-158.
- Coleman, E.B.K. (2011). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. *International Journal of Transgenderism*, 165-232.
- Corbisiero, F. (2021). #omosessualicontemporanei. Identità, culture, spazi LGBT+. FrancoAngeli.
- Corsano, P., Musetti, A. (2012). Dalla solitudine all'autodeterminazione. Cortina Libreria.
- Couch, J.R. (2021). Exploring lesbian and gay experiences with individuals, systems, and environments: Patterns of response to heterosexist prejudice and discrimination. *ProQuest Information & Learning*, 2091-2101.
- Coulombe, S., Sorbonnière, R.D. (2015). The role of identity integration in hedonic adaptation to a beneficial life change: the example of 'coming out' for lesbians and gay men. *The Journal of Social Psychology*, 294-313.
- Cramer, R.J., Golom, F.D., LoPresto, C.T., Kirkley, S.M. (2008). Weighing the evidence: empirical assessment and ethical implications of conversion therapy. *Ethics & Behavior*, 93-114.
- D'Amico, E., Julien, D. (2012). Disclosure of sexual orientation and gay, lesbian, and bisexual youths' adjustment: Associations with past and current parental acceptance and rejection. *Journal of GLBT Family Studies*, 8(3), 215-242.
- D'Augelli, A.R. (1994). Identity development and sexual orientation: Toward a model of lesbian, gay and bisexual development. In: Human diversity: Perspectives on people in context. Josse-Bass, 312-333.
- D'Augelli, A.R. (2002). Mental health problems among lesbian, gay, and bisexual youths ages 14 to 21. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 433-456.
- Davolo, A., Mancini, T. (2017). L'intervento psicologico con i migranti. Bologna: Il mulino.
- De Leo, M. (2021). Queer: storia culturale della comunità LGBT+. Einaudi.
- Dei, F. (2016). Antropologia culturale: Il Mulino.
- Diamond, G.M., Boruchovitz Zamir, R., Nir Gotlieb, O., Gat, I., Bar Kalifa, E., Yehoshua Fitoussi, P., Katz, S. (2022). Terapia familiare basata sull'attaccamento per giovani adulti appartenenti a minoranze sessuali e di genere e i loro genitori non accettanti. 530-548.
- Donatone, K.B. (2020). When 'coming out' is (even more) complicated: considerations for therapists helping TGNB emerging adults navigate conversations about gender with family. *Journal of College Student Psychotherapy*.
- Ehrensaft, D. (2019). Il bambino gender creative. Percorsi per crescere e sostenere i bambini che vivono al di fuori dei confini di genere. Odoja.
- Ehrensaft, D., Turban, J.L. (2017). Research review: gender identity in youth: treatment paradigms and controversies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1228-1243.
- Eisemberg, M.E., Resnick, M.D. (2006). Suicidality among gay, lesbian and bisexual youth: the role of protective factors. *The Journal of Adolescent Health*, 39(5):662-8.
- Eliason, M.J., Shope, R. (2007). Shifting sands or solid foundation? Lesbian, gay, bisexual, and transgender identity formation. *Springer Science & Business Media*, 3-26.
- Elizur, Y., Ziv, M. (2001). Family support and acceptance, gay male identity formation, and psychological adjustment: a path model. *Reserachgate* 40(2):125-44.
- Faderman, L. (1984). The 'new gay' lesbians. *Journal of Homosexuality*, 65-75.

- Feinstein, B.A., Davila, J., Goldfried, M.R., Wadsworth, L.P. (2014). Do parental acceptance and family support moderate associations between dimensions of minority stress and depressive symptoms among lesbians and gay men? *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(4), 239-246.
- Ferrari, F. (2018). Altre generatività: procreazione e filiazione senza sessualità. In: L. Fruggeri (a cura di) *Famiglie d'oggi. Quotidianità, prassi e dinamiche psicosociali*. Carocci, pp. 91-122.
- Fleckinger, A. (2017). Le dinamiche della vittimizzazione secondaria: quando gli assistenti sociali incolpano le madri. *Research on Social Work Practice*, 30(5)
- Floyd, F.J., Stein, T.S., Harter, K.S.M., Allison, A., Nye, C.L. (1999). Gay, lesbian, and bisexual youths: separation individuation, parental attitudes, identity consolidation, and well-being. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 719-739.
- Freud, S. (1912; 1985). L'Io e l'es. Bollati Boringhieri.
- Frigerio, A., Prunas, A., Montali, L., Anzani, A. (2021). We'll accept anything, as long as she is okay: italian parents' narratives of their transgender children's coming-out. *Journal of GLBT Family Studies*, 432-449.
- Fruggeri, L. (2018). *Famiglie d'oggi. Quotidianità, dinamiche e processi psicosociali*: Carocci.
- Li, M.J., Thing, J.P., Galvan, F.H., Gonzalez, K.D., Bluthenthal, R.N. (2017). Contextualizing family microaggressions and strategies of resilience among young gay and bisexual men of Latino heritage. *Culture, Health and Sexuality*, 107-120.
- Gammer, C. (2009). *The child's voice in family therapy: a systemic perspective*. WW Norton & Company Inc.
- Gargano, M., Ugazio, V. (2016). L'influenza delle semantiche familiari nel processo di coming out. L'influenza delle semantiche familiari nel processo di coming out. Università degli Studi di Bergamo.
- Gil, S. (2007). A narrative exploration of gay men's sexual practices as a dialectical dialogue. *Sexual and Relationship Therapy*, 63-75.
- Grossman, A.H., D'Augelli, A.R., Howell, T.J., Hubbard, S. (2005). parent' reactions to transgender youth' gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1): 3-16.
- Guthrie, E., Moorey, J. (2018). The theoretical basis of the conversational model of therapy. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 32(3), 282-300.
- Harré, R., Van Langenhove, L. (1999). *Positioning theory: Moral context of intentional actions*. Blackwell.
- Haas, A.P., Eliason, M., Mays, V.M., Mathy, R.M., Cochran, S.D., D'augelli, A.R., ..., Clayton, P.J. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality*. Disponibile da: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00918369.2011.534038>
- Heritier, F. (2002). *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*. (quarta ed.). B. Fiore (a cura di). Laterza.
- Hermans, H. (2001). The dialogical self: toward a theory of personal and cultural positioning. *Cultural Psychology*, 243-281.
- Hershberger, S., D'Augelli, A.R. (1995). The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Developmental Psychology* 31(1):65-74.
- Hobson, R.F. (1985). *Forms of feeling*. Routledge.
- Holahan, W., Gibson, A. (1994). Heterosexual therapists leading lesbians and gay therapy groups: therapeutic and political realities. *Journal of Counselling and Development*, 591-594.
- Honingman, J.J. (1964). *The Kasha Indians: an ethnographic reconstruction*. Yale University Press.
- HRC, F. (2022). *Coming out living authentically*. Tratto da Human Rights Campaign. Disponibile da: <https://www.hrc.org/resources/coming-out-living-authentically-as-lesbian-gay-and-bisexual>

- Iborra, A. (2007). Dealing with homosexuality in a homophobic culture: a self-organization approach. *Integrative Psychological & Behavior*, 285-295.
- Ilga Europe. Rainbow Europe map and index. 17 Maggio 2022. Disponibile da: <https://ilga-europe.org/report/rainbow-europe-2021/>
- Doyle, C.J. (2018). A new family system therapeutic approach for parents and families of sexual minority youth. *Issues in Law & Medicine*, 223-234.
- Kerr, M.E., Bowen, M. (1990). La valutazione della famiglia. Un approccio terapeutico basato sulla teoria boweniana. Astrolabio Ubaldini.
- King, A. (2021). LGBT discrimination, harassment and violence in Germany, Portugal and the UK: A quantitative comparative approach. *Current Sociology*, 71(1)
- Klein, K., Holtby, A., Cook, K., Travers, R. (2015). Complicating the coming out narrative: becoming oneself in a heterosexist and cissexist world. *Journal of Homosexuality*, 297-326.
- Lai, G. (1993). Conversazionalismo. Le straordinarie avventure del soggetto grammaticale. Bollati Boringhieri.
- Leonardi, P., Viaro, M. (1990). Conversazione e terapia. Raffaello Cortina Editore.
- Lezos, M.D. (2017). Inclusive sex therapy practices: a qualitative study of the techniques sex therapists use when working with diverse sexual populations. *Sexual and Relationship Therapy*, 2-21.
- Li, Y., Samp, J.A. (2021). Antecedents to and outcomes of same-sex couples' coming out talk. *Western Journal of Communication*, 1-21.
- Lingiardi, V. (2007). Citizen gay. Famiglie, diritti negati e salute mentale. Il Saggiatore S.P.A.
- Lingiardi, V., Nardelli, N. (2014). Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche, gay e bisessuali. Raffaello Cortina Editore.
- Lori E. R., Travis, S., Lesley A.T., Jenna M.M., Hawkins, B.W., Fehr, C.P. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sex Research*, 435-456.
- Maggiolini, A., Pietropolli Charmet, G. (2016). Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti. Franco Angeli Editore.
- Malley, M. (2002). Systemic therapy with lesbian and gay clients: a truly social approach to psychological practice. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 237-241.
- Manning, J. (2015). Communicating sexual identities: a typology of coming out. *Sexuality & Culture*, 122-138.
- Marco Brambilla, A.C. (2011). Subgrouping e omosessualità: rappresentazione cognitiva e contenuto degli stereotipi interiorizzati di uomini gay. *Psicologia Sociale*, 71-88.
- Marco Guerci, P.I. (2018). Le diversità di orientamento sessuale e identità di genere. In: P.I., Marco Guerci (ed.). L'impresa inclusiva. LGBT e diversity in azienda. Guerini Next srl, pp. 27-48.
- Mazzei D., Neri, V. (2017). La mediazione familiare. Il modello simbolico trigenerazionale. Raffaello Cortina Editore.
- Meares, R.A. (1977). The pursuit of intimacy: an approach to psychotherapy. Thomas Nelson.
- Meares, R.A. (1993). The metaphor of play: origin and breakdown of personal being. Jason Aronson.
- Medley, B. (2021). Recovering the true self: Affirmative therapy, attachment, and AEDP in psychotherapy with gay men. *Journal of Psychotherapy Integration*, 383-402.
- Moderato, P., Rovetto, F. (2005). Progetti di intervento psicologico. Idee, suggestioni e suggerimenti per la pratica professionale. Mc Graw-Hill Education.
- Momigliano, N. (2001). L'ascolto rispettoso. Cortina Editore.
- Montano. (2000a). Istituto A. T. Beck. terapia cognitivo - comportamentale. Istitutobeck. Disponibile da: <https://www.istitutobeck.com/omofobia-omofobia-interiorizzata>
- Montano, A. (2000b). Psicoterapia con clienti omosessuali. Mc Grow-Hill Companies.

- Montano, A. (2007). L'omofobia internalizzata come problema centrale nel processo di formazione dell'identità sessuale. *Rivista di Sessuologia*, pp. 31-41.
- Moorhouse, A., Carr, A. (2002). Gender and conversational behaviour in family therapy and live supervision. *Journal of Family Therapy*, 46-56.
- Moradi, B., Budge, S.L. (2018). Engaging in LGBTQ+ affirmative psychotherapies with all clients: Defining themes and practices. Wiley Periodicals Inc., 2028-2042.
- Needham, B.L., Austin, E.L. (2010). Sexual orientation, parental support, and health during the transition to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*. 39(10):1189-98.
- Newman, L.K. (2002). Sex, gender, and culture: Issues in the definition, assessment and treatment of gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 352-359.
- O.M.S. (2021). Newsroom of World Health Organization. World Health Organization. Disponibile da: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Olson, M., Seikkula, J., Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in open dialogue: fidelity criteria. University of Massachusetts Medical School. Disponibile da: <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>
- Pachankis, J.E., Goldfried, M.R. (2004). Clinical issues in working with lesbian, gay, and bisexual clients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 227-246.
- Padilla, Y.C., Crisp, C., Rew, L.D. (2010). Parental acceptance and illegal drug use among gay, lesbian and bisexual adolescents: results from a national survey. *Social Work*, 55(3): 265-275.
- Parker, C.M., Hirsch, J.S., Philbin, M.M., Parker, R.G. (2018). The urgent need for research and interventions to address family-based stigma and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth. *The Journal of Adolescent Health*, 63(4):383-393.
- Pearce, B. (1989). *Communication and the Human Condition*. Southern Illinois University Press.
- Peletz, M.G. (2009). *Gender pluralism: Southeast asia since early modern times*. Taylor & Frances.
- Peluso, P. R. (2007). Emotionally focused couples therapy and Individual Psychology: A dialogue across theories. *The Journal of Individual Psychology*, 248-269.
- Pescatore, V. (2021). *Identità sessuale e auto-percezione di sé. Riflessioni a margine della legge tedesca sui 'trattamenti di conversione'*. G. Giappichelli Editore.
- Pistella, J., Rosati, F., Ioverno, S., Girelli, L., Laghi, F., Lucidi, F., Baiocco, R. (2020). coming out in family and sports-related contexts among young italian gay and lesbian athletes: the mediation effect of the 'don't ask, don't tell' attitude. *Journal of Child and Family Studies*, 289-306.
- Pistella, J., Salvati, M., Ioverno, S., Laghi, F. (2016). Coming-out to family members and internalized sexual stigma in bisexual, gay and lesbian people. *Journal of Child and Family Studies*, 3694-3701.
- Plummer, J. (1975). *Sexual stigma: an interactionist account*: Routledge & Kegan Paul.
- Ponse, B. (1978). *Identities in the lesbian world: the social construction of self*. Greenwood press.
- Prunas, A., Anzani, A., Montali, L., Frigerio, A. (2021). 'We'll accept anything as long as she is okay': Italian parents' narratives of their transgender children's coming out. *Journal of GLBT Family Studies*, 432-449.
- Rapper, I. (1942). *Perdutamente tua*. Warner Bros.
- Rasmussen, M.L. (2004). The problem of coming out. *Theory into practice*, 144-150.
- Revell, S., McLeod, J. (2017). Therapists' experience of walk and talk therapy: A descriptive phenomenological study. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 267-289.
- Rigliano, P. (2018). *Sguardi sul genere. Voci in dialogo*. Mimesiss.
- Rosenkrantz, D.E. (2016). The positive aspects of intersecting religious/spiritual and LGBTQ identities. *Educational Publishing Foundation*, 127-138.
- Ross, E.L. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to

- gay, lesbian, and heterosexual individuals: a systematic review and meta-analysis. *The Journal Of Sex Research*, 435-456.
- Rostovsky, S.S., Riggle, E.D.B. (2017). Same-sex relationships and minority stress. *Current Opinion in Psychology*, 13: 29-38.
- Ryan, C. et alt. (2009). Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. *American Academy of Pediatrics*: <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524>
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R.M., Sanchez, J. (2010). family acceptance in adolescence and the health of lgbt young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), pp. 205-213.
- Ryan, S.W., Legate, N., Weinstein, N., Rahman, Q. (2017). Autonomy support fosters lesbian, gay, and bisexual identity disclosure and wellness, especially for those with internalized homophobia. *Journal of Social Issues*, 289-306.
- Ryan, W.S., Legate, N., Weinstein, N. (2015). Coming out as lesbian, gay, or bisexual: the lasting impact of initial disclosure experiences. *Self and Identity*, 549-569.
- Salemi, G. (2022). Portale di informazioni antidiscriminazioni LGBT. Tratto da Portale nazionale LGBT. Disponibile da: <http://www.portalenazionalelgbt.it/sessualita-plurali-breve-viaggiodel-farsi-sociale-della-sessualita/index.html>
- Savin-Williams, R.C. (1989). Parental influences on the self-esteem of gay and lesbian youths: A reflected appraisals model. *Journal of Homosexuality*, 17(1-2), 93-109.
- Scrimshaw, E., Downing, M., Cohn, D. (2018). Reasons for non-disclosure of sexual orientation among behaviorally bisexual men: non-disclosure as stigma management. *Archives of Sexual Behaviour*, 219-233.
- Seikkula, J., Tarantino, C. (2016). Il dialogo aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche. Giovanni Fioriti Editore.
- Shilo, G., Savaya, R. (2011). Effects of family and friend support on lgb youths' mental health and sexual orientation milestones. *Wiley Online Library*, 60(3): 318-330.
- Smith, S.J., Axelton, A.M., Saucier, D.A. (2009). The effects of contact on sexual prejudice: a meta-analysis. *Sex Roles*, 178-191.
- Triana, M.C., Gu, P., Chapa, O., Richard, O., Colella, A. (2021). Sixty years of discrimination and diversity research in human resource management: A review with suggestions for future research directions. *Wiley Online Library*, 145-204.
- Troiden, R.R. (1988). Homosexual identity development. *Journal of Adolescent Health Care*, 105-113.
- Twist, M.M. (2006). Therapist support of gay and lesbian human rights. *Journal of Guidance and Counselling*, 107-113.
- Ugazio, V.N. (2009). The Family Semantics Grid (FSG). The narrated polarities. *Testing, Psychometrics, Methodology in applied Psychology*, 165-192.
- Varela, F.J. (1979). Principles of biological autonomy. Elsevier Science Ltd.
- Viola, A. (2022). Il sesso è (quasi) tutto. Evoluzione, diversità e medicina di genere. Feltrinelli.
- Visani, E., Nuovo, S.D., Lorio, C. (2014). Il FACES IV. Il modello circonflesso di Olson nella clinica e nella ricerca. Franco Angeli.
- Von Bertalanffy, L., Sutherland, J.W. (1981, 2015). General system theory: foundations, development, applications. George Braziller.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. Jackson, D.D. (1971). Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi. Astrolabio Ubaldini.
- White, A.F. (2019). Using electronic contact to reduce homonegative attitudes, emotions, and behavioral intentions among heterosexual women and men: a contemporary extension of the contact hypothesis. *The Journal of Sex Reserach*, 1179-1191.
- White, M., Epston, D. (1990). Narrative means to therapeutic ends. W. W. Norton.
- Wickham, R.E., Gutierrez, R., Giordano, B.L. (2021). Gender and generational differences

- in the internalized homophobia questionnaire: an alignment IRT analysis. *Assessment*, 1159-1172.
- Scarborough, W.J., Fessenden, D., Sin, R. (2021). Convergence or divergence? the generational gap in gender attitudes, 1977-2018. In: D.F. William, J. Scarborough (eds.). *Gender and generation: continuity and change advances in gender research*. Emerald group publishing, pp. 73-94
- Williams, A.J., Jones, C., Arcelus, J., Townsend, E., Lazaridou, A., Michail, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of victimisation and mental health prevalence among LGBTQ+ young people with experiences of self-harm and suicide. *PLOS One*, 1-26.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. Routledge Classics.
- Wittgenstein, L. (1992). La conferenza di Wittgenstein sull'etica. *Lezioni e conversazioni su etica, estetica, psicologia e credenza religiosa*. Adelphi, pp. 5-18.
- Yarhouse, M.A. (2008). Narrative sexual identity therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 196-2010.
- Zan, A (2022). Senza paura: La nostra battaglia contro l'odio. Edizioni Piemme.
- Zeeman, L., Sherriff, N., Browne, K., McGlynn, N., Mirandola, M., Gios, L., Davis, R., Sanchez-Lambert, J., Aujean, S., Pinto, N., Farinella, F., Donisi, V., Niedźwiedzka-Stadnik, M., Rosińska, M., Pierson, A., Amaddeo, F.; Health4LGBTI Network. (2021). A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *The European Journal of Public Health*, 974-980.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 28 ottobre 2023.

Accettato: 27 febbraio 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:856

doi:10.4081/rp.2024.856

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

The double ‘double bind’ of transgender persons and ways to overcome it

Fulvio Frati*

ABSTRACT. – In the transition to affirm their gender identity transgender persons sometimes get ‘entangled’ in a sort of ‘double double bind’: one based on the contraposition of anatomical sex and gender identity, and the other on the divergence between individual gender expectations and those manifested in the family and social environment. In order to help subjects deal with a situation which is often the source of significant personal distress, the author proposes psychological treatment or psychotherapy based on the so-called ‘affirmative gender model of informed consent’ from the Italian model of Psychoanalysis of Relationships, supplemented by contributions from the ‘Theory of non-linear dynamic complex systems’, Infant Research, from other authors in the psychoanalytic field, Neurophenomenology, and lastly, from *the psychoanalytic field* concept introduced in the last century by the Barangers and later developed by others, including Italian authors.

Key words: double bind, gender dysphoria, gender expression, gender identity, gender orientation, transgender.

Gender identity, gender expression and sexual orientation

The term ‘gender identity’ is particularly widespread in the scientific debate on sexual attitudes and consequent behaviours, and refers specifically to the subjective psychological sense of gender that a person presents, and which, failing to conform to family and social expectations generally attributed to that gender (otherwise known as ‘gender-nonconforming’) can generate significantly high levels of personal distress.

First, let us clarify that the term ‘gender identity’ is different from the term ‘gender expression’. A person’s gender expression cannot always be superimposed on the gender identity they present; considering a purely external level, it concerns the way one presents oneself to the world in relation to one’s gender.

*Psychologist, Psychoterapist, Clinical Criminologist and Psychoanalist of SIPRE. Past-Director of the SIPRE Center of Parma, Italy. E-mail: fulviofrati@libero.it

For example, in much of the ‘Western’ world (including Italy), wearing a tight-fitting mini dress is considered an ‘expression of the female gender’ while a tuxedo with a black jacket and tie is generally considered an ‘expression of the male gender’. These social interpretations of the way we dress are culturally defined and therefore vary over time and according to the environment (it is not particularly unusual to see in ‘high-end’ fashion shows female models dressed in menswear and male models in miniskirts and stilettos, but these extremes occur in specific situations and represent more the ‘exception that confirms the rule’ rather than the actual rule). Furthermore, terms such as gender identity and gender expression, in addition to designating different aspects of a single individual personality, should be distinguished from sexual orientation: the latter refers specifically to the types of people one is sexually attracted to.

Those whose gender assigned at birth matches both their gender identity and gender expression are sometimes referred to as ‘cisgender’ (a neologism from the Latin preposition *cis*, ‘on this side of’ and the English noun ‘gender’, which in this case means ‘assigned gender’ and therefore is based on substantially anatomical and/or genetic criteria): the term is used in relation to ‘a person who feels at ease with the sex assigned at birth’. However, the term cisgender is little used in the scientific field and is only useful in a general, descriptive sense as it fails to take into account the important criterion of sexual orientation.

In fact, a person who feels at ease with the sex assigned to him at birth is exclusively attracted to, or almost exclusively attracted to persons of the opposite sex (and is defined as heterosexual), but a person can also be attracted exclusively or almost exclusively to persons of the same sex, and therefore be homosexual (hence the terms ‘gay males’ or ‘lesbian women’) without ever manifesting the desire for those bodily characteristics typical of the opposite sex. A cisgender person can also feel attraction towards persons of both genders and in this case, they are known as ‘bisexual’.

The persons whose gender identity does not align with their sex at birth but rather aligns with the gender identity of the opposite sex are generally termed transgender, while the previous term transsexual, being generic and imprecise, appears to be dying out (many transgender persons, for example, do not identify completely either with the gender assigned to them at birth or with the new gender they adopt, and often – despite carrying out complete gender transition legally and officially – do not completely change their primary sexual characteristics). Transgender persons, substantially, like cisgender persons, also present a very wide range of sexual orientation: for example, a transgender woman (*i.e.*, male-to-female transsexual, or MTF) can be both heterosexual, bisexual and lesbian, in the same way that a transsexual man (*i.e.*, female-to-male, or FTM) can be heterosexual, gay or even bisexual.

In their everyday lives transgender persons will experience a far superior range of difficulties than *cisgender* persons and this tends to place them in a sort of 'double bind' (we use this term in the sense assigned to it by Gregory Bateson and his colleagues of the so-called 'School of Palo Alto' in the second half of the 1950s but which today covers a much broader perspective than the one originally conceived by the scholars of the last century, also because instruments of communication have changed enormously in the meantime) with regard to two main problems: the divergence between one's anatomical sex and one's gender identity on the one hand, and, on the other, one's individual gender expectations and those expressed towards them by the family and social environment.

The double 'double bind' of transgender persons

The term 'double bind' refers to a situation in which two or more persons are involved in a sort of 'communicative ambivalence' in which a message of a certain nature is sent by a sender to a specific recipient, but the recipient also receives messages of a contrasting nature from the same (or similar) sender. Usually, the first type of message is of a verbal nature, while the contrasting messages are non-verbal. However, this is not a fixed rule and sometimes the situation can arise through verbal messages only or non-verbal messages only (as are implicit messages that transgender persons receive from their body, or even simply from their anatomical sex, whenever they do not identify with it).

However that may be, the presence of contradictory messages usually gives rise, in the recipient of this confusing communication, to a sort of self-perpetuating conflict which, albeit to a different extent in each case, tends to produce significant subjective discomfort that is often long-lasting and potentially capable of giving rise to conditions of subjective psychological suffering of significant clinical relevance which include, not infrequently, the very real risk of self-harm or even self-suppression.

Unlike what happens in explicitly conflicting circumstances, where at least in theory those involved are able to choose and decide which actions to take to overcome them, in situations of double bind the way out is often much more difficult to find. This is because the situation is determined by a paradox with a contradictory message: the same thing is affirmed and denied at the same time, and one finds oneself 'trapped' in a situation that one cannot bring into clear focus, and in which one is unable either to identify how it relates to his own consequent discomfort, or develop a functional strategy to resolve and overcome it.

In particular with transgender persons, not infrequently, the condition of an 'intrinsically conflictual paradox' typical of double bind occurs simulta-

neously on two levels. On one level – when a person gradually and autonomously reaches greater levels of self-explication and, therefore, of self-consciousness and self-awareness – concerns the contradiction between the messages of one's physical body as perceived by other people, and one's gender identity as perceived by oneself and others. On another level – often much more 'implicit' even in relationships between the person and other significant figures on a family and social level – involves one's own individual gender expectations more directly and those that are manifested towards them by their external proximal environment.

In actual reality, for example, a parent who has proven to be an effective caregiver for their son or daughter may not present too much difficulty demonstrating it in the case of a transgender son or daughter, and therefore may not generate excessively high inner conflict regarding both aspects indicated above. However, especially in situations in which the hostility towards the gender identity expressed by the transgender person is more or less explicit or, on the contrary, veiled, it is clear that the latter is exposed to high levels of uncertainty, doubt, or even clear disconfirmation regarding the radically important sense of gender identity common to all human beings.

Furthermore, regardless of the presence or absence of adequate support for transgender persons on the part of their caregiver, implicit disapproval or even explicit hostility can also be manifested towards them on the part of other socially significant actors. Considering this, it is evident that the potential double conflict of transgender persons (between gender identity and body, on the one hand, and gender identity and the significant relational and interpersonal sphere on the other) exposes them to the 'double double bind' condition that we want to focus on here, and the often not negligible, and in some cases, particularly significant psychic suffering that it can give rise to.

The familial and social rejection of gender identity is today almost universally considered to be one of the strongest predictors of subjective difficulty for transgender persons. Family therapy, or couple therapy for parents, can therefore be extremely useful in creating a supportive environment that can promote the psychic and psychophysical well-being of persons in this situation.

The experiences conducted so far also demonstrate that, as a rule, parents of transgender children and adolescents can also derive significant benefits from regular attendance at support groups, whether based on the model of self-help between peers or conducted by one or more (usually at most two) experienced professionals. Peer support groups for transgender persons have also often been very useful for sharing – and possibly invalidating or validating – different aspects of their transition experiences. Finally, individual psychological support or psychotherapy programmes aimed at the transgender person or at their most significant family member, for example, a partner, play a particularly important role.

The condition of subjective distress that the term 'gender dysphoria' used to bring to mind, today appears – also in the light of the considerations expressed here – to be linked more particularly to aspects of a social and relational nature than to the problems of psychological functioning considered in their own right. Moreover, it is for these reasons, in my opinion, that the diagnostic category 'gender dysphoria' has been rightly eliminated from the latest version of the Diagnostic Manual adopted by the World Health Organization (World Health Organization, 2018).

The diagnostic category of 'gender dysphoria' has not only been replaced by that of 'gender incongruence' (thus removing any depiction of psychopathology), but above all, and as a consequence, the term has been removed from the chapter on 'Mental and Behavioral Disorders' (which specifically concerns so-called 'mental health') and instead, the new denomination has been included in a new, purposely-written chapter concerning 'sexual health'.

The diagnosis of 'gender dysphoria'

Therefore, in my opinion, some further considerations concerning so-called 'gender dysphoria' are appropriate at this point. In fact, there are no doubts that in this regard, at the present time, the question of its scientific usefulness or not is by no means resolved. Moreover, as a rule, in the field of clinical psychology and psychopathology, no question of this type is ever resolved once and for all, and it is precisely for this reason that the diagnostic categories pertaining to these areas are continually updated.

Having said that, to date, a clear 'array of signs and symptoms' that define with sufficient precision an individual situation that can be clinically delineated as gender dysphoria which is shared by international psychopathology, is lacking, also because – as has already been underlined – the International Classification of Diseases (ICD) has already completely eliminated the term, at least under this denomination, from its overall psychodiagnostic classification (World Health Organization, 2018).

However, this important revision process has not yet been carried out with regard to the international Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5-TR, recently revised by the Association of Psychiatrists of the United States (American Psychiatric Association, 2022). It still retains the use of the term 'gender dysphoria' understood as clinically significant psychological discomfort associated with a subjective inconsistency between the sex expressed at the level of individual identity, and the sex assigned at birth. This permanence of meaning, with the evident risk of a psychopathological connotation, is still present in the DSM-5-TR, and is in no way, in my opinion, a negligible or minimisable fact, especially if one

considers that the Manual continues to be adopted in its entirety and is used by a large part of the international scientific community.

In this regard, exactly as was the case with the DSM-5, and without any change with respect to it, this cataloging system provides two different specific identification systems of the clinical picture based on the age of the person considered, and just as many series of criteria which are specific, distinct and separate from each other: one for adolescents and adults, and one for children up to 12 years of age.

Let us now look in detail at the two different identification systems or *diagnostic criteria*.

- 1) The DSM-5-TR first defines gender dysphoria in adolescents and adults as ‘a marked incongruence between experienced/expressed gender and assigned gender, lasting at least 6 months, as manifested by at least two of the following symptoms:
 - a. A marked incongruence between experienced/expressed gender and primary and/or secondary sexual characteristics (or in young adolescents, predicted secondary sexual characteristics).
 - b. A strong desire to shed one’s primary and/or secondary sexual characteristics due to a marked incongruence with one’s experienced/expressed gender (or in young adolescents, a desire to prevent the development of anticipated secondary sexual characteristics).
 - c. A strong desire for the primary and/or secondary sexual characteristics of the other gender
 - d. A strong desire to be the other gender (or some alternative gender other than the gender assigned at birth).
 - e. A strong desire to be treated as the other gender (or an alternative gender other than the gender assigned at birth).
 - f. A strong belief that one has the feelings and reactions typical of the other gender (or some alternative gender other than the assigned gender).’

Moreover, in order to meet the criteria for the diagnosis, the individual condition must also be associated with clinically significant personal distress or apparent impairment in social, occupational, or other important areas of individual functioning.

- 2) The DSM-5-TR also defines gender dysphoria in children as ‘a marked incongruence between experienced/expressed gender and assigned gender, lasting at least 6 months, as manifested by at least six of the following (one of which must be the first criterion among the following) symptoms:
 - a. A strong desire to belong or urgency to be of the other gender (or some other gender other than the assigned gender).
 - b. In boys (assigned gender), a strong preference for cross-dressing or simulating women’s clothing; in girls (assigned gender), a strong

preference for wearing only typical male clothing and a strong resistance to wearing typical female clothing.

- c. A strong preference for cross-gender roles in pretend or fantasy games.
- d. A strong preference for activities, games, or toys stereotypically used by the other gender.
- e. A strong preference for persons of the other gender as regular playmates.
- f. In boys (assigned gender): a strong rejection of typically male activities, games, and toys, and a strong avoidance of rough play; in girls (assigned gender): a strong rejection of typically feminine activities, games and toys.
- g. A strong aversion to one's sexual anatomy.
- h. A strong desire for physical sexual characteristics that match one's experienced gender.

Moreover, as already underlined also for the diagnostic criteria for adolescents and adults, the individual condition of the child considered must be associated with a clinically significant subjective discomfort, or with evident impairment in social, occupational or other important areas of overall personal functioning.

Regarding the presence of this specific psychological condition within the general population of Western countries, the portal of the 'Italian National Institute of Health: Inquire, know, choose' (*Istituto Superiore di Sanità ISSalute: Informarsi, conoscere, scegliere*) specifies, under the heading 'gender dysphoria', that it can concern both female and male subjects. Specifically, 'the prevalence of gender dysphoria in adults (>18 years) is 0.005-0.014% for biologically male sex persons and 0.002-0.003% for biologically female sex persons' (Zucker, 2017).

Gender dysphoria, therefore, in adults is more frequent in those assigned male gender at birth, with a male/female ratio of approximately 3:1.

In children under 12, 'the male/female ratio ranges from 3:1 to 2:1; while in adolescents (>12 years old) the male/female ratio is approximately 1:1.7' (Zucker, 2017).

From a rough analysis of the data, it would seem that, for females, adolescence may constitute a more critical moment with respect to their gender identity than other periods of their lives. Obviously, this hypothesis requires further investigation by other studies before any type of significant conclusion can be drawn from it.

Moreover, according to various studies attributable to various Italian and international authors (e.g., Crapanzano *et al.*, 2021; Drescher, 2010; 2016), the permanence of the diagnosis of 'gender dysphoria' within DSM-5 and DSM-5-TR still seems to constitute, for many transgender persons, a concrete obstacle to gaining access to an adequate system to tackle their overall

problems. This is because for many years insurance companies have, legally, had a policy of not covering the health expenses entailed in accompanying the process of transition without this specific psychopathological diagnosis, a diagnosis which not all transgender persons – for understandable and in my opinion unquestionable personal reasons of social stigma resulting from any diagnosis of psychopathology – are willing to accept.

Psychological support and psychotherapy treatment for transgender persons according to the gender-affirmative model of ‘informed consent’

Psychological support and psychotherapy treatment for transgender persons according to the so-called ‘gender-affirmative model of informed consent’, irrespective of individual differences in technique, style or the overall theoretical reference adopted by individual professionals, is mainly based on a ‘holistic’ and ‘humanistic’ approach to the person, which, in its turn, includes the contributions of authors who are integrated and aligned to respond in the most effective way possible to the concrete psychological, emotional and relational needs of individuals and specific patients. The approach is generally based on the open exploration of feelings and experiences of gender identity as well as gender expression, with no expression or inclination shown by the therapist towards any one gender identity or expression in preference to another – quite the contrary; the therapist is committed to having total respect for the relational, emotional and sexual choices made by the patient in his/her concrete daily reality.

Psychological attempts to direct a transgender person towards a cisgender identity (sometimes referred to in the literature as reparative therapies, or even as gender identity conversion therapies) are today regarded as highly unethical, and potentially very harmful, by almost all of the world’s scientific community, and this approach is expressly forbidden to medical professionals and psychologists in almost all countries of the so-called ‘Western industrialized area’. The nature of psychological support and psychotherapy for transgender persons, according to these premises, is today basically understood as providing support and accompaniment towards the gender affirmation of the patient him/herself, as he or she expressly desires and wishes it, in the areas of daily activity where one’s gender identity is expressed.

Social gender affirmation, for example, may include the individual choosing to adopt pronouns, nouns, and various other aspects of gender expression that most closely match their gender identity. Legal gender assertion may also involve changing the name(s) and gender markers assigned at birth on various identification documents or data processing documents at both governmental and local levels.

Medical affirmation may, in turn, include pharmacological or surgical treatments up to and including, for example, suppression of pubertal activity for adolescents with gender incongruence or gender dysphoria and administration of gender-affirming hormones (such as estrogen and testosterone) for older adolescents and adults: at the present time (March 2023), however, this is not recommended for prepubertal children, at least in our country. Adults (but less often teenagers, especially minors) can already undergo various aspects of medical affirmation in Italy, including – if already adult, and following authorization issued in this regard by a local or regional Civil Court – surgical affirmation of the sex they identify with.

Psychological support and psychotherapy treatment for transgender persons according to the gender-affirming model of informed consent, with these premises, is therefore configured in many cases as a complex approach which requires that the professional responsible should take charge of the person and all the personal, and family and social problems that this person might present. For this reason, treatment should normally be carried out in collaboration with an integrated multi-professional team made up of professionals from various medical, health, and possibly social disciplines, and requires that the professional responsible for psychological treatment should have extensive skills based on a thorough knowledge of various aspects of clinical psychology, so as to be able to respond as appropriately and as thoroughly as possible to the problems presented.

Among the various psychological and psychotherapeutic theories and techniques that can be concretely used in the context of psychological support and psychotherapy for transgender persons, I can illustrate here only a few of the better ones known by the undersigned. These are essentially based on the model of Psychoanalysis of the Relationship appropriately integrated with acquisitions from the 'Theory of complex dynamic non-linear systems', from so-called 'Infant Research' (*i.e.*, the line of research on the psychic development of the child which, although originating in Psychoanalysis and its advances in early mental activity, later partially detaches from it to adhere instead to methodological and research methods which are more referable to Cognitivist Psychology), from the contributions of various other authors in the psychoanalytic field such as, Donald W. Winnicott (1949; 1958) and Wilfred R. Bion (1961; 1962; 1963; 1965; 1967; 1970; 1996), from Neurophenomenology (a momentary synthesis between contemporary Neurosciences based on intersubjectivity and Phenomenological philosophy of Edmund Husserl, Edith Stein and Maurice Merleau-Ponty) and, finally, from the concept of 'psychoanalytic field' as introduced in the last century by the Baranger spouses (1961-2) and later developed by others, including Italian authors, *e.g.*, Francesco Corrao (1986), Antonino Ferro (2009; 2011) and Gabriele Lenti (2021).

Let us now examine in more detail the role of these contributions, if

mutually and adequately integrated, in the practical application of Clinical Psychology and Psychotherapy. First, we will consider them on a more comprehensive, general level and, subsequently, more specifically on their application to transgender persons.

Gabriele Lenti, psychoanalyst, an expert in complex systems and the concept of *analytic field*, states:

'It was Bion who first proposed that the transformation of emotional experience, and one's psychic structure may be activated through analytic change. Interpretation is the main vehicle for transforming emotional experience in contact with the patient. The specific task of the analyst lies precisely in a commitment to transform latent emotional content into communicable meaning. In field theory, transformations become the central aspect of the new psychoanalysis, because the emphasis on intersubjectivity also underlines the transformability of experiences, and, as a consequence, psychic structure. In this research tradition, the most innovative tool undoubtedly lies in weak interpretation, a non-censoring and non-peremptorily decoding intervention, which opens to new developments of sense validated intersubjectively' (Lenti, 2005, pg. 188).

Furthermore, with regard to the concept of 'weak interpretation', quoting the Italian psychoanalysts Bezoari and Ferro, Lenti himself specifies that the concept *'does not convey in explanatory terms an already clearly configured meaning, but rather it contains a highly unsaturated semantic design, which can actualise and better define itself only with the active contribution of the patient [...] interpretations acquire shape and meaning thanks to hermeneutic cooperation which sees the patient engaged with equal – even if not symmetrical – dignity of function, the best colleague of the analyst in the fullest sense of the term (Bezoari, Ferro, 1989, pg. 1048)'* (Lenti, 2005, pg. 188).

Moreover, Wilfred Bion's theoretical contribution is considered particularly important not only for so-called 'field theory' as applied to general psychotherapy, but also – for using appropriate psychological instruments, and along with the theories of DW Winnicott, current Neuroscience, and *Neurophenomenology* – for addressing one of the absolutely crucial aspects of the transgender person's therapeutic treatment, namely the relationship between the latter and their body. This aspect, as we have pointed out, is one of the most critical aspects of the general equilibrium of transgender persons, and if it fails to be adequately managed can create that 'double bond' referred to earlier, between the message they receive in perceiving their physical body and the messages they receive through the channels of emotionality and sexual identity they identify with, and to which they would like to physically belong.

The question of the mind-body relationship in human beings has played a very significant role within many cultures all over world since ancient times. Various often conflicting theories have been put forward (consider our

so-called 'Western' culture, and the Greek and Latin philosophers who based some of their theories on indivisibility, others on a clear separation or on the famous 'dualism' reiterated in more recent times by Descartes). The well-structured approach to the problem as it was applied by Psychoanalysis and then by Phenomenological and Cognitive sciences certainly makes the concept of 'psychophysical unit' much more credible and shareable in this regard today (within the psychophysical unit, if we wish to analyse more circumscribed, specific aspects, we can still use the terms 'mind' and 'body', but should consider them essentially as 'two sides of the same coin', to be interpreted, respectively, as the 'experiences' and 'corporeity' of one and the same person and always constituted indivisibly by both aspects).

Freud, moreover, had assigned an absolutely central role to the body in his general theoretical analysis, as well as in the constitution of the individual psychic apparatus, especially in his famous statement in the 1922 volume 'The Ego and the Id' according to which 'The Ego is above all a bodily entity' (Freud, 1922, pg 488). With this therefore, despite some 'body-mind dualism' present in the first Freudian writings, for the founder of Psychoanalysis and for his overall construction, the body and its effects become absolutely and definitively priorities in the construction of the Ego; it constitutes one of the three basic components of the human psychic apparatus according to the so-called 'Second Topical' of Freudian theory in its definitive formulation.

No less important than Freud's, was the contribution of the French philosopher Maurice Merleau-Ponty (1908-1961), a leading exponent of Phenomenology of the last century, who aimed to re-establish the primacy of a 'unitary' and 'holistic' vision of the human being in contrast to Plato and Descartes' 'dualistic' vision. For this author (1945) the body is not only the instrument through which we perceive and understand the world, but the very instrument through which we 'are' in the world and of the world.

In other words, Merleau-Ponty states that 'primacy of perception' in the acquisition of each person's sufficiently appropriate and harmonious 'psycho-physical unity' also establishes for humankind the 'primacy of experience' through which perception plays an active and constitutive role in human personality, in its completeness and uniqueness.

Following Merleau-Ponty, and going back to the psychoanalytic tradition, Donald W. Winnicott and Wilfred R. Bion developed a conception of the body's psychoanalytic meaning which is even more profound and significant than that of Freud's, and is based, on both cases – even though they tapped into theories and concepts that were original and different from each other – on the recognition of an almost absolute continuity between the organic and the psychic and on the importance of the mother's role in the proper integration between these two aspects in the child's psychological evolution.

In particular, it was Winnicott (1949) who suggested that corporeity was the starting point for the development of the ego. This author claims not only that there is only one ‘psyche-soma unit’ but that only when the mind is intimately connected to the body (which occurs above all through the function of so-called ‘psychic containment’ or holding, exercised by a ‘sufficiently good mother’) do we gradually come to experience ourselves as inhabitants of our bodies and therefore adequately develop our ‘true self’. Conversely, when the mother fails to adequately exercise this fundamental ‘holding’ function, a child’s mind remains ‘isolated’ in whole or in part from the body, and as a result moves away from the perspective of any real possibility of affirming one’s authentic self and instead develops, to a lesser or greater degree, a so-called ‘false self’.

Since the early 1960s, Wilfred R. Bion expanded on Freud’s hypothesis that thought and emotion are inseparable, explicitly arguing that in humans the body is the starting point of the phenomena of thought. In this regard, the author developed a complex but highly accredited theory, claiming that the ability to contain and process emotions lies at the basis of one’s ability to learn from one’s own experience and that the child acquires the ability practically from birth through the function of so-called maternal *reverie*.

Bion uses the term *reverie* (difficult to translate into Italian, although some use the expressions *sogno ad occhi aperti*, or *fantasticherie*) to indicate, in particular the mother’s ability to absorb the sensory and emotional impressions of the newborn and process them to create a new mental formation that the child’s psyche can re-introject and assimilate in a less anxiety-provoking and more useful form for the construction of the child’s mental apparatus.

A particularly interesting comparison of Winnicott’s model of mind-body integration based on the *holding* maternal function, and Bion’s model based on *reverie*, was made by Vittorio Gallese, Paolo Migone, and Morris Eagle in their article ‘Embodied simulation, mirror neurons, the neurophysiological basis of intersubjectivity and some implications for psychoanalysis’ (2006). To be precise, in this study, the authors considered and compared not only the two basically psychoanalytic concepts of holding and *reverie*, but also the concept of *attunement* advanced in 1985 by Daniel N. Stern (1934-2012). Stern was one of the main promoters and developers of so-called *Infant research* (according to his theory the pursuit of relationships constitutes a primary need, like water and food, which orients the child from the very first moments of life, and clearly shows that the construction of the psychic apparatus of every human being is founded on a basically interpersonal matrix).

Summarising the work very briefly, these three authors conclude that both Winnicott’s *holding*, Bion’s *reverie*, and Stern’s ‘affective *attunement*’ describe, from different perspectives, processes that are at least partially

similar, since they are all based mentally and relationally on the common factor of *empathy* which, in turn, constitutes the psychic expression of the physiological mechanism of the functioning, at a cerebral level, of the so-called 'mirror neuron system'.

Furthermore, the authors admit that the contributions of Winnicott, Bion, and Stern are only some of the contributions to be found in the scientific literature relative to the interpersonal processes at the basis of individual psychic development: the theoretical contribution of Sterba (1934) with his concept of 'self-reflection' as a particular mental activity of the human being would also be easily assimilable; Lacan (1936), with his theorisation of the 'mirror phase' during which the 8-10 month-old child acquires the total image of Self; Kohut (1984), with his concepts of 'mirror transference' and 'transmuting internalisation'; Freud himself (1919) with his description of that 'self-observing' psychic structure which is the result of a previous internalisation (that of the *caregiver*) which gradually takes on an autonomous 'guiding function' in the mind and will subsequently give rise to the *Superego*. In other words, these conceptualisations highlight the fundamental role that the quality of one's early relationship with one's *caregiver* plays in the progressive organisation of an individual's 'mind-body' system.

Bion, in particular, claims that the mind develops through a continuous process of learning from emotional experience and is in continual transformation, through a dynamic process of elaboration of 'raw' sensory data from the body (*i.e.*, psychologically unprocessed data), stimuli which in Bion's conceptualisation are called 'beta elements'.

Bion points out that 'beta elements' cannot be used directly as material for reflection and cognitive processing (in other words, they cannot be 'thought') without first being transformed into something else, something which constitutes 'thinkable' material and therefore constitutes the basis for building our reflections, our conscious mental activity, our 'thoughts'.

Those elements that may be used to 'think thoughts' Bion named 'alpha elements' and the process through which beta elements are transformed into alpha elements was defined by him as the 'alpha function'.

According to Bion, the alpha function is the ability to create meaning from raw, unprocessed sensory data represented by 'beta elements'. The alpha function acts on the unprocessed beta elements and transforms them into alpha elements in a way that is in some respects comparable to what happens in our digestive system when we ingest food: through digestion, nutritional elements contained in food – which cannot be assimilated by our body without a transformative process – undergo a series of chemical reactions which make them assimilable as 'fuel' for life, for the very survival of our bodies.

Similarly, on a mental level, through the 'alpha function' the 'beta elements' are 'digested', *i.e.*, modified, so as to become usable for real thought processes; they literally become, to use Bion's words, 'food for thought'.

In adult human beings this ‘alpha function’ is performed by the overall psychic apparatus formed over the years, but the young child – whose apparatus is not sufficiently formed – is not able to perform the function autonomously. Bion explains that the maternal figure comes to the rescue and acts for the child through the mechanism of ‘reverie’, thereby carrying out an essential function for the child’s psychic health.

Furthermore, the alpha function exercised by the mother protects the child from emotions and anxieties caused by stimuli from outside and inside the child’s body which the child is unable to cope with independently. The exercise of ‘reverie’ properly carried out by the mother constitutes for Bion a concrete and obvious example of alpha function activity: the mother and the small child, form, in the conceptualisation of the author, a real ‘thinking couple’ and represent the ‘prototype of the thought process’ which will continue to develop throughout the individual’s life, as well as being the obvious natural expression of the above-mentioned ‘analytic field’ a term used in psychotherapy.

Conversely, the failure of the mother to contain her child’s emotions and anxieties (especially the fear of dying) can lead, as a result, to the onset of a psychotic experience. In this situation, that is, when the mother is unable to stem and contain the child’s fears, the child’s fears and anxieties that had been projected onto the mother are returned to her, often intensified. As a result of this failure of maternal *reverie*, the establishment of alpha function in the child is severely impeded and the development of his thinking ability can consequently be severely impaired.

The alpha function implemented through the *reverie* mechanism takes place, according to Bion, through a series of rapid and reciprocal exchange of mental impulses – which flow from the child to the mother and *vice versa*, especially through the eye channel, but which also make use of all the other main sensory pathways (particularly hearing, touch, proprioception, taste, and smell) – through a complex and basically unconscious ‘cross-play’ of archaic mental functioning mechanisms, which Sigmund Freud had already identified in projection, splitting and introjection. Let us now take a brief look at what these three fundamental mechanisms of psychic functioning consist of and how they act according to psychoanalytic theory.

1. Projection: attributing to another person characteristics – generally unconsciously experienced as negative – which are instead present in the structure of the individual’s own ego.
2. Splitting: tendency of the subject, by inclination or necessity, to effect a clear division of external objects into ‘all good’ or ‘all bad’.
3. Introjection: extremely early mental functioning mechanism present in very young children. It is also called ‘incorporation’ because in psychoanalysis it indicates the unconscious incorporation of the values, attitudes and qualities of another person into the structure of the individual’s

own ego. In other words, it is that mechanism that tends to make one's own and carry within oneself both the desirable parts of the external world and the undesirable parts; in the former case making them one's own in order to take possession of them, and in the latter case, neutralising them by making them disappear in the self. According to the theory of Melanie Klein (the famous English psychoanalyst whose theoretical contribution can be placed chronologically – or at least schematically – after that of Freud and before that of Bion who was certainly influenced by her) the very young child is used to using these archaic modes of functioning, combining them, thus giving rise to two other distinct primitive mental mechanisms that Klein names, respectively, projective identification and introjective identification.

4. Projective identification: consists of the combined action of the psychic mechanisms of projection and introjection. Through it, parts of the subject are projected into the object, and the subject identifies with them by re-introjecting them.
5. Introjective identification: this also consists of the combined and often complementary action of the two mechanisms of projection and introjection, but in the opposite form of projective identification. Parts of the object are introjected by the subject, who can thus project outside him/herself the parts of him/herself which are referable to them.

The alpha function exercised towards the child by the mother during the process of *reverie* would therefore be based, according to Bion, on the combined action of these archaic mechanisms: the child 'projects' onto the mother the beta elements that make up 'unthinkable' negative experiences (*i.e.*, whatever through the body gives rise to tensions and anxieties, as well as the aggression and anger deriving from them); the mother 'introjects' this psychic material charged with aggression into herself and, through her own alpha function 'deaggressivises' it and 'neutralises' it, transforming it into 'alpha elements' made up of positive emotions and content which are no longer 'frightening' and are finally manageable by the child's psychic apparatus to 'build thoughts'; the child in turn 'reintrojects' these finally manageable emotions and positive experiences into him/herself, and uses them to start autonomously developing a psychic apparatus capable of supporting the genesis and development of his/her own mental apparatus.

Using other words, and describing the process of *reverie* according to a well-known and concise formula which clearly represents the thoughts expressed in this regard by Bion, 'a mother receives anguish and gives peace'.

Therefore, according to Bion, analogous to what happens in the relationship between a child and a mother when the latter exercises her 'alpha function', psychoanalysis and the analytic relationship also activate a mental functioning capable of withstanding the impact of emotions and thus enable an evolutionary change of the mental apparatus. The concrete body, in the

here and now of the psychoanalytic session, is considered by Bion as a potential for thought in the making, as ‘a thought waiting to be thought’, whereas the role of analysts in favouring the birth of a thought through their own and their patients’ bodies can – metaphorically – be assimilated to that of the midwife who contributes to the ‘coming into the world’ of a child about to be born.

If we take as inspiration the thought of Ludwig Von Bertalanffy according to which ‘every organism is a system, *i.e.*, a dynamic order of mutually interacting parts and processes’ (Von Bertalanffy, 1952, pg. 317), it is evident that not only the individual ‘mind-body units’ of the mother and the child on the one hand, and of the analyst and the patient on the other, but also each ‘field’ created by their mutual interaction, are to be considered as ‘complex systems’ and therefore interpreted on the basis of contributions from all these authors in the psychological/psychoanalytic field, as well as through the principles indicated by the so-called ‘Theory of non-linear dynamic complex systems’ (Von Bertalanffy, 1952; Von Foerster, 1981; Seligman, 2005; Parisi, 2021).

The ‘therapist-patient’ dyad is in fact a whole in which both components are, in turn, two further complex systems united by a regular relationship of interaction and mutual interdependence. As a result of this process of continuous ‘co-construction’ of the care relationship which reverberates and produces changes within both the ‘subject-patient’ and the ‘subject-analyst’, today’s Psychoanalysis of the Relationship is no longer characterised, as was the case in early Freudian psychoanalysis, as a ‘treatment of the human soul’ that therapists exercise towards their clients, but as a continuous variation of the internal arrangements of both based on the so-called ‘principle of mutuality’.

The role of the emotions experienced through the two ‘mind-body units’ of the patient and the analyst, in their reciprocal action and interaction, can thus give rise to a practical technique of psychoanalysis which, in my opinion, can be concrete and effective with a variety of types of persons who wish to go down the psychotherapeutic route, including, in particular, transgender persons.

Indeed, there is no doubt that for the latter, their relationship with their body and with the personal experiences generated from it, and is absolutely central with regard to their behaviour as a whole, and their overall psychophysical balance, and forms the basis of the above-mentioned ‘double bonds’ at the root of their emotional problems and their existential difficulties.

Through a relationship based on mutual, true ‘informed consent’ and a course of therapy based on trust – the same trust that the child places in his own ‘good enough’ mother who exercises the function of reverie for him – a trust that concretely enables the transgender patient to transform into ‘alpha elements’ those ‘beta elements’ which the two aforementioned ‘double bonds’

systematically transmit (and which form the basis of distress or, in any case, of malaise and existential issues), a path of psychological support and psychotherapy for transgender persons can effectively, in my opinion, not only help them get free from the 'double double bind' in which they frequently find themselves entangled, but above all prevent and avoid even more serious psychological problems – depersonalization, somatic symptoms or even dissociation – to which a prolonged exposure over time to the stress induced by this extremely confusing condition certainly exposes them.

As Gabriele Lenti (2020) states in this regard, 'Feeling one's body comes from the love one feels for oneself: when destructive tendencies manifest themselves there is depersonalisation, the body 'scatters all over the place', its most intimate experience is distorted, becoming alien. Significant somatic symptoms such as migraine, dyspnea, and dizziness appear, and the idea that one's body exists as a separate element may emerge and grow.

Onto the affective scene, the impression of not existing may emerge, the subject loses the contours of their image; they feel they are losing consistency and no longer recognise themselves. We often talk about disappropriation of the body and the phenomenology becomes complicated, but at the same time leaves intact the stability of the deep ego beyond the bodily ego [...] Mental faculties, as Meynert has indicated, remain intact during an episode of depersonalisation; this happens because it is not a matter of schizophrenic fragmentation or paranoid delirium but of an experience closely linked to the phenomenomic dimension of the body' (Lenti, 2020, p. 60).

The search for new alpha elements that can replace the beta elements from these persons' bodies, as well as replace the often 'unthinkable' conflicts derived from them, represents, in my opinion, a sort of 'highway' through which a relationship can be built with the outside world, based on the harmonious integration of the affirmation of one's 'true self' and respect for the principle of reality. The new 'thinkable thoughts' represent the constituent elements of the human psyche on which, little by little, and over time, more complex and more stable systems can be built. Their pre-eminent presence in the psychic apparatus of each of us – and transgender persons in particular – should represent, in my opinion, one of the main objectives to be pursued by psychological and psychotherapeutic interventions.

Conclusions

Since the inception of Clinical Psychology and Psychiatry, individual inclinations towards transgenderism have generally been considered manifestations of a mental disorder. This interpretation has certainly been diluted

over time, but even today (unlike in the mid-1970s and the concept of ‘homosexuality’) it is not completely obsolete.

As a consequence, many psychotherapists still believe that those who manifest these inclinations need some kind of ‘treatment’ that will lead them to a level of mental functioning that is no longer connoted in a ‘regressive’ and ‘psychopathological’ sense but oriented towards a more or less theoretical ‘normality’.

In recent years, however, we have witnessed a vast and in-depth debate which no longer places the ‘scientific’ and ‘objectifying’ vision at the centre of psychotherapy, and whose main objective would appear to be the overcoming of a condition of mental malfunction, but rather the attainment of a subjective state of well-being based on overcoming both the conflict between assigned gender and the gender authentically perceived by the subjects themselves, and the conflict deriving from the stigma and consequent malaise that these persons experience from family and the social and interpersonal contexts in which they are immersed. In practice, this requires a complex process based on multiple elements, and one of the ‘knots’ to undo still appears to be the one constituted by the as-yet incomplete overcoming of the concept of ‘diagnosis’ when referring to this specific subjective condition.

For example Jack Drescher (2010), a member of both the DSM-5 working group on sexual disorders and gender identity, and the ICD-11 working group on sexual disorders and sexual health stated:

‘The guiding principle in medicine is first, do no harm [...]. The harm of maintaining the diagnosis is stigma, and the harm of removing it is the potential loss of access to care.

According to Drescher, the dual stigmatization of being transgender and being diagnosed as having a mental disorder creates a doubly critical situation which contributes to creating a ‘stalemate’ situation for many that is not easy to surmount.

The crucial issue, according to this author, still remains that of the human rights of transgender persons which are violated the instant their manifestations of ‘Gender variance’ are labeled as symptoms of a ‘mental disorder’. For this reason, any type of ‘diagnosis’ within this process of taking charge and assuming responsibility should be ‘depathologised’, in the same way as for homosexuality in 1973 by the DSM and in 1990 by the ICD.

The avoidance of a ‘psychopathological diagnosis’ could have several immediate positive repercussions:

- 1) First, it could constitute a powerful and potentially successful argument in those legal cases which challenge the denial of financial coverage for the necessary treatment of transgender persons of any age.
- 2) As a result, it could prevent insurers from denying access to treatment

for transgender persons struggling with inadequate private and public funding sources for psychological, medical, and surgical treatment.

- 3) Finally, the acquisition of economic coverage could allow access to a global system of treatment based on the unconditional acceptance of the patient's person, on the pursuit of their subjective psychological well-being respectful of that of others and, finally, on the affirmation and concrete attainment of the gender they actually aspire to.

In this respect, Crapanzano *et al.* (2021) noted:

'It is clear, in this context, the extent to which it is desirable to formulate and adopt models and approaches which can on the one hand facilitate 'coming out', which do not constitute an obstacle for the transgender person, and which are as welcoming and respectful of the specific needs of the individual as possible, but which, at the same time, guarantee maximum protection of psychophysical health. The identification and adoption of the most suitable model to satisfy the complex and varied needs of the transgender population could certainly be of great help in overcoming distress, reducing the high risk of suicide, and guaranteeing a good quality of life these persons'.

In my opinion, these are objectives that the psychotherapist community and other 'helping professions' have been pursuing for some time and whose achievement today appears more than ever before a concretely attainable goal, in our country, but above all internationally.

Glossary

Terms relating to gender issues that are commonly used and widespread today:

- **Cisgender:** term describing persons whose birth-assigned sex aligns with both their gender identity and their gender expression.
- **Coming-out:** expression originally used in the English language, but now also widely used in Italy, to indicate the decision to openly declare, or in any case not to hide from the outside world, one's sexual orientation or gender identity. It should not be confused with 'outing' (see below).
- **Gender dysphoria:** clinically significant distress or impairment related to gender incongruence, which may include a desire to change primary and/or secondary sexual characteristics, and which is defined in the DSM-5-TR as arising from a marked inconsistency between lived/expressed gender and assigned gender lasting at least 6 months characterised by the presence of specific symptoms. Not all transgender or gender-different persons suffer from gender dysphoria.
- **Gender expression:** the outward manifestation of a person's gender, which may or may not necessarily reflect their internal gender identity, and which essentially concerns how they present themselves to the world relative to their gender based on traditional social expectations. A

person's gender expression cannot always be superimposed on the gender identity that is actually presented; rather, it represents the way in which persons present themselves, the clothes they wear, the accessories, the hairstyle, any cosmetics, the voice/speech patterns, mode of conversation, and physical characteristics.

- **Gender non-conforming:** an 'umbrella' term which includes many nuances and possibilities regarding a person's gender identity; it describes subjects with gender identities and/or expressions that are not rigidly defined. It also includes persons who identify as belonging – simultaneously and/or alternately – to multiple genders or who identify as genderless. (Italian uses expressions such as: *genere diverso*, *genere non conforme*, *non-conformità di genere* or other similar expressions).
- **Gender identity:** the subjective psychological sense of one's gender that a person exhibits, *i.e.*, a person's inner feeling of being a girl/woman, a boy/man, a combination of both, or something else, including not having any gender. The latter may correspond, or not correspond, to the sex assigned at birth.
- **Nonbinary:** a term used to define persons whose gender identity is neither girl/woman nor boy/man.
- **Outing:** the English word outing is used in Italian to indicate the practice of making a person's sexual orientation or gender identity public without their consent. It clearly differs from the so-called 'coming out' (see above), which is a voluntary act of revealing one's own sexual orientation or gender identity. The meaning of the term outing, used in Italian, is not limited to the sphere of sexual habits and inclinations but also refers to the making public of a private fact concerning someone who would rather the fact were not known (for example, concerning that person's political orientation or religious beliefs).
- **Assigned gender at birth:** a person's demographic designation as 'female', 'male' (or, more rarely, as 'intersex'), based on anatomy (*e.g.*, external genitalia and/or internal reproductive organs), and/or to other biological factors (*e.g.*, sex chromosomes). 'Sex' and 'gender' are often terms used interchangeably in this regard, but in reality, they are distinct entities. It is, therefore, increasingly good practice to distinguish between sex, gender identity and gender expression, in order to risk making assumptions about one of these characteristics based only on knowledge of the others. The sex actually assigned at birth is sometimes abbreviated to the acronym AMAB (assigned male at birth) or AFAB (assigned female at birth).
- **Sexual orientation:** term which describes the types of individuals a person is emotionally, and/or physically attracted to. Each human being can, for example, be attracted only or almost exclusively to persons of the opposite sex (defined in this case as heterosexual), but can also be

attracted only or almost exclusively to persons of the same sex, and be defined homosexual (we also use the terms gay males or lesbian women). A person can manifest attraction (alternately and simultaneously) towards persons of both genders (defined as bisexual), towards any person of any gender (and is defined as asexual) or towards any other type of person, even of a gender which is not defined (in this case, the term pansexual is usually used).

- **Transgender:** generic term describing persons whose gender identity aligns not with the sex assigned to them at birth, but with that of the opposite sex.

REFERENCES

- American Psychiatric Association (2022). *DSM-5-TR. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione, revisione del testo*. Tr. it.: Milano: Masson, 2023.
- Baranger, W., Baranger, M. (1961-2), *La situazione analitica come campo bipersonale*. Milano: Cortina, 1990.
- Bezoari, M., Ferro, A. (1989). Ascolto, interpretazioni e funzioni trasformative nel dialogo analitico. *Rivista di Psicoanalisi*, 35(4): pp.1015-1051, 1989.
- Bion, W.R. (1961). *Experencies in groups and other papers*. London: Tavistock Publications, 1961 (Tr. it.: Esperienze nei gruppi. Roma: Armando Editore, 1970).
- Bion, W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma, Armando, 1972
- Bion, W.R. (1963). *Gli elementi della psicoanalisi*. Roma: Armando, 1979.
- Bion, W.R. (1965). *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*. Roma: Armando, 1973.
- Bion, W.R. (1967). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1970.
- Bion, W.R. (1970). *Attenzione e interpretazione*. Roma: Armando, 1973.
- Bion, W.R. (1996). *Cogitations-Pensieri*. Roma: Armando, 2010.
- Corrao, F. (1986). Il concetto di campo come modello teorico. In: *Gruppo e Funzione analitica*, VII, N.1, Gennaio/Aprile 1986.
- Crapanzano, A., Carpiello, B., Pinna, F. (2021). Approccio alla persona con disforia di genere: dal modello psichiatrico italiano al modello emergente basato sul consenso informato. *Riv Psichiatr* 2021; 56(2): 120-128.
- Drescher, J. (2010) Trans-sexualism, gender identity disorder and the DSM. *J Gay Lesb Ment Health*, 2010; 14: 109-22.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P.T., Reed, G.M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 297-304.
- Ferro, A. (2009). Transformations in dreaming and characters in the psychoanalytic field. *Int. J. Psychoanal.*, 90: 2009-2030.
- Ferro, A., Basile, R. (a cura di) (2011). *Il campo analitico*, Roma: Borla, 2011.
- Freud, S. (1919). Il perturbante. *Opere*, 9: 81-114. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1922). L'Io e l'Es. *Opere*, 9: 467-520. Torino: Boringhieri, 1977.
- Gallese, V., Migone, P., Eagle, M.N. (2006). La simulazione incarnata: I neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi. In: *Psicoterapia e scienze umane*: 2006, XL, 3: 543-580. Milano: Franco Angeli, 2006.
- Istituto Superiore di Sanità (2021). *Disforia di Genere*. In *ISSalute: Informarsi, conoscere, scegliere*. Roma: Portale dell'Istituto Superiore di Sanità, 26 Aprile 2021. Indirizzo web: <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/d/disforia-di-genere>

- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?* Chicago: Univ. of Chicago Press (trad. it.: *La cura psicoanalitica*. Torino: Boringhieri, 1986).
- Lacan, J. (1936). Le stade du miroir. Théorie d'un moment structurant et génétique de la constitution de la réalité, conçu en relation avec l'expérience et la doctrine psychanalytique. Relazione presentata al *Fourth International Psychoanalytic Congress* a Marienbad, 1936.
- Lenti, G. (2005). Al di là del principio di entropia. Alcune riflessioni su psicoanalisi e complessità. Roma: Armando Armando editore, 2005.
- Lenti, G. (2020). Un vivo fascio di garofani rossi. Ricerche psicoanalitiche sulla poetessa Antonia Pozzi. Roma: Europa Edizioni, 2020.
- Lenti, G. (2021). Complessità e campo psicoanalitico. *Scritti*. Roma: Europa Edizioni, 2021.
- Merleau-Ponty, M. (1945). Fenomenologia della percezione. Milano: Il Saggiatore, 1965.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2018). ICD-11, versione informatizzata in lingua Inglese, 2018. Indirizzo web: <https://icd.who.int/en>
- Parisi, G. (2021). In un volo di storni. Milano: Rizzoli, 2021.
- Seligman, S. (2005). Le teorie dei sistemi dinamici come meta-inquadramento della Psicoanalisi. In: *Ricerca Psicoanalitica*, Anno XVIII, n. 3, pp. 309-343, 2007.
- Sterba, R. (1934). Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. *Int. Z. Psychoanal.*, 20: 66-73 (Trad. it.: Il destino dell'Io nella terapia analitica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1994, XXVIII, 2: 109-118).
- Stern, D.N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books, 1985. (trad. it.: Il mondo interpersonale del bambino. Torino: Bollati Boringhieri, 1987).
- Von Bertalanffy, L. (1952). Teoria generale dei sistemi. Milano: Mondadori, 1971
- Von Foerster, H. (1981). *Observing systems*. Seaside, Ca. Intersystems Publications, 1981. (Trad. It. *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio, 1987)
- Winnicott, D.W. (1949). L'intelletto e il suo rapporto con lo Psiche-Soma. In: *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott, D. W. (1958). *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- Zucker, K.J. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. In: *Sexual Health*, 2017 Oct, 14(5):404-411.

Conflict of interests: the author declares no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 3 March 2023.

Accepted: 31 October 2023.

Editor's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, editors and reviewers, or any third party mentioned. Any materials (and their original source) used to support the authors' opinions are not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:791

doi:10.4081/rp.2024.791

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Il doppio ‘doppio legame’ delle persone *transgender* e le vie per un suo possibile superamento

Fulvio Frati*

SOMMARIO. – Nei loro percorsi di affermazione della propria identità di genere, le persone *transgender* possono a volte trovarsi ‘invischiate’ in una sorta di ‘doppio doppio legame’, di cui uno fondato sulla percezione della contrapposizione tra il proprio sesso anatomico e la propria identità di genere e l’altro provocato dalla divergenza tra le proprie aspettative di genere individuali e quelle che verso di esse sono invece manifestate dal proprio ambiente familiare e sociale. Per cercare di aiutare queste persone a superare questa situazione, spesso fonte per esse di sofferenze soggettive non trascurabili, l’autore propone in questo lavoro un trattamento psicologico o di psicoterapia, ascrivibile al cosiddetto ‘modello affermativo di genere del consenso informato’ e fondato essenzialmente sul modello della Psicoanalisi della Relazione italiana integrato da contributi provenienti dalla ‘Teoria dei sistemi complessi dinamici non-lineari’, dalla *Infant Research*, dai contributi di vari altri autori di ambito psicoanalitico, dalla Neurofenomenologia e, infine, dal concetto di campo psicoanalitico come introdotto nel secolo scorso dai coniugi Baranger e in seguito sviluppato da vari autori anche italiani.

Parole chiave: disforia di genere, doppio legame, espressione di genere, identità di genere, orientamento di genere, *transgender*.

Identità di genere, espressione di genere ed orientamento sessuale

La cosiddetta ‘identità di genere’, termine oggi particolarmente diffuso nel dibattito scientifico sulle attitudini sessuali delle persone e sui loro comportamenti conseguenti, si riferisce specificatamente al senso psicologico soggettivo del proprio genere che una persona presenta, e se non è sufficientemente in linea con le aspettative familiari sociali generalmente attribuite a quel genere (si parla pertanto, in tal caso, di *gender non-conforming*) può generare in quella persona livelli di disagio personale anche significativamente elevati.

*Psicologo, Psicoterapeuta, Criminologo Clinico, Psicoanalista SIPRe. Già Direttore del Centro SIPRe di Parma, Italia. E-mail: fulviofrati@libero.it

Appare comunque utile precisare al riguardo, innanzitutto, che l'identità di genere è una cosa diversa dalla cosiddetta 'espressione di genere'. L'espressione di genere di una persona non è infatti sempre sovrapponibile alla identità di genere che essa realmente presenta, e riguarda sostanzialmente, a livello puramente esteriore, il modo in cui ci si presenta al mondo relativamente al proprio genere.

Ad esempio, in gran parte del mondo cosiddetto 'Occidentale' (incluso il nostro Paese) indossare un abito fasciante attillato con minigonna viene oggi considerato come una 'espressione di genere femminile', mentre indossare uno smoking con giacca nera e cravatta è generalmente considerato una 'espressione di genere maschile'. Tali interpretazioni sociali del modo di vestire sono culturalmente definite e, perciò, variano nel tempo e nell'ambiente specifico in cui sono espresse (non è infatti particolarmente insolito, anche già oggi, trovare all'interno di sfilate di nuove 'collezioni d'alta moda' modelle vestite con abiti maschili e modelli in minigonna e scarpe coi tacchi a spillo: ma si tratta appunto di situazioni estremamente particolari, che rappresentano più una sorta di 'eccezione che conferma la regola' piuttosto che la regola vera e propria). Sia l'identità di genere che l'espressione di genere inoltre, oltre che designare aspetti diversi della singola personalità individuale, vanno distinte entrambe anche dal cosiddetto orientamento sessuale: quest'ultimo si riferisce infatti specificatamente ai tipi di persone verso cui si è sessualmente attratti.

Coloro in cui il cui sesso assegnato alla nascita si allinea sia con la propria identità di genere che con la propria espressione di genere sono a volte definite come *cisgender* (neologismo composto dalla preposizione latina *cis*, che significa, 'di qua da', e dal sostantivo inglese *gender*, che in questo caso va inteso come 'genere assegnato' e si fonda quindi su criteri di tipo sostanzialmente anatomico e/o genetico): tale termine significa pertanto 'persona che si sente a proprio agio con il proprio sesso assegnato alla nascita'. Esso però è poco utilizzabile in ambito scientifico e andrebbe quindi usato solo in senso generale, descrittivo, in quanto non prende in specifica considerazione proprio l'importante criterio dell'orientamento sessuale.

Infatti una persona che si sente a proprio agio con il sesso che le è stato assegnato alla nascita può essere attratta soltanto, o quasi esclusivamente, da persone del sesso opposto al proprio (e viene pertanto definita in tal caso come eterosessuale), ma può anche essere attratta solamente o quasi esclusivamente verso persone del proprio stesso sesso, ed essere quindi omosessuale (si parla pertanto, in questi casi, di maschi gay o di donne lesbiche), anche senza manifestare mai in alcun modo il desiderio di assegnare al proprio corpo le caratteristiche tipiche del sesso opposto. Una persona *cisgender* può peraltro manifestare attrazione anche verso persone di entrambi i generi, ed in tal caso viene definita con il termine di bisessuale.

Le persone in cui la propria identità di genere non si allinea invece affatto

con il sesso assegnato loro alla nascita, bensì con quello del sesso opposto, vengono invece oggi definite soprattutto con il termine di *transgender*, mentre il termine transessuali usato al riguardo in passato appare invece oggi in via di abbandono in quanto troppo generico e poco preciso (molte persone *transgender*; ad esempio, non si identificano completamente né con il genere loro assegnato alla nascita né con il nuovo genere da esse adottato, e spesso – pur effettuando un completo passaggio di genere dal punto di vista legale ed anagrafico – non modificano completamente i loro caratteri sessuali primari). Anche le persone *transgender*, sostanzialmente al pari di quelle *cisgender*, presentano inoltre una gamma molto vasta di orientamenti sessuali: ad esempio una donna *transgender* (cioè una transessuale da maschio a femmina, MtF) può essere sia eterosessuale che bisessuale che lesbica, così come un uomo *transessuale* (cioè da femmina a maschio, FtM) può essere eterosessuale, gay oppure anche bisessuale.

Spesso comunque, nella loro esistenza quotidiana, le persone *transgender* si trovano a vivere in modo molto superiore alle persone *cisgender* una gamma di difficoltà che, complessivamente, tende a metterle in una sorta di 'doppio legame' (intendendo questo termine nel senso assegnato ad esso da Gregory Bateson e dai suoi colleghi dalla cosiddetta 'Scuola di Palo Alto' nella seconda metà degli anni 1950, ma considerandolo oggi in un'ottica comunicativa molto più ampia di quella originariamente considerata da questi studiosi del secolo scorso anche perché gli strumenti comunicativi sono nel frattempo enormemente cambiati) verso due problematiche principali: la divergenza tra il proprio sesso anatomico e la propria identità di genere da un lato e, dall'altro, le proprie aspettative di genere individuali e quelle che verso di esse sono invece manifestate dal proprio ambiente familiare e sociale.

Il doppio 'doppio legame' delle persone *transgender*

Con il termine doppio legame (detto in Italiano anche doppio vincolo e in inglese *double bind*) si intende una situazione in cui due o più persone sono coinvolte in una sorta di 'ambivalenza comunicativa' per cui, da un lato, viene emesso un messaggio di un certo tipo verso uno specifico destinatario ma, dall'altro, verso il medesimo destinatario vengono diffusi dagli stessi mittenti del messaggio originario (o da altri mittenti ad essi assimilabili) altri messaggi di significato sostanzialmente opposto. Di solito il messaggio del primo tipo è di carattere verbale, mentre quelli ad esso contrari sono di tipo non verbale: ma questa non è una regola fissa, e a volte tale situazione si può originare anche attraverso l'utilizzo di soli messaggi verbali oppure di soli messaggi non verbali (come sono, ad esempio, i messaggi impliciti che una persona *transgender* riceve dal proprio corpo, o anche semplicemente dal proprio sesso anatomico, ogni volta che non vi ci si riconosce).

Comunque sia, la presenza di messaggi che si contraddicono tra di loro origina, di norma, nel destinatario di tale confusiva comunicazione una sorta di ‘conflitto che si autoperpetua’ e che, sia pure in misura differente in ogni singolo caso, tende a produrre nel destinatario un significativo disagio soggettivo spesso di lunga durata e, quindi, potenzialmente in grado di originare in esso condizioni di sofferenza psichica soggettiva di non trascurabile rilevanza clinica che include, non di rado, concreti rischi di autolesionismo se non, addirittura, di autosoppressione.

A differenza di quanto accade nelle circostanze esplicitamente conflittuali, nelle quali almeno a livello teorico vi è da parte di chi ve ne è coinvolto la possibilità di scegliere e decidere quali azioni intraprendere per superarle, nelle situazioni di doppio legame la via d’uscita è infatti, spesso, molto più difficoltosa da intraprendere. Ciò in quanto, essendo esse determinate dalla presenza di un paradosso con un messaggio strutturato in maniera contraddittoria all’interno del quale si afferma e si nega contemporaneamente la medesima cosa, il soggetto si trova come ‘ingabbiato’ in una situazione che egli stesso non riesce a focalizzare in maniera sufficientemente nitida, e rispetto alla quale non è pertanto in grado né di identificare la relazione di essa con il proprio disagio conseguente né di elaborare una funzionale strategia per risolverla e superarla.

Nel caso delle persone *transgender* poi, in particolare, non di rado la condizione di ‘paradosso intrinsecamente conflittuale’ tipica del doppio legame si presenta contemporaneamente a due differenti livelli. Il primo – di cui peraltro la persona stessa può a poco a poco raggiungere anche autonomamente livelli più ampi di esplicitazione a se stessa e, quindi, di autoconsapevolezza ed autoconsapevolezza – riguarda la contraddizione tra i messaggi riguardanti il proprio corpo fisico come percepito dalle altre persone e la propria identità di genere come a sua volta percepita da sé e dagli altri. Il secondo, spesso molto più ‘implicito’ anche all’interno delle relazioni tra la persona stessa e le altre figure per essa maggiormente significative a livello familiare e sociale, coinvolge invece più direttamente le proprie aspettative di genere individuali e quelle che verso di esse sono manifestate dal proprio ambiente prossimale esterno.

Nella realtà concreta, ad esempio, un genitore che si sia generalmente dimostrato come un *caregiver* efficace per il proprio figlio o per la propria figlia potrebbe non presentare troppa difficoltà a dimostrarla anche nel caso di un figlio o una figlia *transgender*, e non ingenerare quindi in essa un conflitto interiore eccessivamente elevato riguardo ad entrambi gli aspetti qui già rilevati. Ma in caso contrario – soprattutto nelle situazioni in cui venga manifestata verso l’identità di genere espressa dalla persona *transgender* una più o meno esplicita oppure, all’opposto, velata ostilità – è evidente che quest’ultima si trova esposta ad un elevato rischio di incertezza, dubbio o addirittura palese disconferma rispetto ad un aspetto così radicalmente

importante, per ogni essere umano, come è appunto quello della propria identità di genere.

Inoltre, indipendentemente dalla presenza o meno di un adeguato sostegno verso la persona *transgender* da parte dei propri *caregivers*, situazioni di comunicazione di più o meno implicita disapprovazione o addirittura di esplicita ostilità possono manifestarsi verso di essa anche da parte di altri attori sociale per lei comunque significativi. Ed è quindi evidente che, considerando tutto ciò, il potenziale doppio conflitto della persona *transgender* (tra la propria identità di genere ed il proprio corpo da un lato e tra la propria identità di genere e la propria sfera relazionale ed interpersonale significativa dall'altro) la rende particolarmente esposta alla condizione di 'doppio doppio legame' che si vuole qui evidenziare ed alle sicuramente spesso non trascurabili, ed in alcune situazioni anche molto significative, sofferenze psichiche che essa può di conseguenza originare.

Il rifiuto familiare e sociale dell'identità di genere, in particolare, è oggi pressoché unanimemente considerato come uno dei più forti predittori di difficoltà soggettiva per le persone *transgender*. Una terapia familiare, oppure una terapia di coppia per i genitori, può essere pertanto estremamente utile per creare un ambiente di supporto che possa favorire il benessere psichico e psicofisico di queste persone.

Le esperienze sin qui condotte dimostrano inoltre che, di norma, i genitori di bambini e adolescenti *transgender* possono trarre significativi benefici anche dalla regolare frequentazione di gruppi di sostegno, sia fondati sul modello dell'auto-mutuo-aiuto tra pari sia condotti da uno o più (al massimo, generalmente, due) professionisti esperti. Anche i gruppi di sostegno tra pari per le persone *transgender* stesse sono spesso risultati molto utili per condividere – ed eventualmente invalidare o convalidare – differenti aspetti delle proprie esperienze di transizione: un ruolo particolarmente importante su tutti questi aspetti problematici può infine essere svolto da un eventuale percorso individuale di sostegno psicologico o di psicoterapia rivolto alla persona *transgender* oppure ad uno dei suoi familiari più significativi, ad esempio il/la partner.

La condizione di disagio soggettivo che il termine 'disforia di genere' intendeva originariamente evidenziare appare comunque oggi – anche alla luce delle varie considerazioni già qui espresse – molto più legata ad aspetti di carattere sociale e relazionale che a problematiche di funzionamento psicologico considerate come a sé stanti. Ed è anche per tali motivi, almeno mio avviso, che la categoria diagnostica della 'Disforia di genere' è stata già giustamente eliminata dall'ultima versione del Manuale Diagnostico adottata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2018).

In quest'ultimo manuale, infatti, la categoria diagnostica della 'disforia di genere' è stata non solo sostituita da quella di 'incongruenza di genere'

(togliendo quindi ad essa qualunque caratterizzazione di tipo psicopatologico): ma soprattutto, di conseguenza, essa è stata rimossa dal capitolo dei ‘Disturbi mentali e del comportamento’ (che riguarda cioè specificatamente la cosiddetta ‘salute mentale’) ed inserita invece con la sua nuova denominazione in un nuovo capitolo, appositamente creato, riguardante invece la cosiddetta ‘salute sessuale’.

La diagnosi di ‘disforia di genere’

Si rendono pertanto opportune a questo punto, a mio avviso, alcune ulteriori considerazioni sulla cosiddetta ‘disforia di genere’. Non ci sono infatti dubbi che al riguardo, al momento attuale, la questione della sua utilità scientifica o meno non è affatto risolta una volta per tutte: peraltro, nel campo della Psicologia clinica e della psicopatologia, di norma nessuna questione di questo tipo lo è mai, ed è proprio per questo che le categorie diagnostiche afferenti a tali ambiti risultano sempre in continuo aggiornamento.

Ma, ciò premesso, ad oggi un chiaro ‘corteo di segni e sintomi’ che definisca con sufficiente precisione una situazione individuale clinicamente delineabile come *Disforia di Genere* in modo complessivamente condiviso dalla psicopatologia internazionale ancora non c’è, anche perché – come si è già sottolineato – l’*International Classification of Diseases (ICD) 11* l’ha ormai già completamente eliminata, almeno sotto questa denominazione, dalla sua complessiva classificazione psicodiagnostica. (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2018)

Tale importante processo di revisione non è invece ancora avvenuto per quanto concerne il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali internazionale DSM-5-TR recentemente redatto dall’Associazione degli Psichiatri degli Stati Uniti (American Psychiatric Association, 2022), che a tutt’oggi conserva l’utilizzo del termine ‘disforia di genere’ inteso come un disagio psicologico clinicamente significativo associato ad un’incongruenza soggettiva tra il sesso espresso a livello di identità individuale e il sesso assegnato alla nascita. Questa permanenza di significato con evidenti rischi di connotazione in senso psicopatologico tuttora presente nel DSM-5-TR non è in alcun modo, almeno a mio avviso, un dato trascurabile o minimizzabile, soprattutto se si considera che tale manuale è ad oggi pienamente adottato ed utilizzato da gran parte della comunità scientifica internazionale.

Questo sistema di catalogazione fornisce inoltre al riguardo, esattamente come già avveniva del DSM-5 e quindi senza alcun cambiamento rispetto ad esso, due differenti sistemi specifici di identificazione di questo quadro clinico, basati sull’età della persona considerata, con altrettante serie di criteri specifici ben distinti e separati tra di loro: uno per gli adolescenti e gli adulti ed uno, invece, per i bambini sino a 12 anni di età.

Vediamo pertanto ora nel dettaglio questi due differenti sistemi di identificazione, o criteri diagnostici.

- 1) Il DSM-5-TR, in primo luogo, definisce la disforia di genere negli adolescenti e negli adulti come 'una marcata incongruenza tra il genere sperimentato/espresso e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, come manifestato da almeno due dei sintomi seguenti:
 - a. Una marcata incongruenza tra il genere sperimentato/espresso e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (o nei giovani adolescenti, le caratteristiche sessuali secondarie previste).
 - b. Un forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa di una marcata incongruenza con il proprio genere sperimentato/espresso (o nei giovani adolescenti, un desiderio di prevenire lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie previste).
 - c. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie dell'altro genere.
 - d. Un forte desiderio di appartenere all'altro genere (o ad un qualche genere alternativo diverso dal genere assegnato alla nascita).
 - e. Un forte desiderio di essere trattati come l'altro genere (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato alla nascita).
 - f. Una forte convinzione di avere i sentimenti e le reazioni tipiche dell'altro genere (o di qualche genere alternativo diverso dal genere assegnato)'.

Inoltre, al fine di poter soddisfare i criteri per la diagnosi, la condizione individuale deve anche essere associata ad un disagio personale clinicamente significativo oppure ad una evidente compromissione in aree sociali, lavorative o altri importanti settori del funzionamento individuale.

- 2) Il DSM-5-TR definisce inoltre la disforia di genere nei bambini come 'una marcata incongruenza tra il genere vissuto/espresso e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, come manifestato da almeno sei dei seguenti (uno dei quali deve essere il primo criterio tra i seguenti) sintomi:
 - a. Un forte desiderio di appartenere o l'urgenza di essere dell'altro genere (o di qualche altro genere diverso dal genere assegnato).
 - b. Nei ragazzi (genere assegnato), una forte preferenza per il travestimento o la simulazione di abbigliamento femminile; nelle ragazze (genere assegnato), una forte preferenza per indossare solo abiti tipici maschili e una forte resistenza all'uso di abiti tipici femminili.
 - c. Una forte preferenza per i ruoli cross-gender nei giochi di finzione o di fantasia.
 - d. Una forte preferenza per le attività, i giochi o i giocattoli stereotipicamente utilizzati dall'altro genere.
 - e. Una forte preferenza, come abituali compagni di gioco, per persone dell'altro genere.

- f. Nei ragazzi (genere assegnato): un forte rifiuto di attività, giochi e giocattoli tipicamente maschili e un forte evitamento del gioco rude; nelle ragazze (genere assegnato): un forte rifiuto di attività, giochi e giocattoli tipicamente femminili.
- g. Una forte avversione per la propria anatomia sessuale.
- h. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali fisiche che corrispondono al proprio genere sperimentato’.

Inoltre, come già sottolineato anche per i criteri diagnostici per gli adolescenti e gli adulti, la condizione individuale del/della bambino/a considerato/a deve anche essere associata ad un disagio soggettivo clinicamente significativo, oppure alla evidente compromissione in aree sociali, lavorative o altri importanti settori del funzionamento personale complessivo.

Riguardo alla presenza di questa specifica condizione psicologica all’interno della popolazione generale dei Paesi occidentali, il portale dell’Istituto Superiore di Sanità (2021) ‘ISSalute: Informarsi, conoscere, scegliere’ specifica, alla voce ‘disforia di genere’, che essa può riguardare sia i soggetti di sesso femminile che quelli di sesso maschile. In particolare, ‘la prevalenza della disforia di genere negli adulti (>18 anni) è di 0.005-0.014% per le persone con sesso biologico maschile e 0.002-0.003% per le persone con sesso biologico femminile’ (Zucker, 2017).

La disforia di genere, quindi, negli adulti è più frequente nelle persone di genere assegnato alla nascita maschile, con un rapporto maschi/femmine di circa 3:1.

Nei bambini sotto i 12 anni, ‘il rapporto maschio/femmina va da 3:1 a 2:1; mentre negli adolescenti (cioè oltre i 12 anni) il rapporto maschio/femmina è di circa 1:1.7’ (Zucker, 2017).

Sembrirebbe quindi, da una sommaria analisi di tali dati, che per le femmine l’adolescenza potrebbe oggi costituire un momento maggiormente critico, rispetto alla propria identità di genere, rispetto ad altri periodi della propria vita. Ovviamente tale ipotesi richiederebbe di essere approfondita da altri studi, prima di poter trarre al riguardo qualunque tipo di significativa conclusione.

Peraltro, secondo vari studi attribuibili a differenti autori a livello sia italiano che internazionale (ad es. Crapanzano *et al.*, 2021; Drescher, 2010, 2016), la permanenza della diagnosi di ‘disforia di genere’ all’interno del DSM-5 e del DSM-5-TR sembrerebbe tuttora costituire di fatto, per molte persone *transgender*, un concreto ostacolo all’accesso ad un adeguato sistema di presa a carico delle loro complessive problematiche. Ciò in quanto molte compagnie di assicurazioni hanno assunto da anni, anche in sede legale, la posizione di rifiutarsi di coprire le spese sanitarie per l’accompagnamento al percorso di transizione in assenza di questa specifica diagnosi psicopatologica, che non tutte le persone *transgender* – soprattutto per comprensibili e, a mio avviso, insindacabili motivi personali di prevenzione

dello stigma sociale spesso conseguente ad ogni diagnosi di psicopatologia – sembrano ovviamente disposte ad accettare.

Il trattamento di supporto psicologico e di psicoterapia per le persone *transgender* secondo il modello affermativo di genere del ‘consenso informato’

Il trattamento di supporto psicologico e di psicoterapia per le persone *transgender* secondo il cosiddetto ‘modello affermativo di genere del consenso informato’ si basa soprattutto, al di là delle differenze individuali di tecnica, di stile o di riferimento teorico complessivo adottate dai singoli professionisti che ad esso si ispirano, su di un approccio ‘olistico’ e ‘umanistico’ alla persona, che a sua volta comprende e include i contributi di differenti autori tra essi integrati ed armonizzati al fine di rispondere nel modo più efficace possibile ai concreti bisogni psicologici, emotivi e relazionali dei singoli e specifici pazienti. Esso si basa, generalmente, sulla possibilità di esplorazione aperta dei loro sentimenti ed esperienze sia di identità che di espressione di genere, e tutto ciò – in ogni caso – senza che il terapeuta né esprima né presenti alcuna inclinazione verso un’identità di genere o un’espressione di genere come preferibile ad un’altra: al contrario, il terapeuta si impegna costantemente sia con se stesso sia col paziente a mettere in atto un totale rispetto per le scelte relazionali, affettive e sessuali attuate dal paziente stesso nella sua concreta realtà quotidiana.

I tentativi psicologici di indirizzare una persona *transgender* verso un’identità di tipo *cisgender* (a volte indicati in letteratura come terapie riparative, oppure anche come terapie di conversione dell’identità di genere) sono oggi considerati come assolutamente non etici – in quanto potenzialmente molto dannosi – dalla quasi totalità della comunità scientifica mondiale, e sono pertanto espressamente vietati ai professionisti medici o psicologi in quasi tutti i Paesi della cosiddetta ‘area occidentale industrializzata’. Il supporto psicologico e di psicoterapia per le persone *transgender*, sulla base di queste premesse, va pertanto oggi sostanzialmente inteso nel senso di un sostegno e di un accompagnamento nella direzione dell’affermazione di genere del/della paziente stesso/a, come da quest’ultimo/a espressamente desiderato ed auspicato, nelle varie aree di attività quotidiana in cui l’identità di genere di ogni persona si esprime.

L’affermazione di genere sociale, ad esempio, può includere le scelte individuali di adottare i pronomi, i nomi e vari altri aspetti dell’espressione di genere che maggiormente corrispondono alla propria identità di genere. L’affermazione di genere dal punto di vista legale può altresì comportare la modifica del nome (o dei nomi) e dei marcatori di genere assegnati alla nascita su vari documenti o atti di identificazione o di trattamento dei dati personali a livello sia governativo che locale.

L'affermazione medica può, a sua volta, includere trattamenti farmacologici o chirurgici sino a comprendere, ad esempio, la soppressione dell'attività puberale per gli adolescenti con incongruenza o disforia di genere e la somministrazione di ormoni di affermazione di genere (come ad esempio estrogeni e testosterone) per gli adolescenti più grandi e per gli adulti: essa, al momento attuale (marzo 2023), non è comunque raccomandata per i bambini in età prepuberale, almeno nel nostro Paese. Gli adulti (meno frequentemente invece gli adolescenti, soprattutto se minorenni) possono comunque già sottoporsi anche nel nostro Paese a vari aspetti dell'affermazione medica, inclusa – se già maggiorenni e comunque dopo l'autorizzazione al riguardo rilasciata dal Tribunale Civile al riguardo territorialmente competente – l'affermazione chirurgica del sesso in cui essi si identificano.

Il trattamento di supporto psicologico e di psicoterapia per le persone *transgender* secondo il modello affermativo di genere del consenso informato si configura quindi in molti casi, con queste premesse, come un trattamento complesso, che richiede da parte del professionista chiamato ad effettuarlo una presa a carico complessiva della persona e di tutte le problematiche personali, familiari e sociali che essa potrebbe presentare. Per tale ragione, esso andrebbe di regola effettuato in collaborazione con un'équipe multiprofessionale integrata composta da professionisti di varie discipline mediche, sanitarie ed eventualmente anche sociali, e richiede da parte del professionista che si occupa specificatamente del trattamento psicologico vaste competenze fondate su una profonda conoscenza di vari aspetti della psicologia clinica, al fine di poter rispondere in modo il più possibile adeguato e completo alle varie problematiche di volta in volta presentate dalla persona seguita.

Tra le varie teorie e tecniche psicologiche e psicoterapeutiche concretamente utilizzabili nell'ambito del trattamento di supporto psicologico e di psicoterapia per le persone *transgender* posso illustrare in questa sede, ovviamente, solo alcune tra le più conosciute dal sottoscritto, che si fondano essenzialmente sul modello della Psicoanalisi della Relazione opportunamente integrato da acquisizioni provenienti dalla 'Teoria dei Sistemi complessi dinamici non-lineari', dalla cosiddetta *Infant Research* (vale a dire quel filone di ricerche sullo sviluppo psichico infantile che, pur traendo origine dalla Psicoanalisi e dalle sue scoperte sull'attività mentale precoce, se ne è poi in parte distaccato per aderire invece a modalità metodologiche e di ricerca maggiormente riferibili soprattutto alla psicologia cognitivista), dai contributi di vari altri autori di ambito psicoanalitico, come ad esempio Donald W. Winnicott (1949; 1958) e Wilfred R. Bion (1961; 1962; 1963; 1965; 1967; 1970; 1996), dalla Neurofenomenologia (momento di sintesi tra le Neuroscienze contemporanee fondate sull'intersoggettività e la Filosofia fenomenologica di Edmund Husserl, Edith Stein e Maurice Merleau-Ponty) ed, infine, dal concetto di 'campo psicoanalitico' come introdotto nel secolo scorso dai coniugi Baranger (1961-2) ed in seguito sviluppato da vari autori

anche italiani come ad esempio Francesco Corrao (1986), Antonino Ferro (2009; 2011) e Gabriele Lenti (2021).

Vediamo quindi di esaminare più in dettaglio alcuni dei principali ruoli che ciascuno di questi apporti, se reciprocamente e adeguatamente tra di loro integrati, possono utilmente svolgere nei concreti momenti applicativi della psicologia clinica e psicoterapia, considerandoli dapprima sul piano più complessivo e generale e, successivamente, su quello più specificatamente rivolto alle persone *transgender*.

Rileva innanzitutto, al riguardo, lo Psicoanalista ed esperto italiano dei Sistemi complessi e del concetto di campo analitico Gabriele Lenti:

'Fu Bion che per primo propose l'idea che attraverso il cambiamento analitico si attivino trasformazioni dell'esperienza emotiva e della struttura psichica medesima.

L'interpretazione è il principale veicolo di trasformazione dell'esperienza emotiva a contatto con il paziente. Il compito specifico dell'analista risiede proprio nell'impegno a trasformare contenuti emotivi latenti in significati comunicabili. Ora, nella teoria del campo le trasformazioni diventano un aspetto centrale della nuova psicoanalisi, perché l'accento posto sull'intersoggettività sottolinea anche la trasformabilità delle esperienze e conseguentemente della struttura psichica. In questa tradizione di ricerca lo strumento più innovativo risiede senz'altro nell'interpretazione debole, un intervento non censurante e non perentoriamente deco-dificante, il quale apre a nuovi sviluppi di senso validati intersoggettivamente' (Lenti, 2005, p. 188).

Relativamente al concetto di 'interpretazione debole' inoltre, citando gli psicoanalisti italiani Bezoari e Ferro, lo stesso Lenti precisa precisa che essa *'non veicola in termini in termini esplicativi un senso già chiaramente configurato, ma contiene piuttosto una progettualità semantica altamente insatura, che può attualizzarsi e definirsi meglio soltanto con il contributo attivo del paziente [...] le interpretazioni acquistano forma e senso grazie ad una cooperazione ermeneutica che vede il paziente impegnato con pari – anche se non simmetrica – dignità di funzioni, miglior collega dell'analista nel pieno significato del termine (Bezoari e Ferro, 1989, p. 1048)'* (Lenti, 2005, p. 188).

Il contributo teorico di Wilfred Bion, peraltro, non viene ritenuto particolarmente importante solo riguardo alla cosiddetta 'teoria del campo' applicata al contesto psicoterapeutico generale, ma appare assai utile – insieme a quelli di Winnicott, delle attuali Neuroscienze e della *Neurofenomenologia* – anche riguardo alla possibilità di affrontare con adeguati strumenti psicologici uno degli aspetti assolutamente cruciali per il trattamento terapeutico della persona *transgender*, vale a dire il rapporto tra quest'ultima ed il proprio corpo. Questo specifico aspetto, come già si è detto, costituisce infatti il nucleo centrale di uno dei due aspetti più critici dell'equilibrio complessivo di queste persone, e se non adeguatamente da esse gestito può sviluppare appunto quel 'doppio legame' specifico, a cui qui si è già fatto riferimento, tra le comuni-

cazioni che esse ricevono nella percezione del proprio corpo fisico e quelle che invece le raggiungono attraverso i canali della propria emotività e della identità sessuale nella quale si riconoscono ed alla quale vorrebbero pertanto appartenere anche fisicamente.

La questione del rapporto di ciascun essere umano tra la propria mente e il proprio corpo, peraltro, è presente con un ruolo di grande rilevanza all'interno di molte culture sviluppatasi in ogni parte del mondo sin dalla più remota antichità. Su di essa sono state proposte varie teorie, spesso anche confliggenti tra di loro (basti pensare, nella nostra cultura cosiddetta 'occidentale', a quelle dei filosofi greci e latini di cui alcune fondate sulla loro indivisibilità ed altre su di una loro netta separazione, oppure al celebre 'dualismo' ribadito in tempi più recenti da Cartesio). L'articolata impostazione del problema come operata dapprima dalla Psicoanalisi e poi dalle scienze fenomenologiche e cognitive rende oggi sicuramente molto più credibile e condiviso, al riguardo, il concetto di 'unità psicofisica' (all'interno del quale, se poi vogliamo poi analizzare aspetti più circoscritti e specifici, possiamo poi ancora certamente utilizzare i termini di 'mente' e di 'corpo', ma soltanto considerandoli sostanzialmente come 'le due facce della stessa medaglia': intendendoli cioè, rispettivamente, nei loro più specifici significati di 'vissuti' e di 'corporeità' di una stessa persona costituita, sempre ed inscindibilmente, da entrambi).

Già Freud, peraltro, aveva assegnato nella propria elaborazione teorica complessiva un ruolo assolutamente centrale al corpo anche nel processo di costituzione dell'apparato psichico individuale, soprattutto con la sua celeberrima affermazione contenuta nel volume del 1922 'L'Io e l'Es' secondo la quale 'L'Io è innanzitutto un'entità corporea' (Freud, 1922, p. 488). Con essa quindi, nonostante un certo 'dualismo corpo-mente' presente invece nei primi scritti freudiani, per il fondatore della Psicoanalisi e per il suo complessivo costruito il corpo e i suoi affetti diventano assolutamente e definitivamente prioritari nella costruzione dell'Io, che costituisce una delle tre componenti di base dell'apparato psichico umano secondo la cosiddetta 'Seconda Topica' della teoria freudiana nella sua definitiva formulazione.

Non meno importante di quello di Freud, al fine di ristabilire il primato di una visione 'unitaria' ed 'olistica' dell'essere umano rispetto a quella 'dualistica' di Platone e di Cartesio, è poi risultato il contributo del filosofo francese Maurice Merleau-Ponty (1908-1961), esponente di primo piano della Fenomenologia del secolo scorso. Secondo questo autore (1945), il corpo non è soltanto lo strumento attraverso cui noi percepiamo il mondo e lo conosciamo, ma proprio ciò attraverso cui noi 'siamo' al mondo e nel mondo.

In altri termini, per Merleau-Ponty, il 'primato della percezione' nell'acquisizione da parte di ogni persona di una propria sufficientemente adeguata ed armonica 'unità psicofisica' stabilisce per il genere umano anche il 'primato dell'esperienza', attraverso la quale la percezione riveste un ruolo attivo e costitutivo della personalità umana nella sua completezza ed unicità.

Successivamente a Merleau-Ponty, ritornando ancora nel solco della tradizione psicoanalitica, Donald W. Winnicott e Wilfred R. Bion hanno sviluppato una concezione del significato psicoanalitico del corpo ancora più profonda e significativa rispetto a quella enunciata da Freud, fondata per entrambi questi Autori – sebbene attraverso il ricorso a teorizzazioni e concetti per ognuno di essi originali e differenti – sul riconoscimento di una pressoché assoluta continuità tra l'organico e lo psichico e sull'importanza del ruolo della madre per un'adeguata integrazione tra questi due aspetti nell'evoluzione psicologica del bambino.

Winnicott, in particolare (1949), ha indicato proprio nella corporeità il punto di partenza dello sviluppo dell'Io. Per questo autore non solo esiste una sola 'unità psiche-soma', ma proprio soltanto quando la mente è intimamente connessa al corpo (ciò che avviene soprattutto attraverso la funzione del cosiddetto 'contenimento psichico' o *holding*, esercitato da una 'madre sufficientemente buona') noi gradualmente arriviamo a vivere noi stessi come abitanti dei nostri corpi e possiamo quindi sviluppare adeguatamente il nostro 'vero sé'. Al contrario, quando la madre non esercita sufficientemente questa fondamentale funzione di *holding*, la mente del bambino rimane come 'isolata' in tutto o in parte rispetto al suo corpo, ed egli può di conseguenza allontanarsi dalla prospettiva di una reale possibilità di affermazione del proprio sé autentico e sviluppare, invece, un cosiddetto 'falso sé' di più o meno ampia entità.

Wilfred R. Bion, nei suoi scritti a partire all'incirca dai primi anni 1960, ha ampliato l'ipotesi di Freud secondo cui il pensiero e le emozioni sono inseparabili, sostenendo esplicitamente anch'egli che il corpo sia il punto di avvio, per gli esseri umani, dei fenomeni di pensiero. Questo autore ha elaborato al riguardo una complessa ma molto accreditata teoria, che sostiene innanzitutto che la capacità di contenimento e di elaborazione delle emozioni è alla base del poter imparare dalla propria esperienza e che essa viene acquisita mediante la funzione che viene esperita per il bambino, praticamente sin dalla sua nascita, attraverso la cosiddetta *reverie* materna.

Bion indica in particolare, con questo termine (di difficile traduzione nella lingua italiana, anche se al riguardo alcuni autori utilizzano a volte le espressioni sogno ad occhi aperti oppure fantasticheria), la capacità della madre di assorbire le impressioni sensoriali ed emotive del neonato e di elaborarle in una nuova formazione mentale che la psiche del bambino possa, quindi, reintriettare ed assimilare in una forma più elaborata, meno ansiogena e maggiormente utile per la costruzione del proprio apparato mentale.

Un estremamente interessante raffronto del modello di Winnicott dell'integrazione mente-corpo fondata sulla funzione materna dell'*holding* e di quello di Bion fondata invece sulla *reverie* è stato effettuato da Vittorio Gallese, Paolo Migone e Morris Eagle nel loro articolo 'La simulazione incarnata, i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune

implicazioni per la psicoanalisi' (2006). A dire il vero, peraltro, in questo loro lavoro gli autori hanno considerato e messo tra di loro a confronto non solo i due concetti – di derivazione sostanzialmente psicoanalitica – di *holding* e di *reverie*, ma anche quello di *attunement* ('sintonizzazione affettiva') avanzato nel 1985 da Daniel N. Stern (1934-2012), uno dei principali promotori e sviluppatori della cosiddetta *Infant Research* (vale a dire quel filone teorico secondo cui la ricerca di relazione costituisce un bisogno primario, al pari di acqua e cibo, che orienta il bambino fin dai primissimi istanti di vita, e che ha chiaramente mostrato che la costruzione dell'apparato psichico di ogni essere umano si fonda su di una matrice sostanzialmente interpersonale).

Secondo questo lavoro, in estrema sintesi, questi tre autori concludono che sia l'*holding* di Winnicott che la *reverie* di Bion che la sintonizzazione affettiva di Stern descrivono, da differenti punti di vista, processi almeno in parte simili, in quanto si fondano tutti, a livello mentale e relazionale, sul comune fattore dell'empatia il quale, a sua volta, costituisce l'espressione psichica del meccanismo fisiologico che caratterizza il funzionamento, a livello cerebrale, del cosiddetto 'sistema dei neuroni specchio'.

Peraltro, secondo questi stessi Autori, i contributi di Winnicott, Bion e Stern non sono i soli ad essere rinvenibili nella letteratura scientifica riguardo a questi processi interpersonali alla base dello sviluppo psichico individuale: assimilabili ad essi sarebbero infatti anche gli apporti teorici di Sterba (1934), con il suo concetto di 'autoriflessione' come attività mentale specifica dell'essere umano, di Lacan (1936), con la sua teorizzazione della 'fase dello specchio' durante la quale il bambino di 8-10 mesi acquisisce la immagine totale del sé, di Kohut (1984), coi suoi concetti di 'transfert speculare' e 'internalizzazione trasmutante' e dello stesso Freud (1919) con la sua descrizione di quella struttura psichica 'auto-osservantesi' che rappresenta il risultato di una precedente internalizzazione (quella del *caregiver*) che gradualmente svolgerà una 'funzione guida' autonoma all'interno della mente e che in seguito originerà il Super-Io. Tutte queste concettualizzazioni, in altri termini, evidenziano il ruolo fondamentale della qualità della relazione precoce col *caregiver* nella progressiva organizzazione del sistema complessivo 'mente-corpo' di ogni individuo.

Per Bion, in particolare, la mente si sviluppa attraverso un continuo percorso di apprendimento dall'esperienza emotiva ed è in continua trasformazione, attraverso un processo dinamico di elaborazione dei dati sensoriali 'grezzi', cioè non elaborati psicologicamente, provenienti dal proprio corpo, stimoli che nella concettualizzazione di Bion vengono denominati 'elementi beta'.

Gli 'elementi beta', precisa Bion, non possono essere direttamente utilizzati come materiale di riflessione e di elaborazione cognitiva (in altri termini, non possono essere 'pensati') senza prima essere trasformati in qualcosa d'altro, qualcosa che costituisce invece un materiale 'pensabile' e costituire quin-

di la base per costruire le nostre riflessioni, le nostre attività mentali coscienti, i nostri 'pensieri'.

Bion ha denominato questi elementi utilizzabili per 'pensare i pensieri' con il termine di 'elementi alfa', ed il processo attraverso il quale gli elementi beta vengono trasformati in elementi alfa è stato da lui definito come 'funzione alfa'.

La funzione alfa, secondo Bion, si riferisce alla capacità di creare significato da dati sensoriali grezzi e non elaborati rappresentati dagli 'elementi beta'. Per questo autore, in altri termini, la funzione alfa agisce sugli elementi beta non elaborati e li trasforma in elementi alfa in un modo per certi aspetti paragonabile a ciò che avviene nel nostro apparato digestivo quando ingeriamo del cibo: tramite la digestione, infatti, gli elementi nutritivi in esso contenuti – e che non potrebbero essere assimilati dal nostro organismo senza tale processo trasformativo – subiscono una serie di reazioni chimiche che li rende invece assimilabili dal nostro corpo come 'carburante' per la vita e la stessa sopravvivenza del nostro organismo.

Analogamente, a livello mentale, attraverso la 'funzione alfa' gli 'elementi beta' vengono come 'digeriti', cioè appunto modificati in modo da diventare utilizzabili per i processi di pensiero vero e proprio: divengono cioè letteralmente, per usare le parole di Bion, 'cibo per la mente'.

Negli esseri umani adulti questa 'funzione alfa' viene svolta dall'apparato psichico complessivamente già in essi costituitosi nel corso degli anni, ma il bambino piccolo – che ancora non dispone di tale apparato in modo sufficientemente adeguato – non è ancora in grado di svolgerla autonomamente. Gli viene allora in soccorso, spiega Bion, la figura materna, che proprio attraverso il meccanismo della *reverie* vicaria il bambino nello svolgimento di tale compito fondamentale per la sua salute psichica.

Nel bambino, inoltre, la funzione alfa svolta dalla madre protegge il bambino dalle emozioni e dalle angosce provocategli dagli stimoli provenienti sia dall'esterno che dall'interno del proprio corpo, ma che egli non è autonomamente in grado di fronteggiare. Il compito di *reverie* svolto adeguatamente da parte della madre costituisce per Bion un concreto ed evidente esempio di attività della funzione alfa: la madre e il bambino piccolo formano quindi, nella concettualizzazione di questo autore, una vera e propria 'coppia pensante' che rappresenta il 'prototipo del processo di pensiero' che continuerà poi a svilupparsi per tutta la vita individuale, nonché un'evidente espressione naturale di ciò che in ambito psicoterapeutico abbiamo qui già indicato con il termine di 'campo analitico'.

Viceversa, un eventuale fallimento della madre nel contenere le emozioni e le angosce (ed in particolare la paura di morire) del suo bambino può produrre per quest'ultimo, come esito, l'insorgenza di un'esperienza di tipo psicotico. In questa situazione, quando cioè la madre si mostra incapace di arginare e contenere le paure del figlio, l'ansia e le paure del bambino che erano

state proiettate nella madre vengono restituite ad esso, spesso in una forma addirittura intensificata. A seguito di tale fallimento della *reverie* materna, l'instaurazione della funzione alfa nel bambino è pesantemente ostacolata e lo sviluppo della sua capacità di pensiero può di conseguenza risultarne gravemente compromesso.

La funzione alfa effettuata attraverso il meccanismo della *reverie* avviene, secondo Bion, tramite una serie di rapidi e reciproci scambi di impulsi mentali – che fluiscono dal bambino alla madre e viceversa soprattutto attraverso il canale oculare, ma che si avvalgono anche di tutte le altre principali vie sensoriali (in particolar modo l'udito, il tatto, la propriocezione, il gusto e l'odorato) – tramite un complesso e fundamentalmente inconscio 'gioco incrociato' di meccanismi di funzionamento mentale molto arcaici, che già Sigmund Freud aveva individuato nella proiezione, nella scissione e nella introiezione. Vediamo pertanto ora, sinteticamente, in che cosa consistono e come agiscono secondo la teoria psicoanalitica questi tre fondamentali meccanismi di funzionamento psichico.

1. Proiezione: l'attribuire ad un'altra persona caratteristiche – in genere vissute inconsciamente come negative – che sono invece presenti nella struttura dell'Io propria dell'individuo stesso.
2. Scissione: tendenza del soggetto, per inclinazione o per necessità, ad effettuare una netta divisione degli oggetti esterni in 'tutti buoni' o 'tutti cattivi'.
3. Introiezione: meccanismo di funzionamento mentale estremamente precoce, presente già nei bambini molto piccoli. È anche denominata 'Incorporazione' perché in psicanalisi indica l'incorporazione inconscia nella struttura dell'Io propria dell'individuo, dei valori, degli atteggiamenti e delle qualità di un'altra persona. In altri termini, esso è quel meccanismo che tende a far proprie e portare dentro di sé sia quelle parti desiderabili del mondo esterno sia quelle indesiderabili, le prime facendole proprie per impossessarsene e le seconde per neutralizzarle facendole sparire all'interno di sé. Secondo la teorizzazione di Melanie Klein (la celebre psicoanalista inglese il cui contributo teorico può essere situato cronologicamente – almeno schematicamente – dopo quello di Freud e prima di quello di Bion, il quale fu da essa sicuramente influenzato) il bambino molto piccolo è peraltro solito utilizzare queste modalità arcaiche di funzionamento anche combinandole tra di loro, dando così origine ad altri due particolari meccanismi mentali primitivi che essa nomina, rispettivamente, come identificazione proiettiva e identificazione introiettiva.
4. Identificazione proiettiva: consiste nell'azione combinata dei meccanismi psichici della proiezione e dell'introiezione. Attraverso di essa, parti del soggetto vengono proiettate nell'oggetto, ed il soggetto si identifica con esse reintroiettandole.
5. Identificazione introiettiva: consiste anch'esso nell'azione combinata e

spesso complementare dei due meccanismi della proiezione e dell'introiezione, ma in forma opposta a ciò che avviene nell'identificazione proiettiva. Parti dell'oggetto vengono introiettate dal soggetto, che può così proiettare al di fuori di sé le proprie parti ad esse riferibili.

La funzione alfa esercitata verso il bambino da parte della madre durante il processo della *reverie* si fonderebbe quindi, secondo Bion, sull'azione combinata di questi meccanismi arcaici: il bambino 'proietta' nella madre gli elementi beta che costituiscono i propri vissuti negativi 'impensabili' (vale a dire ciò che attraverso il corpo gli origina tensioni ed angosce, nonché la propria aggressività e la propria rabbia da esse derivanti); la madre 'introietta' dentro di sé questo materiale psichico carico di aggressività e, attraverso la propria funzione alfa, lo 'deaggressivizza' e lo 'neutralizza' trasformandolo in 'elementi alfa' costituiti da emozioni e contenuti positivi, non più 'spaventosi' e quindi finalmente gestibili dall'apparato psichico del bambino per 'costruire i pensieri'; il bambino a sua volta 'reintroietta' dentro di sé queste emozioni e questi vissuti positivi, da lui finalmente gestibili, e li utilizza per iniziare a sviluppare autonomamente un proprio apparato psichico in grado di sostenerlo nella genesi e nello sviluppo del proprio apparato mentale.

Attraverso il processo della *reverie*, in altri termini e descrivendolo secondo una nota e sintetica formula che molto chiaramente rappresenta il pensiero espresso al riguardo da Bion, 'la madre riceve angoscia e dona pace'.

Secondo Bion infine, analogamente a quanto avviene nel rapporto tra il bambino e la madre quando quest'ultima esercita la propria 'funzione alfa', anche la psicoanalisi e la relazione analitica attivano un funzionamento mentale capace di reggere l'impatto con le emozioni e possono così permettere il cambiamento in senso evolutivo dell'apparato mentale. Il corpo concreto, nel qui e ora della seduta psicoanalitica, viene considerato da Bion come una potenzialità di pensiero in divenire, come 'un pensiero in attesa di essere pensato', laddove il ruolo dell'analista nel favorire la nascita di un pensiero attraverso i corpi proprio e del paziente può essere – metaforicamente – assimilato a quello dell'ostetrica che contribuisce alla 'venuta al mondo' di un bambino che sta per nascere.

Se poi si considera, prendendo spunto dal pensiero di Ludwig Von Bertalanffy secondo il quale 'ogni organismo è un sistema, e cioè un ordine dinamico di parti e di processi mutualmente interagenti' (Von Bertalanffy, 1952, p. 317), è evidente che non solo le singole 'unità mente-corpo' della madre e del bambino da un lato e dell'analista e del paziente dall'altro, ma anche ciascun 'campo' creato dalla loro reciproca interazione vanno considerati come 'sistemi complessi' ed interpretati pertanto, oltre che sulla base dei contributi provenienti da tutti questi autori di ambito psicologico/psicoanalitico, anche attraverso i principi indicati dalla cosiddetta 'Teoria dei Sistemi complessi dinamici non-lineari' (Von Bertalanffy, 1952; Von Foerster, 1981; Seligman, 2005; Parisi, 2021).

La diade ‘terapeuta-paziente’ è infatti un insieme nel quale entrambi i componenti sono, a loro volta, due ulteriori sistemi complessi uniti da un regolare rapporto di interazione e di interdipendenza reciproca. A seguito di ciò, di questo processo di continua ‘co-costruzione’ della relazione di cura che si riverbera e produce cambiamenti all’interno sia del ‘soggetto-paziente’ che del ‘soggetto-analista’, la Psicoanalisi della Relazione odierna non si caratterizza più, come avveniva nella Psicoanalisi freudiana delle origini, come una ‘cura dell’animo umano’ che il terapeuta attua nei confronti del proprio assistito, bensì come una continua variazione degli assetti interiori di entrambi fondata sul cosiddetto ‘principio di mutualità’.

Il ruolo delle emozioni vissute attraverso le due ‘unità mente-corpo’ del paziente e dell’analista, nella loro reciproca azione ed interazione, può dare in questo modo origine ad una tecnica applicativa della psicoanalisi che, a mio avviso, può trovare una concreta ed efficace applicazione con varie tipologie di persone che intendono avvalersi di un percorso psicoterapeutico ed in particolare, ad esempio, proprio con le persone *transgender*.

Non vi è infatti alcun dubbio sul fatto che, per queste ultime, il rapporto col proprio corpo e coi vissuti che esso ingenera in loro appare assolutamente centrale riguardo a tutto il complesso della loro attività e del loro equilibrio psicofisico complessivo, ed è infatti alla base di entrambi i sopra descritti ‘doppi legami’ che sono all’origine delle loro problematiche emotive e delle loro difficoltà esistenziali.

Attraverso una relazione fondata sul reciproco ‘consenso informato’ fattuale ed un lavoro terapeutico che, proprio fondandosi sulla fiducia che – analogamente a quella che ripone il bambino nella propria ‘madre sufficientemente buona’ che svolge per lui la funzione della *reverie* – sia concretamente in grado di consentire al paziente *transgender* di trasformare in ‘elementi alfa’ quegli ‘elementi beta’ che invece i due ‘doppi legami’ summenzionati sistematicamente gli trasmettono (e che sono alla base del suo disagio o, comunque, dei suoi malesseri e delle sue difficoltà esistenziali), un percorso di supporto psicologico e di psicoterapia per le persone *transgender* può effettivamente, a mio avviso, non solo aiutarle ad uscire dal ‘doppio doppio legame’ in cui frequentemente esse si possono trovare invischiate, ma soprattutto a prevenire ed evitare problematiche psicologiche ancora più gravi – come ad esempio la depersonalizzazione, i sintomi somatici o addirittura la dissociazione – alle quali una esposizione troppo prolungata nel tempo allo stress indotto da tale estremamente confusiva condizione sicuramente le espone.

Come afferma, al riguardo, Gabriele Lenti (2020), ‘Sentire il proprio corpo è dovuto all’amore che si prova per se stessi: quando si manifestano tendenze distruttive vi è depersonalizzazione, il corpo si ‘sparge per il mondo’, si deforma nel suo vissuto più intimo diventando estraneo. Compaiono sintomi somatici importanti come emicrania, dispnea, vertigini, e

si può sviluppare l'idea di essere alla presenza del proprio corpo come elemento separato.

Può fare la sua entrata sulla scena affettiva l'impressione di non esistere, il soggetto perde i contorni della propria immagine, sente di perdere la propria consistenza e non si riconosce più. Spesso possiamo parlare di disappropriazione del corpo e le fenomenologia si complica lasciando intatta, comunque, la stabilità dell'Io profondo oltre l'Io corporeo [...] Le facoltà mentali, come già indicava Meynert, rimangono intatte durante un episodio di depersonalizzazione; questo perché non si tratta di una frammentazione schizofrenica o di un delirio paranoico ma di un vissuto strettamente legato alla dimensione fenomenica del corpo' (Lenti, 2020, p. 60).

La ricerca di nuovi elementi alfa che sostituiscano il più possibile, per queste persone, gli elementi beta provenienti dal loro corpo e dai conflitti spesso 'impensabili' che da esso si originano rappresenta, a mio avviso, una sorta di 'strada maestra' attraverso cui esse possano stabilire un rapporto tra se stessi ed il mondo esterno fondata sull'armonica integrazione tra l'affermazione del proprio 'vero Sé' ed il rispetto del principio di realtà. Tali nuovi 'pensieri pensabili' rappresentano infatti gli elementi costitutivi della psiche umana su cui possono essere poi a poco a poco costruiti sistemi più complessi e più stabili nel tempo, e la loro preminente presenza nell'apparato psichico di ciascuno di noi – e per le persone *transgender* in particolare – rappresenta quindi, a mio avviso, uno dei principali obiettivi che l'intervento psicologico e psicoterapeutico dovrebbe necessariamente perseguire.

Conclusioni

Nella storia della Psicologia Clinica e della Psichiatria, sin dai loro albori, le inclinazioni individuali verso il *transgenderismo* furono generalmente considerate come manifestazioni di una patologia mentale. Questa interpretazione si è sicuramente diluita nel corso del tempo, ma ancor oggi (al contrario di quanto è avvenuto invece, intorno alla metà degli anni 1970, per il concetto di 'omosessualità') non risulta del tutto superata.

Molti psicoterapeuti, di conseguenza, ritengono ancor oggi che coloro che le evidenziano necessitino di una sorta di 'cura' che li porti ad un livello di funzionamento mentale non più connotato in senso 'regressivo' e 'psicopatologico' bensì maggiormente orientato nella direzione di una più o meno teorica 'normalità'.

Si sta invece assistendo, in questi ultimi anni, ad un vasto ed approfondito dibattito che tende a mettere al centro della psicoterapia non più una visione 'scientifica' ed 'oggettivizzante' per la quale il principale obiettivo di essa risulterebbe essere il superamento di una condizione di malfunzionamento mentale, bensì l'acquisizione di uno stato soggettivo di benessere

fondato sul superamento sia del conflitto tra il genere assegnato ed il genere percepito come autenticamente proprio dalla persona stessa, sia di quello proveniente dalla sensazione di stigma e di conseguente malessere che la persona interessata riceve dal contesto familiare, sociale ed interpersonale nel quale è costantemente immersa. Ciò necessita, operativamente, di un articolato processo fondato su molteplici elementi tra i quali un ‘nodo’ iniziale appare tuttora quello costituito dal non ancora completo superamento del concetto di ‘diagnosi’ riferibile a questa specifica condizione soggettiva.

Così si è espresso ad esempio Jack Drescher (2010), componente sia del gruppo di lavoro del DSM-5 sui disordini sessuali e della identità di genere sia del gruppo di lavoro dell’ICD-11 sui disordini sessuali e la salute sessuale: ‘Il principio guida in medicina è innanzitutto, non arrecare danni [...]. Il danno del mantenere la diagnosi è lo stigma, e il danno della sua rimozione è la potenziale perdita dell’accesso alle cure’.

La duplice stigmatizzazione dell’essere *transgender* e di avere contemporaneamente una diagnosi di disturbo mentale crea per queste persone, secondo Drescher, una situazione doppiamente critica, che contribuisce a creare per molte di loro una situazione di ‘stallo’ di non facile superamento.

Il problema tuttora al riguardo più rilevante, secondo questo autore, permane ancor oggi quello dei diritti umani delle persone *transgender*, che sono già violati nel momento stesso in cui le loro manifestazioni di ‘varianza di genere’ vengono etichettate come sintomi di un ‘disturbo mentale’. Per questo motivo, innanzitutto, ogni tipo di ‘diagnosi’ all’interno di questo processo di presa in carico dovrebbe essere ‘depatologizzato’, proprio come venne fatto per l’omosessualità nel 1973 da parte del DSM e nel 1990 da parte dell’ICD.

Evitare ogni tipo di ‘diagnosi psicopatologica’ per queste persone potrebbe comportare come conseguenze immediate numerosi vantaggi:

- 1) Innanzitutto, potrebbe portare all’acquisizione di un argomento potente e di potenziale successo nei casi legali che contestano la negazione della copertura finanziaria per le cure necessarie ai *transgender* di qualunque età.
- 2) Di conseguenza, potrebbe portare le varie Assicurazioni a cessare di negare l’accesso alle cure a quei *transgender* alle prese con fonti di finanziamento inadeguate sia private che pubbliche per cure psicologiche, mediche e chirurgiche.
- 3) Infine, attraverso l’acquisizione di tali coperture economiche, potrebbe consentire a queste persone l’accesso ad un sistema globale di cura basato sull’accettazione incondizionata della persona del paziente, sul perseguimento del suo benessere psicologico soggettivo nel rispetto di quello degli altri e, finalmente, sulla affermazione ed il conseguimento concreto del genere da esse effettivamente desiderato.

Come rilevano, al riguardo, Crapanzano *et al.* (2021):

'Appare evidente come sia auspicabile, in quest'ambito, la formulazione e l'adozione di modelli e di approcci che possano da una parte facilitare il coming out, che non fungano da ostacolo per la persona transgender, che siano quanto più possibile accoglienti e rispettosi dei bisogni specifici della singola persona, ma che, allo stesso tempo, possano garantire la massima tutela della salute psicofisica. L'individuazione e l'adozione del modello più adatto a soddisfare i complessi e variegati bisogni della popolazione transgender potrebbe certamente essere di grande aiuto a superare il disagio, a ridurre l'alto rischio suicidario e a garantire una buona qualità di vita in queste persone'.

Sono questi, a mio avviso, gli obiettivi che la complessiva comunità degli psicoterapeuti e delle altre 'professioni d'aiuto' stanno già perseguendo da tempo ed il cui completo conseguimento appare oggi più che mai, anche nel nostro Paese ma soprattutto a livello internazionale, un traguardo concretamente raggiungibile.

Glossario

Termini relativi alle problematiche di genere oggi particolarmente utilizzati e diffusi:

- **Cisgender:** termine che descrive le persone in cui il cui sesso assegnato alla nascita si allinea sia con la propria identità di genere che con la propria espressione di genere.
- **Coming-out:** espressione usata originariamente nella lingua inglese, ma ormai ampiamente utilizzata anche in Italia, per indicare la decisione di dichiarare apertamente, o comunque di non celare rispetto al mondo esterno, il proprio orientamento sessuale o la propria identità di genere. Non va confuso con l'*outing* (vedi).
- **Disforia di genere:** un disagio clinicamente significativo, oppure una compromissione correlata all'incongruenza di genere, che può includere il desiderio di cambiare le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie, e che viene definito nel DSM-5-TR come derivato da una marcata incongruenza tra il genere vissuto/espresso ed il genere assegnato della durata di almeno 6 mesi caratterizzata dalla presenza di specifici sintomi. Non tutte le persone *transgender* o di genere diverso soffrono di disforia di genere.
- **Espressione di genere:** la manifestazione esteriore del genere di una persona, che può ma non necessariamente deve riflettere la sua identità di genere interiore, e che riguarda sostanzialmente il modo in cui essa si presenta al mondo relativamente al proprio genere sulla base delle aspettative sociali tradizionali. L'espressione di genere di una persona non è quindi sempre sovrapponibile alla identità di genere che essa realmente presenta; essa rappresenta invece il modo in cui una persona presenta se stessa, i

vestiti che indossa, gli accessori, l'acconciatura, l'eventuale cosmesi, i modelli di voce/discorso, le modalità conversazionali e le sue caratteristiche fisiche.

- **Gender non-conforming:** termine 'ombrello', vale a dire generico, che ricomprende molte sfumature e possibilità riguardanti l'identità di genere di una persona, e che descrive quindi soggetti con identità e/o espressioni di genere non rigidamente definite. Esso include anche persone che si identificano come appartenenti – simultaneamente e/o alternativamente – a più generi oppure anche senza genere. In Italiano viene generalmente tradotto con le espressioni 'genere diverso', 'genere non conforme', 'non-conformità di genere' o altre analoghe.
- **Identità di genere:** il senso psicologico soggettivo del proprio genere che una persona presenta, vale a dire il sentimento interiore di una persona di essere una ragazza/donna, un ragazzo/uomo, una combinazione di entrambi o qualcos'altro, incluso il non avere alcun genere. Quest'ultimo può corrispondere, oppure non corrispondere, al sesso assegnato alla nascita.
- **Non binario:** un termine usato per definire le persone la cui identità di genere non è né ragazza/donna né ragazzo/uomo.
- **Outing:** La parola inglese *outing* indica, nella lingua italiana, la pratica di rendere pubblico l'orientamento sessuale o l'identità di genere di una persona *in assenza del suo consenso*. Si differenzia pertanto in modo netto dal cosiddetto *coming out* (vedi), che invece indica un atto volontario di rivelazione in prima persona del proprio orientamento sessuale o della propria identità di genere. Inoltre, il termine *outing* viene spesso usato anche in un'accezione più ampia rispetto alla sfera delle abitudini e delle inclinazioni sessuali, attraverso il rendere pubblico un fatto personale di qualcuno che vorrebbe invece mantenerlo segreto (ad esempio, relativamente all'orientamento politico o al credo religioso della persona alla quale si riferisce).
- **Sesso assegnato alla nascita:** designazione anagrafica di una persona come 'femmina', 'maschio' (oppure, più raramente, come 'intersessuale'), effettuata in base all'anatomia (ad esempio, genitali esterni e/o organi riproduttivi interni) e/o ad altri fattori biologici (ad esempio i cromosomi sessuali). 'Sesso' e 'genere' sono spesso termini al riguardo usati in modo intercambiabile, ma in realtà sono entità distinte: pertanto è sempre più indicato distinguere tra sesso, identità di genere ed espressione di genere, al fine di evitare rischiose supposizioni su di una di queste caratteristiche di una persona basandosi solo sulla conoscenza delle altre. Il sesso effettivamente assegnato alla nascita viene talvolta abbreviato con l'acronimo AMAB ('assegnato maschio alla nascita') oppure con AFAB ('assegnato femmina alla nascita').
- **Orientamento sessuale:** termine che descrive i tipi di individui verso i quali una persona ha attrazione emotiva, fisica o entrambe. Ogni essere

umano può infatti, ad esempio, essere attratto soltanto o quasi esclusivamente da persone del sesso opposto al proprio (e viene pertanto definito in tal caso come *eterosessuale*), ma può anche essere attratto solamente o quasi esclusivamente verso persone del proprio stesso sesso, ed essere quindi *omosessuale* (si parla pertanto, in questi casi, di maschi gay o di donne lesbiche). Inoltre, una persona può manifestare attrazione (sia alternativamente che contemporaneamente) anche verso persone di entrambi i generi (ed in tal caso viene definita con il termine di bisessuale), verso nessuna persona di alcun genere (e viene allora definita come asessuale) oppure verso qualunque altro tipo di persona anche di genere non definito (ed in tal caso si usa di solito, per definirla, il termine pansessuale).

- **Transgender:** termine generico che descrive le persone in cui la propria identità di genere non si allinea con il sesso assegnato loro alla nascita, bensì con quello del sesso opposto.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2022). *DSM-5-TR. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione, revisione del testo*. Tr. it.: Milano: Masson, 2023.
- Baranger, W., Baranger, M. (1961-2), *La situazione analitica come campo bipersonale*. Milano: Cortina, 1990.
- Bezoari, M., Ferro, A. (1989). Ascolto, interpretazioni e funzioni trasformative nel dialogo analitico. *Rivista di Psicoanalisi*, 35(4): pp.1015-1051, 1989.
- Bion, W.R. (1961). *Experencies in groups and other papers*. London: Tavistock Publications, 1961 (Tr. it.: Esperienze nei gruppi. Roma: Armando Editore, 1970).
- Bion, W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma, Armando, 1972
- Bion, W.R. (1963). *Gli elementi della psicoanalisi*. Roma: Armando, 1979.
- Bion, W.R. (1965). *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*. Roma: Armando, 1973.
- Bion, W.R. (1967). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1970.
- Bion, W.R. (1970). *Attenzione e interpretazione*. Roma: Armando, 1973.
- Bion, W.R. (1996). *Cogitations-Pensieri*. Roma: Armando, 2010.
- Corrao, F. (1986), Il concetto di campo come modello teorico. In: *Gruppo e Funzione analitica*, VII, N.1, Gennaio/Aprile 1986.
- Crapanzano, A., Carpinello, B., Pinna, F. (2021). Approccio alla persona con disforia di genere: dal modello psichiatrico italiano al modello emergente basato sul consenso informato. *Riv Psichiatr* 2021; 56(2): 120-128.
- Drescher, J. (2010) Trans-sexualism, gender identity disorder and the DSM. *J Gay Lesb Ment Health*, 2010; 14: 109-22.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P.T., Reed, G.M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 297-304.
- Ferro, A. (2009). Transformations in dreaming and characters in the psychoanalytic field. *Int. J. Psychoanal.*, 90: 2009-2030.
- Ferro, A., Basile, R. (a cura di) (2011). *Il campo analitico*, Roma: Borla, 2011.
- Freud, S. (1919). Il perturbante. *Opere*, 9: 81-114. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1922). L'Io e l'Es. *Opere*, 9: 467-520. Torino: Boringhieri, 1977.
- Gallese, V., Migone, P., Eagle, M.N. (2006). La simulazione incarnata: I neuroni specchio, le

- basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi. In: *Psicoterapia e scienze umane*: 2006, XL, 3: 543-580. Milano: Franco Angeli, 2006.
- Istituto Superiore di Sanità (2021). Disforia di Genere. In *ISSalute: Informarsi, conoscere, scegliere*. Roma: Portale dell'Istituto Superiore di Sanità, 26 Aprile 2021. Indirizzo web: <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/d/disforia-di-genere>
- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?* Chicago: Univ. of Chicago Press (trad. it.: *La cura psicoanalitica*. Torino: Boringhieri, 1986).
- Lacan, J. (1936). Le stade du miroir. Théorie d'un moment structurant et génétique de la constitution de la réalité, conçu en relation avec l'expérience et la doctrine psychanalytique. Relazione presentata al *Fourth International Psychoanalytic Congress* a Marienbad, 1936.
- Lenti, G. (2005). Al di là del principio di entropia. Alcune riflessioni su psicoanalisi e complessità. Roma: Armando Armando editore, 2005.
- Lenti, G. (2020). Un vivo fascio di garofani rossi. Ricerche psicoanalitiche sulla poetessa Antonia Pozzi. Roma: Europa Edizioni, 2020.
- Lenti, G. (2021). Complessità e campo psicoanalitico. *Scritti*. Roma: Europa Edizioni, 2021.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenologia della percezione*. Milano: Il Saggiatore, 1965.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2018). ICD-11, versione informatizzata in lingua Inglese, 2018. Indirizzo web: <https://icd.who.int/en>
- Parisi, G. (2021). *In un volo di storni*. Milano: Rizzoli, 2021.
- Seligman, S. (2005). Le teorie dei sistemi dinamici come meta-inquadramento della Psicoanalisi. In: *Ricerca Psicoanalitica*, Anno XVIII, n. 3, pp. 309-343, 2007.
- Sterba, R. (1934). Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. *Int. Z. Psychoanal.*, 20: 66-73 (Trad. it.: Il destino dell'Io nella terapia analitica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1994, XXVIII, 2: 109-118).
- Stern, D.N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books, 1985. (trad. it.: Il mondo interpersonale del bambino. Torino: Bollati Boringhieri, 1987).
- Von Bertalanffy, L. (1952). *Teoria generale dei sistemi*. Milano: Mondadori, 1971
- Von Foerster, H. (1981). *Observing systems*. Seaside, Ca. Intersystems Publications, 1981. (Trad. It. *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio, 1987)
- Winnicott, D.W. (1949). L'intelletto e il suo rapporto con lo Psiche-Soma. In: *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott, D.W. (1958). *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- Zucker, K.J. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. In: *Sexual Health*, 2017 Oct, 14(5):404-411.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 3 marzo 2023.

Accettato: 23 giugno 2023.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:791

doi:10.4081/rp.2024.791

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

The world of hysteria

*Adriana Prela**

ABSTRACT. – In this work, I will present Freud's great contribution not only to the fields of neuropathology, psychiatry, and medicine in general, but I will demonstrate how his clinical research has opened a new path to understanding psychopathology. I will look at some theories about the genesis of the symptoms of hysteria and describe Freud's scientific journey, which opened up a new perspective and gradually led to the birth of psychoanalysis. An important contribution to this topic is the multiple code theory by V. Bucci, with its three distinct principles of organization of experience. The model is applied to clinical practice and determines treatment, so it is intended to explain and intervene in the world of hysteria. The Bucci model also has critical aspects and obvious repercussions that we will examine in this article. An important contribution is that of N. McWilliams, regarding histrionic personality disorder. The structural symptom takes its rightful place here in the explanation and treatment of psychopathology. In her work there is an important transition: she moves from an explanation of linear mono causality to multi-factorial randomness. Once you have read this article, you will understand that new contributions are needed in order to comprehend psychic processes, and in order to do this we need to re-interpret psychoanalytic theories.

Key words: epistemology; complexity; psychopathology; hysteria; symptom.

Hysterical neurosis

If we throw a crystal on the ground, it breaks, but not arbitrarily, it then breaks according to its cleavage planes into pieces whose delimitation, although invisible, was nevertheless determined in advance by the structure of the crystal. Such cracked and shattered structures are also what the mentally ill are' (Freud, 1932, p. 465).

The term 'hysteria' (Freud, 1888, p. 43; from the Greek word for uterus) dates back to the earliest times of medicine. The hysteria was either dependent on the uterus or was made up, its state was considered the result of sim-

*Psychologist, Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italy.
E-mail: adrianaprela@hotmail.com

ulation and exaggeration, unworthy of clinical observation. This disease was associated with problems of the female realm, and if hysterical symptoms were observed in males, new diagnoses such as 'neurasthenia' or 'war shock' were created. The core of the diagnosis today cannot be reduced to simulation; in any case, the healthcare professional must be able to detect hysterical symptoms without stopping at the surface level.

A better understanding of the disease began with studies at the school of Salpêtrière (Breuer, Freud, 1892, p. 143; Freud, 1888, p. 69), carried out by Charcot, Janet, Bernheim, Breuer, and other physicians who studied hysteria with hypnotism (Janet, 1882). In Nancy, the school of Lièbeault and Bernheim was in conflict with Charcot's ideas. In the world of psychiatry at the end of the 1800s hypnosis was widespread. Charcot conducted his fundamental research on grand neuroses and focused in particular on hysteria. The hysterical attack, as he described it, consisted of four phases: the epileptoid phase, the phase of contortions and acrobatic postures, the phase of emotional gestures, and the phase of final delirium, as well as a wide variety of physical symptoms, a heterogeneous set of symptoms within a single diagnosis. In this interpretation all the physical symptoms were part of the grand hysterical attack: hysteria served as a cover for the incomprehensible. Stigmata were also part of the clinical picture of hysteria.

Charcot, in his clinical studies, considered hysteria a congenital degeneration of the brain; for him the cause of the grand hysteria attacks was hereditary, and the disease was the result of mercury intoxication. Charcot's ideas were not well received in Vienna. Meanwhile, Freud had applied for a scholarship in order to continue his studies in neuropathology. His wish was granted, and he was sent to Paris on a scholarship to challenge Charcot's theories, but things took a different turn (Freud, 1885-86, p. 5). He immersed himself in the study of hypnotism, learned the hypnotic technique, and initially defended it by finding promising ideas for the future of neurosis therapy. Contrastingly, the authoritative Professor Meynert (Meynert, 1889, p. 686) and other renowned doctors of the time criticized hypnosis, excluding any therapeutic and scientific value: 'being cured does not prove anything, on the contrary, this itself needs to be proven.' (Freud, 1889, p. 97)

For doctors in Vienna, hypnosis remained an ineffective procedure and a dangerous intervention. Freud ended up standing in opposition to the revered master Meynert. He then opened his own professional practice and began to apply the procedure and induce hypnosis in patients with the goal of freeing and healing them from symptoms. The power of suggestion aimed at an immediate effect: 'If hypnotic therapy is aimed only at symptoms, and not pathological processes, it follows the path that all other therapies are obliged to follow' (Freud, 1891, p. 120). Freud spent a few weeks at the school in Nancy in 1889 in order to perfect his hypnotic technique. The theory of suggestion elaborated by Lièbeault and his followers

Bernheim, Beaunis, and Liégeois (Freud, 1888) argued that all hypnotic phenomena were psychic effects and ideas aroused in the patient by the hypnotist, while both Charcot and Freud rejected this thesis.

I question hypnosis and the epistemology behind it. Do the theories formulated meet the criteria of human complexity? The first step of hypnotic treatment is to induce a hypnotic state, and then a suggestion is transmitted to the hypnotized person. The first tool with which we work is suggestion: during the state of hypnosis, hypnotic treatment consists of ordering away the patient's symptoms. Is the trauma buried in the unconscious somehow restored, and to what? In a state of a lack of consciousness – because hypnosis occurs in a trance – if knowledge is somehow restored, it is that of the therapist. Freud was aware that hypnosis met all the requirements of a direct causal therapy, in accordance with the positivist epistemology of the time, and according to a cause-and-effect logic.

After some time, Freud ceased to practice hypnosis in favour of Breuer's cathartic method, which used hypnosis to awaken memories of the past when the symptom first appeared. Breuer was a well-established physician, and together with Freud continued the study of psychic processes during hysteria attacks. Freud came to challenge Charcot's aetiological theory, going beyond the hereditary factor with a momentous turning point. Central to Freud's observation of cause was the fact that it was not found in inheritance, but in sex life anomalies. He arrived at the aetiology of hysteria via the observation of hysterical patients under hypnosis, by analysing the content of the hysterical attack induced by the hypnotic state. He had observed incestuous trauma during the hypnotic process.

Between Freud and Bleuler, both great clinicians, there was clear dissent in conceptualizing hysteria, and their cooperation was far from smooth sailing. In order to better understand the topic, I will describe the normal state of consciousness (without symptoms) and the pathological states (with symptoms) below.

According to Breuer (1893; discussed in Freud, 1893, p. 422), the 'basis and condition' of hysteria was the presence of particular traumatic states of consciousness with limited ability to associate, for which Breuer proposed the name 'hypnoid states'. He endorsed hypnoid hysteria; he did not acknowledge the role of the sexual factor in the aetiology of hysteria. Sexuality as a source of psychic trauma was rejected by Breuer, he instead hypothesized a dissociative psychic mechanism: 'In it a representation would become pathogenic due to the fact that it was excluded from the Ego from the start, accommodated in a specific psychic state' (quote in Freud, 1893, p. 422).

Freud believed in a defensive hysteria: the memory represented the return of the event that had caused the hysterical attack, the return of psychic trauma. It was an unconscious memory, or rather, one belonging to the

second state of consciousness. If the hysterical patient wanted to forget an event, if he/she suppressed or inhibited a representation, these psychic acts ended in the second state of consciousness, while the memory of these returned as a hysterical attack. During the attack the patient was in the second state of consciousness completely or partially, while when he/she was in the normal state of consciousness there was amnesia of the attack; in the first case, the patients were reliving the same event that caused the first attack in a hallucinatory manner. Freud believed that there was a causal relationship between the triggering event and the pathological phenomenon. He noticed that this was not always the case, sometimes the connection was clear, that is, the psychic trauma directly caused hysteria. In other cases, there was only a symbolic relationship between the original event and the pathological phenomenon.

The cause of traumatic neurosis is not a physical injury, but psychological trauma. 'Any experience can act as a trauma and cause the painful affections of terror, anguish, shame and psychic pain' (Freud, 1892, p. 177).

The Freudian view considered that pathology was the result of an active process of the psyche and repression was the central mental process in hysteria. The concept of hysterical conversion was also important for Freud. He spoke of hysterical conversion, meaning an intense emotional state, unacceptable to the conscious Ego, which is repressed because it has failed to find a proper release and flows into somatic innervation (conversion). According to this view, hysteria is generated by repressing an unbearable representation as a defense.

Studies on hysteria resulting from the joint work of Freud and Breuer (1892-95) are a valuable contribution to clinical practice and medicine in general. They include five clinical cases; the first case was written by Breuer and is the famous case of Anna O.

Breuer's experience ended with this case, which was described over twelve years after treatment ended. Breuer concluded that: 'Since then (1882) she enjoys (1895) perfect health'; however, Anna O later had several relapses and was also hospitalized; it was Breuer himself who observed the return of symptoms: the therapeutic effect was therefore temporary. At present, some believe that Anna's case is not so much a clinical picture of hysteria but rather one of dissociative personality disorder.

Among the four clinical cases described by Freud, the one of Mrs. Emmy Von N. stands out, a typical picture of hysteria. Freud recognizes that it is not easy to decide between a diagnosis of hysteria or other forms of neurosis. This patient lent herself to hypnosis with the greatest ease and reached full suggestibility like that of sleepwalkers. Freud applied Breuer's cathartic method to her: the treatment lasted about seven weeks; a short therapy aimed at eliminating the symptoms. Freud wrote: 'The hysterical attack must perhaps be interpreted as an attempt to carry out a reaction to

the trauma (Freud, 1892 p. 156).’ The patient suffered a psychic trauma that was not abreacted. Hypnotic therapy consists in making her relive it, under hypnosis, forcing her this time to complete her reaction. The patient’s condition improved quickly, and she ended her hypnotic therapy. Well-being lasted for several months, but she then had other crises. During his work Freud realized that not all patients could be hypnotized, as in the cases of Miss Lucy and Elisabeth von R; this difficulty required him to rethink his therapeutic work and led him to abandon the application of hypnotic psychotherapy in order to get the patient to recall forgotten events. This obstacle led him to consider this difficulty as a fundamental moment of hysteria: ‘What saved me from this new difficulty was the memory of having seen Bernheim provide proof that the memories of sleepwalking are only apparently forgotten in waking, and that they can be reawakened by a slight admonishment, given at the same time as pressure from his hand to indicate a different state of consciousness.’ (Freud, 1893, p. 266). Bernheim’s procedure was Freud’s new technical model, and he first applied it with Miss Lucy R. According to the Freudian conception, the patient suffered from trauma or a series of childhood sexual traumas.

Freud’s therapeutic goal was to reach certain memories, pathogenic representations that were carried out of consciousness and memory and had fallen into oblivion: these had to come to consciousness, become conscious under the pressure of his hand.

The objective was the same for Freud: to circumvent hypnosis and reach the region of the pathogenic organization that had the origin of the symptom within it. It was about abreacting the trauma, that is, re-traumatizing the patient.

Freud sometimes wavered with respect to his findings, on the one hand he thought he understood the psychic mechanism of hysteria, on the other he wrote: ‘but how far we are today from the possibility of such a perfect understanding of hysteria’ (Freud, 1892, p. 393). And again: ‘new experiences will have to tell us, hopefully soon, if with this tendency to broaden the concept of defense, extending it to all of hysteria, I do not run the risk of falling into unilaterality and error’ (Freud, 1893, p. 422).

While he had clinical experience with the technique used by Bernheim, Freud admitted to himself that there was a possibility of failure in the hand pressure procedure, not least because recollection was not always obtained. With regard to healing, he was doubtful that it was the mechanism of remembering the trauma that was working, that is, bringing to consciousness what had happened in reality, but rather the suggestion. Bernheim’s technique was therefore replaced.

For these and other reasons, Freud proceeded to find his way to what would be his own specific technique: free association. Compared to hypnosis, this was an innovation in the methods of working at the time, even if it

was not enough: as we shall see, clinical practice gave a devastating blow to the theory.

As he continued his discoveries, he encountered new difficulties in clinical practice: he had to fight against the psychic strength of the patients which was opposed to him, to get to the repressed memories. Freud was certain that he knew the reality of the patient; his interventions were directed to a remote place. He believed that the aim of the psychic strength was to prevent the return of pathogenic representations. At first, he wrote about finding himself in front of this strength as though he were in front of a wall and that penetrating into the patient's world depended on overcoming this strength, the resistance to association: 'the patient resists, he defends himself from my interpretations.' He realized that the symptom 'resisted' words, resisted the cure, and he sensed that there was an almost indestructible link of the subject with his/her symptom.

In Freud, sexuality played a central role, both theoretically and in clinical practice, in the aetiology not only of hysteria but also of psychopathology in general.

He imagined the unconscious as a place where all the thoughts not accepted by consciousness converged by repression and were the source of anguish for the ego. They then resurfaced and the symptoms of conversion were the unconscious expression via the body of the repressed emotions.

Proceeding with the development of his theory, Freud abandoned the theory of real trauma and replaced it with a phantasmatic theory in which reality had no value. He went so far as to say that the basis of hysteria was a twofold fixation: oral and oedipal. According to this hypothesis theorized via the Electra Complex, in early childhood the female child needs constant maternal care; she is disappointed by the mother who cannot make her feel safe, satisfied and appreciated. The male child – due to the rivalry with his father – meets the maternal object, but because of this paternal prohibition replaces it with another object. The female child is initially in the same position as the male: she is the object of maternal care and at the same time the object of the mother's desire; she quickly realizes that her mother desires something that she as a child does not have and that she is not the object capable of fulfilling the maternal desire. She turns to her father as a new object, in early 'competition with her mother', who had been, until that moment, her object. Freud argued that the female child 'receives the phallic gift from her father' and defined the mother-daughter relationship as remarkably complex, so much so that Freud spoke of 'catastrophe'. The development of female [psychism?] proceeded via great separations, involving the separation from the object capable of satisfying the expectations of the child phantasmatically; the object that she had to receive from her father to come out of the 'love prison' of the relationship with her mother. In conclusion, the female child would only be able to sep-

arate herself from her mother by devaluing her and turning her love toward her father.

In the psychoanalytic literature, we talk about ‘healthy’ and ‘sick’ hysterics. ‘Healthy’ hysterical patients are defined by a variety of adjectives, such as ‘good’, ‘phallic’, and ‘authentic’. More definitions have been applied to those falling under the second group of ‘oral hysterics’, ‘good hysterics’, ‘hysteroids’, and ‘infantile personalities’ (Gabbard, 2015, p. 540).

A central critical point concerns Freudian reductionism: ‘When a theory absolutizes a specific characteristic of human nature, as right as it may appear within a given logical coherence, it inevitably falls into reductionism’ (Minolli, 2015, p. 34). The exaltation of the libido, assumed to be one of the great limitations of the Freudian approach, is believed to not consider the true essence of a person. There is also a failure in nurturing the environment. It seems to me that without considering the other and the experience with the other one cannot have a theory of psychopathology: everything that is essential to begin to understand human nature and psychopathology would seem to be absent in Freud’s theories.

I hope that the psychoanalysts who still today follow the Freudian interpretation of hysteria have the courage to go beyond it. There are many reasons for my objection, but I would like to point out a few weaknesses that I believe require close attention. I believe that in the Freudian interpretation, there is an explanation of the world of the patient that is too simple. The patient’s reality must correspond, must fit into the framework of the theory. In the Freudian view, there is a simple idea of psychopathology, which does not correspond to the complex reality of the patient.

To clarify one of the Freudian stumbling blocks, it should be highlighted that the development of female sexuality (and also that of male sexuality) does not follow the path envisaged by Freud. Firstly, I believe that it would be right to start talking about psychophysical development, bearing in mind that pathology and the formation of a human being cannot be explained via sex life alone.

I quote Daniela De Robertis: ‘The concept of libido and the economic point of view are two references that Freud inherits from the historical context of his time, an expression of the positivist and physicalist epistemology to which Freud adheres’ (De Robertis, 2004, p. 86). Reflecting on the concept of libido I note a contradiction at the heart of the theory of hysteria: Freud argues that the causes of the formation of hysterical symptoms are to be found in the context of psychic life, but at the same time he produces a misunderstanding that will accompany his theory forever, stating that the biological factor and sex life must explain psychic discomfort, psychic life. I believe that trauma and sexual abuse have no power in developing hysterical symptoms and that there is no direct relationship

between the symptom and the repression. Within hypnotic research (which is not psychoanalytic research) Freud noticed the sexual component of hysteria. I will now pose a few questions that I do not think the theory of libido can answer and I will criticize the foundations of psychoanalysis, highlighting its shortcomings from the very beginning. I would like to mention a position on this subject that I share: 'Freudian meta-psychology, due to the very nature of its basic constructs (such as psychic energy, drive, investment and so on) does not appear susceptible to empirical validation' (Solano, 2001, p. 231).

Now, to ask a few questions, which are useful in deconstructing the Freudian approach. How can psychopathology originate from libido? How can psychophysical development depend on libido?

Further support for my assertions about the impossibility of the libidinal factor as an explanation of hysterical symptoms has to do with another 'mistake' made by the father of psychoanalysis, that of transferring the perversions of hysterics, observed during hypnosis, to the world of childhood. The human being can pervert and both hypnotic and clinical research prove it with the discovery of incestuous desires, the Oedipus complex, etc. I believe that the concept of double fixation, both oral and oedipal, is inconsistent in hysteria, and that we cannot talk about oral and phallic hysterics.

I believe that the theory of libido was not well-founded and that it was an improper generalization. I would like to ask another question about the erogenous zones, which in the Freudian concept give rise to several neuroses. How can I determine the fixation time in a given zone from clinical practice? If such zones ever existed, I do not think that anyone could pinpoint the exact moment of fixation by establishing a starting point other than '*a priori*'. Reason leads me to strongly challenge the concept of erogenous zones. As I conclude this section, I want to add some more questions: on what criterion does Freud decide the time span of psychopathology? Where do you start? The next question to ask is: what is real, true, coherent, and concrete in Freudian theory? Based on these questions and arguments, which are fatal to the theory of libido, I think we can assume that psychic reality is very different from what Freud thought and that we need to make new contributions to psychoanalysis.

Multiple code theory and psychosomatics

Before I start examining the emotional schema by Bucci, I will briefly dwell on the construct of alexithymia (we talk about alexithymic functioning) and its direct consequences on health. In this model, a change of perspective is proposed, from a model centered on inhibition, for which the

person suppresses, inhibits, or denies emotions, to one based on the absence of words. At the heart of this approach is a defect in emotional expression as the basis of somatic disorders. According to this view, the alexithymic subject also has difficulty in identifying his/her emotions, is unable to prove them and express them, in short, he/she appears lacking in the cognitive-experiential and interpersonal dimension while somatic disorders are present.

The word a-lexi-thymia is derived from the Greek: *alpha*-privative, *lexis*-words, *thymos*-emotion: lack of words for emotions. The person, therefore, has no words for emotions, or rather cannot express them.

‘Alexithymia is conceptualized as a disturbance of affective regulation’ (Solano, 2001). The different physical and mental disorders (the model of psychopathology) are characterized by poor emotional expression, or by excessive levels of expressed emotion. At its core is an insufficiently elaborated, thought-out, ‘digested’ emotion that can lead to inhibition of emotional expression, or shortcomings in emotional regulation. According to Luigi Solano, ‘while not making explicit reference to the concept of alexithymia, Wilma Bucci proposed a model of construction of emotional patterns that implies the possibility of interrupting or blocking connections within them due to deficiencies in the primary care relationship’ (Solano, 2001, p. 212).

Porcelli also makes a similar point: ‘For those familiar with psychosomatic literature it will be evident that this model is very close to the alexithymia construct and the concept of ‘affective dysregulation’ if the term alexithymia can be translated as ‘emotions without words’, the Bucci somatization model can be described as ‘somatic states without symbols’ (Porcelli, 1997, p. 152).

At first, Bucci developed an evolutionary model, called ‘dual code theory’, which was later replaced by ‘experience processing theory,’ also called ‘multiple code theory.’ The author extends the solid Freudian basis (primary and secondary thought) to include three (and not two) systems of thought.

In the ‘experience processing theory’, the activity of the mind is the result of three distinct systems of information storage and organization, that take shape progressively over the course of development. The child, in order to form his/her own emotional patterns depends on the other, whose presence serves as an organizer of his/her symbolic life. According to Bucci, emotional, affective, and sensitive patterns begin to form within non-verbal systems and have the characteristic of always being active, making parallel processing of information possible. The codes for processing the information and categories of experience are: i) Non-symbolic non-verbal system (pre-symbolic): the way in which this system operates differs from the other two systems. The pre-symbolic system is of a continuous, non-categorical nature; ii) symbolic non-verbal system: at this

level of organization and thought functioning, symbols are images and can be organized into schemas. The symbols in this model are discrete entities and can be categorized and combined into an infinite number of meaningful possibilities; iii) symbolic verbal system: the code of language and logic. In the Bucci model, words are symbols that can be combined in an unlimited number of ways. The verbal system stores information and organizes itself according to the rules of language and formal logic. Therefore, words are used to organize and communicate with others and ourselves, to direct and regulate behaviour. The functioning of this system can be considered analogous to that of Freud's secondary process thinking.

Solano makes another point: 'the multiple code theory derives from current cognitive models but goes further in that it emphasizes the role of emotions in human cognition and the complex aspects of the tradition of emotional experiences in verbal forms.' In this paradigm, emotions are seen as image-action patterns and are distinguished from other cognitive patterns as being partially dominated by motor and visceral processing systems. The non-verbal and verbal systems, with their specific organizational principles, are linked to each other via referential connections. The referential process aims to be a measure of the referential cycle, connecting analogue content, in parallel, of non-verbal systems with the 'single-channel' symbolic, sequential format of the verbal code. According to Bucci, normal emotional development depends on integrating somatic, sensory, and motor processes into emotional patterns, and failure to do so causes emotional disturbances. The deepest level of dissociation implies the lack of formation of these connections from the beginning. Bucci speaks of a block of connections within non-verbal patterns or between non-verbal representations and words. 'Bucci (1997b) proposes that the state of alexithymia may imply a dissociation between the analogue global emotional representations present mainly in the right hemisphere and those encoded by images and words present in the left hemisphere' (Solano, 2001, p. 227). She argues that all forms of somatization involve dissociations at different levels of severity between somatic and motor activation patterns and the symbolic representation of objects within emotional patterns. Normal emotional development depends on integrating somatic, sensory, and motor processes into emotional patterns, so it is the failure of this integration that is responsible for emotional disorders. Syndromes such as hypochondria and hysterical conversion involve focusing on particular body organs that are damaged and that a particular bodily area acts as a symbol that organizes the emotional pattern when the primary object of the pattern is dissociated at the service of the defenses. Hysterical symptoms concern a more extensive pre-symbolic activation of traces in visceral, motor and sensory representations. According to Bucci,

somatic symptoms and behaviours may be seen in some cases as adaptive and progressive.

We see the direct application in clinical practice with repercussions in the analysis room. Consider my objections to empirical research: in this case, we have the absolutization of the concept of alexithymia and emotional dysregulation, which tend to extend across to give clinical practice the key to understanding all somatic and mental pathology. It is clear that there is undue generalization. From my experience, I can disconfirm this clinical model. The way in which research is conducted, with simple hypotheses that assume unlimited explanatory powers in relation to psychopathology, leaves me perplexed.

There is a positivist epistemology that dominates the research: even the Bucci model does not depart from it. Ours is a time of complexity and a cause-and-effect type of explanation is not without consequences for psychotherapy.

Consistent with this model of healthy and psychopathological development, the psychotherapist assumes the function of a new primary object for the patient. Following this model, therapy then consists of repairing emotional dissociation and reconstructing dissociated emotional patterns. In this approach, the somatic symptom is attached to emotional meanings (in truth there is no development of emotional meaning, but rather a cognitive one of cognitive patterns, as the symptom is not under the control of consciousness, without meaning per se). The bodily symptom of the adult patient in the 'here and now' is taken back to 'there and then'; the therapist must repair the childhood deficiency, and to do so he/she goes to focus the treatment intervention in the 'there and then' of the patient's trauma, but in this way, psychophysical health is not restored. The Bucci model cannot be followed as a general psychopathology model.

After much thought, I will explain my thinking on psychophysical discomfort (not physical and mental discomfort): it must be inserted into an evolutionary process; there is not only a physical development (weight, height, that is, the body) but most importantly a psychophysical development. An identity-building process is being formed. Every formation of the being requires a very long period, which is why a single or cumulative trauma, a defect in emotional expression as the basis of somatic disorders, cannot explain psychopathology. A minor pathology can become a major one.

In my conceptualization, content has a role that should not be overlooked in clinical practice, it outlines identity as a whole. I will use a metaphor, that of a tree. The branches of the tree are the behaviours that are most easily seen, in which also the physical symptoms are present; the branches are attached solidly to the trunk which becomes an integral part of our Ego, which in turn is rooted underground, the deepest part. But there is only one tree.

Hysteria in the DSM-5

I think it would be useful to begin dealing with this section by referring to some of the criticisms of the DSM-5.

‘The DSM is a diagnostic manual, and in medicine, diagnosis means identification of a disease and possibly its causes. In psychiatry, since the causes of mental disorders are not known, the concept of diagnosis refers only to the first part of the definition of a disease’ (Porcelli, 2014, p. 432).

‘The forms of discomfort that psychiatry has always sought to determine and describe continue to undergo redefinitions and relocations in the nosography framework and this is true for hysteria too. In the DSM-5 the choice was made not to use the term in the classification of disorders, and this is consistent with the intention of making the manual an exclusively descriptive tool, with objective criteria, detached from any theoretical conception’ (Fontana, 2015, p. 85).

‘However, it tries to be as ‘atheoretical’ as possible, it is clear that the need to maintain the diagnosis at the lowest level of theoretical interference in explicit terms of observable disorders is not ideologically neutral since it presupposes a dichotomy between what is medical (*i.e.*, organic) and what is not (*i.e.*, psychological) falling once again into the old mind-body dualism’ (Porcelli, 2014, p. 436).

According to Migone (2013), the ‘atheoretical’ approach of adhering to the descriptive criterion alone is a key aspect of the DSM-III, DSM-IV, and also DSM-5. The atheoretical approach of the DSM is to put aside aetiopathogenic theories by entrusting the diagnosis of psychopathological disorders exclusively to the symptoms observed by the clinician. For this reason, the DSM-III, among other things, had to eliminate the terms hysteria and neurosis, because they were too connected to theoretical hypotheses, for example, psychoanalytic ones. The ‘atheoretical’ approach has also been maintained for somatization disorders.

According to Fontana, the turning point occurred in the transition from the DSM-II to the DSM-III, because the former still contemplated hysterical conversion neurosis, dissociative neurosis and hysterical personality. Charcot, Janet, Bernheim, and Freud made a huge contribution to the world of hysteria. I believe it is one of Freud’s great merits that he took these patients seriously with the intent to understand their discomfort.

Many physical symptoms belonging to dissociative personality disorder, obsessive-compulsive disorder, hypochondria, borderline disorder and other disorders were included in the grand hysterical attack, leading to diagnostic confusion which included epileptic seizures within these hysterical symptoms.

Gabbard states: ‘In modern psychiatry there is a broad consensus that hysterical conversion symptoms and hysterical personality disorder are

not related clinically nor psychodynamically. Although conversion symptoms may be found in patients with hysterical personality disorder, they may also be present in several other character diagnoses.’ (Gabbard, 2015, p. 540).

Gabbard also states that many physical symptoms are common to several mental disorders, but others are typical of a form of psychopathology.

In hysteria, psychic suffering is manifested in a specific way via somatization. We are in the presence of a body that expresses psychic discomfort in the ‘here and now’ via somatization.

Freud wrote: ‘In the patients I analysed there was mental health until their Ego had been presented with an experience, a representation, a feeling that had such a painful affection, that the subject had decided to forget, convinced that he/she did not have the necessary strength to resolve it, with mental effort, the existing contrast between this incompatible representation and the Ego’ (Freud, 1894, p. 123).

Freud senses that symptoms do not occur spontaneously and that they depend on pathogenic psychic formations, representations that are considered as a foreign body to Consciousness. Somatic physical symptoms play a valuable role, they indicate, with certainty, the presence of psychopathology, of mental discomfort.

There is a persistent state of anxiety. These are patients who sleep little, they suffer a lot, there is chronic fatigue at the end of each day. They often ask for help for their somatic symptoms, such as pain and paralysis of a limb. They have concerns, disabling fears. One of my very distressed patients exclaimed: ‘my greatest fear is to go crazy’.

At this point in my work, I would like to focus on the theory of hysterical conversion.

In the Freudian view, the conversion mechanism indicates a linear cause-and-effect process, that is, the sum of excitement, which is a biological force, can be deflected, transformed into something somatic, but not eliminated. I notice that there is no process, there is a pathological representation that is fixed in the past, in itself, that returns after years producing a symptom.

I argue that it is not enough for the DSM-5 to state that all diseases are multifactorial, or to deny the psychological factor as an explanation of psychopathology in favour of the biomedical factor.

In the paradigm of psychiatry, which is referenced in the DSM-5, the physical symptom is considered the ‘identification of a disease’. In medicine it is sufficient to give weight only to the physical symptom, without the need for a total understanding of the disease/psychopathology; this scientific position has at least two effects on psychiatry: it is not immune from diagnostic errors, and it cannot think of healing the various symptoms only with a drug. Medications only relieve symptoms, but they cannot cure psy-

chopathology. Definitive cessation of symptoms is not achieved with pharmacological therapy.

Since the psychopathological reality is the same, regardless of the different theoretical settings, I argue that there is a need for collaboration between psychoanalysis and psychiatry, and I would say also with similar disciplines such as neurology, neurobiology, neuropsychiatry, *etc.*, with the aim of improving theoretical understanding and knowledge of psychopathology with positive implications on clinical work.

The psychoanalytic diagnosis, histrionic personality disorder

In this last part of my work, I will devote myself to the contribution of N. McWilliams (an unsurpassed psychoanalyst in many ways). She describes the hysterical personality disorder. Hysterics are sociable, hypersensitive, their sensitivity appears superficial and exaggerated. When expressing emotions, they often give words a dramatic, inauthentic character, and their feelings can change rapidly (hysterical emotional lability). These patients have a high degree of anguish, and their feelings can change rapidly. However, they may be affectionate people who are interested in others. They are frequently seductive and manipulative, suggestible, easily influenced by the opinions of others. They are prone to performing, albeit unconsciously they may be ashamed of their own body, they tend to be the centre of attention while feeling subjectively inferior to others. In hysterical people, acting out is generally counterphobic: they approach what they unconsciously fear, such as enacting seductive behaviour when they fear sex. People with hysterical structure, given their intense temperament, which is strongly exposed to overstimulation, are easily overwhelmed. The Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) 1 (2006) also goes in the same direction: patients with hysterical personality disorder are concerned about gender, sexuality and power issues. They consider themselves fragile, flawed because of their sexual gender, placing little value on people of the same sex, while people of the other sex are powerful and exciting. They use sexuality, the only power they think they have, not expressively but defensively; women fear men and their abuse of power, it is not easy to enjoy sexual intimacy with them, and it is possible that they suffer from vaginism and the absence of orgasm. Hysterics are not apathetic and indifferent, they are able to fascinate others and they fear intrusion, exploitation and rejection.

According to my clinical research, a central dynamic of hysteria is as follows. The hysteric patient, on a deep level, has a fragile, weak, needy self-image, and a strong, powerful, destructive image of the other sex, which creates a difficulty in maintaining deep, lasting and satisfying relationships. In my opinion, behind the 'theatricality' of the hysterical patient,

behind his/her omnipotence, on a deeper level (the unconscious identity) there is an insatiable need for attention and affection (receiving love, continuous requests to be wanted, to be received), a constant and exasperated search for the satisfaction of these absolute and exasperated needs that moves the whole being as if it were asking the other 'look at me and let me exist.' This is not under conscious control. It is important to understand that behind the acting and the impressionistic style, there is an extreme and totalizing loneliness to fight. We know from research that hysterics devalue people of their own sex and idolize the other sex.

Now I will look at the causes of the development of hysteria according to the McWilliams approach. The author, using the stories of patients as a starting point, focuses on certain causes that increase the likelihood of developing a hysterical personality. Common hysterogenous situations are families where the female child is aware of the preference that one or both parents have for her brother or perceives that her parents would have wanted a son. The child may also become aware that the father and other males in the family have much more power than the mother, herself and her sisters. As the child grows up, she notices that her father is distancing himself from her and seems to feel uncomfortable with the development of her sexuality. As a result, she feels rejected because of her sex but also perceives that femininity has power over men.

It has also been observed that the fathers of many hysterical women were both threatening and seductive. An affectionate father who at the same time intimidates his daughter is an exciting object, but frightening at the same time and this creates a kind of approach-avoidance conflict. The child will learn that people of the same sex as her have less value. An additional external cause contributing to the formation of the internal hysterical structure, and increasing the greater spread of hysteria in women, is attributed to two factors: 1) in all cultures, men have more power than women. 2) in all cultures, men are less involved in the primary care of their children and their absence makes them more exciting, more idealizable compared to women.

The different predictive risk factors, which I have just summarized, are what in McWilliams' conception determines hysterical personality disorder. Indeed, all family and cultural circumstances proposed by McWilliams are generally conducive to the onset of psychopathology. Among the factors that promote the development of a hysterical personality, the cultural factor is the most decisive. In my view, this logic is based on linear, external and one-directional randomness, while I believe that the specific causes always make the outcome uncertain and that the precise effects cannot be predicted: by this, I mean that the form of psychopathology depends on the subject above all else. In my conceptualization, there is a free and active subject, not a passive one. Psychopathology should never be sought in

trauma, no matter how traumatic and devastating the experience has been. My hypothesis is that in living conditions there is nothing from the outside that determines the form of psychopathology, but this can determine the initiation of psychopathological processes. I infer that in the family conditions proposed by McWilliams, we may have a hysterical functioning (personality disorder) in the future, but it may not develop. Based on clinical research, the effect cannot be hypothetically established, that is, the prediction of the result is hypothetical. I think the laws of probability cannot explain psychopathology with certainty, not least because the relationship can never be random, direct and unilateral. I argue that hereditary disposition, the cultural factor, and the sexual factor, must be relativized and placed in the background.

It seems that McWilliams gives more importance to female hysteria. Today, as has always been the case, I believe, you can find this form of malaise even in men. Partly because anthropologically and culturally the distinctions between male and female are diminishing.

Conclusions

The theories are based on epistemic assumptions, that is, the way in which our knowledge is formed. Positivism believes that reality is the repository of truth. The Maestro Freud wanted to achieve rational detachment of knowledge, which in my opinion explains the neutrality in the analysis room in relation to the patient. The stakes are high: it is the method of knowledge itself.

We know how Freud defended his theory of libido: those who thought differently from him were expelled from the psychoanalytic association. I would just like to mention, for example, one of Freud's famous counterparts, Jung, who criticized these theories by suggesting that we should not absolutize libido. I also quote Daniela De Robertis: 'For Freud, who focuses everything on libido as a quantitative measure relevant to the energy of the drives, all the investments through which the individual relates and participates in the world come from unloaded, repressed or sublimated pulsional drives' (De Robertis, 2004). The theory of libido had to be all-encompassing, thus also explaining psychosis, but in truth Freud never worked with this type of patient. Knowing how to keep in mind which theory guides us when we work with the patient, what the underlying epistemology is, and the author's 'Weltanschauung' [worldview], allows us to avoid absolutizing theories and to be critical of their conclusive ideas. Partly because as Minolli writes: 'Theory is like a lighthouse in the night, it helps keep the course and guides us in the sea during a storm' (Minolli, 2009, p. 68).

I believe that Freudian meta-psychology by its very nature (organizing

principle: libido) has never been adequate in explaining health and psychopathology.

Another consideration relates to empirical research, in particular research that is limited to geometric and mechanical measurements of scientific knowledge, in accordance with Cartesian metaphysical methodology. The first step that research needs to take is to get out of the cause-and-effect logic. This type of causal research does not answer the complex laws of development.

The above observations lead me to believe that the old positivist paradigm is strongly present in empirical research (including psychoanalytic research) in general and that it continues to reduce reality through its manipulative measurements, which consequently give us a false, illusory result of the experiment; it is untrue because the patients who undergo the experiment behave differently compared to real life. In this type of research that breaks down variables, human complexity is not taken into account and the data results will always be invalidated. It is a matter of concretely counteracting the old method of research, and this is convenient for research, since positivism and simple determinism do no clinician any good because they are reductive. Psychopathology cannot be dismissed with a linear explanation.

Edgar Morin (1982) famously cites human complexity and invites us to broaden our knowledge horizons. Morin and others who refer to human complexity, urge the various disciplines to revise their knowledge. According to this author, each discipline should question its own dogmas, and this represents an open challenge for the scientific community within psychoanalysis.

REFERENCES

- Breuer J., Freud, S. (1888). Prefazione alla traduzione di “Della suggestione” di Hippolyte Bernheim.
- Breuer J., Freud, S. (1892). Teoria dell'attacco isterico. *OSF*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 151-72.
- De Robertis, D. (2004). Declinazione dell'amore in Freud in rapporto agli attuali orientamenti psicoanalitici. *La Pratica Analitica*, II, n. 2.
- Fontana, M. (2015). L'isteria ai tempi del DSM-5: diagnosi obsoleta o risorsa per la clinica? *Ricerca Psicoanalitica*, 26, 1:85-100.
- Freud, S. (1886). Relazione sui miei viaggi di studio a Parigi e a Berlino. *OSF*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.
- Freud, S. (1888). Isteria. *OSF*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.
- Freud, S. (1889). Recensione a “L'Ipnatismo” di August Forel. *OSF*, Vol. I, Boringhieri, Torino, 1967. 82.
- Freud, S. (1892-94). Estratti dalle note alla traduzione delle “Lezioni del martedì” di Charcot. *OSF*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.

- Freud, S. (1892-94). Prefazione e note alla traduzione delle 'Lezioni del martedì della Salpêtrière' di J. M. Charcot. *OSF*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.
- Freud, S. (1892), Abbozzi per le 'Comunicazione preliminare'. *OSF*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.
- Freud, S. (1893). Meccanismo psichico dei fenomeni isterici. *OSF*, vol. II, Boringhieri, Torino, 1968.
- Freud, S. (1894). Le neuropsicosi da difesa. *OSF*, vol. II, Boringhieri, Torino, 1968.
- Freud, S. (1938). La scomposizione della personalità psichica. *OSF*, vol. XI, Lezione 31. Boringhieri, Torino, 1979. pp. 465.
- Gabbard, G.O. (2015). *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Janet, P. (1882). L'etat mentale des hysteriques, in Lalli N. (a cura di) *La passione sonnambolica*, Liguori Napoli, 1996.
- McWilliams, N. (2011). *La diagnosi psicoanalitica*. Tr. it. Casa Editrice Astrolabio, Roma, 2012.
- Meynert, T. (1889). *Wien med. Wschr.*, vol. 39, 686.
- Migone, P. (2013). Presentazione del DSM-5. *Psicoterapia e scienze umane*, n. 3. Volume XLVII: 567-592.
- Minolli, M. (2015). *Essere in divenire, la sofferenza dell'individualismo*, FrancoAngeli, Milano.
- Minolli, M., (2009). *Psicoanalisi della relazione*, Franco Angeli, Milano.
- Morin, E. (1982). *Scienza con coscienza*, trad. ital., Franco Angeli. Milano, 1984
- PDM Task Force (2006). *PDM - Manuale Diagnostico Psicodinamico*. (tr. it. Raffaello Cortina Editore, 2008)
- Porcelli, P. (2014). I disturbi di somatizzazione nel DSM-5, *Psicoterapia e scienze umane*, 48, 3: 431-452.
- Solano, L. (2001). *Tra mente e corpo* (capp. VII, VIII E IX), Raffaello Cortina Editore, Milano.

Conflict of interests: the author declares no potential conflict of interests.

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 22 December 2022.

Accepted: 29 June 2024.

Editor's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, editors and reviewers, or any third party mentioned. Any materials (and their original source) used to support the authors' opinions are not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:745

doi:10.4081/rp.2024.745

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Il mondo dell'isteria

Adriana Prela*

SOMMARIO. – Esporrò il grande contributo di Freud non solo nell'ambito della neuropatologia, della psichiatria, e della medicina in generale, ma mostrerò come egli con la sua ricerca clinica abbia aperto una strada nuova rispetto alla comprensione della psicopatologia. Prenderò in esame alcune teorie sulla genesi dei sintomi dell'isteria e descriverò il viaggio scientifico di Freud che ha aperto una nuova prospettiva portando gradualmente alla nascita della psicoanalisi. Un contributo importante è la teoria del codice multiplo di Bucci con i tre principi distinti di organizzazione dell'esperienza. Il modello viene applicato alla clinica e determina il trattamento, ha dunque lo scopo di spiegare e di intervenire sul mondo dell'isteria. Anche il modello della Bucci ha degli aspetti critici e ha delle ricadute evidenti che vedremo in questo lavoro. Un contributo enorme è quello di McWilliams, a proposito del disturbo istrionico di personalità. Il sintomo strutturale assume qui la posizione che gli spetta nella spiegazione e nella cura della psicopatologia. Nella sua opera c'è un passaggio importante: si procede da una spiegazione di mono causalità lineare verso una casualità multi fattoriale. Una volta letto questo articolo, si vedrà che è necessario fornire nuovi contributi alla comprensione dei processi psichici, e per fare questo occorre una rivisitazione delle teorie psicoanalitiche.

Parole chiave: epistemologia; complessità; psicopatologia; isteria; sintomo.

La nevrosi isterica

‘Se gettiamo per terra un cristallo, questo si frantuma, ma non in modo arbitrario; si spacca secondo le sue linee di sfaldatura in pezzi i cui contorni, benché invisibili, erano tuttavia determinati in precedenza dalla struttura del cristallo. Strutture simili, piene di strappi e fenditure, sono anche i malati di mente’ (Freud, 1932, p. 465).

Il termine isteria (Freud, 1888, p. 43; dalla parola greca che sta per utero) risale ai tempi più antichi della medicina. L'isteria o dipendeva dall'utero oppure era finzione, il suo stato veniva considerato frutto di simulazione e di

*Psicologa, Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italia.
E-mail: adrianaprela@hotmail.com

esagerazione, indegno dell'osservazione clinica. Questa patologia era associata a problemi del mondo femminile, e qualora venisse osservata la sintomatologia isterica nei maschi, venivano create nuove diagnosi come 'nevrastenia' o 'shock da bombardamento'. Il cuore della diagnosi, oggi, non può essere ridotto alla simulazione; occorre in ogni caso che il professionista sappia individuare la sintomatologia isterica senza fermarsi all'apparenza.

Una migliore comprensione della malattia ha inizio con gli studi di Charcot e con la scuola della Salpêtrière (Breuer, Freud, 1892, p. 143; Freud, 1888, p. 69), Janet, P. (1882), Bernheim, Breuer e altri medici studiavano l'isteria con l'ipnotismo (Janet, 1882). A Nancy, la scuola di Lièbeault e di Bernheim si poneva in antagonismo con Charcot. Nel mondo della psichiatria alla fine dell'800 l'ipnosi era assai diffusa. Charcot conduceva le sue fondamentali ricerche sulle grandi nevrosi e si concentrò in particolare sull'isteria. L'attacco isterico come egli lo descrisse consisteva in quattro fasi: la fase epilettiforme, la fase dei movimenti ampi, la fase delle attitudini passionali e la fase del delirio terminale, oltre a un'ampia varietà di sintomi fisici, un insieme di sintomi eterogenei all'interno di una stessa diagnosi. In questo modo tutti i sintomi fisici rientravano nel grande attacco isterico: l'isteria fungeva da copertura per l'incomprensibile. Facevano parte del quadro clinico dell'isteria anche le stigmate.

Charcot, nei suoi studi clinici considera l'isteria una degenerazione congenita del cervello; per lui l'ereditarietà è la vera causa dei grandi attacchi isterici e la malattia è il risultato di un'intossicazione da mercurio. Queste idee di Charcot non erano ben accette a Vienna. Nel frattempo Freud aveva fatto domanda per una borsa di studio che gli consentisse di proseguire gli studi in neuropatologia. Il suo desiderio venne esaudito, fu inviato a Parigi con una borsa di studio che avrebbe dovuto mettere in discussione le teorie di Charcot, ma le cose presero un'altra piega (Freud, 1885-86, p. 5). Egli si immerse nello studio dell'ipnotismo, imparò la tecnica ipnotica e inizialmente la difese trovandovi spunti promettenti per il futuro della terapia delle nevrosi. Al contrario, l'autorevole professor Meynert (Meynert, 1889, p. 686) e altri celebri medici dell'epoca mossero critiche all'ipnosi escludendone qualsiasi valore terapeutico e scientifico: 'le guarigioni non dimostrano nulla, anzi hanno esse stesse bisogno di essere dimostrate.' (Freud, 1889, p. 97)

L'ipnosi rimase per i medici a Vienna un procedimento inefficace e un intervento pericoloso. Freud finì per contrapporsi al venerato maestro Meynert. In seguito aprì il suo studio professionale iniziando ad applicare la procedura e producendo nei pazienti l'ipnosi con l'obiettivo di liberali, guarirli dai sintomi. Con la suggestione si mirava ad un effetto immediato: 'Se la terapia ipnotica è rivolta solo ai sintomi, e non ai processi patologici, essa segue la via che tutte le altre terapie sono obbligate a praticare' (Freud, 1891, p. 120). Freud nel 1889, per perfezionare la sua tecnica ipnotica, passò alcune settimane alla scuola di Nancy. La teoria della suggestione ela-

borata da Liébeault e dai suoi seguaci Bernheim, Beaunis, Liégeois (Freud, 1888) sosteneva che tutti i fenomeni ipnotici fossero effetti psichici e idee suscitate nel paziente dall'ipnotizzatore mentre sia per Charcot che per Freud questa tesi era da rifiutare.

Mi interrogo circa l'ipnosi e l'epistemologia ad essa sottesa. Le teorie formulate rispondono ai criteri della complessità umana? Il primo passo del trattamento ipnotico consiste nel provocare uno stato ipnotico, in un secondo tempo si trasmette all'ipnotizzato una suggestione. Lo strumento primo con cui si opera è la suggestione: il trattamento ipnotico consiste nell'ordinare, durante lo stato di ipnosi, la scomparsa dei sintomi del paziente. Il trauma sepolto nell'inconscio viene in qualche modo restituito, e a che cosa? In mancanza di coscienza – poiché l'ipnosi avviene in stato di trance – se in qualche modo viene restituito un sapere, si tratta del sapere del terapeuta. Freud era consapevole che l'ipnosi soddisfacesse tutti i requisiti di una terapia causale diretta, in accordo con l'epistemologia positivista dell'epoca, e secondo una logica del tipo causa-effetto.

Dopo un certo arco di tempo Freud cessò di praticare la tecnica ipnotica, in favore del metodo catartico di Breuer che utilizzava l'ipnosi per risvegliare i ricordi del tempo passato in cui il sintomo si era manifestato per la prima volta. Breuer era un medico affermato e insieme a Freud proseguì lo studio dei processi psichici durante l'attacco isterico. Freud arrivò a contestare la teoria eziologica di Charcot, superando il fattore ereditario con una svolta epocale. Centrale nell'osservazione di Freud rispetto alla causa è il fatto che essa non risieda nell'ereditarietà, ma in anomalie della vita sessuale. Egli giunse all'eziologia dell'isteria attraverso l'osservazione di pazienti isteriche in condizione ipnotica, analizzando il contenuto dell'attacco isterico indotto dallo stato ipnotico. Aveva riscontrato dei traumi incestuosi durante il processo dell'ipnosi.

Tra Freud e Bleuler, entrambi grandi clinici, esisteva un netto dissenso nel concettualizzare l'isteria e la loro cooperazione era tutt'altro che facile. Ai fini di una migliore comprensione del tema, descriverò di seguito lo stato di coscienza normale (senza sintomi) e gli stati patologici (con i sintomi).

Secondo Breuer (1893; discusso in Freud, 1893, p. 422) 'base e condizione' dell'isteria era la presenza di particolari stati di coscienza di tipo traumatico con limitata capacità di associazione, stati per i quali Breuer propose il nome di 'stati ipnoidei'. Egli sostenne un'isteria ipnoide; non riconobbe al fattore sessuale alcun ruolo nell'eziologia dell'isteria. La sessualità quale fonte di traumi psichici veniva rifiutata da Breuer, ipotizzando un meccanismo psichico di tipo dissociativo: 'In essa una rappresentazione diventerebbe patogena per il fatto che essa, accolta in uno stato psichico particolare, è rimasta fin da principio esclusa dall'Io' (Freud, 1893, p. 422).

Freud sosteneva un'isteria da difesa: il ricordo rappresentava il ritorno dell'evento che aveva causato l'attacco isterico, il ritorno del trauma psichi-

co. Si trattava di un ricordo inconscio o, meglio, appartenente al secondo stato di coscienza. Se l'isterico voleva dimenticare un evento, se reprimeva o inibiva una rappresentazione, questi atti psichici finivano nel secondo stato di coscienza, mentre il ricordo di essi ritornava come attacco isterico. Durante l'attacco il paziente si trovava completamente o parzialmente nel secondo stato di coscienza, mentre quando egli era nello stato di coscienza normale vi era l'amnesia dell'attacco; nel primo caso, i pazienti rivivevano in modo allucinatorio lo stesso avvenimento che aveva provocato il primo attacco. Freud credeva che vi fosse un rapporto causale tra l'evento determinante e il fenomeno patologico. Egli si accorse che non era sempre così, a volte, la connessione era chiara ovvero il trauma psichico causava direttamente l'isteria. In altri casi tra il fatto originale e il fenomeno patologico vi era solo una relazione simbolica.

La causa della nevrosi traumatica non è la lesione fisica, ma il trauma psichico. 'Può agire come trauma qualsiasi esperienza provochi gli affetti penosi del terrore, dell'angoscia, della vergogna, del dolore psichico' (Freud, 1892, p. 177).

La visione freudiana ritiene che la patologia sia il risultato di un processo attivo della psiche, considerando la rimozione il processo mentale centrale nell'isteria. Anche il concetto di conversione isterica è importante in Freud. Egli parla di conversione isterica intendendo uno stato affettivo intenso, inaccettabile per l'Io cosciente, che viene rimosso poiché non è riuscito a trovare una scarica adeguata e defluisce nell'innervazione somatica (conversione). Secondo questa concezione, l'isteria si genera mediante la rimozione di una rappresentazione insopportabile per effetto di difesa.

Gli 'Studi sull'isteria', frutto del lavoro comune di Freud e Breuer (1892-95), sono un contributo prezioso per la clinica e per la medicina in generale. Essi comprendono cinque casi clinici, il primo caso è scritto da Breuer ed è il celebre caso di Anna O.

L'esperienza di Breuer si esaurisce con questo caso, descritto oltre dodici anni dopo la cura. Breuer terminò affermando: 'da allora (1882) gode (1895) perfetta salute', tuttavia Anna O in seguito ebbe varie ricadute e venne anche ricoverata; fu lo stesso Breuer ad osservare il ritorno della sintomatologia: l'effetto terapeutico fu dunque temporaneo. Attualmente alcuni ritengono che il caso clinico di Anna O non sia tanto riconducibile ad un quadro clinico di isteria quanto piuttosto a un disturbo dissociativo di personalità.

Tra i quattro casi clinici descritti da Freud, spicca quello della Signora Emmy Von N., un quadro tipico d'isteria. Freud riconosce come non sia facile decidere tra una diagnosi di isteria o di altre forme di nevrosi. Questa paziente si prestava all'ipnosi con la più grande facilità e raggiungeva la piena suggestionabilità dei sonnambuli. Freud applicò su di lei il metodo catartico di Breuer: il trattamento durò circa sette settimane, una terapia breve volta ad

eliminare i sintomi. Scrive Freud: 'L'attacco isterico si deve forse interpretare come un tentativo di compiere la reazione al trauma (Freud, 1892 p. 156). Il paziente ha subito un trauma psichico che non è stato abreagito, la terapia ipnotica consiste nel farglielo rivivere, sotto ipnosi, costringendolo questa volta a completare la sua reazione. Lo stato della paziente migliorò in breve tempo, ed egli concluse la terapia ipnotica. Il benessere durò per parecchi mesi ma si ebbero in seguito altre crisi. Durante il suo lavoro Freud intuì che non tutti i pazienti si potevano ipnotizzare, come nei casi di Miss Lacy e di Elisabeth von R; questa difficoltà gli richiese un ripensamento del lavoro terapeutico e lo condusse ad abbandonare l'applicazione della psicoterapia ipnotica per ottenere dal paziente la rievocazione di episodi dimenticati. L'ostacolo lo spinse a considerare questa stessa difficoltà come un momento costitutivo dell'isteria: 'da questa nuova difficoltà mi salvò il ricordo di aver visto Bernheim fornire la prova che i ricordi del sonnambulismo sono soltanto apparentemente dimenticati nella veglia, e che si possono ridestare mediante un leggero ammonimento, dato insieme a una pressione della mano a indicare un diverso stato di coscienza' (Freud, 1893, p. 266). Il procedimento di Bernheim fu il nuovo modello tecnico di Freud ed egli lo applicò per la prima volta con Miss Lacy R. Secondo la concezione freudiana, il paziente soffrirebbe di un trauma, o di una serie di traumi sessuali infantili.

L'obiettivo terapeutico di Freud consisteva nel raggiungere i ricordi, le rappresentazioni patologiche che erano portate fuori dalla coscienza e dalla memoria ed erano cadute nell'oblio: queste dovevano venire alla coscienza, diventare coscienti sotto la pressione della sua mano.

L'obiettivo è il medesimo per Freud: aggirare l'ipnosi e raggiungere la regione dell'organizzazione patologica che ha in sé l'origine del sintomo. Si tratta di abreagire il trauma, cioè di ri-traumatizzare il paziente.

Freud a volte oscillava rispetto alle sue scoperte, da una parte pensa di aver capito il meccanismo psichico dell'isteria, dall'altra scriveva: 'ma quanto siamo lontani oggi dalla possibilità da una cosiffatta comprensione perfetta dell'isteria' (Freud, 1892, p. 393). E ancora: 'nuove esperienze dovranno dirci, speriamo presto, se con questa tendenza ad allargare il concetto della difesa estendendola a tutta l'isteria io non corra pericolo di cadere nell'unilateralità e nell'errore (Freud, 1893, p. 422).

Mentre faceva esperienza clinica con la tecnica utilizzata da Bernheim, Freud ammetteva a sé stesso che esistesse la possibilità del fallimento nel procedimento della pressione della mano, anche perché non sempre si otteneva la reminiscenza. Rispetto alle guarigioni gli venne il dubbio che ad agire non fosse tanto il meccanismo del ricordo del trauma, il portare a consapevolezza quello che era accaduto nella realtà, bensì la suggestione. Anche la tecnica di Bernheim venne per ciò sostituita.

Per queste e altre ragioni, Freud procedette trovando la strada per quella che sarebbe stata la sua specifica tecnica, le associazioni libere. Rispetto

all'ipnosi, vi era una innovazione del modo di lavorare, se pure non sufficiente: come vedremo la clinica darà un colpo devastante alla teoria.

Mentre egli proseguiva con le scoperte, riscontrava nuove difficoltà nella pratica clinica: doveva lottare contro la forza psichica dei pazienti che si opponeva, al raggiungimento dei ricordi rimossi. Freud aveva la certezza di conoscere la realtà del paziente; i suoi interventi erano diretti verso un luogo remoto. Egli credeva che il compito della forza psichica fosse quello di impedire il ritorno delle rappresentazioni patogene. Scrive di trovarsi in principio davanti a questa forza come davanti a un muro e che la penetrazione nel mondo del paziente dipenda dal superare questa fortezza, la resistenza all'associazione: 'il paziente resiste, si difende dalle mie interpretazioni'. Si accorgeva che il sintomo 'resisteva' alla parola, resisteva alla cura e intuiva che ci fosse un legame quasi indistruttibile del soggetto con il suo sintomo.

In Freud, la sessualità aveva un ruolo centrale, sia a livello teorico che nella pratica clinica, nell'eziologia non solo dell'isteria ma anche della psicopatologia in generale.

Egli intendeva l'inconscio come un luogo in cui convergevano per rimozione tutti i pensieri non accettati dalla coscienza e fonte di angoscia per l'Io. Successivamente essi riaffioravano e i sintomi di conversione erano l'espressione inconscia tramite il corpo delle emozioni rimosse.

Procedendo con lo sviluppo della sua teoria, Freud abbandonò la teoria del trauma reale e la sostituì con una teoria fantasmatica nella quale la realtà non aveva valore. Arrivò ad affermare che alla base dell'isteria vi fosse una duplice fissazione: problemi orali ed edipici. Secondo la sua ipotesi teorizzata con il Complesso di Elettra, nella prima infanzia la bambina ha bisogno di cure materne assidue; resta delusa dalla madre che non riesce a farla sentire sicura, appagata e apprezzata. Il bambino – sotto la spinta della rivalità col padre – incontra l'oggetto materno, ma proprio a causa della proibizione paterna lo sostituisce con un altro oggetto. La bambina si trova da principio nella stessa posizione del maschio: è oggetto delle cure materne e al tempo stesso oggetto del desiderio della madre; si accorge rapidamente che la madre desidera qualcosa che lei in quanto bambina non ha e di non essere l'oggetto in grado di soddisfare il desiderio materno. Si rivolge al padre come nuovo oggetto, in precoce 'concorrenza con la madre', che era stata fino poco prima il suo oggetto. Freud sosteneva che la bambina 'attende dal padre il dono fallico' e il rapporto madre-figlia si rivelava in tal modo notevolmente complesso, a tal punto che Freud parlava di 'catastrofe'. Lo sviluppo dello [psichismo?] femminile procedeva per grandi separazioni implicando la separazione dall'oggetto in grado di soddisfare fantasmaticamente le attese della bambina; oggetto che essa doveva attendere dal padre per uscire dalle 'panie' del rapporto con la madre. In conclusione, la bambina sarebbe riuscita a separarsi dalla madre unicamente svalutandola e rivolgendo il proprio amore verso il padre.

Nella letteratura psicoanalitica si parla di isterici ‘sani’ e ‘malati’. I pazienti isterici ‘sani’ sono definiti da una varietà di aggettivi, come ‘buoni’, ‘fallici’ e ‘autentici’. Una quantità maggiore di definizioni è stata applicata a quelli che rientrano nel secondo gruppo ‘isterici orali’, ‘isterici buoni’, ‘isteroidi’ e ‘personalità infantili’ (Gabbard, 2015, p. 540).

Un punto critico centrale riguarda il riduzionismo freudiano: ‘quando una teoria assolutizza una specifica caratteristica della natura umana, per giusta che possa apparire all’interno di una coerenza logica data, si cade inevitabilmente nel riduzionismo (Minolli, 2015, p. 34). L’esaltazione della libido è ritenuta essere uno dei grandi limiti dell’approccio freudiano: si crede che essa non consideri la vera essenza di una persona. Vi sarebbe, inoltre, una mancata valorizzazione dell’ambiente. Mi sembra che senza prendere in considerazione l’altro e l’esperienza con l’altro non si possa avere una teoria della psicopatologia: tutto ciò che è essenziale per iniziare a capire la natura umana e la psicopatologia, parrebbe assente in Freud.

Spero che gli psicoanalisti che ancora oggi seguono la lettura freudiana dell’isteria abbiano il coraggio di oltrepassarla. I motivi che mi spingono all’obiezione, sono molti, ma desidero segnalare alcuni punti deboli che a mio parere richiedono massima attenzione. Credo che in Freud vi sia una spiegazione troppo semplice del mondo del paziente, la cui realtà deve corrispondere, deve rientrare nello schema della teoria. Nella visione freudiana vige un’idea semplice della psicopatologia, che non corrisponde alla realtà complessa del paziente.

Per chiarire uno degli inciampi freudiani va sottolineato come lo sviluppo della sessualità femminile (e anche quello della sessualità maschile) non segua il percorso previsto da Freud. In primo luogo, credo che sarebbe giusto iniziare a parlare di sviluppo psicofisico, tenendo presente che la malattia e la formazione dell’essere umano non possono essere spiegate con la vita sessuale.

Cito Daniela De Robertis: ‘Il concetto di libido e il punto di vista economico sono due referenti che Freud eredita dal contesto storico del suo tempo, espressione dell’epistemologia positivista e fisicalista cui Freud aderisce’ (De Robertis, 2004, p. 86). Riflettendo sul concetto di libido noto una contraddizione nel cuore della teoria dell’isteria: Freud sostiene che le cause della formazione dei sintomi isterici siano da cercare nell’ambito della vita psichica, ma allo stesso tempo ingenera un equivoco che accompagnerà la sua teoria per sempre, affermando ossia che il fattore biologico e la vita sessuale debbano spiegare il disagio psichico, la vita psichica. Credo che i traumi e gli abusi sessuali non abbiano il potere di sviluppare sintomi isterici, che non esista una relazione diretta tra il sintomo e il rimosso. All’interno della ricerca ipnotica (che non è ricerca psicoanalitica) Freud si accorse della componente sessuale dell’isteria. Mi pongo alcune domande alle quali la teoria della libido non credo possa

rispondere e avanzo delle critiche rispetto alle fondamenta della psicoanalisi, evidenziando le sue lacune sin dai primi passi. Riporto a tale proposito una posizione che condivido: 'La meta-psicologia freudiana, per la natura stessa dei suoi costrutti di base (quali energia psichica, pulsione, di investimento e così via) non appare suscettibile di validazione empirica' (cit. Solano, 2001, p. 231).

Desidero porre alcune domande, utili per decostruire l'approccio freudiano. Come può la psicopatologia avere origine dalla libido? Come può lo sviluppo psicofisico dipendere dalla libido?

Un ulteriore sostegno alle mie affermazioni rispetto all'impossibilità del fattore libidico come spiegazione della sintomatologia isterica ha a che fare con un altro 'errore' del padre della psicoanalisi, quello di trasferire le perversioni delle isteriche, osservate durante l'ipnosi, al mondo dell'infanzia. L'essere umano si può pervertire e sia la ricerca ipnotica che quella clinica lo dimostrano con la scoperta desideri incestuosi, dell'Edipo, ecc. Credo che il concetto di fissazione doppia, orale ed edipica, nell'isteria non regga, come pure che non si possa parlare di isterici orali e fallici.

Ritengo che la teoria della libido non sia stata fondata in maniera convincente, che si sia trattato di una generalizzazione impropria. Mi pongo un'altra domanda rispetto alle zone erogene che nella concezione freudiana danno luogo a diverse nevrosi. Come si può stabilire il tempo della fissazione in una data zona partendo dalla clinica? Se mai queste zone esistessero, penso che nessuno possa individuare il momento esatto della fissazione stabilendo un punto di inizio se non 'a priori'. La ragione mi porta a contestare con forza il concetto delle zone erogene. Mentre sto per concludere questa parte, formulo le ultime domande: in base a quale criterio Freud decide la scansione temporale della psicopatologia? Da dove si inizia? Viene naturale l'ulteriore domanda: cosa c'è di reale, di vero, di coerente, di concreto nella teoria freudiana? In base a queste domande e argomentazioni, fatali per la teoria della libido, penso che si possa ritenere che la realtà psichica sia molto differente da quello che pensava Freud, e che sia necessario fornire nuovi contributi alla psicoanalisi.

La teoria del codice multiplo e la psicosomatica

Prima di iniziare a esaminare il modello emozionale della Bucci, mi soffermerò brevemente sul costrutto di alessitimia (si parla di funzionamento alessitimico) e sulle sue conseguenze dirette sulla salute. In questo modello viene proposto un cambiamento di prospettiva, da un modello centrato sull'inibizione, per il quale la persona reprime, inibisce o nega le emozioni, ad uno basato sull'assenza di parole. Al centro di questo approccio, sta un difetto di espressione emotiva come base di disturbi somatici. Secondo tale

visione il soggetto alessitimico ha difficoltà anche a identificare le proprie emozioni, è incapace di provarle e di esprimerle, in sintesi appare carente nella dimensione cognitiva-esperienziale ed interpersonale mentre si presentano i disturbi somatici.

La parola a-lessi-timia, di derivazione greca, da *alfa*-privativo, *lexis*-parola, *thymos*-emozione: mancanza di parole per le emozioni. La persona quindi non ha parole per le emozioni, o meglio non riesce ad esprimerle.

‘L’alessitimia viene concettualizzata come un disturbo della regolazione affettiva’ (Solano, 2001). I diversi disturbi fisici e mentali (il modello di psicopatologia) si caratterizzano da scarsa espressione emotiva, o da livelli eccessivi di emozione espressa. Alla base si ha la presenza di un’emozione non sufficientemente elaborata, pensata, ‘digerita’, che può portare a una inibizione dell’espressione emotiva, oppure a carenze della regolazione emotiva. Secondo Luigi Solano, Wilma Bucci ‘pur non facendo esplicito riferimento al concetto di alessitimia, ha proposto un modello di costruzione degli schemi emozionali che implica la possibilità di interruzione o blocco delle connessioni al loro interno dovuto a carenze nella relazione di accudimento primario’ (Solano, 2001, p. 212).

Anche Porcelli fa un’osservazione simile: ‘per chi ha familiarità con la letteratura psicosomatica apparirà evidente come questo modello sia vicinissimo al costrutto di *alexithymia* ed al concetto di ‘disregolazione affettiva’, se il termine *alexithymia* può essere tradotto ‘emozioni senza parole’, il modello di somatizzazione della Bucci può diventare ‘stati somatici senza simboli’ (Porcelli, 1997, p. 152).

All’inizio, la Bucci ha elaborato un modello evolutivo, chiamato ‘teoria del codice duale’ sostituito in seguito con la ‘teoria dell’elaborazione dell’esperienza’, detta diversamente ‘teoria del codice multiplo’. L’autrice estende la base solida freudiana (pensiero primario e secondario) per includere tre (e non due) sistemi di pensiero.

Nella ‘teoria dell’elaborazione dell’esperienza’ l’attività della mente è risultato di tre distinti sistemi di immagazzinamento ed organizzazione delle informazioni, delineate progressivamente nel corso dello sviluppo. Il bambino per formare i propri schemi emotivi dipende dall’altro, la cui presenza funge per lui da organizzatore della vita simbolica. Secondo la Bucci, gli schemi emotivi, affettivi, emozionali si iniziano a formare all’interno dei sistemi non verbali e hanno la caratteristica di essere sempre attivi, rendendo possibile l’elaborazione in parallelo delle informazioni. Le modalità di elaborazione delle informazioni e delle categorie dell’esperienza sono: i) sistema non verbale-non simbolico: le modalità di funzionamento di questo sistema si distinguono dagli altri due sistemi. Il sistema subsimbolico è di natura continua, non categoriale; ii) sistema non verbale-simbolico. A questo livello di organizzazione e funzionamento di pensiero, i simboli sono immagini e possono essere organizzati in schemi. I simboli in questo

modello sono entità discrete e possono essere ricondotte a categorie ed essere combinate in un numero infinito di possibilità dotate di significato; iii) sistema verbale- simbolico, è il codice del linguaggio e della logica. Nel modello della Bucci le parole sono simboli che possono essere combinate in un numero illimitato di modi. Il sistema verbale immagazzina le informazioni e si organizza seguendo le regole del linguaggio e della logica formale. Quindi utilizza le parole per organizzarsi e comunicare con gli altri e con sé stessi, per dirigere e regolare il comportamento. Il funzionamento di questo sistema può essere considerato analogo al pensiero del processo secondario di Freud.

Solano esplicita un altro dato: 'la teoria del codice multiplo deriva dai modelli cognitivi attuali ma va oltre poiché pone l'accento sul ruolo delle emozioni nella cognizione umana e sugli aspetti complessi della tradizione delle esperienze emotive nelle forme verbali'. In questo paradigma, le emozioni vengono viste come schemi immagine-azione e si distinguono da altri schemi cognitivi nell'essere parzialmente dominati da sistemi di elaborazione motori e viscerali. Il sistema non verbale e verbale con i loro specifici principi organizzativi, si collegano tra loro attraverso i nessi referenziali. Il processo referenziale mira ad essere una misura del ciclo referenziale, che connette i contenuti analogici, in parallelo, dei sistemi non verbali con il formato 'a canale singolo', sequenziale, simbolico del codice verbale. Secondo l'autrice lo sviluppo emotivo normale dipende dall'integrazione dei processi somatici, sensoriali e motori negli schemi emotivi, il fallimento di questa integrazione causa i disturbi emotivi. Il livello più profondo di dissociazione implica la mancanza di formazione di queste connessioni fin dall'inizio. La Bucci parla di un blocco delle connessioni all'interno degli schemi non verbali o tra le rappresentazioni non verbali e le parole. 'La Bucci (1997) propone che la situazione di alessitimia possa implicare una dissociazione tra le rappresentazioni emotive di tipo analogico, globale, presenti soprattutto nell'emisfero destro, e quelle codificate da immagini e parole presenti nell'emisfero sinistro' (cit. Solano, 2001, p. 227). L'autrice sostiene che tutte le forme di somatizzazione implicano dissociazioni a livelli differenti di gravità fra pattern somatici e motori di attivazione e rappresentazione simbolica degli oggetti all'interno degli schemi emotivi. Lo sviluppo emotivo normale dipende dall'integrazione dei processi somatici, sensoriali e motori negli schemi emotivi, per cui è il fallimento di questa integrazione responsabile dei disturbi emotivi. Le sindromi come ipocondria e conversione isterica implicano la focalizzazione su particolari organi corporei che risultano danneggiati e che questa particolare sezione corporea funge da simbolo che organizza lo schema emotivo quando l'oggetto primario dello schema viene dissociato al servizio delle difese. I sintomi isterici riguardano un'attivazione subsimbolica più estesa delle tracce a livello delle rappresentazioni viscerali, motorie e sensoriali. Secondo la Bucci, i

sintomi somatici e agiti possono essere visti in alcuni casi come adattivi e progressivi.

Vediamo l'applicazione diretta nella pratica clinica con delle ricadute nella stanza d'analisi. Consideriamo le mie obiezioni rispetto alla ricerca empirica: in questo caso abbiamo l'assolutizzazione del concetto di Alessitimia e della disregolazione emotiva, che tendono ad estendersi trasversalmente per consegnare alla clinica la chiave della comprensione di tutta la patologia somatica e mentale. È chiaro che vi sia una generalizzazione indebita. Partendo dalla mia esperienza posso disconfermare questo modello clinico. Il modo in cui viene svolta la ricerca, con delle semplici ipotesi che assumono dei poteri esplicativi illimitati rispetto alla psicopatologia, mi lascia perplessa.

C'è una epistemologia positivista che domina la ricerca: anche il modello della Bucci non si distacca da essa. Il nostro è il tempo della complessità e una spiegazione di tipo causa effetto non è senza conseguenze per la psicoterapia.

Coerente con questo modello di sviluppo sano e psicopatologico, lo psicoterapeuta assume la funzione di un nuovo oggetto primario per il paziente. Seguendo questo modello, la cura consiste quindi nel riparare la dissociazione emotiva, ricostruire gli schemi emotivi dissociati. In questo approccio il sintomo somatico è dotato di significati emotivi (in verità non esiste lo sviluppo del significato emotivo semmai esiste quello cognitivo, gli schemi cognitivi, essendo il sintomo fuori del controllo della coscienza, senza significato di per sé). Il sintomo corporale del paziente adulto nel qui ed ora viene ricondotto nel là ed allora; il terapeuta deve riparare il difetto dell'infanzia, e per farlo va a focalizzare l'intervento di cura nel là ed allora del trauma del paziente, ma in questo modo non si ripristina la salute psicofisica. Il modello della Bucci non si può seguire come un modello di psicopatologia generale.

Dopo avere riflettuto molto, espongo alcuni punti del mio pensiero sul disagio psicofisico (non disagio fisico e mentale): esso deve essere inserito in un processo evolutivo; non esiste solo uno sviluppo fisico (peso, altezza, cioè il corpo) bensì soprattutto uno sviluppo psicofisico. È in via di formazione un processo di costruzione dell'identità. Ogni formazione dell'essere richiede un lunghissimo periodo ecco perché un trauma unico o cumulativo, un difetto di espressione emotiva come base di disturbi somatici, non può spiegare la psicopatologia. Una piccola patologia può diventare una grande.

Nella mia concettualizzazione i contenuti hanno un ruolo che non va trascurato nella clinica, nel loro insieme delineano l'identità. Uso una metafora, quella dell'albero. I rami dell'albero sono i comportamenti che si vedono più facilmente, in cui entrano anche i sintomi fisici; i rami sono ben radicati nel tronco che entra a far parte integrante del nostro Io, che a sua volta è radicato sotto terra, la parte più profonda. Ma c'è un unico albero.

L'isteria nel manuale diagnostico e statistico 5

Io credo che sia utile iniziare a trattare questa parte riportando alcune critiche formulate al manuale diagnostico e statistico (DSM) 5.

‘Il DSM è un manuale diagnostico, e in medicina diagnosi significa identificazione di una malattia e possibilmente delle sue cause. In psichiatria, non essendo note le cause dei disturbi mentali il concetto di diagnosi si riferisce solo alla prima parte della definizione di una malattia’ (Porcelli, 2014, p. 432)

‘Le forme di disagio che da sempre la psichiatria cerca di catturare e descrivere continuano a subire ridefinizioni e ricollocazioni nel quadro nosografico e questo è vero per l'isteria. Nel DSM-5 è stata fatta la scelta di non usare il termine nella classificazione dei disturbi, è ciò è coerente con l'intenzione di fare del manuale uno strumento esclusivamente descrittivo, con criteri oggettivi, distaccato da qualsiasi concezione teorica’ (Fontana, 2015, p. 85).

‘Tuttavia pur al massimo possibile della ‘ateoricità’ è evidente che la necessità di mantenere la diagnosi al minimo livello di interferenza teorica sul piano esplicito dei disturbi osservabili non è ideologicamente neutra poiché presuppone la dicotomia fra ciò che è medico (ossia organico) e ciò che non lo è (ossia psicologico) ricadendo ancora una volta nel vecchio dualismo mente-corpo (Porcelli, 2014, p. 436).

Secondo Migone (2013), l'approccio ‘ateorico’, di adesione al solo criterio descrittivo è un aspetto fondamentale del DSM-III, del DSM-IV e anche del DSM-5. L'impostazione ‘ateorica’ del DSM consiste nel mettere da parte le teorie eziopatogenetiche affidando la diagnosi dei disturbi psicopatologici esclusivamente ai sintomi osservabili dal clinico. Per ciò il DSM-III, tra le altre cose, dovette eliminare i termini isteria e nevrosi, perché troppo legati a ipotesi teoriche, ad esempio psicoanalitiche. L'impostazione ‘ateorica’ è stata mantenuta anche per i disturbi di somatizzazione.

Secondo Fontana il punto di svolta è avvenuto nel passaggio dal DSM-II al DSM-III, perché il primo contemplava ancora la nevrosi isterica di conversione e di tipo dissociativo, e la personalità isterica. Charcot, Janet, Bernheim, e Freud hanno dato un contributo enorme rispetto al mondo dell'isteria. Credo che è uno dei grandi meriti di Freud sia quello di aver preso sul serio questi pazienti con l'intento di capire il loro disagio.

Molti sintomi fisici che appartengono al disturbo dissociativo di personalità, al disturbo ossessivo-compulsivo, all'ipochondria, al disturbo borderline e ad altri disturbi venivano inclusi nel grande attacco isterico, il che ha comportato una confusione diagnostica comprendendo anche l'attacco epilettico nella sintomatologia isterica.

Gabbard afferma: ‘Nella moderna psichiatria esiste un ampio consenso nel ritenere che i sintomi isterici di conversione e il disturbo isterico di per-

sonalità non siano correlati né da un punto di vista clinico, né da un punto di vista psicodinamico. Sebbene sintomi di conversione si possono riscontrare in pazienti con disturbo isterico di personalità, possono essere presenti anche in diverse altre diagnosi del carattere'. (Gabbard, 2015, p. 540).

Molti sintomi fisici, dice ancora Gabbard, sono comuni a diversi disturbi psichici, ma altri però sono tipici di una forma di psicopatologia.

Nell'isteria, la sofferenza psichica si manifesta in modo particolare attraverso la somatizzazione. Siamo in presenza di un corpo che esprime attraverso la somatizzazione il disagio psichico nel qui e ora.

Scrivendo Freud: 'Nei pazienti da me analizzati vi era sanità psichica fino a quando al loro Io non si era presentata un'esperienza, una rappresentazione, una sensazione che aveva un affetto talmente penoso, che il soggetto aveva deciso di dimenticare, convinto di non avere la forza necessaria a risolvere, per lavoro mentale, il contrasto esistente tra questa rappresentazione incompatibile e il proprio Io' (Freud, 1894, p. 123).

Freud intuisce che i sintomi non si producono in modo spontaneo e che dipendono dalla formazione psichica patogena, rappresentazioni che vengono considerate come un corpo estraneo dalla Coscienza. I sintomi fisici somatici hanno un ruolo prezioso, indicano con certezza la presenza della psicopatologia, del disagio psichico.

È presente uno stato persistente di ansia. Sono pazienti che dormono poco, molto sofferenti, c'è una fatica cronica a terminare la giornata. Chiedono aiuto spesso per i loro sintomi somatici, per esempio il dolore e la paralisi di un arto. Hanno delle preoccupazioni, paure invalidanti. Una mia paziente molto sofferente esclama: 'la mia paura più grande è quella di impazzire'.

A questo punto del mio lavoro, vorrei soffermarmi sulla teoria della conversione isterica.

Nella visione Freudiana il meccanismo di conversione indica un processo lineare di causa effetto, cioè la somma di eccitamento in quanto forza biologica può essere deviata, trasformata in qualcosa di somatico, ma non eliminata. Io noto che non c'è processo, c'è una rappresentazione patologica ferma nel passato, a sé stante, e che ritorna dopo anni producendo un sintomo.

Sostengo che non sia sufficiente per il DSM-5 affermare che tutte le malattie sono multifattoriali, oppure negare il fattore psicologico come spiegazione della psicopatologia in favore al fattore biomedico.

Nel paradigma di quella della psichiatria che ha come riferimento il DSM-5 il sintomo fisico viene considerato 'identificazione di una malattia'. Per la medicina è sufficiente dare peso solo al sintomo fisico, senza il bisogno di una comprensione totale della malattia/psicopatologia; questa posizione scientifica ha almeno due ricadute sulla psichiatria: non è immune dai errori diagnostici e non può pensare di guarire la svariata sintomatologia

solo con il farmaco. I farmaci alleviano solo i sintomi, ma non possono procurare la guarigione della psicopatologia. La cessazione definitiva dei sintomi non si ottiene con la terapia farmacologica.

Dal momento che la realtà psicopatologica è la medesima, a prescindere dalle differenti impostazioni teoriche, sostengo che occorra collaborazione tra la psicoanalisi e la psichiatria, e direi anche con discipline affini come la neurologia, neurobiologia, neuropsichiatria, ecc., con lo scopo di migliorare il sapere teorico e la conoscenza della psicopatologia con delle implicazioni positive sul lavoro clinico.

La diagnosi psicoanalitica, il disturbo di personalità istrionica

In quest'ultima parte del mio lavoro mi dedicherò al contributo di N. Mc Williams (una psicoanalista insuperabile per certi versi). L'autrice descrive il disturbo della personalità isterica. Gli isterici sono socievoli, ipersensibili, la loro emotività appare superficiale ed esagerata. Quando esprimono delle emozioni spesso danno alle parole un carattere drammatico, inautentico, e i loro sentimenti possono mutare rapidamente (labilità affettiva isterica). Questi pazienti hanno un grado elevato di angoscia e i loro sentimenti possono mutare rapidamente. Possono essere, tuttavia, persone affettuose e interessate agli altri. Si mostrano frequentemente sedutivi e manipolatori, suggestionabili, facilmente influenzati da opinioni altrui. Sono inclini a esibirsi, sebbene inconsciamente si vergognino del proprio corpo, tendono a porsi al centro dell'attenzione pur sentendosi soggettivamente inferiori agli altri. Nelle persone isteriche, l'*acting out* è generalmente controfobico: si avvicinano a ciò che inconsciamente temono, ad esempio il comportamento seduttivo messo in scena quando temono il sesso. Le persone con struttura isterica dato il loro temperamento intenso e fortemente esposto alla sovrastimolazione, sono facilmente sopraffatte. Anche il manuale diagnostico psicodinamico (PDM) 1 (2006) va nella stessa direzione, i pazienti con disturbo di personalità isterica si mostrano preoccupati dalle problematiche legate al genere, alla sessualità e al potere. Si considerano fragili, pieni di difetti a causa del proprio genere sessuale, attribuendo scarso valore alle persone dello stesso sesso, mentre quelle dell'altro sesso sono potenti, eccitanti. Usano la sessualità, l'unico potere che pensano di avere, non in modo espressivo ma difensivamente; le donne temono gli uomini e i loro abusi di potere, non è facile godere dell'intimità sessuale con loro ed è possibile che soffrano di vaginismo e di assenza di orgasmo. Gli isterici non sono apatici e indifferenti, sono capaci di affascinare gli altri e temono l'intrusione, lo sfruttamento e il rifiuto.

Secondo la mia ricerca clinica una dinamica centrale dell'isteria è la seguente. L'isterico a un livello profondo, ha un'immagine di sé fragile, debole, bisognosa, e un'immagine dell'altro sesso forte, potente, distruttiva,

da cui si genera la difficoltà a mantenere rapporti profondi, duraturi e soddisfacenti. A mio avviso, dietro la 'teatralità' dell'isterico, dietro alla sua onnipotenza, a livello più profondo (l'identità inconscia) c'è un bisogno insaziabile di attenzione e di affetto (ricevere amore, richiesta continua di essere voluti, di essere accolti), una ricerca costante e esasperata della soddisfazione di questi bisogni assoluti ed esasperati che muove tutto l'essere come se chiedesse all'altro 'guardami e fammi esistere'. Tutto ciò non è sotto il controllo della coscienza. È importante cogliere che dietro alla recitazione, a uno stile impressionistico, c'è una solitudine estrema e totalizzante da combattere. Sappiamo dalle ricerche che l'isterico svaluta le persone del suo stesso sesso, e idealizza l'altro sesso.

Ora mi soffermo ad analizzare le cause dello sviluppo dell'isteria secondo l'approccio della McWilliams (2011). L'autrice partendo dai racconti dei pazienti, mette a fuoco alcune cause che aumentano la probabilità di sviluppare una personalità isterica. Situazioni isterogene comuni sono le famiglie in cui la bambina sia consapevole della preferenza che uno o entrambi i genitori nutrono per il fratello, o percepisca che i genitori avrebbero voluto un figlio maschio. La bambina può anche diventare consapevole che il padre e gli altri maschi della famiglia hanno molto più potere della madre, di lei stessa e delle sorelle. Quando la bambina cresce, si accorge che il padre si allontana da lei e sembra provare disagio per lo sviluppo della sua sessualità. Di conseguenza si sente rifiutata a causa del suo sesso, ma percepisce anche che la femminilità ha un potere sugli uomini.

Si è osservato anche che i padri di molte donne isteriche erano al contempo minacciosi e seduttivi. Un padre affettuoso che al tempo stesso intimidisce la figlia è un oggetto eccitante, e nel contempo fa paura, crea un tipo di conflitto avvicinamento-evitamento. La bambina imparerà che le persone del suo stesso sesso hanno meno valore. Un'ulteriore causa esterna che contribuisce alla formazione della struttura isterica interna, e che accresce la diffusione maggiore dell'isteria tra le donne, viene attribuita a due fattori: i) in tutte le culture gli uomini hanno più potere delle donne; ii) in tutte le culture gli uomini si occupano meno delle cure primarie dei figli e la loro assenza li rende più eccitanti, idealizzabili in confronto alle donne.

I diversi fattori di rischio predittivi, di cui ho appena fatto una breve sintesi, nella concezione della McWilliams determinano il disturbo della personalità isterica. Effettivamente, tutte le circostanze familiari e culturali proposte dalla McWilliams sono generalmente favorevoli alla insorgenza della psicopatologia. Tra i fattori atti a favorire lo sviluppo della personalità isterica il fattore culturale è determinante. A mio avviso alla base di questa logica rimane una casualità lineare, esterna e unidirezionale, mentre ritengo che le cause specifiche rendano sempre incerto l'esito e che non si possano prevedere i precisi effetti; intendo cioè che la forma della psicopatologia dipende in prima linea dal soggetto. Nella mia concettualizzazione c'è un

soggetto libero e attivo, non passivo. La psicopatologia non va mai ricercata nel trauma per quanto traumatica e devastante sia stata l'esperienza vissuta. La mia ipotesi è che nelle condizioni di vita non vi sia nulla che determini dall'esterno la forma della psicopatologia, ma possa determinare l'avvio dei processi psicopatologici. Deduco cioè che nelle condizioni familiari proposte dall'autrice, possiamo avere in futuro un funzionamento (disturbo di personalità) di tipo isterico, ma possiamo anche non averlo. Partendo dalla ricerca clinica, non è possibile stabilire ipoteticamente l'effetto, ossia la previsione del risultato è solo ipotetica. Penso che la legge della probabilità non possano spiegare la psicopatologia con certezza, anche perché il rapporto non può essere mai casuale, diretto, unilaterale. Affermo che la disposizione ereditaria, il fattore culturale, e il fattore sessuale, devono essere relativizzati, e messi in secondo piano.

Sembra che la McWilliams dia più importanza all'isteria femminile. Oggi, ma credo da sempre, si può ritrovare questa forma di malessere anche negli uomini. Anche perché si stanno antropologicamente e culturalmente riducendo le distinzioni tra maschio e femmina.

Conclusioni

Le teorie poggiano sui presupposti epistemici, che riguardano cioè la modalità in cui si forma la nostra conoscenza. Il positivismo sosteneva che il reale fosse il depositario della verità. Il maestro voleva raggiungere il distacco razionale della conoscenza, ciò spiega a mio avviso la neutralità nella stanza d'analisi in relazione al paziente. La posta in gioco è grande: è il metodo stesso di conoscenza.

È noto come Freud difendesse la sua teoria della libido: chi la pensava diversamente veniva espulso dall'associazione psicoanalitica. Cito solo, ad esempio, uno delle celebri autorità al tempo di Freud: Jung, che muoveva delle critiche a tali teorie suggerendo di non assolutizzare la libido. Cito anche Daniela De Robertis: 'Per Freud che punta tutto sulla libido come grandezza quantitativa attinente l'energia delle pulsioni, tutti gli investimenti attraverso cui l'individuo si relaziona e partecipa al mondo provengono da moti pulsionali scaricati, rimossi o sublimati' (De Robertis, 2004). La teoria della libido doveva essere onnicomprensiva, doveva spiegare pertanto anche la psicosi, in realtà Freud non lavorò mai con questo tipo di pazienti. Saper tenere a mente quale teoria ci guida nel momento in cui lavoriamo con il paziente, qual è l'epistemologia sottostante e la *Weltanschauung* dell'autore, ci permette di non assolutizzare le teorie ed essere critici rispetto alle loro idee conclusive. Anche perché come scrive Minolli: 'La teoria è come un faro nella notte, che aiuta a mantenere la rotta e guida nel mare in tempesta' (Minolli, 2009, p. 68).

Ritengo che la meta-psicologia freudiana per la sua stessa natura (principio organizzatore: la libido) non sia mai stata adeguata per spiegare la sanità e la psicopatologia.

Un'altra considerazione si riferisce alla ricerca empirica, in particolare alla ricerca che si limita alle misurazioni geometriche e meccaniche della conoscenza scientifica, in accordo alla metodologia metafisica Cartesiana. Il primo passo che deve fare la ricerca è uscire dalla logica causa-effetto. Questo tipo di ricerca causale non risponde alle complesse leggi dello sviluppo.

Le osservazioni di cui sopra mi inducono a ritenere che il vecchio paradigma positivista sia fortemente presente nella ricerca empirica (anche in quella psicoanalitica) in generale e che continui a ridurre la realtà attraverso le sue misurazioni manipolative che ci restituiscono di conseguenza un risultato falso, illusorio dell'esperimento, non veritiero poiché i pazienti che si sottopongono all'esperimento si comportano diversamente dalla vita reale. In questo tipo di ricerca che scompone le variabili, la complessità umana non viene presa in considerazione e il risultato dei dati ne sarà sempre inficiato. Si tratta di contrastare concretamente il vecchio metodo di ricerca e ciò conviene alla ricerca dal momento che il positivismo e il determinismo semplice non giovano a nessun clinico in quanto sono riduttivi. La psicopatologia non può essere liquidata con una spiegazione lineare.

Il celebre Edgar Morin (1982) richiama in campo la complessità umana, invita ad allargare il proprio orizzonte conoscitivo. Morin ed altri che si rifanno alla complessità umana, invitano le varie discipline a rivedere il loro sapere. Secondo questo autore ciascuna disciplina dovrebbe interrogarsi sui propri dogmi e ciò rappresenta una sfida aperta per la comunità scientifica all'interno della psicoanalisi.

BIBLIOGRAFIA

- Breuer J., Freud, S. (1888). Prefazione alla traduzione di "Della suggestione" di Hippolyte Bernheim.
- Breuer J., Freud, S. (1892). Teoria dell'attacco isterico. *OSF*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 151-72.
- De Robertis, D. (2004). Declinazione dell'amore in Freud in rapporto agli attuali orientamenti psicoanalitici. *La Pratica Analitica*, II, n. 2.
- Fontana, M. (2015). L'isteria ai tempi del DSM-5: diagnosi obsoleta o risorsa per la clinica? *Ricerca Psicoanalitica*, 26, 1:85-100.
- Freud, S. (1886). Relazione sui miei viaggi di studio a Parigi e a Berlino. *OSF*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.
- Freud, S. (1888). Isteria. *OSF*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.
- Freud, S. (1889). Recensione a "L'Ipnatismo" di August Forel. *OSF*, Vol. I, Boringhieri, Torino, 1967. 82.
- Freud, S. (1892-94). Estratti dalle note alla traduzione delle "Lezioni del martedì" di Charcot. *OSF*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.

- Freud, S. (1892-94). Prefazione e note alla traduzione delle 'Lezioni del martedì della Salpêtrière' di J. M. Charcot. *OSF*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.
- Freud, S. (1892). Abbozzi per le 'Comunicazione preliminare'. *OSF*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.
- Freud, S. (1893). Meccanismo psichico dei fenomeni isterici. *OSF*, vol. II, Boringhieri, Torino, 1968.
- Freud, S. (1894). Le neuropsicosi da difesa. *OSF*, vol. II, Boringhieri, Torino, 1968.
- Freud, S. (1938). La scomposizione della personalità psichica. *OSF*, vol. XI, Lezione 31. Boringhieri, Torino, 1979. pp. 465.
- Gabbard, G.O. (2015). *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Janet, P. (1882). L'etat mentale des hysteriques, in Lalli N. (a cura di) *La passione sonnambolica*, Liguori Napoli, 1996.
- McWilliams, N. (2011). *La diagnosi psicoanalitica*. Tr. it. Casa Editrice Astrolabio, Roma, 2012.
- Meynert, T. (1889). *Wien med. Wschr.*, vol. 39, 686.
- Migone, P. (2013). Presentazione del DSM-5. *Psicoterapia e scienze umane*, n. 3. Volume XLVII: 567-592.
- Minolli, M. (2015). *Essere in divenire, la sofferenza dell'individualismo*, FrancoAngeli, Milano.
- Minolli, M., (2009). *Psicoanalisi della relazione*, Franco Angeli, Milano.
- Morin, E. (1982). *Scienza con coscienza*, trad. ital., Franco Angeli. Milano, 1984
- PDM Task Force (2006). *PDM - Manuale Diagnostico Psicodinamico*. (tr. it. Raffaello Cortina Editore, 2008)
- Porcelli, P. (2014). I disturbi di somatizzazione nel DSM-5, *Psicoterapia e scienze umane*, 48, 3: 431-452.
- Solano, L. (2001). *Tra mente e corpo* (capp. VII, VIII E IX), Raffaello Cortina Editore, Milano.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 22 dicembre 2022.

Accettato: 28 marzo 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:745

doi:10.4081/rp.2024.745

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Prendersi cura della sofferenza all'interno di una famiglia

Mariacarmela Abbruzzese, Enrico Vincenti***

SOMMARIO. – Nel nostro studio, ci siamo posti l'arduo compito di coniugare la complessità delle relazioni familiari con l'unitarietà del singolo individuo, riconoscendo che la sofferenza umana è intrecciata inestricabilmente con l'ambiente in cui ci si sviluppa. Abbiamo fondato il 'Centro Studi Famiglia e Gruppo - Il Pruno', con l'obiettivo di esplorare e comprendere le molteplici manifestazioni del disagio e della sofferenza umana in tutti i loro contesti e forme. Il nostro approccio non cerca di semplificare o categorizzare i fenomeni, ma piuttosto di abbracciare la loro complessità e unicità. Ogni richiesta di aiuto viene accolta con attenzione e curiosità, senza dare per scontato il percorso che ne seguirà. Il nostro modello clinico si basa su una visione non riduzionistica del soggetto, che va oltre la sintomatologia e la diagnosi patologica. Inoltre, riteniamo che l'essere umano si sviluppi continuamente in un 'presente continuo', organizzandosi in base ai suoi elementi costitutivi e interagendo costantemente con il proprio ambiente. Questo processo avviene in modo implicito, attraverso relazioni auto-regolatorie che definiscono la sua singolarità. Nella nostra società occidentale, la famiglia gioca un ruolo primario nella formazione e nell'attuazione del sé. Pertanto, le soluzioni adottate dal soggetto riflettono anche l'influenza dei genitori, della cultura e dell'ambiente familiare. Per illustrare il nostro approccio clinico, consideriamo una situazione tipo, nella quale ci impegniamo ad accogliere il soggetto sofferente nella sua unicità e complessità, esplorando le dinamiche familiari e individuali per trovare modalità di intervento appropriate e personalizzate.

Introduzione

Spesso ci si domanda come affrontare il disagio umano senza occuparsi dei legami che ogni essere vivente crea. È ormai assodato che l'essere vivente esiste e si sviluppa all'interno del suo ambiente; questo vale ancora

*Psicologa, Psicoterapeuta, Psicoanalista SIPRe-IFPS; Socia fondatrice dell'area Prospettiva Gruppo e Famiglia; Membro de 'IL PRUNO Centro Studi Famiglia e Gruppo'; Docente di Clinica presso la scuola di Specializzazione in Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italia. E-mail: abbruzzesemari@gmail.com

**Psicologo, Psicoterapeuta, Psicoanalista, Supervisore SIPRe-IFPS; supervisore in Psicoanalisi della Relazione di Gruppo e della Famiglia. Membro de 'IL PRUNO Centro Studi Famiglia e Gruppo'; Docente di Clinica Psicoanalitica presso la Specializzazione in Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italia. E-mail: evinces7@gmail.com

di più per l'uomo, che è inscindibilmente connesso al mondo dall'inizio della vita sino alla sua morte.

Partendo da questa ovvia constatazione, abbiamo ritenuto opportuno definire una clinica che rinunciassero alla pretesa di ridurre i fenomeni e che prendesse in considerazione la complessità che espressa nella molteplicità delle relazioni e nell'unicità e unitarietà del soggetto.

Come coniugare complessità e unitarietà è stata ed è la nostra sfida.

Per questo motivo, abbiamo avviato ad un processo di ricerca e di definizione di una prospettiva clinica che si occupasse di prendersi cura del disagio e della sofferenza umana in qualsiasi ambito e forma essa si esprima.

Abbiamo così costituito 'Il Pruno: Centro Studi Famiglia e Gruppo', un centro che ha lo specifico di occuparsi di situazioni cliniche di famiglia e gruppo in uno spirito di studio e ricerca continuo. Un centro che si occupa del soggetto sofferente, accogliendolo nella sua singolare unicità e individuando le modalità e il setting più appropriato per la sua situazione.

Ogni volta che riceviamo una telefonata, da parte del potenziale paziente o di un collega, cerchiamo di accogliere la domanda individuando la natura della richiesta per fornire un primo indirizzo e un primo riscontro. Cerchiamo di capire cosa chiede la persona che ci contatta, per quale motivo ha bisogno di aiuto, chi potrebbero essere le parti coinvolte e/o coinvolgibili.

Qualcuno potrebbe dire che non facciamo nulla di diverso da quello che fanno in molti, ebbene noi pensiamo che questo non avvenga sempre.

Non sempre accade che si crei il tipo di intervento cucito sulla situazione che quel potenziale paziente ci porta, senza dare per scontato cosa ne conseguirà. Dal primo contatto, proponiamo un incontro con chi riteniamo opportuno coinvolgere. Tale incontro apre ad una fase di consultazione condotta da due terapeuti.

Quale l'ottica che ci supporta e quale il modello che abbiamo in mente?

Innanzitutto, una visione non riduzionistica e scorporante, ma unitaria e complessa del soggetto. Una visione che va oltre la descrizione sintomatologica e l'attenzione alla diagnosi e alla patologia. Quindi un tentativo e uno sforzo per superare le molteplici descrizioni dei 'DIS', come la dis-funzionalità di alcuni atteggiamenti, comportamenti, relazioni, nella speranza di accedere ad una visione 'positiva' dell'uomo.

Ritenendo che quanto generalmente descritto nei 'DIS' siano le soluzioni di quel soggetto, che egli ha organizzato a partire dal primo momento di costituzione e che lo hanno accompagnato lungo il cammino della sua esistenza. Pertanto, in quanto soluzioni personali, ritenute le migliori ed uniche possibili nelle condizioni personali e ambientali in cui hanno avuto origine, caratteristiche di quel particolare soggetto e degne di essere prese in considerazione.

Un altro punto cardine del nostro modo di vedere l'essere umano consiste nel ritenere il suo operare e le sue soluzioni organizzate a partire dagli elementi costitutivi (genetici, ambientali e culturali) che, parafrasando la Stengel (1985), possiamo rappresentare come 'un fascio di temporalità organizzate'. Dove è evidente la processualità del vivente che, organizzandosi a partire dagli elementi costitutivi, si attua continuamente in un 'presente continuo', secondo principi organizzativi che lo definiscono per tutta la vita.

L'attuazione, a partire dagli elementi costitutivi, segue leggi interne proprie della specie e trova la sua espressione unica, definendo la sua singolarità, seguendo momenti specifici di sensibilità genetica nella continua interfaccia con la propria nicchia ecologica. Tutto ciò avviene a livello implicito, che Michele Minolli (2004; 2015) ha definito di 'coscienza', attraverso infiniti rapporti 'reciprocamente incidenti' che si attuano attraverso modalità auto-eco-regolatorie.

Quanto descritto in termini di funzionalità si attesta a questo livello. Si ritiene pertanto che il vivente umano sia il frutto della storia filogenetica, ambientale e culturale, mediata *in primis* dai genitori e quindi dalla famiglia. Almeno nella nostra società occidentale. Per cui l'attuazione di sé porta i 'segni' del suo essere figlio di quei genitori, di quella cultura e di quell'ambiente, ma anche delle soluzioni che ha trovato nel corso del suo divenire.

Per meglio esplicitare il nostro modello clinico, riteniamo opportuno partire da una situazione tipo.

La famiglia Tacito: tutta colpa di quel segreto

Clara contatta il nostro Centro Studi Famiglia e Gruppo Il Pruno, preoccupata per il suo secondo figlio, Federico, di 15 anni. Ci dice che suo marito, Ennio, si è confidato con un amico psicoterapeuta e che quest'ultimo ha consigliato di contattare il nostro Centro.

Clara spiega che Federico è sempre stato un ragazzo solare, socievole e con tanta voglia di vivere, ma da alcuni mesi non esce con gli amici, si chiude in camera e non vuole parlare con nessuno. Anche la scuola si è allertata e ha convocato i genitori poiché Federico ha spesso attacchi di panico in classe. Clara appare molto preoccupata e chiede se possiamo ricevere Federico nel più breve tempo possibile. L'urgenza manifestata dalla signora risuona discordante rispetto alla sintomatologia descritta.

Invitiamo la Sig.ra Clara a venire con tutta la famiglia.

La mattina dell'appuntamento riceviamo un messaggio dalla Sig.ra Clara:

‘Dottorressa le sto scrivendo questo messaggio per informarla che la psicologa scolastica che ci ha convocato, ci ha informato che Federico, a seguito di un altro attacco di panico in classe, in un colloquio con lei, si è mostrato preoccupato per alcuni sentimenti provati verso un amico. In estrema segretezza le ha confidato di aver avuto momenti di sconforto, di aver picchiato con il corpo contro il muro tanto da essersi fatto dei lividi e di aver pensato che non ha senso la fatica della vita. L’accordo che ho preso con la psicologa è di non rivelare a Federico quanto mi è stato confidato. Quindi lui non sa che io e mio marito ne siamo a conoscenza, ma pensavo fosse utile che lei lo sapesse prima del nostro appuntamento’.

All’incontro si presentano Ennio (papà), Clara (mamma) e Federico.

Sin da subito ci comunicano che hanno anche un’altra figlia, Alessandra, di 20 anni, che non era il caso che venisse perché sempre molto impegnata. Ci dicono che Alessandra è una ragazza molto dedita allo studio e alle sue molteplici attività, che si è diplomata con 100 e lode, che è iscritta alla facoltà di ingegneria, che fa nuoto agonistico, che eccelle nelle numerose attività extrascolastiche ed è serena con una vasta rete sociale.

Riferiscono di essere una famiglia con mille interessi, sempre attenti a dedicarsi totalmente e a portare a termine gli impegni presi.

Clara (46 anni), è diventata dirigente di una multinazionale a soli 30 anni, l’anno prima di avere Federico. Racconta che non è stato facile coniugare il nuovo impegno lavorativo con la nascita del figlio, di aver avuto momenti di sconforto, ma che ce l’ha fatta, sebbene pensi di non aver avuto quanto altri colleghi maschi.

Ennio (50 anni) riferisce di essere un imprenditore, che ha sempre manifestato molta passione per il suo lavoro. Nel ‘95, suo padre è deceduto a seguito di un incidente stradale in cui la macchina ha perso il controllo ed è precipitata in una vallata. Da allora, per dovere verso la famiglia, ha rilevato l’azienda paterna (una grossa società di costruzioni) rinunciando alla sua passione per l’ingegneria.

Federico, invece, è molto silenzioso. Ogni tanto notiamo qualche espressione facciale che ci fa intuire la fatica che fa nello stare in seduta.

I genitori riferiscono di essere in fatica poiché non riescono a capire cosa sta capitando a Federico, non riuscendo a immaginare problemi reali che possano farlo stare così tanto male. Ipotizzano possa essere una richiesta di attenzione, la fatica nel fare i conti con il fatto che sta diventando grande. Sentono che il periodo dell’adolescenza possa essere difficile per genitori e per i figli, ma che con Alessandra è stato molto più semplice. A tratti appaiono infastiditi dal comportamento del figlio.

Quando chiediamo a Federico di darci degli elementi per aiutarci a capire la situazione, cosa pensa dei suoi attacchi di panico a scuola, lui borbottando e, nascondendo il viso sotto il cappuccio della felpa, riferisce che non lo sa e che non si ritrova in ciò che dicono i genitori o almeno che lui non la pensa come loro.

Al secondo e terzo colloquio arrivano Clara, Ennio, Federico e Alessandra.

Tutti e tre parlano delle difficoltà avute da Federico, degli episodi di ansia e attacchi di panico a scuola nei giorni precedenti. Della difficoltà a uscire di casa la mattina. Comunque, tutti sono concordi nel ribadire che la loro presenza in seduta è motivata dal desiderio di aiutare Federico; che gli vogliono bene e che sperano che possa guarire.

I genitori parlano di ciò che hanno fatto e delle attenzioni rivolte a Federico, prodigandosi per portarlo in giro, proporre attività varie ed essergli vicino durante la giornata. Anche Alessandra dice di averlo aiutato a fare i compiti e che, contrariamente alle scorse settimane, ha trovato degli spazi anche per lui.

Già dal primo momento, Alessandra appare essere una ragazza molto sofferente, il corpo scolpito dai muscoli, la rigidità nelle posture e le smorfie di dolore ad ogni movimento, contrastano con la descrizione fatta dai genitori nel corso del primo incontro. Sta rigida sulla poltrona con un'espressione persa nel vuoto.

Alla fine dei tre colloqui rimandiamo di aver rilevato dei rapporti molto intensi tra di loro, la circolazione di profondi sentimenti, reciproca disponibilità, esplicitata anche dal fatto di essersi adoperati subito nel momento in cui erano venuti a conoscenza delle difficoltà di Federico. Al contempo facciamo presente di aver notato che ciascuno di loro era alle prese con una certa fatica ad occuparsi dei propri impegni e delle incombenze della vita.

In merito alla loro richiesta di aiuto, facciamo notare che Federico ha la sfortuna di essere un ragazzo sensibile, quindi sente ed esprime più direttamente la sofferenza, ma al contempo pensiamo che abbia la fortuna di poterla esprimere, contrariamente a coloro che tengono tutto dentro. Nel dire questo, proviamo ad aprire un varco rispetto alla richiesta pervenuta e alla schematica presentazione della situazione. In altre parole proviamo a scalfire le certezze presentate; certezze che attestano, dal nostro punto di vista, l'affermazione di sé che ciascuno prova a sostenere in una continua interazione reciprocamente incidente e rinforzante.

Accogliamo quindi la proposta di uno spazio individuale per Federico, ma al contempo invitiamo tutti a partecipare a un percorso familiare in modo da poter affrontare assieme i passaggi significativi del periodo della loro vita.

Clara ed Ennio insistono che Federico inizi subito un percorso individuale e, dopo una pausa di riflessione, concordano per iniziare anche un percorso familiare. Alessandra e Federico dichiarano di essere in linea con i genitori.

Federico, nel corso del suo percorso individuale, riporta alla terapeuta che, aveva avuto degli incontri con la psicologa scolastica alla quale aveva riferito dei pensieri suicidari che spesso lo attanagliano dopo aver scoperto

(leggendo il diario della sorella) che Alessandra non stava bene, che aveva dei problemi con il proprio corpo, trascorrendo moltissime ore ad allenarsi di nascosto (vigoressia), a controllare il suo peso e che, in un momento di forte sconforto, aveva tentato di buttarsi dal 7° piano. Per Federico questo segreto ha un peso insostenibile, riferisce di sentirsi spesso annientato e senza fiato. Ha paura per la sorella e ha paura per se stesso.

Quello che sapremo in seguito, nel prosieguo della terapia di famiglia, è che Clara subito dopo aver messo al mondo Federico, ha avuto una depressione *post-partum*, in cui non riusciva ad uscire di casa, si sentiva vuota e con conseguenti problemi lavorativi.

Ennio riferirà che non ce la fa più a continuare nella farsa di doversi occupare di tutti, quando è lui ad aver bisogno di un supporto; di essersi sentito costretto ad abbandonare il suo percorso di studi per occuparsi degli altri, cosa che ha sempre fatto sia con la famiglia d'origine sia con l'attuale. Ricorda di aver sempre avuto il sospetto che l'incidente di papà fosse in realtà un suicidio perché c'erano dei sospetti di aver avuto connivenze malavitose. Di non aver mai affrontato l'argomento con nessuno, sebbene questo sospetto girasse (trasudasse) tra i familiari e gli amici più intimi.

Alessandra finisce al pronto soccorso per svenimenti, dalle analisi scoprono di avere i valori ematici fuori norma tanto da richiedere il ricovero per alcuni giorni nel reparto di medicina. In seguito, nel corso della terapia familiare, ci dirà che è sempre di corsa, si sente costantemente in ritardo e ha vissuto senza sentire che la vita le appartenesse. Aggiunge che l'eccessivo sport e il controllo del proprio corpo la mettevano in pausa da tutti quei compiti che sentiva di dover portare a termine con il massimo dei risultati. E presa dallo sconforto di non farcela, aveva pensato che l'unica soluzione possibile per lei fosse buttarsi da quel terrazzo.

Ciò che appare subito evidente ai nostri occhi è la naturale tendenza a presentarsi in modo impeccabile all'altro, celando quanto ritenuto non presentabile. Questa modalità viene condivisa e 'difesa' ad oltranza da parte di tutti i membri. Dal nostro punto di vista, questa modalità è comprensibile poiché è una soluzione funzionale all'attuazione di sé da parte di ciascuno; attuazione ritenuta unica modalità per poter esistere e stare in piedi, che si esprime nel loro interagire, attraverso il vedere il dovere e la prestazione e, così facendo, reciprocamente sostenersi. Federico con il suo malessere, intuito prima e visto successivamente, esprime quanto le modalità organizzanti e condivise presentino un limite. La sua sofferenza diventa occasione per una messa in discussione prima di sé, ma al contempo dei suoi legami significativi.

E qui crediamo essere importante la visione e la prassi terapeutica, poiché l'incontro tra soggetti sofferenti con i terapeuti inevitabilmente producono un nuovo sistema interattivo che potrebbe portare verso la conferma dello schema di riferimento oppure l'apporto di una possibile sfida. Una

visione positiva dei soggetti in campo potrebbe portare a prendere in considerazione la processualità di vita di ciascuno e le fatiche ad occuparsene attivamente, sostenendoli nell'affrontare le sfide che l'esistere comporta.

Cosa fare allora: abbiamo cercato di affrontare la modalità comunicativa senza giudizi e preconcetti. *In primis* il tema del segreto.

Spesso nella pratica clinica ci si imbatte con il tema dei segreti, ciò riguarda l'ambito personale, oppure relazionale: amici, coppia, famiglia, lavoro.

In questa situazione clinica ne abbiamo incontrati diversi: il segreto di Ennio, quello di Federico, quello di Alessandra, quello della psicologa scolastica con Clara, quello tra Federico e la Psicologa, quello di Clara con noi.

La domanda che ci siamo posti può essere così descritta: Che funzione ha il segreto sia per colui che lo custodisce, sia per coloro che ne vengono a conoscenza, o per coloro che ne sono esclusi?

Per rispondere a questa domanda è necessario esplicitare cosa si intende per segreto.

La parola segreto origina dalla parola latina *secretum*, participio passato del verbo *secernere* – metter da parte: si tratta di un'evoluzione del verbo *cernere* – separare, distinguere, vagliare.

Per segreto sicuramente intendiamo qualcosa di personale: pensiamo a Federico, Clara, Alessandra, Ennio, che rinchiudono dentro di loro pensieri che nessuno deve venirne a conoscenza. Qualcosa che non deve essere divulgato, che deve essere custodito solo dai diretti interessati.

Quando si parla di terapia familiare, spesso si sente nominare il cosiddetto 'segreto di famiglia' (Losso 2000). Altrettanto spesso si ritiene che questo faccia soffrire i membri del nucleo familiare, di cui non si può parlare perché non si sa come farlo, che è difficile da affrontare, che si ritiene debba essere nascosto e/o che sia opportuno non conoscere (Kaës 2007; 2010).

Tutti i membri della famiglia Tacito si muovono in questa direzione. Ognuno di loro ritiene indicibile il proprio segreto, lo protegge e si protegge.

Ma allora a cosa serve mantenere celato il segreto all'interno del nucleo familiare? O forse è più opportuno chiedersi perché, quale è la funzione di questo atto da parte del soggetto.

Secondo alcuni autori di orientamento psicoanalitico, si possono differenziare due tipi di segreto: un segreto evolutivo (libidico) e un segreto patologico, involutivo, bloccante (antilibidico).

Il primo servirebbe a mantenere una separazione/differenziazione tra sé e l'altro. Quindi ritenuto alla base del benessere soggettivo e della funzionalità dei rapporti affettivi. Pensiamo, per esempio, al momento in cui il bambino comincia a tenere qualcosa per sé, a separare la sua vita invece di dare per scontato di dover condividere tutto con il genitore. Questo è la premessa per rapporti affettivi non confusivi e differenziati sia nella linea intragenerazionale sia intergenerazionale. Spesso si è ritenuto che la difficoltà ad

accedere a questa possibilità renda i rapporti più confusi, con predominanza di fenomeni condivisi e comuni con scarsa presenza della dimensione personale e privata.

E qui entriamo nella seconda accezione del segreto, quella definita da alcuni autori involutiva, antilibidica, ecc. Questa seconda accezione, invece di sostenere la fluidità e la differenziazione dei rapporti e dei legami, ha un effetto di 'legatura', di intrappolamento reciproco, e quindi spesso ritenuto fonte di rapporti difficoltosi e problematici.

Come il famoso segreto di Pulcinella, spesso menzionato dagli autori sudamericani come Pichon-Riviere (1985a, 1985b), Losso (2000), ecc. Quella notizia o informazione che, all'insaputa dell'interessato, è nota a tutti, quelle informazioni che tutti sanno ma che nessuno osa dire. Come i segreti confidati a Pulcinella, che questi non riesce a tenere per sé e ripete a chiunque, sempre in gran segreto (lo dico a te ma non dirlo a nessuno) (Losso, 2004).

Spesso, nella vignetta clinica della famiglia Tacito, abbiamo avuto la sensazione di trovarci davanti al segreto di Pulcinella.

Conclusioni

Ci è sembrato opportuno, concordando con diversi autori, che per occuparsi del segreto convenga distinguere due livelli: il contenuto dell'informazione e dall'azione attraverso la quale quel contenuto viene separato e occultato.

Spesso si è portati a pensare che la natura del segreto sia da attribuire al contenuto. Si ritiene, quindi che sia la natura stessa del contenuto che fa sì che esso risulti essere di difficile maneggiabilità e quindi indicibile se non addirittura impensabile. Ma la difficoltà potrebbe anche non dipendere dalla natura del segreto, ma da qualcos'altro. Infatti, se facciamo entrare in gioco la funzionalità dell'azione del separare e occultare, diventa facile soffermarsi sul lavoro necessario per i soggetti nel tenere nascosto quel determinato elemento, dato, azione e sulle conseguenze di quel tenere nascosto.

Se consideriamo questa seconda accezione, potremmo sostenere che nella famiglia Tacito si mantenga il segreto per proteggere il membro più debole, come fa la psicologa scolastica o Clara, che prima dell'incontro ci informa, a protezione del rapporto di fiducia tra Federico e la psicologa scolastica, in cui si pensa ad un Federico incapace di sostenere una mancata fiducia.

Come ha evidenza Guy Ausloos (2018), pedopsichiatra belga, in una conferenza del marzo 2009, parlava dei «segreti di famiglia» e riprese l'espressione popolare francese *le secret suinte* ('il segreto trasuda') per

indicare che i segreti lo sono solo a metà. Il riferimento è al colore dei soffitti delle case in cui si fabbrica il cognac, che nel processo di invecchiamento crea una muffa di colore nero che si trova sui muri, ma di cui non si può dire perché quel nero sia lì. Questo ci porta a pensare che si può anche celare un segreto ma questo trasuda nei vari rapporti interpersonali. La metafora spiega come i componenti della famiglia che non conoscono il segreto, lo intuiscono inconsciamente senza poter identificare ciò di cui si tratta esattamente, portando ad una sofferenza che coinvolge tutti, e a lungo andare le comunicazioni interne al sistema familiare si strutturano proprio per evitare lo svelamento del segreto.

Nella nostra formazione, abbiamo sviluppato, seguendo gli insegnamenti di Michele Minolli (2004, 2015), una idea di soggetto unitario (Io-soggetto), organizzato in un certo modo da una serie di elementi biologici, culturali, ambientali e sociali, che ne definiscono la sua unicità. Una unicità e unitarietà che tenderà a conservarsi attraverso il continuo scambio con l'ambiente in cui si è organizzato e in cui esiste (Morin 2007, Sander 2007, Maturana 1985, 1987).

Nello scorrere della vita, ciascuno di noi sarà portato a mantenere un senso di sé e dare senso a ciò che gli accade. Tutto ciò che fa, sente, pensa, immagina è il risultato di ciò che è, ma al contempo ha la funzione di dare un senso di continuità alla sua vita.

Perciò, cosa rappresenta il segreto e quale è la funzione all'interno dei rapporti?

Non pensiamo serva a mantenere il rapporto e la relazione con l'altro (Losso 2000, Kaës 2007, 2010). Per esempio, la decisione di mantenere segreta la conversazione tra la psicologa e Clara non ha nulla a che fare con quanto riferito dalla psicologa. Non serve a mantenere la riservatezza e quindi a non tradire la fiducia di Federico.

Pensiamo qualcosa di profondamente differente. Crediamo che il segreto esprima la difficoltà della collega a confrontarsi con quanto stava emergendo nel suo rapporto con Federico e abbia trovato un valido alleato nella complementare fatica di Clara a fare i conti con la sofferenza del figlio e con le proprie fatiche di madre davanti al figlio che si pone domande riguardo al proprio crescere, alle proprie scelte sessuali e al proprio rapporto con i famigliari.

In sintesi, pensiamo che non sono i rapporti e i segreti a far soffrire, a legare e ingabbiare, ma che essi esprimono la sofferenza, la fatica e il senso di legatura in cui ogni singolo soggetto si trova (Abbruzzese 2022, Alfieri 2022, Vincenti 2016). Una legatura e una crisi, che hanno a che fare con la propria vita e che si esprimono nelle relazioni familiari.

In questo momento di crisi familiare, ognuno stava facendo i conti con sé stesso, esprimendosi nel mito familiare fondato sulla famiglia perfetta, sull'efficienza, sulla prestazione, sull'abnegazione e sull'altruismo. Sul

dover essere di supporto e di appoggio all'altro, ma anche sul dare per scontato che l'altro, in modo complementare, debba, fare lo stesso per noi. Mito che esprime una dimensione profonda di ciascun familiare, vissuto a questo punto come una legatura, una trappola, una galera. Questa rappresentazione mitica della 'famiglia tutta di un pezzo' (da Mulino Bianco), di membri socialmente realizzati e ammirati, è considerata un esempio.

Questa rappresentazione interna, che descrive e rappresenta la propria famiglia, con il passar degli anni fa sentire quanti ci si sente legati, senza via di uscita, intrappolati. Quando si intuisce ciò, è lì che inizia la crisi soggettiva, espressa e rappresentata in vari modi da ciascun familiare, che trova una sua espressione nei legami significativi.

Ognuno di loro, sopraffatto dal dover mantenere un'immagine presentabile, ha pensato che l'unica soluzione possibile fosse farsi fuori. Ci sono vari modi per realizzare questa prospettiva: pensare al suicidio oppure tentarlo o realizzarlo; vivere chiusi nella propria cuccia; dannarsi l'anima per portare avanti compiti non sentiti propri; svenarsi in mille esercizi fisici, ecc. Oggi con molta fatica, dopo un anno di lavoro, i signori Tacito stanno affrontando la crisi personale, mettendoci le mani e provandola a far diventare l'occasione per vivere la propria vita.

BIBLIOGRAFIA

- Abbruzzese, M., Strada, R., Vincenti, E. (2022). Commento al film: Parenti serpenti. *Ricerca Psicoanalitica*, Anno XXXIII, n. 2.
- Alfieri, L., Vincenti, E. (2022). Quale setting per quale sofferenza. *Educazione sentimentale*. FrancoAngeli, n. 37.
- Ausloos, G. (2018). Vers la compétence. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 60: 35-52.
- Kaës, R. (2007). Un singolare plurale. Quali aspetti dell'approccio psicoanalitico dei gruppi riguardano gli psicoanalisti? Borla.
- Kaës, R. (2010). *Le alleanze inconse*. Borla.
- Losso, R. (2000). *Psicoanalisi della Famiglia*. FrancoAngeli.
- Losso, R. (2004). *Psicoanalisi della Famiglia*. FrancoAngeli.
- Maturana, H.R., Varela, F.J. (1985). *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*. Marsilio.
- Maturana, H.R., Varela, F.J. (1987). *L'albero della conoscenza*. Garzanti.
- Minolli, M. (2004). Per un Io-Soggetto fatto di legami, *Ricerca Psicoanalitica*, anno XV, n. 3.
- Minolli, M. (2015). *Essere e divenire*. FrancoAngeli.
- Morin, E. (2007) *Il metodo. La conoscenza della conoscenza*, Raffaello Cortina Editore.
- Pichon-Rivière, E. (1985a). *Il processo gruppale, dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*. Lauretana, Loreto.
- Pichon-Rivière, E. (1985b). *Il processo gruppale, dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*. Lauretana, Loreto.
- Sander, L. (2007). *Sistemi viventi. L'emergenza della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza*. Raffaello Cortina Editore.

- Stengers, I. (1985). Perché non può esserci un paradigma della complessità. In: La sfida della complessità, Feltrinelli.
- Vincenti, E., Noseda, F., Alfieri, L. (2016). Adolescente, famiglia gruppo. Circolarità delle relazioni e processo terapeutico. In: Clinica psicoanalitica della relazione con l'adolescenza. FrancoAngeli.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 7 giugno 2024.

Accettato: 22 giugno 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:935

doi:10.4081/rp.2024.935

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Commento al caso clinico presentato in: Prendersi cura della sofferenza all'interno di una famiglia

*Gianfranco Bruschi**

Coniugare complessità ed unitarietà in una prospettiva in cui il disagio umano non può essere compreso se non ci si occupa dei suoi legami, in un'ottica in cui l'essere vivente è nella relazione con l'ambiente in cui vive. Gli autori adottano qui una prospettiva in cui il soggetto sofferente è visto come unico e connesso con il suo mondo tramite forme di relazione.

Una visione in cui il soggetto non è ridotto alla sua diagnosi o alla sua patologia e dove le dis-funzionalità sono intese come tentativi tipici dell'individuo di trovare delle soluzioni ai disagi, soluzioni migliori possibili nella fase in cui sono state originate.

Il soggetto è visto operante sulla base di aspetti genetici, ambientali e culturali secondo un fluire di modalità organizzate nel tempo, in una processualità in cui l'organizzazione definita della persona si attua continuamente. Tale fluire (definito dagli autori 'fascio di temporalità organizzate') potrebbe dare l'idea di una direzionalità, pare quella del tempo, lasciando meno spazio all'idea di un 'circuitto' che si forma con il sistema in cui, di volta in volta, ci si trova ad interagire e a condividere significati.

Secondo il modello degli autori tale processualità pare svolgersi a livello implicito in un ambiente, considerandola come una 'coscienza', attraverso rapporti tra loro reciprocamente incidenti, in modo auto-ecologicamente regolato, cioè tramite continue auto-etero-correzioni sulla base della relazione. Si notano analogie con il concetto di 'mente' utilizzato da Bateson (1979), come insieme di parti interagenti, e con quanto asserito da Morin con il suo 'soggetto ecologico' (Manghi, 2009), come soggetto in quanto vivente in relazione con l'ambiente. Il termine 'coscienza', non meglio descritto, lascia

*Psicologo e psicoterapeuta con Incarico di Alta Specializzazione per i Disturbi della Nutrizione e Alimentazione, Azienda USL di Parma; docente a contratto presso il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Parma, docente presso la Scuola di Specializzazione in psicoterapia Sistemica Integrata IDIPSI, Parma, Italia.
E-mail: gianfranco.bruschi@gmail.com

pensare ad una organizzazione che sa di sé e della sua complessità, per quanto si accenni al livello implicito in cui agiscono tante parti non conosciute del soggetto, in rapporto con i contesti interattivi. Parti, aggiungo, da cui siamo parlati e agiti e di cui possiamo diventare consapevoli e comunque mai in maniera esaustiva in continuo divenire processuale della vita umana.

Considerate tali premesse l'articolo assume una visione per cui il soggetto vivente umano è il frutto di una storia filogenetica ambientale e culturale mediata primariamente dalla famiglia, prestando il fianco ad un determinismo in cui la direzione sembra andare da quei genitori, da quella cultura ed ambiente familiare, verso il soggetto, che invece potrebbe essere visto anche come portatore di significati dalla sua posizione e dalla sua storia, per quanto asimmetrica rispetto a quella dei genitori e dell'ambiente sociale di riferimento. Da qui la processualità interattiva diviene così circolare e ricorsiva, come una spirale evolutiva che guarda a se stessa, propria di un sistema-mente che può essere ancora di più visto con Bateson e Bateson (1987) come processo mentale in cui 'l'informazione deve essere distribuita in modo non uniforme fra le parti interagenti'. Si tratta di un criterio del processo mentale aggiunto ai sei criteri già enunciati in 'Mente e Natura' (Bateson, 1979), definito 'della segretezza'. Secondo l'approccio sistemico relazionale, in un'ottica di complessità, i segreti possono essere considerati come un elemento importante delle relazioni familiari, ne buoni ne cattivi, tenuti nascosti o rivelati, fanno parte di un processo interattivo mentale, che come enunciato da Bateson, può essere rivelato totalmente o parzialmente o essere scoperto o suggerito, quando un sistema va verso il cambiamento, tenuto cristallizzato dal segreto.

Nell'articolo, il tema centrale è proprio il segreto, il tenere separato diverse istanze tra il soggetto e il suo mondo e l'ipotesi degli autori è che l'immagine esterna, familiare e sociale sia stata l'obiettivo a cui i soggetti hanno cercato di tener fede, salvando l'immagine di sé. La visione relazionale pare qui richiamare una prospettiva individuale. L'immagine dell'altro familiare potrebbe però essere un aspetto piuttosto importante per la strutturazione di significati e azioni nel contesto da parte del soggetto (azienda di famiglia, figlio, riconoscimento di sé attraverso gli altri).

Il segreto viene trattato nell'articolo come elemento che può avere caratteristiche evolutive piuttosto che involutive e bloccanti. Nel primo caso la funzione del segreto è quella di separare e differenziare nella relazione il sé dall'altro, rendendo non confusivi i rapporti affettivi. Nel secondo caso si parla di un effetto di 'legatura' del segreto, cioè di trappola reciproca, matrice di relazioni problematiche. Tali distinzioni sono in linea con quanto si osserva in letteratura, specie nell'ambito sistemico relazionale, quando si parla di segreti protettivi e di segreti lesivi, sottolineando come non siano gli stessi segreti ad avere queste caratteristiche di base, ma siano gli effetti relazionali che si vengono a configurare nelle diverse situazioni interattive a dare origine a funzioni protettive piuttosto che dannose. Alcune di queste configurazioni

possono creare anche effetti di protezione da un lato e di lesione dall'altro, contemporaneamente (Loriedo e Angiolari, 2021).

Una delle configurazioni dei segreti lesivi, nel loro sviluppo di tossicità nelle relazioni è il segreto di Pulcinella ossia la materializzazione della configurazione della 'indecidibilità'. È quello che identificano gli autori riguardo al caso che hanno presentato. Sostengono che spesso nella vignetta clinica descritta hanno avuto la sensazione di trovarsi davanti al segreto di Pulcinella, quello che non si riesce a tenere per sé e che tutti sanno fuorché gli interessati, ma che non si può dire apertamente in base ad un accordo implicito fra i componenti del sistema. Si tratta del tipico 'segreto familiare', che riguarda la relazione della famiglia con l'ambiente esterno, nella sua accezione di mantenere una facciata sociale accettabile. Tale livello è superficiale, in realtà il vero segreto è quello tra un singolo membro ed il sistema familiare, nel senso che il soggetto partecipa al mantenimento di una forzata coesione familiare per proteggere una verità che riguarda tutti i componenti, da tutti conosciuta ma che non si può rivelare pubblicamente, nascondendo così il suo vero sentire. La realtà viene distorta a vantaggio dell'apparenza che la famiglia considera favorevole, contribuendo ad un clima di non definizione dei singoli e di incongruenza comunicativa. Anche in questa configurazione il contenuto del segreto lascia il campo al significato relazionale dell'azione di separare la conoscenza.

A che serve separare la conoscenza? Secondo gli autori non a proteggere un soggetto perché ritenuto più debole o per mantenere un rapporto di fiducia. In un'ottica di unitarietà del soggetto, che tende a conservarsi nel continuo complesso scambio con l'ambiente in cui conduce la sua esistenza, gli stessi autori rimarcano una continuità del senso di sé, per cui il segreto non serve a mantenere la relazione con l'altro, ma a contrassegnare le difficoltà dei soggetti coinvolti a gestire se stessi nella relazione con l'altro. Piuttosto che dire che i segreti fanno soffrire, si afferma che attraverso di essi si esprime la sofferenza e l'essere legati nelle relazioni da parte dei singoli soggetti.

Il mito familiare di unione e altruismo del gruppo famiglia, nel caso illustrato, non crea la sofferenza, ma è attraverso il segreto che separa, come un confine, dall'individuo e dalla sua crisi soggettiva espressa nei legami che contano, che si esprime il malessere della persona. Sembra emerga la difficoltà di integrazione tra livelli identitari del sé e della famiglia in questa forma di sofferenza descritta, come livelli di significato che entrano in crisi tra loro, con la scelta, descritta da Abruzzese e Vincenti, di sacrificarsi da parte dei protagonisti. Sembra che così torni il tema del mito familiare, che è anche una forma segreta di condivisione di false realtà (Loriedo e Angiolari, 2021), di fronte al quale si nasconde la propria sofferenza, mostrando un'immagine positiva, sopprimendo così le istanze individuali confinate dal segreto. E qui emerge come il soggetto unico, immerso nella complessità, respiri l'altro attraverso le relazioni e tra significati sociali e culturali complessi, per cui le

dimensioni del sé sono molteplici e tra loro confinanti e confliggenti con sofferenza, fino a che non si costruiscono, non senza dolore, nuovi confini. L'altro e il sé come costituenti dello stesso soggetto, secondo le sue lenti di sensibilità a fare da confine segreto.

I significati individuali si creano nella relazione e i significati definiti nell'interazione tornano ai soggetti. Il punto di vista può essere impostato dall'interno, dall'esperienza che la persona ci porta oppure può essere basato sulla relazione stessa in cui si creano significati che sono mediati socialmente tramite il linguaggio. In ambedue i casi si ammette che il sistema interattivo stesso della terapia crea una rete di connessioni differente e fonte di nuove visioni. Gli autori sembrano posizionati sul primo tipo di osservazione, come un fiume nutrito dai suoi affluenti, mentre io aggiungerei che il contesto della famiglia-sistema, con i segreti che le appartengono, allargato all'ambiente sociale culturale e istituzionale (come per es. la scuola), mediato linguisticamente, costituisce una sorta di ecosistema con reciproche interconnessioni in cui i soggetti esperiscono e si spiegano il loro stesso esperire attraverso gli sguardi dell'altro, come il ciclo vitale in una regione montana con i suoi corsi d'acqua e laghi e rilievi e valli, che contiene gli stessi affluenti e lo stesso fiume.

BIBLIOGRAFIA

- Bateson, G. (1979). *Mente e natura*. Adelphi.
Bateson, G., Bateson, M.C. (1987). *Dove gli angeli esitano*. Adelphi.
Loriedo, C., Angiolari, C. (2021). *Il segreto. La complessità nascosta nel sistema familiare*. Raffaello Cortina Editore.
Manghi, S. (2009). *Il soggetto ecologico di Edgar Morin*. Erickson.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 5 luglio 2024.

Accettato: 9 luglio 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:940

doi:10.4081/rp.2024.940

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Commento al caso clinico di Abbruzzese e Vincenti

*Raffaelina Magnoli**

Quando ci viene fatta una richiesta di aiuto le prime fasi della consultazione possono darci degli elementi essenziali per la costruzione di un'ipotesi esplicativa della funzione del sintomo e del tipo di setting più adatto.

Per prima cosa prendiamo in esame la domanda: chi chiede aiuto? Chi manifesta un sintomo? Chi ne soffre? Non sempre queste tre caratteristiche appartengono ad un'unica persona.

Poi ci chiediamo qual è la fase del ciclo vitale che sta attraversando la persona che chiede aiuto e gli altri componenti la sua famiglia; perché chiede aiuto adesso?

E quindi, qual è la domanda latente inconscia sottostante alla domanda manifesta?

Come illustrato in maniera molto dettagliata da H. E. Richter nel suo libro 'Genitori, figli e nevrosi' (1963), al momento della nascita, ognuno dei genitori investe inconsapevolmente sul figlio delle aspettative a volte anche fortemente desideranti affinché, per esempio, realizzi un proprio desiderio insoddisfatto, esprima e mostri al mondo una parte di Sé valorizzata, oggetto di ammirazione, oppure che esprima una parte di Sé inaccettabile ed in quanto tale scissa.

Quindi, nella famiglia può capitare che il/i genitore/i percepisca selettivamente del figlio quelle parti che gli consentono di attualizzare quella specifica relazione di ruolo familiare, che gli consenta di mantenere il suo sentimento di sicurezza. Spesso capita che la conferma avvenga anche attraverso la critica e il rimprovero, inconsapevolmente diretti a confermare e stigmatizzare quelle parti scisse di cui parlavamo prima, oggetto dell'identificazione proiettiva.

A sua volta, il figlio accetta inconsapevolmente questo ruolo perché in questo modo si sente visto, esiste e si distingue dai fratelli, attraverso attenzioni speciali, anche se dolorose, dei genitori.

Possiamo quindi dire che il sintomo è una soluzione adattiva per il sin-

*Psicologa e psicoterapeuta, Associazione Paolo Saccani, Italia.
E-mail: raffaellamagnoli@gmail.com

golo e per l'intera famiglia e cioè funzionale al mantenimento dell'omeostasi emotiva.

Noi possiamo lavorare solo con le persone che mostrano di vivere distonicamente la soluzione in atto, se chi chiede aiuto è il portatore del sintomo ci orienteremo verso un trattamento individuale; se, invece, è una persona diversa cercheremo di comprendere se c'è qualche altro componente della famiglia a preoccuparsi, quando è comparso il sintomo, dove e come si manifesta. Nel raccogliere i dati significativi della famiglia e nell'osservazione del tono emotivo con cui ne parlano cominciamo a costruire un'ipotesi sul significato del sintomo come soluzione al conflitto intrapsichico del singolo che lo mette in atto, ma anche della famiglia nel suo insieme che, attraverso il sintomo recupera l'omeostasi emotiva.

Nelle sedute familiari staremo alla larga dal parlare del sintomo ma ci orienteremo sulla problematica che abbiamo ipotizzato aiutando i singoli a mettere in comune la rappresentazione che ognuno ha dell'Altro e della relazione tra sé e l'altro, delle aspettative che immagina gli altri potrebbero avere nei suoi confronti, ecc.

Proviamo ad utilizzare questi elementi nell'analisi del Caso in questione.

Telefona la mamma, Clara, preoccupata per Federico, portatore del sintomo.

Già nella prima comunicazione si viene a sapere che dell'attacco di panico si è preoccupato l'insegnante, poi sapremo che la mamma tiene molto in considerazione il successo scolastico e non riconosce (inducendo anche i terapeuti a non dare inizialmente significato) l'anoressia attraverso la quale Alessandra esprime un disagio significativo a vivere la fase evolutiva del ciclo vitale che lei, come il fratello e come i genitori, sta attraversando. La mamma si preoccupa subito di tenere lontano dal terapeuta i due figli, Alessandra perché molto impegnata nel soddisfare la mamma riproducendo una rappresentazione di sé performante e socialmente apprezzabile anche se donna. Questa dichiarazione mi appare sinistramente evocativa di una svalorizzazione dell'identificazione di genere per cui la rinuncia di A. alle forme femminili non è fonte di preoccupazione da parte della mamma, ma anzi una caratteristica favorente l'attribuzione di merito nel lavoro.

Si avverte, sin dalle prime battute, un continuo riferimento al pensiero suicidario, sembra che tutti lo abbiano prospettato come soluzione estrema: in verità, sono molti i sentimenti non nominabili: la mamma, che ha sperimentato sentimenti ambivalenti alla nascita di Federico, pur volendogli bene lo ha sentito di intralcio alla sua crescita nella carriera lavorativa. Il padre, da giovanissimo, ha rinunciato ai suoi progetti per porre rimedio ai guai procurati dal padre suicida e forse colluso con la mafia. Possiamo immaginare quanto se ne sia parlato in città, quanta vergogna possa aver provato Federico leggendo negli occhi di chi incontrava un giudizio sulla sua famiglia, quanti sensi di colpa può avere provato la madre nel sentirsi arrabbiata con Federico

vedendo in lui la propria parte fragile, vulnerabile ma assolutamente inaccettabile perché vissuta in antitesi con la sua parte performante. Quindi investe su Alessandra le sue aspettative di successo, si identifica con lei, la considera un prolungamento di sé e non si accorge della grande sofferenza con cui sua figlia cerca di soddisfare la mamma attraverso un'affermazione di sé perfetta, quindi irraggiungibile. Anche Alessandra, giunta allo sconforto, vede un'unica soluzione: il suicidio (del resto anche l'anoressia non è un lento suicidio?).

La mamma banalizza la sofferenza di Federico definendola 'ricerca di attenzioni' e di Alessandra considera solo i successi ossessivamente ricercati e raggiunti nello studio e nello sport. Sembra che nessuno – genitori e figli – possa essere amato semplicemente perché esiste ma solo se soddisfa le aspettative performanti o riparative dei rispettivi genitori.

Quindi nessuno può crescere, uscire di casa, laddove questo può accadere se nella famiglia c'è posto per il riconoscimento delle proprie risorse, l'utilizzo delle proprie attitudini, il progetto di un corso di studi e di una propria attività lavorativa, l'espressione dei propri autentici seppur ambivalenti sentimenti che caratterizzano ognuno di loro e rendono ogni membro della famiglia differenziato dall'altro.

Quando questo accade l'individuo coinvolto, riconoscendo le proprie risorse e i propri limiti presenti in lui nella fase presente del suo ciclo vitale, definisce la meta da lui realisticamente raggiungibile, si separa dalla rappresentazione del Sé familiare, quella che si lascia alle spalle e si avvia, con curiosità e paura, verso la rappresentazione del Sé attuale, l'estraneo.

Accanto a lui tutti gli altri membri della famiglia vengono coinvolti dall'attraversamento di questa fase mettendo in atto anch'essi il processo di separazione – individuazione oppure opponendosi inconsapevolmente.

L'ipotesi derivante dalle precedenti osservazioni consiste nell'idea che questa famiglia vive questa fase del ciclo vitale come un momento in cui si devono fare i conti con aspettative fortemente desideranti da parte dei genitori, aspettative non negoziabili ma obbliganti. Famiglia in cui non si possono fare domande, esprimere paure, dichiararsi in disaccordo, affermare idee divergenti da quelle degli altri con quell'aggressività che deriva da *ad gredior* e, nella sua versione positiva può significare 'affermazione, successo, vitalità, riuscita'.

Famiglia da cui si può uscire solo da morti

È proprio questo il segreto, ciò di cui non si può parlare e la mamma, prima ancora dell'inizio della terapia, tenta di coinvolgere la terapeuta in un patto segreto finalizzato a mantenere quella rappresentazione idealizzata della famiglia il cui mito, trasmesso di generazione in generazione, richiede di sacrificare i propri desideri per accontentare o sostituire gli altri. Non c'è spazio in famiglia per debolezze, conflitti interiori, sentimenti ambivalenti.

La lettura del diario di Alessandra ha permesso a Federico di non sentirsi il solo a vedere nel suicidio l'unica via d'uscita e, seguendo il mito familiare, di chiedere aiuto.

Non so quali strumenti abbiano utilizzato i colleghi nelle sedute familiari: i ragazzi sono grandi e, in genere, alla loro età, preferiscono la parola al disegno però accettano volentieri di disegnare la loro casa oppure di costruire, insieme ai genitori il genogramma della loro famiglia. Comunque, per prima cosa, penserei di predisporre lo spazio della consultazione mettendo una sedia in più (per il nonno, per un fidanzatino, per qualcuno della famiglia della mamma di cui non si sa niente, oppure per i cappotti di tutti che collaborano al diniego, ecc.), sarebbe interessante osservare le loro reazioni. Poi chiederei ad ognuno di loro di descrivere tutti gli altri membri evidenziando le somiglianze e soprattutto le differenze. Quindi chiederei come immaginano i loro genitori quando avevano la loro età e così via, fino ad avere materiale sufficiente per far notare loro che Federico vorrebbe sentirsi voluto bene così com'è, con le sue forze ma anche con le sue debolezze, semplicemente perché è, perché esiste, ma si è fatto l'idea che per essere voluto bene deve fare contenti gli altri, come il papà, forse anche come il nonno. Accorgendosi però che questa delega familiare avrebbe messo in pericolo non solo lui ma anche la sorella, è andato in panico – espressione del conflitto intrapsichico e contemporaneamente soluzione del conflitto. L'amore per la sorella gli ha permesso di trovare il coraggio per chiedere aiuto.

BIBLIOGRAFIA

Richter, H.E. (1963). Genitori figli e nevrosi, Il Formichiere.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 6 luglio 2024.

Accettato: 9 luglio 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:942

doi:10.4081/rp.2024.942

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

L'approccio sistemico: ostacoli e risorse nella complessità

Griselda Bruceti, Elena Cofano,* Chiara Inzoli,** Paola Isabello,***
Roberta Michelazzo,**** Chiara Rizza,***** Angelica Rizzo Scaccia***

Introduzione

La lettura di questo caso clinico ha stimolato molto il nostro gruppo formato da psicologhe e psicoterapeute ad orientamento sistemico: esistiamo come tali all'interno di un gruppo di psicoterapeute più ampio con orientamenti diversi, del consultorio diffuso dell'Associazione 'Progetto SUM' nella sede di Torino. Nella nostra formazione dedichiamo diverse risorse per apprendere a collaborare in contesti co-terapici e d'equipe. Il nostro contributo teorico e pratico sarà guidato dall'attenzione alla complessità del sistema, al paziente designato fino ad arrivare alle emozioni del terapeuta, strumento indispensabile per la buona riuscita di un percorso terapeutico. Il nostro modello di riferimento si basa su un approccio di osservazione dell'individuo nei diversi sottosistemi di cui lo stesso è parte, in primis la famiglia. Quest'ultima è in continua trasformazione e governata da regole che evolvono nel tempo in interazione con l'ambiente circostante. I terapeuti quando incontrano i pazienti nella stanza di terapia diventano parte del sistema, generandone uno più complesso e ampio, indispensabile nel processo di cura.

*Psicologa Psicoterapeuta sistemico-relazionale, aderente all'Associazione ProgettoSum. E-mail: gbruceti@hotmail.it; elenacofano82@gmail.com

**Psicologa Psicoterapeuta sistemico-relazionale, terapeuta EMDR, aderente all'Associazione ProgettoSum.

E-mail: inzoli.psi@gmail.com; angelica.rizzoscaccia01@gmail.com

***Psicologa Psicoterapeuta sistemico-relazionale, terapeuta EMDR, insegnante di Mindfulness, socia dell'Associazione ProgettoSum. E-mail: paola.isabello@gmail.com

****Psicologa Psicoterapeuta sistemico-relazionale, aderente all'Associazione ProgettoSum. E-mail: roberta.michelazzo@gmail.com

*****Psicologa, Psicoterapeuta sistemico-relazionale in formazione, aderente all'Associazione ProgettoSum. E-mail: chiara.rizza16@gmail.com

Commento

Nella lettura di questo caso clinico, ci ha molto colpito l'apertura alle convocazioni da parte dei colleghi: con convocazioni intendiamo l'invito in seduta di uno o più partecipanti, membri attivi del sistema familiare. Nell'ottica sistemica si è passati dall'interazione con il singolo individuo all'attenzione e osservazione delle dinamiche ed interazioni familiari mentre queste avvengono. In tal senso, lo spostamento di interesse da una a più persone ha restituito valore a tutto il contesto: alla prassi di curare un disturbo isolando il paziente, si sostituisce così quella di osservare ed intervenire nel contesto di appartenenza; al pregiudizio che reputa una famiglia 'colpevole' per i disturbi di un suo membro, si preferisce la ricerca di risorse familiari e sociali in grado di offrire una chiave evolutiva che stimola le capacità di una famiglia ad auto guarirsi. In questo modo la famiglia si fa carico del suo funzionamento diventando protagonista del proprio cambiamento (Andolfi *et al.*, 2007).

Le convocazioni contengono e mandano un messaggio clinico e terapeutico: l'invito è un'azione comunicativa che ha un preciso significato. Secondo Watzlawick, infatti, il primo assioma della Pragmatica della comunicazione umana è 'Non si può non comunicare', ogni comportamento quindi diventa un atto comunicativo. 'L'attività, le parole o il silenzio hanno tutti valore di messaggio: influenzano gli altri, e gli altri, a loro volta, non possono non rispondere a queste comunicazioni e in tal modo comunicano anche loro' (Jackson *et al.*, 1967). In questo caso lasciando una convocazione 'aperta' si permette il passaggio di un duplice messaggio: invitando tutti, i terapeuti sembrano rimandare che la sofferenza di un singolo individuo riguarda l'intero sistema e parallelamente la risposta della famiglia informa i terapeuti della percezione che la stessa ha dei singoli componenti (Alessandra la figlia adeguata e iperfunzionante, Federico il figlio fragile o 'paziente designato').

Questo ci dà spazio per fare un breve inciso su cosa significhi essere il 'paziente designato': non è infrequente che un membro della famiglia si faccia portatore del malessere di tutto il nucleo, nell'inconsapevole tentativo di portare a galla un disagio presente nel sistema.

Il primo studioso ad identificare il ruolo del paziente designato fu Bateson (1956), definendolo come 'la persona sintomatica che all'interno di un Sistema-Famiglia viene identificata come la causa di tutti i problemi della famiglia stessa o come unico membro sofferente del sistema: il soggetto viene scelto in modo inconscio per manifestare i conflitti interni e le sofferenze (transgenerazionali) della famiglia'. Il paziente designato solitamente è il primo a cercare un aiuto, o più spesso è la famiglia stessa che lo porta in terapia nella speranza che 'guarisca'.

Federico sembra essere l'unico membro della famiglia che si legittima ad esprimere un malessere che ha carattere dapprima individuale (la richiesta alla psicologa della scuola per parlare dell'attrazione verso il coetaneo), ma in un secondo momento è il contesto familiare che permette al giovane di aprire una porta verso il malessere di ogni singolo componente. L'angoscia legittimamen-

te trasmessa da Federico sembra consentire ai terapeuti di accedere ad un canale più emotivo fino a quel momento inaccessibile.

Centrale nel caso clinico della famiglia Tacito è il tema del segreto, che i vari componenti portano in stanza di terapia. Nella teoria sistemica, è stata posta molta attenzione a questo tema, alla sua funzione e all'impatto di questo sulla famiglia e sul sistema terapeutico. Esistono una serie di buone norme che vengono esplicitate nella prima fase di consultazione della terapia familiare, in cui il segreto non può essere generato poiché viene chiarito fin da subito che ogni informazione data, anche al di fuori della stanza di terapia, verrà condivisa con il sistema intero, con modalità e strategie in linea con la relazione terapeutica e i bisogni della famiglia. Capire l'origine, il contenuto e la funzione del singolo segreto può rivelarsi di grande aiuto per il clinico, che possiede uno strumento di lavoro in più (Selvini, 1994).

Nella nostra esperienza terapeutica, questo si rivela un confine molto tutelante, sia per il nucleo stesso che ha ben chiaro il contesto in cui si sviluppa ed evolve il processo terapeutico, ma anche per i co-terapeuti, che non devono diventare i custodi di comunicazioni disfunzionali, colludendo con il funzionamento della famiglia. Questo permette, inoltre, ai terapeuti di proteggere la loro posizione come clinici affidabile per ogni membro, evitando di rimanere bloccati nel segreto familiare.

Qualora il segreto già sussista all'interno delle dinamiche familiari (come appare nella storia della famiglia Tacito) il terapeuta ha il compito di accompagnare i custodi dello stesso verso uno svelamento armonico, così da mandare un messaggio di trasparenza, solidità e comunicazione fluida, efficace e chiara. Framo scrive:

'Ho visto situazioni in cui la rivelazione di un segreto familiare non solo ha chiarito un incomprensibile enigma relativo a una famiglia, ma ha anche avuto effetti benefici sull'esito della terapia. Dall'altra parte, ho anche visto un gran disagio nella famiglia dopo l'esposizione di un segreto [...]; le conseguenze possono restare attive per lungo tempo. Come direbbe qualsiasi terapeuta, svelare segreti [...] non sono decisioni del terapeuta, ma del cliente o della famiglia. Questo cliché, però, ignora gli effetti sottili ma potenti che il terapeuta e il contesto hanno nell'influenzare tali decisioni, anche quando il terapeuta non prende esplicitamente posizione'. (Framo, 2019)

Ci siamo interrogate sull'impatto emotivo e le risonanze che questo segreto iniziale può aver avuto sui colleghi e sulla costruzione del legame terapeutico e di fiducia: ipotizziamo che la psicologa scolastica abbia costruito con Clara, mamma di Federico, un segreto importante con una possibile finalità protettiva a tutela del minore.

È interessante osservare i movimenti della collega a scuola: possiamo ipotizzare che, nella solitudine della stanza, abbia sentito l'esigenza di tutelarsi da un segreto così importante, coinvolgendo un altro membro della famiglia, che a sua volta informando le terapeute del centro 'Il Pruno' può aver contribuito a un blocco comunicativo dell'intero sistema, richiedendo il mantenimento di un ulteriore segreto.

Questa dinamica ci permette di osservare come il segreto venga attuato come una strategia protettiva da parte della famiglia Tacito, che ha tuttavia un effetto paradossale, creando tra i membri un isolamento emotivo che non legittima nessuno a lasciar trasparire e comunicare la sofferenza, risultando all'apparenza una famiglia iper funzionante però altrettanto fragile.

In quest'ottica, il sintomo di Federico ha rappresentato un'importante risorsa per facilitare l'accesso ad una serie numerosa di segreti e di vissuti intrafamiliari.

È interessante osservare come i colleghi abbiano esplorato l'aspetto della trasmissione comunicativa e di funzionamento tra diverse generazioni: il tema del 'trigenerazionale' è centrale nella teoria sistemica. Con trigenerazionale intendiamo l'osservazione di come le generazioni nel qui e ora siano collegate alle generazioni precedenti e come quindi il funzionamento di un individuo sia influenzato anche dalla storia della sua famiglia d'origine.

'La diagnosi trigenerazionale si focalizza sulla storia e sui processi di trasmissione di tratti e di comportamenti attraverso le generazioni, altra radice essenziale della tradizione della terapia familiare. Pionieri come Lidz (1963), Bowen (1978), Framo (1992), ecc., ci hanno parlato di trasmissione di irrazionalità, indifferenziazione [...]. I molti modi possibili in cui il paziente che incontriamo come genitore avrà vissuto ed elaborato la sua posizione di figlio, avranno di sicuro un'influenza decisiva sulla sua identità generale e quindi anche sulla sua genitorialità' (Selvini, 2007).

Interessanti rispetto alla trasmissione intergenerazionale nella famiglia Tacito appaiono i temi del suicidio, del segreto e della sofferenza indicibile: l'osservazione di queste dinamiche antiche ci permette di utilizzare un altro strumento indispensabile per il terapeuta sistemico, l'ipotesi.

Con ipotesi sistemica intendiamo il processo di funzionamento della famiglia che crea modalità comunicative e relazionali (in questo caso disfunzionali) costanti nel tempo.

'Per ipotizzazione intendiamo la capacità del terapeuta di formulare un'ipotesi fondata sulle informazioni in suo possesso [...] Ogni ipotesi da noi formulata dovrà essere sistemica, dovrà cioè includere tutti i componenti della famiglia e fornirci una supposizione concernente il funzionamento relazionale globale'. (Selvini Palazzoli et al., 1980)

Nella famiglia Tacito l'ipotesi potrebbe essere 'La sofferenza è indicibile. Il paradigma è che ognuno deve cavarsela da solo, e qualora questo non si verifichi e la sofferenza prenda il sopravvento, l'unica strategia di fuga ipotizzabile è un gesto estremo'. In quest'ottica anche la sofferenza di Federico, paziente designato, viene letta come eccessiva sensibilità e fragilità, e non come legittima richiesta di aiuto per una sofferenza trigenerazionale e di sistema.

Con questa ipotesi in mente relativa all'indicibilità della sofferenza emotiva e con la consapevolezza del fatto che i terapeuti sono parte del sistema terapeutico insieme alla famiglia, concludiamo, infine, chiedendoci quale può

essere stato il vissuto emotivo dei colleghi nell'incontro con questa famiglia. Quali emozioni sono emerse nella stanza di terapia e che ruolo hanno giocato nel processo terapeutico? 'Le emozioni del terapeuta assumono infatti una grande importanza perché molte parlano della famiglia, altre del terapeuta stesso' (Cirillo *et al.*, 2016).

Al di là delle differenze esistenti tra i diversi approcci e del focus che abbiamo posto sull'approccio sistemico, condividiamo la visione di Erich Fromm, che sottolinea nuovamente la potenza dell'autocura nella famiglia e negli individui: 'Non preoccupiamoci troppo. In fondo non siamo noi a curare i nostri pazienti. Noi semplicemente stiamo loro vicini e facciamo il tifo mentre loro curano se stessi'.

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi, M., Falcucci, M., Mascellani, A., Santona, A., Sciamplicioti, F. (2007). Il bambino nella terapia familiare. I seminari di Maurizio Andolfi. Accademia di Psicoterapia della Famiglia, Roma.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Cirillo, S., Selvini M., Sorrentino A.M. (2016). Entrare in terapia. Raffaello Cortina Editore.
- Framo, J.L. (2019). Terapia intergenerazionale. un modello di lavoro con la famiglia d'origine. Raffaello Cortina Editore, p. 89.
- Jackson, D., Beavin, J.H., Watzlawick, P. (1967) Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi. Astrolabio.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo L., Cecchin G., Prata, G. (1980). Ipotizzazione, circolarità-neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta. ITF n° 7.
- Selvini, M. (1994). Segreti familiari: quando il paziente non sa. *Terapia familiare* n° 45.
- Selvini, M. (2007). Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica. Versione aggiornata ad agosto 2013 dell'articolo pubblicato su *Terapia Familiare*, 84: 9-29.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 3 luglio 2024.

Accettato: 9 luglio 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:939

doi:10.4081/rp.2024.939

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Replica ai commenti ricevuti

Mariacarmela Abbruzzese, Enrico Vincenti***

Leggere critiche e commenti così ricchi e costruttivi ci ha reso particolarmente lieti, perché constata l'importanza dello scambio e del confronto come ricchezza per una ricerca basata su approfondimento e studio continuo.

Spesso, in corsa con gli impegni della vita, rischiamo di perdere queste occasioni che invece risultano essere una risorsa fondamentale per qualsiasi idea rispettabile, in qualunque ambito professionale. Per questo vogliamo ringraziare Laura Polito e Fabio Vanni che ci hanno proposto di scrivere questo articolo e i colleghi e le colleghe commentatori Griselda Bruceti, Elena Cofano, Chiara Inzoli, Paola Isabello, Roberta Michelazzo, Chiara Rizza, Angelica Rizzo Scaccia, Raffaelina Magnoli, Gianfranco Bruschi, che hanno avuto voglia di divertirsi insieme a noi in questo gioco così fruttuoso con i loro puntuali riferimenti e appunti sul lavoro proposto. Lo sguardo del terapeuta, il suo orientamento teorico e la concezione dell'umano portano ciascuno a leggere ciò che osserva e orientano la proposta clinica.

Ricca e articolata è la loro argomentazione: toccano punti nodali, introducono argomenti e concetti che meriterebbero di essere ripresi da noi. Per la natura di questo confronto, scegliamo di individuare alcuni aspetti salienti in modo da approfondire la nostra proposta.

Pensiamo che un punto in comune possa essere il riferimento ad una clinica aperta, che coniughi singolarità del soggetto e complessità del vivente all'interno del suo contesto. Quindi una clinica che non si accontenta di rispondere semplicisticamente alla richiesta, ma che osserva e compone

*Psicologa, Psicoterapeuta, Psicoanalista SIPRe-IFPS; Socia fondatrice dell'area Prospettiva Gruppo e Famiglia; Membro de 'IL PRUNO Centro Studi Famiglia e Gruppo'; Docente di Clinica presso la scuola di Specializzazione in Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italia. E-mail: abbruzzesemari@gmail.com

**Psicologo, Psicoterapeuta, Psicoanalista, Supervisore SIPRe-IFPS; supervisore in Psicoanalisi della Relazione di Gruppo e della Famiglia. Membro de 'IL PRUNO Centro Studi Famiglia e Gruppo'; Docente di Clinica Psicoanalitica presso la Specializzazione in Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italia. E-mail: evinces7@gmail.com

quanto emerge nell'incontro per una proposta funzionale al processo terapeutico del singolo soggetto sofferente.

Le dr.sse G. Bruceti, E. Cofano, C. Inzoli, P. Isabello, R. Michelazzo, C. Rizza, A. Rizzo Scaccia, pongono l'attenzione sul sistema famiglia, sul paziente designato e sullo stato emotivo del terapeuta. Fanno presente che il sistema famiglia ha un suo processo, in interazione con l'ambiente. Inoltre, sottolineano come il sistema famiglia tende a trasformarsi nell'incontro, includendo lo stesso terapeuta nel sistema. Sostengono, inoltre, riferendosi a M. Andolfi, l'opportunità del passaggio dal singolo al contesto, valorizzando le risorse della famiglia in un processo evolutivo per trovare modalità di auto-cura.

La dr.ssa R. Magnoli si sofferma su delle questioni importanti riguardo all'analisi della richiesta: 'chi chiede aiuto?', 'chi soffre?', 'qual è la fase del ciclo di vita della persona che soffre e degli altri componenti?', 'qual è la domanda esplicita e quale invece la domanda latente inconscia sottostante?'

Riportando H. E. Richter, ci ricorda quanto già sostenuto da Freud (1914) e ampiamente sviluppato da Aulagnier (1994) e da Kaës (1993; 2007; 2010), che esiste un investimento da parte dei genitori sui figli, investimento di differente qualità che in certi casi lega i figli agli investimenti delle generazioni che li hanno preceduti.

Il dr. G. Bruschi, condividendo la necessità di andare oltre la dicotomia funzionale-disfunzionale e di abbracciare la complessità del vivente, entra nel merito della situazione clinica esposta, evidenziando che il concetto di configurazione e di funzionamento a livello di 'coscienza' comporta il rischio di una visione lineare e di una visione che determina una direzione che parte dai genitori, dalla cultura, dall'ambiente familiare e che arriva al soggetto; di fatto, perdendo di vista quanto il soggetto può essere portatore di significati nella sua circolarità generativa.

Ringraziamo ancora i colleghi per la lettura del caso clinico presentato e per gli stimoli che ne sono derivati. Siamo grati degli spunti avuti e della ricchezza dei loro approfondimenti. Sono tutti concetti utili e strumenti di osservazione della situazione e della declinazione clinica chiara e puntuale.

Naturalmente, in questa nostra risposta siamo costretti a soffermarci solo su alcuni concetti, e per questo riprenderemo alcuni spunti per chiarire la nostra proposta.

Anche noi abbiamo preso in considerazione un concetto che, per certi versi, si avvicina a quanto esposto dalle dr.sse Bruceti, Cofano, Inzoli, Isabello, Michelazzo, Rizza, Rizzo Scaccia. Loro parlano dal 'paziente designato', noi preferiamo far riferimento a Pichon-Riviere (1985b; 1985a) e parlare del 'portavoce', e più precisamente, con Kaës (2004; 2007) di 'porta parola' o 'porta sintomo', dove figura una parte attiva del soggetto interessato a essere delegato e ad assumersi quella delega.

Ebbene, ci sono vari modi in cui si può intendere la delega alla base del legame.

Riprendendo quanto sostenuto e riportato dalla dr.ssa Magnoli, esistono degli investimenti da parte dei genitori verso i figli, investimenti spesso potenti e inconsci che legano i discendenti e quindi le generazioni.

Gli investimenti, a nostro avviso, sono il fondamento dell'organizzazione del soggetto e alla base delle relazioni che si organizzano tra i soggetti. Ciascuno investe sull'altro, in particolare sull'altro significativo. L'investimento fa parte del soggetto (Io-Soggetto).

Pensiamo che non sia l'investimento a legare l'altro, ma quell'investimento ci parla di quel soggetto e del suo legame con l'altro, dell'importanza che quel soggetto dà all'altro per permettersi di vivere. Come sostiene Minolli (2016): *'[...] l'essere umano tende ad operare investimenti in funzione di quello che lo fa sentire vivo. Tende ad affermare se stesso tramite l'investimento. Ciò avviene senza che ne abbia una chiara consapevolezza, pur assecondando l'esigenza di porsi come esistente partendo da quello che prova in quel momento [...]'*.

Abbiamo provato a definire questo livello di investimento come la modalità del soggetto di attuare la propria esistenza, quindi 'naturale' per lui in relazione alla sua 'configurazione', al suo modo di essere e operare sui principi organizzatori che lo hanno definito.

Ci sembra che questo livello dell'investimento venga riportato dai diversi interventi, ma pensiamo che non sia l'investimento in sé che lega. Per questo motivo, ne facciamo una lettura differente: riteniamo che i rapporti siano l'espressione del soggetto che si lega all'altro tramite i propri investimenti.

Una funzionalità reciproca, per cui il 'porta sintomo', nella sua veste di 'funzione forica' (Kaës, 2007), per noi esprime esattamente il livello della relazione e la 'funzionalità reciproca' che si attua a 'livello di coscienza'; quindi naturale computazione degli eventi in funzione della propria configurazione e che dà senso al proprio esistere vitale.

Per noi il 'porta sintomo', in quanto funzione forica, esprime l'incidenza reciproca tra Federico, Alessandra, Clara ed Ennio, e come la funzionalità reciproca, fino a quel punto operante, presenti un limite. Lì per noi emerge e si evidenzia la crisi. Dove compare l'investimento reciproco di Clara ed Ennio, di Federico e Alessandra, in un intreccio sicuramente circolare (come ricorda R. Magnoli), ma una circolarità che si organizza intorno alla configurazione di ogni singolo soggetto. Circolarità a conferma dell'esistere reciproco di ogni soggetto.

Certamente le modalità delle loro interazioni sono in linea con la fase del ciclo di vita di ciascuno (R. Magnoli), ma pensiamo che le modalità espressive non modifichino di fatto il tipo di investimento di ognuno, investimento espressione di ciò che uno è.

Questa lettura potrebbe sembrare deterministica e lineare, almeno questo ci sembra l'invito del dr. Bruschi. Potrebbe sembrare, ma per noi non lo è per il semplice motivo che, nella nostra lettura, si ipotizza che ciò che caratterizza la 'specificità' del 'vivente umano' sia la possibilità di accedere alla 'coscienza della coscienza'. Una specificità che, si ritiene usufruibile da ciascun soggetto, e che lo porta a trascendere quanto organizzato a livello di coscienza e a cogliersi per ciò che è e che esprime nelle continue interazioni con l'altro.

È il presupporre questa possibilità, questa qualità dell'umano, che ci porta ad avere una visione positiva del soggetto, dove la cura è un prendersi cura della situazione e accompagnare i soggetti a riconoscersi in quegli investimenti che organizzano la loro esistenza.

In questo modo, ci sembra venga meno il determinismo e il direzionismo, poiché il soggetto, attraverso l'accesso alla 'coscienza della coscienza', può accogliere il suo investimento e la sua delega, provando a vivere la propria esistenza sulle proprie gambe.

Abbiamo ipotizzato che la crisi di Federico, in quanto 'porta sintomo', come le altre mille crisi che hanno attraversato la storia di Clara ed Ennio e successivamente di Federico e Alessandra, oggi esprima un tentativo di collocarsi sui propri investimenti, non solo di Federico ma di tutti e quattro.

Nel loro auto-eco-regolarsi, Federico, Alessandra, Ennio e Clara attualizzano ciò che sono attraverso la loro configurazione, che li costituisce in una processualità circolare e ricorrente di interazioni reciprocamente incidenti. Per questo, secondo noi, l'attuarsi di ciascun soggetto avviene proprio attraverso interazioni reciprocamente funzionali a conferma dell'esistere di ciascuno. Il salto è la possibilità di cogliersi in quei legami e di assumere il proprio investimento sull'altro, il che può dare una qualità diversa alla propria esistenza, una qualità che si esprime in una presenza a sé stessi e in un riconoscimento dell'altro.

Coerentemente con quanto affermato, pensiamo che la delicatezza del nostro lavoro si esprima nella possibilità che ci diamo, in quanto terapeuti, di stare in quella sofferenza portata e/o negata, per accompagnarli ad occuparsene. L'aprire a questa possibilità non è compito del terapeuta, ma dei singoli soggetti, il terapeuta può soltanto evitare di chiudere una crisi per la fatica di stare nella sofferenza che lo tocca e lo riguarda.

Riprendendo Losso (2000), spesso il terapeuta viene chiamato in causa già dal primo contatto e lentamente entra nel sistema famiglia ampliandolo. Per cui, spesso assistiamo alla richiesta di conferma, da parte di ciascun soggetto, della propria soluzione alla crisi. Clara, dal primo contatto, ha una ipotesi risolutiva e chiede urgentemente conferma al terapeuta che quella può e deve essere la soluzione. Così come Federico, Ennio, Alessandra chiedono conferma, sia agli altri sia al terapeuta, ampliando il sistema da familiare a terapeutico. Stare in quella angosciata richiesta e

aprire il campo delle possibilità potrebbe e, pensiamo sia, la posizione del terapeuta.

Minolli sosteneva che se si considera l'io-soggetto, nello svolgersi della propria esistenza e del proprio procedere della vita, si potrà non solo aiutarlo a riconoscersi come parte della propria cultura, ma anche e soprattutto aiutarlo a far fronte alla vita a partire da sé stesso (Minolli, 2015).

E questo vale anche per il terapeuta stesso. Quindi anche il terapeuta, come tutti i soggetti in campo, entra in gioco con l'assunzione della propria condizione a partire dalla propria configurazione, in questo modo accoglie ciò che è e accoglie ciò che sono i pazienti e di conseguenza fa i conti con le implicazioni del suo modo di essere e del modo di essere delle persone che incontra.

Qui sorgono interrogativi sulla formazione in psicoterapia, sulla clinica e sull'etica della prassi terapeutica. Parafrasando Michele Minolli (2015), potremmo definire 'una clinica della presenza', volta all'educare l'essere umano, e quindi il terapeuta, a una presenza a sé stessi, premessa necessaria per stare nella relazione con il paziente in modo rispettoso delle sue soluzioni, accompagnandolo nel processo del suo divenire.

Sin dal primo contatto, abbiamo colto la crisi in atto e il nostro lavoro è stato quello di accoglierla nelle singolarità di ogni familiare. Fin dal primo incontro, come riferisce la dr.ssa Magnoli, abbiamo colto i segni di un malessere in Alessandra, che si esprimeva in ogni suo gesto, nelle posture e nel suo corpo intero. Abbiamo accolto il livello di presentazione e di domanda che loro portavano; solo attraverso questa accoglienza siamo stati in grado di rimandare l'opportunità che si stavano dando attraverso la crisi. Ed è in quel momento che li abbiamo accompagnati ad accoglierla e a prendersene cura, come possibilità.

Da quanto detto, ne consegue che l'attenzione è rivolta al processo del soggetto, del singolo soggetto, indifferentemente dal setting adottato.

Anche su questo punto abbiamo una precisa posizione: riteniamo che il setting debba essere funzionale all'accompagnamento della processualità del soggetto, sostenendolo nel prendersi cura della propria vita e della propria sofferenza. Per questo motivo, abbiamo invitato in momenti diversi a seguire percorsi individuali, in famiglia e in coppia in funzione della processualità della vita.

In conclusione, apprezzando e ringraziando per l'opportunità offertaci dal confronto, riteniamo utile continuare il dibattito sull'etica della clinica, sulle prassi e sul modo di accogliere la sofferenza dell'uomo del XXI secolo. Sofferenza che presenta forme ed espressioni tipiche della cultura iper-individualista, e pertanto la prassi clinica non può esimersi dal porsi delle domande sull'attualità dei processi e dei percorsi di formazione del terapeuta.

BIBLIOGRAFIA

- Aulagnier, P. (1994). La violenza dell'interpretazione. Dal pittogramma all'enunciato. Borla.
- Freud, S. (1914). Introduzione al narcisismo. Opere. Bollati Boringhieri.
- Kaës, R. (1993). Il soggetto dell'eredità. In: R. Kaës et al. (trad. it. 1995). Trasmissione della vita psichica tra generazioni. Borla.
- Kaës, R. (2004). Elementi teorici generali per costruire il legame e il soggetto del legame. *Ricerca Psicoanalitica*, anno xv, n. 3., FrancoAngeli.
- Kaës, R. (2007). Un singolare plurale. Borla.
- Kaës, R. (2010). Le alleanze inconscie. Borla.
- Losso, R. (2000). Psicoanalisi della Famiglia. FrancoAngeli.
- Minolli, M. (2015). Essere e divenire. FrancoAngeli.
- Minolli, M. (2016). Che aspetti ad andartene, Alpes Italia.
- Pichon-Rivière, E. (1985a). Il processo gruppale, dalla psicoanalisi alla psicologia sociale. Lauretana, Loreto.
- Pichon-Rivière, E. (1985b). Teoria del vincolo, selezione tematica di trascrizioni delle sue lezioni, anni 1956/57. Nueva Visión.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 26 luglio 2024.

Accettato: 29 luglio 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:944

doi:10.4081/rp.2024.944

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Pietro Pellegrini*

Recensione ‘Settant’anni tra psicoanalisi e dintorni. Dialoghi e interviste’

di Pier Francesco Galli
FRANCOANGELI, MILANO, 2024

Un libro inatteso ma molto gradito che raccoglie nove interviste pubblicate dal 1984 al 2022 da Pier Francesco Galli, medico, psicologo clinico e psicoanalista. Le interviste sono editate in ordine cronologico, subito dopo quella iniziale di Francesco Merini del 2001 nella quale, come scrive Paolo Migone nell’introduzione, «sono intrecciati, in modo coinvolgente, aspetti sia professionali che personali» (p. 7).

La lettura delle interviste, una dopo l’altra, consente in una visione d’insieme di cogliere i diversi rimandi e collegamenti, e tante sono le possibili chiavi di lettura. Una è quella che va dal locale, cioè dalle radici dell’Autore, nocerine, ma anche un po’ marchigiane e poi bolognesi, fino all’internazionale, non solo Milano, Basilea e Zurigo ma una rete di contatti con intellettuali e clinici di vari Paesi (Germania, Francia, Brasile, Regno Unito, Stati Uniti). Un *‘glocal’ ante litteram* che porta Galli a costruire e diffondere cultura tramite quella che Valeria Babini (2009) chiamerà l’*‘università dei libri’* fondata da Galli, riferendosi alla collana *‘Biblioteca di Psichiatria e di Psicologia Clinica’* pubblicata da Feltrinelli, al *‘Programma di Psicologia, Psichiatria e Psicoterapia’* di Boringhieri e alla rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*. Testi molto preziosi che all’epoca colmarono un divario della cultura italiana rispetto a quella europea e nordamericana, determinato dalla dittatura fascista e da molteplici resistenze sia in ambito religioso che accademico. Testi che oggi sono in molti casi esauriti e che sarebbe molto importante riproporre a studenti e lettori.

Un’altra chiave di lettura è quella scientifica. Galli propone, attraverso

*Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, AUSL di Parma, Italia.
E-mail: ppellegrini@ausl.pr.it

esempi a volte molto semplici, un modo di cogliere l'attività psichiatrica e psicoterapeutica molto moderna. È a partire dalle prassi, dal reale, dall'incertezza nel quotidiano delle relazioni che può nascere la teoria al di fuori di ogni possibile proceduralizzazione, semplificazione o visione lineare. In psichiatria, «nel processo decisionale le procedure sono il 20%, il punto è come non disturbare l'altro 80%» (p. 134). Ne deriva un'attenzione al praticamente vero e una costante attenzione al sociale e alle altre scienze, secondo un taglio fortemente interdisciplinare e della complessità.

Un approccio che trova conferma, tra l'altro nelle opere del premio Nobel, recentemente scomparso, Daniel Kahneman (2011; Kahneman *et al.*, 2021) quando evidenzia gli errori dei processi decisionali, i bias e il rumore.

Un tema, quello di una psichiatria delle certezze fondata su manuali diagnostici e statistici (DSM) nelle varie edizioni e sulle linee-guida che può portare a costrutti teorici apparentemente coerenti ad una sorta di 'pseudopsichiatria' (Pellegrini, 2010) dalla quale viene espulso il reale, eliminato l'incerto, la fragilità e, in ultima analisi, l'umano. Un approccio sintonico all'utilizzo in ambito giudiziario e assicurativo, ma assai pericoloso per gli operatori e la loro identità, ma anche per la gestione, lo sviluppo delle attività di cura e la ricerca, e in particolare per i pazienti. Una 'pseudopsichiatria' funzionale a una sanità 'aziendalizzata' nella quale la linearità dei processi, la strutturazione delle *leadership* e del lavoro di/in *équipe* sono accuratamente analizzate da Galli.

Un pensiero critico che pervade tutta l'attività di Galli, grazie a un pensiero enciclopedico in grado di cogliere la molteplicità dei saperi, da quelli teorici e scientifici puntualmente analizzati anche in chiave storica, per cogliere le finte novità, le ridenominazioni a scopo promozionale di vecchi concetti fino alla cultura e al sapere pratico, assai più complesso di quanto si pensi, del parrucchiere, del ciabattino e del ferramenta. Da tutti si può imparare.

Il libro, grazie alle ricche note editoriali, rimanda ad altri scritti di Pier Francesco Galli e tra questi mi sembra utile segnalare *La persona e la tecnica. Appunti sulla pratica clinica e la costruzione della teoria psicoanalitica* (1996). Grazie a questi, in ambito tecnico si coglie l'originalità del pensiero di Galli nel momento in cui, sganciando il concetto di interpretazione dal linguaggio verbale organizzato, e assumendo che la modalità interattiva, cosciente e non cosciente, passa attraverso tutti i canali comunicativi, e quindi anche il non verbale, si ottiene un coordinamento di attività interpretativa che si realizza sotto forma di 'attività interpretativa continua': «Tu puoi pure parlare stando zitto, un po' come nella canzone napoletana Silenzio cantatore» (p. 180). Solo a posteriori è possibile «verifica dell'operazione clinica applicata all'individuo umano: vale a dire un'operazione di previsione con basso contenuto di informazione» (p. 131).

Nel cogliere l'incertezza del lavoro in ambito psichiatrico, Galli utilizza la supervisione per «mostrare quel che veramente gli operatori *dicono di fare*,

non quel che *ritengono si dovesse fare*» (p. 131, corsivi nell'originale). Un avvicinamento al reale piuttosto che alla proposizione di un ideale, categorico e prescrittivo (dover essere), qualifica la supervisione e consente di affrontare alte responsabilità, in una condizione di elevata insicurezza, nella consapevolezza dei limiti della disciplina e dell'organizzazione i cui operatori sono sempre a rischio di una bassa autostima. La supervisione «serve a trasformare in professionalità l'esperienza di vita» (p. 132). Vanno insieme dialogo, conflitto e creatività, da preservare mantenendo i processi informali a livello preconsciouso, «quindi non devono essere completamente trasparenti, perché in tal caso sono già falsificati» (p. 134).

Galli fa un richiamo al lavoro di *équipe*, al toyotismo nell'ambito di una visione non ideologica della riforma e della deistituzionalizzazione, e rispetto a questo mette in guardia dal pericolo della «*fuga nella legge* e della *fuga nei valori* come modi per eludere i problemi: dinanzi a ogni problema 'forte' si pensa sempre a una legge o modifica di legge piuttosto che attivare comunque quanto consentito dalle leggi vigenti» (p. 78, corsivi nell'originale). Ciò maschera una carenza di progettualità di un sistema ad alta stagnazione che ha consentito la sopravvivenza di tutte le psichiatrie possibili, andate avanti in modo parallelo. Evidenzia anche il limite della psichiatria dell'emergenza, incentrata su pronto soccorso, ambulatori e prestazioni, del tutto inadeguata rispetto alla complessità e ai nuovi bisogni. Al contempo si coglie come la perdita delle connessioni e quindi l'isolamento delle strutture, in particolare di quelle residenziali, possa costituire un rischio molto serio. I dipartimenti di salute mentale, in difficoltà rispetto alla crescita della domanda, possono dare risposte poco efficaci, burocratiche, evitanti e talora abbandoniche. Ancora lontano e difficile è il passaggio dalla psichiatria alla salute mentale, al lavoro grupppale, di e nella comunità. La questione della formazione degli operatori è un tema da sempre caro a Galli e credo che la lettura di questo libro consenta di cogliere tutti gli aspetti del suo pensiero critico.

Il libro copre quasi un secolo di vita italiana, e insieme alle storie di persone, *in primis* dell'Autore, nelle narrazioni risuonano nella mente del lettore i tanti diversi cambiamenti intervenuti a livello politico, sociale e nello stesso *welfare*. Dagli anni del dopoguerra, alla nascita del sistema di *welfare* pubblico universale, fino al neoliberismo nel quale siamo ancora immersi, con rischi connessi alla sindemia e al possibile sviluppo di una 'democrazia'. Aspetti che mettono in tensione la questione dei diritti umani e di cittadinanza e la deistituzionalizzazione. In questo è fondamentale il contributo di Galli, cioè di un sapere critico in grado di leggere i fenomeni, di produrre conoscenza, di contribuire ad affermare e rendere esigibili diritti e libertà, quali elementi essenziali per la cura della malattia nel contesto sociale e ambientale secondo una visione di tipo olistico. Un bisogno che riguarda tutti e ciascuno sia come cittadini che come professionisti.

Galli lo ha testimoniato con l'esempio, e mi piace chiudere con le sue

parole: «Noi, in fondo siamo artisti dell'indifferenziato. [...] Le idee si prendono come stimolo, per nutrirsi. [...] Non dobbiamo dimenticare niente della vita, perché a stare con la gente lo impariamo dalla vita, e dobbiamo convertirla e implementarla in capacità di relazione. Questo attraverso l'esempio. E non sai prima cosa può succedere. È quello che è stato chiamato la 'meraviglia', la sorpresa dell'analista, come dice Reik» (p. 180). Una speranza per il futuro. Grazie di cuore, Dr. Galli.

BIBLIOGRAFIA

- Babini, V. (2009). *Liberi tutti*. Bologna: Il Mulino.
- Galli, P.F. (1996). *La persona e la tecnica. Appunti sulla pratica clinica e la costruzione della teoria psicoanalitica*. Milano: Ruolo Terapeutico.
- Kahneman, D. (2012). *Pensieri lenti e veloci*. Milano: Mondadori.
- Kahneman, D., Sibony, O., Sunstein, C.R. (2021). *Rumore. Un difetto del ragionamento umano*. Milano: UTET.
- Pellegrini, P. (2010). Ancora sulla responsabilità in psichiatria. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 44:207-228.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 6 maggio 2024.

Accettato: 7 maggio 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:913

doi:10.4081/rp.2024.913

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Silvia Marchesini*

Commento al libro ‘La terapia psicodinamica è efficace? Il dibattito e le evidenze empiriche’

di Paolo Migone (a cura di)
FRANCOANGELI, MILANO, 2021

In questo libro Paolo Migone raccoglie alcuni articoli sul tema dell'efficacia della terapia psicodinamica pubblicati negli anni sulle pagine di *Psicoterapia e Scienze Umane*. Dopo una introduzione in cui presenta il libro e un primo capitolo in cui discute questioni generali sul problema della ricerca in psicoterapia (cosa significa ricerca ‘scientifica’ in psicoterapia e la differenza tra ricerca clinica ed empirica, la questione della replicabilità con anche un esempio clinico, e cenni sulla storia del movimento di ricerca in psicoterapia), vi sono i restanti nove capitoli. Essi sono i seguenti, con tra parentesi il numero dei fascicoli di *Psicoterapia e Scienze Umane* in cui sono stati pubblicati: la meta-analisi di Shedler sull'efficacia della terapia psicodinamica (1/2010); l'articolo di Leichsenring e Steinert che mettono in dubbio la maggiore efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (4/2017); il contributo di Solms ‘Psicoanalisi e ricerca scientifica’ (1/2018), che poi fu anche discusso con l'autore ai ‘Seminari internazionali di *Psicoterapia e Scienze Umane*’ di Bologna il 18 gennaio 2020; la *review* di Westen sulle ricerche sperimentali sull'inconscio psicoanalitico (4/2001) che, per la sua lunghezza, Migone riassume in una quindicina di pagine; un altro articolo di Shedler, dal titolo ‘Dove sono le evidenze della terapia «basata sulle evidenze»?’ (3/2018); la critica di Westen, Morrison Novotny & Thompson-Brenner alla metodologia degli EST, cioè dei ‘trattamenti supportati empiricamente’ (1/2005), anche questo riassunto perché troppo lungo da essere pubblicato integralmente (l'edizione sulla rivista era di 84 pagine!); la relazione di Kächele ‘Lo studio del caso singolo dalla ricerca clinica alla ricerca sperimentale: un eterno dilemma?’

*Psicologa e Psicoterapeuta, Centro di Psicoterapia Integrata Parma, Italia.
E-mail: slvmarchesini@gmail.com

(2/2017), tenuta ai ‘Seminari Internazionali di *Psicoterapia e Scienze Umane*’ di Bologna il 18 febbraio 2017; e infine l’articolo di Fornaro ‘Come validare le interpretazioni e le spiegazioni in clinica senza ricorrere alla ricerca empirica’ (4/2013). Il decimo e ultimo capitolo (‘Conclusioni’) è l’unico che non contiene materiali pubblicati su *Psicoterapia e Scienze Umane*, ed è una versione della prefazione di Vittorio Lingiardi e Franco Del Corno all’edizione italiana del libro a cura di Levy, Ablon e Kächele, del 2012, *La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca* (Milano: Raffaello Cortina, 2015). È un volume di estremo interesse, di 600 pagine, che nell’edizione originale aveva il suggestivo sottotitolo *Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*, cioè ‘Pratica basata sulle evidenze ed evidenze basate sulla pratica’ [Lingiardi, coautore di questo capitolo, è l’attuale presidente della sezione italiana della *Society for Psychotherapy Research* (SPR), che raccoglie i ricercatori del settore – fu Migone, peraltro, a fondare la sezione italiana della SPR nel 1996].

Come si legge nell’introduzione, questo libro è nato dietro suggerimento di alcuni colleghi che facevano notare all’Autore quanto fosse importante raccogliere in un volume i lavori più significativi che mostrano che la terapia psicodinamica non è meno efficace della terapia cognitivo-comportamentale, perché tanti continuano a ribadire che essa è invece la più efficace, con i *mass media* che fanno da cassa da risonanza. Emergono infatti sempre più evidenze, pubblicate anche in riviste accademiche prestigiose, secondo le quali la terapia psicodinamica non solo non è inferiore alla terapia cognitivo-comportamentale, ma spesso produce risultati più duraturi e con meno ricadute.

Gli articoli pubblicati in questo volume sono solo alcuni di quelli che avrebbero potuto essere inclusi, ma che, per motivi di spazio, sono stati sacrificati, infatti tanti sono gli articoli pubblicati sulla rivista, fin dalla metà degli anni 1980, sul tema della ricerca empirico-sperimentale in psicoterapia. È questo un filone che *Psicoterapia e Scienze Umane* ha sempre seguito con attenzione, e alcuni articoli sono anche serviti a preparare il terreno per dibattiti avvenuti negli anni seguenti (tra i vari esempi, si pensi alla pubblicazione, nel n. 3/2001, degli elenchi ufficiali degli EST prodotti dall’*American Psychological Association* – che servì da stimolo per un convegno organizzato dall’Università di Firenze a Palazzo Vecchio il 17 maggio 2003 – seguita dalla critica alla metodologia degli EST da parte di Westen e collaboratori nel n. 1/2005, inserita nel libro).

Sono così tanti i temi trattati in questo libro che è difficile selezionarne alcuni e commentarli. I lettori interessati a questi argomenti possono reperirli su *Psicoterapia e Scienze Umane*. L’editore, molto utilmente, ha pubblicato *online* una anticipazione delle prime 20 pagine del libro (dove si possono vedere l’indice, la presentazione e parte del primo capitolo): https://francoangeli.azureedge.net/fa-contenuti/area_pdfdemo/1250.324_demo.pdf.

Dal punto di vista della psicoanalisi, questo libro rappresenta una tappa

significativa nel dibattito contemporaneo sulla pratica clinica e la ricerca empirica. L'analisi critica delle evidenze, affiancata da un'approfondita esplorazione teorica, offre una prospettiva articolata sulla complessità dell'esperienza psicologica e sottolinea l'importanza di considerare i processi inconsci e relazionali nella pratica terapeutica. Attraverso una lente psicodinamica, si evidenzia la centralità del *setting* terapeutico, della relazione transferale e della comprensione simbolica nella promozione di cambiamenti significativi e duraturi nei pazienti. Pertanto, questo volume si rivela prezioso non solo per i clinici, ma anche per i ricercatori interessati a una visione più ampia e integrata della salute mentale e della pratica terapeutica.

Nella ricerca sull'efficacia delle terapie psicodinamiche emerge la necessità di considerare non solo gli esiti superficiali, ma anche i processi profondi e sottili che sottendono alla trasformazione psicologica, in questo modo si può ottenere una visione più completa e accurata della pratica clinica.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 7 maggio 2024.

Accettato: 7 maggio 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:914

doi:10.4081/rp.2024.914

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Fulvio Frati*

Soggetti che si amano. La vita della coppia dal miele dell'amore romantico all'acido del calo del desiderio e oltre

di Giuseppe D'Amore

LA CARAVELLA EDITRICE, CAPRANICA (VT), 2023

Soggetti che si amano. La vita della coppia dal miele dell'amore romantico all'acido del calo del desiderio e oltre è l'ultimo libro pubblicato da Giuseppe D'Amore (Psicologo, Psicoterapeuta e Psicoanalista, Socio Ordinario della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione). Uscito all'inizio del 2023, esso rappresenta almeno in parte l'ideale prosecuzione del precedente volume dello stesso Autore, 'Soggetti che si incontrano. Dalla relazione con gli altri alla relazione con sé stessi... e viceversa', stampato nel 2021 sempre con il medesimo editore e la cui recensione è stata pubblicata sul n. 3, Anno XXXIII, 2022 di *Ricerca Psicoanalitica* (pp. 637-641).

Come per il precedente testo, infatti, anche per *Soggetti che si amano* sono evidenti i due principali 'pensieri teorici' che guidano la penna dell'Autore: da un lato la *Psicoanalisi della Relazione* con particolare riferimento alla sua impostazione tipicamente italiana e, in particolare, ai lavori di Michele Minolli e di Romina Coin (2006; 2007), e dall'altro la tradizione psicoanalitica di matrice freudiana e kleiniana che, nei suoi sviluppi della seconda metà del secolo scorso, si è particolarmente espressa soprattutto attraverso l'opera dello psicoanalista cileno, che però ha vissuto gli ultimi tre decenni della sua vita in Italia, Ignacio Matte Blanco. È infatti in particolar modo a quest'ultimo che D'Amore si ispira per vari capitoli della prima parte di questo suo più recente volume, quella più specificatamente dedicata all'interpretazione delle dinamiche che conducono alla formazione e alla prima stabilizzazione di un rapporto di coppia di soggetti

*Psicologo, Psicoterapeuta, Criminologo Clinico, Psicoanalista SIPRe, Italia.
E-mail: fulviofrati@libero.it

umani coinvolti in una relazione d'amore all'interno di uno 'spazio-tempo' ben definito.

Perché in realtà, spiega D'Amore proprio fondando il suo approccio sulle teorizzazioni generali dello psicoanalista cileno, in ogni coppia di questo tipo i soggetti in ogni momento sin dall'inizio coinvolti non sono mai solo due, ma sempre quattro, perché ognuno di essi presenta stabilmente e contemporaneamente una doppia e radicalmente diversa modalità di funzionamento psichico: quella conscia e razionale, che funziona seguendo sia le regole della cosiddetta 'logica asimmetrica' aristotelica (quella, detta in modo estremamente sintetico ma chiaro, secondo la quale se Pietro è padre di Gino e Gino è figlio di Pietro allora Pietro non può essere figlio di Gino e Gino non può essere padre di Pietro) sia quelle della 'logica simmetrica' che governa invece l'inconscio, i sentimenti e l'affettività e che segue la regola latina della *pars pro toto* (per la quale una parte di un insieme tende a presentare le medesime caratteristiche di tutto l'insieme di cui fa parte, e può pertanto essere confusa e scambiarsi vicendevolmente con esso).

Matte Blanco definisce 'bi-logica' questa permanente coesistenza di logica asimmetrica e di simmetrizzazione nella psiche umana, e l'immediata conseguenza dell'assunzione di questa visione nell'approccio psicoanalitico alle vicende delle coppie umane 'che si amano' è che in realtà, all'interno di esse, i 'soggetti' effettivamente agenti non sono mai solo due ma sempre quattro: due soggetti 'asimmetrici' e sostanzialmente 'consci' ed altri due soggetti 'simmetrici' che agiscono per lo più a livello inconscio. Ciò, secondo D'Amore, dà origine a dinamiche complesse e a continue 'interazioni incrociate', di cui l'Autore analizza una vasta serie di situazioni che facilmente si possono incontrare nella pratica clinica con le coppie e che mostrano con chiarezza come l'attività clinica e psicoterapeutica con esse rivesta in genere particolari caratteristiche e, spesso, notevoli difficoltà.

Questo tipo di impostazione da cui si muove l'Autore, peraltro, già dai primi capitoli del libro risulta particolarmente coerente non solo con le teorizzazioni di Matte Blanco (1962; 1968; 1975; 1995; 2000; 2002-2003) ma anche con quella della Psicoanalisi della Relazione italiana, in particolar modo con quanto evidenziato da Michele Minolli nel suo fondamentale articolo 'Per un Io-soggetto come sistema' (2005). Peraltro, al di là dei suoi contenuti, questo lavoro di D'Amore si presenta subito al lettore con altre due caratteristiche particolarmente originali, in questo caso relative non tanto ai suoi contenuti bensì alle modalità con cui l'Autore li affronta e li esprime:

1. Il regolare e sistematico raccordo tra i contenuti esaminati e le radici etimologiche delle parole che li esprimono nella lingua italiana, al fine di ricostruire per ciascuno di essi i significati più autentici, profondi e condivisi;
2. La rinuncia, esplicitamente dichiarata, all'utilizzo all'interno di tutto il testo di ogni tipo di indicazioni bibliografiche con il cognome degli

autori e l'anno di pubblicazione dei relativi lavori, prassi invece regolarmente utilizzata nella stragrande maggioranza dei lavori scientifici ad argomento psicologico o psicoanalitico contemporanei. L'Autore motiva questa sua scelta con le seguenti parole: 'Ho deciso di omettere tali specifiche per non appesantire la lettura e non distrarre dal seguire il pensiero presentato' (pag. 13).

Tutto ciò innegabilmente caratterizza quindi come 'diversa' la lettura di questo testo da quella dei libri che vengono oggi di consueto pubblicati in queste Aree disciplinari, rendendola particolarmente originale anche per i suoi aspetti più specificatamente formali. Tornando invece agli elementi di contenuto, i concetti sui quali D'Amore accentra maggiormente la propria attenzione nelle parti iniziali del volume sono quelli, tra di loro inestricabilmente connessi, di 'soggetto umano', di 'identità', di 'relazione' e di 'amore'.

'Ma come si diventa esseri umani o soggetti umani? Come si sviluppa l'identità umana dell'essere soggetto?' (pag. 23). Secondo l'Autore ciò può avvenire soltanto attraverso la concreta esperienza delle relazioni con gli altri: 'Senza il concetto di relazione non può esistere il concetto di soggetto e senza il concetto di soggetto non può esistere il concetto di relazione' (pag. 34). Ed è proprio dalle relazioni tra soggetti che, a volte, si forma quello strano oggetto di studio che è, appunto, 'la coppia dell'amore' (pag. 56).

Specifica D'Amore al riguardo: 'Le coppie si formano nel momento in cui la forma dell'identità di ogni singolo soggetto che la compone si presta bene a permettere a un'azione di essere messa in atto all'interno dell'interazione della coppia stessa' (pag. 57).

Secondo l'Autore, sono varie e diverse le motivazioni attraverso cui le azioni dei soggetti interagenti possono portare alla formazione di una 'coppia dell'amore': e non sempre tali motivazioni appaiono strettamente attinenti e congruenti con il tema dell'amore inteso 'alla lettera', anzi. Le coppie che apparentemente esprimono una relazione d'amore si possono infatti fondare, in realtà, su motivazioni legate ad esempio al tema del potere, a quello della cura, oppure a quelli della sessualità, della cooperazione, dell'esplorazione, della gelosia ed altri ancora: e tutto ciò perché, appunto nella formazione di una coppia, esistono per entrambi i suoi componenti motivazioni inconscie che quasi sempre nemmeno loro stessi hanno chiare, e che tuttavia sono i veri 'potenti magneti' che attraggono due esseri umani sino al punto di portare entrambi, attraverso una sorta di accordo o patto di cui nessuno dei due è in realtà mai pienamente consapevole, ad avviare il processo per cui la coppia effettivamente si forma.

E queste potenti motivazioni inconscie, tuttavia, non sono soltanto alla base dei processi di formazione della coppia, ma anche – sottolinea l'Autore – alla base delle sue eventuali 'crisi' successive.

'I soggetti che si amano hanno fatto un patto, un accordo tra di loro, e

quando questo contratto salta si possono verificare azioni molto violente perché l'altro viene di solito identificato come chi ha tradito il patto e quindi come un nemico' (pag. 116), perché 'l'essere umano, oltre ad essere capace di un grande amore, è anche capace di un grande odio' (pag. 128).

Oltre a costituire un'interessante e per molti aspetti innovativa 'chiave interpretativa' delle dinamiche di coppia ai fini degli eventuali interventi clinici e psicoterapeutici, credo che l'approccio di D'Amore spieghi molto bene, in realtà, anche gli innumerevoli casi di 'violenza di genere' dai quali appare oggi tragicamente caratterizzata la nostra cronaca quotidiana, sino ai ricorrenti casi di 'femminicidio' e addirittura di 'omicidio-suicidio' rispetto ai quali, purtroppo, non abbiamo sino ad oggi potuto occuparci efficacemente in modo preventivo forse anche perché, almeno in parte, non disponevamo delle potenzialità di 'lettura' che, invece, il contributo di D'Amore potrebbe essere finalmente in grado di fornirci.

'Come spero sia ormai chiaro, la mia idea di essere umano è costituita da un soggetto che, oltre ad avere una relazione con gli altri soggetti a lui esterni, ha anche contemporaneamente una relazione con se stesso come soggetto. Quindi tutto questo potenziale di odio e di distruttività io lo considero sempre a disposizione del soggetto che lo può rivolgere anche contro se stesso in qualsiasi modo e in qualsiasi momento' (pag. 129). Di conseguenza, 'parallelamente alla relazione, dove vige la componente amore, va anche in scena una componente che vede l'odio e tutte le sue declinazioni possibili avere degli effetti sulla vita della coppia' (pag. 134).

Nello sviluppo successivo del libro, l'Autore approfondisce innanzitutto 'Quella particolare relazione d'amore di coppia chiamata matrimonio', inteso come un tipo di istituzione legislativa 'dello Stato o anche delle autorità religiose, oppure entrambe le cose', attraverso la quale due persone che si amano ritengono di dover 'chiedere a un'istituzione esterna che in qualche modo li contiene e li comprende di svolgere il ruolo di garante del loro amore' (pag. 154). Anche gli elementi che D'Amore sottolinea al riguardo, per quanto affrontino una tematica estremamente ampia e complessa, possono essere sicuramente utili, anche se probabilmente non esaustivi proprio a causa della vastità del tema e dei risvolti non solo razionali e/o affettivi ma anche culturali e sociali che esso presenta, per consentire a chi si voglia professionalmente occupare di supporto clinico alle coppie in difficoltà di affinare le proprie competenze al riguardo.

Non meno rilevanti, sempre in quest'ottica, sono a mio avviso anche le considerazioni che l'Autore esprime nel paragrafo successivo, che si occupa di un tema con cui molti psicoterapeuti, e non solo quelli d'impostazione psicoanalitica ma anche quelli formati secondo i vertici di osservazione e le modalità di intervento tipici di altre Scuole (penso in particolare a quelle Sistemiche e Sistemico-Relazionali) si sono sicuramente imbattuti con significativa frequenza nel corso della loro attività, vale a dire

‘L'importanza delle famiglie di origine dei soggetti per comprendere il loro modello di interazione all'interno della coppia’ (pagg. 173 e segg.). Sia nel caso di ‘relazioni di coppia costruttive’ che di ‘relazioni di coppia distruttive’, infatti, D'Amore sottolinea l'importanza delle esperienze intrafamiliari vissute ‘da parte del soggetto durante il periodo del suo sviluppo fino ad arrivare alla vita adulta’ (pag. 199): tuttavia egli non si limita a riscontrare e ribadire questa visione, peraltro già sostenuta in passato da numerosissimi autori, ma cerca anche di interpretarla (ed in ciò consiste a mio avviso, anche rispetto a questi aspetti specifici, la sua costante originalità) alla luce del funzionamento ‘bi-logico’ della psiche umana introdotto, ma forse non ancora abbastanza sviluppato ed applicato nella pratica clinica contemporanea, dal contributo alla teoria psicoanalitica fornitoci da Matte Blanco.

L'ultima parte del libro, logicamente, riguarda ‘L'intervento nella terapia di coppia’, argomento che ancora una volta D'Amore affronta ricercando una funzionale integrazione tra la visione del ‘soggetto come sistema’ che costituisce uno dei fondamentali pilastri della Psicoanalisi della Relazione italiana con la teoria complessiva di Matte Blanco ed in particolare con lo specifico concetto, da questo Autore ampiamente utilizzato, di ‘sistema infinito’.

Attraverso tale integrazione, a mio avviso estremamente interessante, D'Amore presenta la sua ipotesi rispetto al passaggio ‘dal miele all'acido’ che costituisce il frequente ma molto spesso non facilmente comprensibile sviluppo di molte delle ‘crisi di coppia’ con cui gli Psicologi clinici e gli psicoterapeuti hanno maggiormente a che fare. Secondo tale ipotesi, in sostanza, la ‘crisi della coppia’ sarebbe sempre da interpretare come una ‘crisi del soggetto’, e, reciprocamente, ‘la crisi del soggetto è la crisi della coppia’ (pag. 221).

Afferma infatti, al riguardo, D'Amore:

‘I comportamenti che noi descriviamo e che chiamiamo crisi di coppia non sarebbero altro che il tentativo di ristabilire gli accordi presi e richiamare l'altro soggetto al rispetto del contratto che aveva a suo tempo sottoscritto’ (pag. 219).

Questa interpretazione di D'Amore, però, potrebbe facilmente trarre in inganno gli psicologi e gli psicoterapeuti che – in modo evidentemente erroneo – ritenessero che si potrebbe quindi affrontare ogni crisi di coppia cercando di ricondurre i suoi due componenti ad un'analisi di tipo ‘oggettivo’ e razionale (vale a dire condotta solo con modalità di tipo ‘asimmetrico’). Perché, proprio nelle premesse del testo qui considerato, l'Autore aveva già ribadito con chiarezza al lettore che, in realtà, i componenti di ogni coppia non sono solo due bensì quattro, e che al di là delle interpretazioni più o meno oggettive che riguardano la parte cosciente e razionale di ciascuno dei soggetti coinvolti in un'eventuale terapia esistono sempre, in ciascuna delle persone che ne fanno parte, dei significati che vengono attribuiti ai fatti oggettivi

secondo le modalità, molto più simili ai meccanismi che presiedono al funzionamento dei sogni che a quelli invece tipici della nostra parte analitica e razionale, che si fondano su ‘un modo di essere indivisibile e omogeneo che funziona secondo la logica delle relazioni simmetriche’ (pag. 141).

Sulla base di tali considerazioni, secondo D’Amore, una delle modalità fondamentali sulle quali necessariamente impostare una psicoterapia di coppia che possa produrre risultati adeguati è sicuramente quello di ‘aiutare i soggetti della coppia a non identificare l’altro e se stessi solo con il modo simmetrico e cioè infinito di vedere se stessi e l’altro ma di ripristinare, sviluppare e mettere in funzione anche la parte asimmetrica del proprio funzionamento’ (pag. 240).

D’Amore dettaglia minuziosamente, nell’ultimo capitolo di questo suo lavoro, le principali linee d’azione attraverso le quali per lo psicoterapeuta, alla luce della integrazione teorica da lui proposta, può essere utile intraprendere e condurre un lavoro di questo tipo, sottolineando l’importanza cruciale del fatto per cui il percorso di risignificazione dei propri vissuti soggettivi da parte dei membri della coppia può produrre risultati positivi soltanto se viene effettuato in modo congiunto, cooperativo, unitario, che però nel contempo salvaguardi anche la ‘individualità altamente differenziata’ di ciascuno di essi: da parte del terapeuta occorre infatti riuscire a mantenere sempre un sufficiente equilibrio, durante questo lavoro, tra le due tendenze – sempre presenti in ogni essere umano e particolarmente presenti nelle dinamiche di coppia – di ‘sviluppare un’individualità altamente distinta da quella di tutti gli altri umani’ da un lato e, nel contempo, di ‘tendere alla fusione con l’altro, con gli altri, con il mondo e con l’universo intero’. La cosa più difficile al riguardo, come lo stesso D’Amore sottolinea, ‘è quella di mantenere una relazione con questi due modi di essere che non sia squilibrata in nessuna delle due direzioni’.

Il tema della psicoterapia con le coppie in crisi, o anche semplicemente in difficoltà, è al centro da anni – ma sicuramente sarebbe più corretto scrivere ‘da decenni’ – del dibattito teorico e tecnico di quasi tutte le Scuole italiane ed internazionali che si occupano della salute psicologica, relazionale e sociale delle persone. Questo volume di D’Amore non può sicuramente dire – e chi, del resto, potrebbe farlo? – l’ultima parola in merito: ma può sicuramente fornire, a tutti i professionisti attivi in quest’ambito, utilissimi elementi per ampliare ed affinare le proprie capacità d’intervento in questo complesso e sempre delicato settore, attraverso un significativo allargamento delle proprie conoscenze teoriche e dei propri orizzonti culturali ed umani.

BIBLIOGRAFIA

- D'Amore, G. (2021). Soggetti che si incontrano. Dalla relazione con gli altri alla relazione con sé stessi... e viceversa. Capranica: La Caravella Editrice.
- D'Amore, G. (2023). Soggetti che si amano. La vita della coppia dal miele dell'amore romantico all'acido del calo del desiderio e oltre. Capranica: La Caravella Editrice.
- Matte Blanco, I. (1962). Comunicazione non verbale e i suoi rapporti con la comunicazione verbale. Relazione presentata al IV Congresso latino-americano di Psicoanalisi. Rio de Janeiro.
- Matte Blanco, I. (1968). Il contributo di Freud alla cultura ed alla conoscenza generale dell'uomo. *Archivio di psicologia neurologia e psichiatria*, XXIX, 4, 308-39.
- Matte Blanco, I. (1975). L'inconscio come sistemi infiniti. Saggio sulla bi-logica. (Tr. it. a cura di Pietro Bria, Torino: Giulio Einaudi Editore, 1981; n. ed. con prefazione di Remo Bodei, ivi, 2000).
- Matte Blanco, I. (1995). Pensare, sentire, essere. Riflessioni cliniche sull'antinomia fondamentale dell'uomo e del mondo. (Tr. it. Torino: Giulio Einaudi Editore, 1995.)
- Matte Blanco, I. (2000). Estetica ed infinito, Daniele Dottorini (a cura di). Roma: Bulzoni.
- Matte Blanco, I. (2002-2003). Preludi della bi-logica, Anna Gorrese e Caterina Ferrara (a cura di), vol. 2. Napoli: Liguori.
- Minolli, M. (2005). Per un Io-soggetto come sistema. *Ricerca psicoanalitica*, Anno XVI, n. 3, 355-374.
- Minolli, M., Coin, R. (2006). Per una psicoanalisi della relazione. *Psicoterapia e Scienze Umane*, Anno XL, 3, 641-652. Milano: Franco Angeli.
- Minolli, M., Coin, R. (2007). Amarsi, amando. Per una psicoanalisi della relazione di coppia. Milano: Franco Angeli.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 15 febbraio 2024.

Accettato: 27 febbraio 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:893

doi:10.4081/rp.2024.893

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Fabio Vanni*

Commento al film: *Unless*

di Alan Gilsean, 2016

Questo bel film mi ha fatto sorgere dei pensieri che vorrei condividere e che riguardano un tema oggi molto rilevante: la cultura della cura.

In una famiglia della borghesia di Toronto – padre medico, madre scrittrice-traduttrice, tre figlie adolescenti – accade improvvisamente qualcosa di drammatico. Dal chiacchiericcio del mattino di una famiglia indaffarata ad avviare la giornata ognuno per il suo corso si approda alla scomparsa di Norah, la figlia maggiore, che non fa ritorno a casa.

Le ricerche danno, infine, esito positivo. Norah viene rintracciata dai familiari in centro città, seduta su un marciapiedi, muta. La gioia dei genitori che la riabbracciano si stempera rapidamente nella constatazione che la loro Norah, la ragazza che conoscevano, non vuole seguirli a casa, non vuole parlare con loro né con le sorelle, gli amici, vuole stare lì. Sul freddo marciapiedi di una gelida metropoli. Dorme in un luogo di accoglienza dove la prendono per com'è. Unico segno comunicativo esplicito che Norah espone è un cartello che tiene appeso al collo. 'Goodness', c'è scritto in grande. Le parole sono importanti e qui vengono usate con la giusta parsimonia. Ma i corpi non sono da meno e il corpo di Norah è lì, in strada, al freddo. Reta, una madre intensa, è incredula e spaventata, come se vedesse qualcosa di incomprensibile. Tom, un caldo papà, è costernato. Che significa? Perché Norah sta lì, sotto lo sguardo distratto dei passanti, e non torna a casa, nella loro casa, nella sua casa? La tentazione di forzarla, di convincerla, è presente, ma Norah non si fa distogliere da quell'intento. Da quella ferma e incomprensibile determinazione. In qualsiasi luogo del nostro occidente, certamente del nostro paese, la polizia e il sistema sanitario sarebbero intervenuti presto e una giovane donna sarebbe stata condotta in un luogo di accoglienza sanitaria e probabilmente sottoposta

*Psicologo e psicoterapeuta, presidente della 'Rete per la Psicoterapia Sociale', direttore scientifico di 'Progetto Sum ETS', professore a contratto di Psicologia clinica dell'infanzia e dell'adolescenza all'Università degli Studi di Parma, Italia.
E-mail: fabiovanni@progettosum.org

ad una serie di accertamenti. Forse un esordio psicotico? Un episodio catatonico? Chissà che direzione avrebbe preso la storia, una direzione forse più comune a molte storie di questo genere che gli operatori di frontiera della cura psichica conoscono. Qui no. Per ragioni che non sappiamo chi si attiva per prendersi cura di Norah sono i suoi familiari, un sistema di accoglienza assai poco sanitario e molto assistenziale. Reta e Tom si pongono presto accanto a Norah, passano con lei lunghe ore al freddo, si accomodano nel suo silenzio, la accompagnano con lo sguardo, coinvolgono le sorelle e la nonna che fanno ancora più fatica di loro a capire. Attendono. Chiedono a chi le stava vicino in altre parti della sua vita: l'ex fidanzato, un professore... provano a capire con la sponda di altri sguardi, di altre parole, perché Norah è un enigma. Si accorgono che Norah ha delle bruciature alle mani, ma non si attivano per cambiare nemmeno questo stato. Se ne prendono cura, ma rispettano questa sua postura al contempo ritirata ed esposta.

Reta vive questa vicenda con profondo turbamento, ne torna a parlare con la sua saggia terapeuta, sembra trovare con sua figlia delle connessioni nuove e possibili ancorché ancora mute. Il dolore non diviene intervento ma ascolto. Di sé e dell'altro.

La bella Norah si sfigura, si sporca, ma si intensifica nel suo dolore interno e indicibile finché il suo corpo non cede e viene ricoverata in un reparto interistitico dove le sue infezioni e la sua debilitazione possono trovare cura e consentirle di ritrovare un po' di quiete.

Ma è Tom che trova allora un nesso utile a comprendere e ad aprire uno spiraglio.

Norah, quel mattino, andando in università, aveva incontrato gli sguardi delle persone per strada, aveva pensato al mondo di ciascuno, aveva incrociato lo sguardo di una donna, una giovane con una veste arancione e la testa rasata, una monaca buddista o un'Hare Krishna forse, uno sguardo intenso e bellissimo, e al suo uscire poi, pochi minuti dopo, da un negozio, aveva visto quella donna al centro di quella strada bruciare: si era data fuoco. Era lì, il suo oggetto d'amore, d'immedesimazione, che bruciava in mezzo alla via continuando a guardare. 'I suoi occhi erano così pieni' dirà poi. Non poteva resistere Norah dal toccarla e solo l'intervento di qualche passante la sottrasse dal bruciare con lei.

Quel luogo Norah non potette abbandonare nei giorni seguenti. Quello sguardo non poté lasciare andare. Quella scelta anche per lei incomprensibile ma decisa e radicale, pubblica e intima che segna irreversibilmente un destino è stato motivo di meditazione come può accadere per tutte le scelte di vita, o di morte, se ci si fa profondamente prendere da esse, soprattutto a vent'anni forse dove si sta scegliendo se e come essere. 'Non mi sono mai più sentita viva come allora' potrà dire Norah a Reta che le chiederà, più tardi, di raccontarle, di renderla partecipe di questa sua esperienza unica che Norah aveva sentito per quel tempo infinito incomunicabile.

Al rientro a casa, dopo l'ospedale, Norah è presa dall'emozione delle luci della sua casa, dalla sua famiglia.

Norah: È bellissimo qui. Siamo fortunati.

Reta: Sì, molto.

Norah: Il mondo gira e nessuno sembra quasi accorgersene.

Reta: Tu sì.

Norah: E basta questo, accorgersene?

Reta: Io credo sia importante.

Norah: Ma restiamo così, insignificanti.

Reta: Non tra di noi.

Norah: No, non tra di noi.

Mi sono interrogato sullo stile, sulla forma di questo trattamento della crisi. L'ho fatto da operatore della cura e mi sono domandato se altre forme di intervento avrebbero dato esito migliore e cosa conta in questi casi, cosa orienta le scelte di cura.

Certo nei nostri sistemi di cura questa tragedia personale sarebbe stata molto più rapidamente spostata dalla pubblica via in un letto di un Diagnosi e cura. Certo sarebbero stati prescritti farmaci antipsicotici. Le linee guida dicono che è importante essere tempestivi in questi casi. Certo Tom e Reta e le altre ragazze avrebbero avuto una direzione nella quale collocare il senso di ciò che stava avvenendo: 'È una malattia', avrebbero detto loro. Avrebbero potuto forse assicurarsi o magari rassegnarsi oppure attendere semplicemente che i 'tecnici' facessero ciò che devono. Indubbiamente però questa vicenda avrebbe avuto una dimensione molto più asettica e circoscritta a Norah. La famiglia sarebbe stata più spettatrice, anche perché forse colpevole, quindi a maggior ragione...

Certo però trattare le crisi umane in un altro modo, come nel film per esempio, non è facile. Non lo è per chi le vive su di sé, ma forse, soprattutto, per chi gli sta intorno e anche per chi di professione deve occuparsi di questo. Accorgersi e accompagnare possono sembrare dei non interventi. Stare accanto. Esporsi allo sguardo. Ho idea che spesso chi vive profonde discontinuità nella propria esperienza abbia comunque bisogno di molto tempo per ricomporre le fratture, ma credo anche che quelle fratture debbano restare aperte per il tempo che costui/costei sente necessario, spesso anni, o decenni. Chiudere e ricomporre è una tentazione forte sia per i pazienti che per i familiari che per gli operatori, e per la società tutta. I marciapiedi restano puliti per il commercio. Ho però anche idea che se e quando si riesce ad accompagnare la cura di una crisi con una significazione corale e senza fretta, con una pratica di ascolto che diventa parola quando serve, l'esperienza di discontinuità, la frattura, la dissociazione fra sé e una parte della propria esperienza assuma un senso personale e microsociale molto più ricco per tutti i partecipanti. E forse questo è il problema.

Certo non possiamo generalizzare il 'metodo *Unless*' a sistema, né credo sarebbe auspicabile, ma credo che anche la forma che il nostro sistema propone abbia limiti importanti. Il primo per me è la riduzione della crisi ad acuzie ovvero la sua narrazione sociale come fatto sanitario, al pari di un

infarto o di un arto incidentato, e non di salute. Anche queste ultime evenienze sono fatti che riguardano i soggetti umani e anche in questi casi trattarle come eventi inerenti solo alla biologia configura un inefficace riduzionismo terapeutico. Nelle questioni che riguardano il malessere delle persone, però, questa riduzione stride ancora di più perché appare come un'applicazione di un modello di pensiero circoscritto e settoriale ad un evento che è meglio comprensibile e più utilmente affrontabile in una logica differente. Abbiamo a che fare con una persona, con un soggetto relazionale – solo Norah sa che significato ha dato a quell'incontro, come ha avuto bisogno di trattare quell'esperienza, come ha cercato di porre sé stessa in relazione con il mondo nei giorni successivi – che vive un'esperienza che fa fatica ad elaborare e credo che questo dovrebbe essere il livello giusto per intervenire. Poi ci si può occupare del corpo – le bruciate sulle braccia di Norah, la sua debilitazione – ed è spesso ascoltando anche il corpo che possiamo trovare una via, ma se il corpo-macchina diviene il primo punto all'ordine del giorno dell'intervento sulla crisi, se ragioniamo, di conseguenza, di posti letto e di stabilizzazione perdiamo il meglio di ciò che la crisi può drammaticamente offrire. Trovo che l'assenza dal dibattito sulla cura di questi temi sia grave anche perché crescente. Come se questa cultura della crisi – parola da preferire, a mio parere, ad altre come acuzie, esordio, ecc., che non a caso sono dominanti nel linguaggio specialistico – sia retaggio di un passato oramai superato, quando tutto ci chiede di riconsiderare le riduzioni, le disumanizzazioni, come fallacie violente e inefficaci.

Penso ci sia una terza via fra la sanitarizzazione riduzionistica e la solitudine delle famiglie e penso che compito di un sistema di *care* sia trovarla di volta in volta nella singolarità di ogni situazione e sostenerla affermandola come concreta declinazione di uno stile generale della cura.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 30 giugno 2024.

Accettato: 1 luglio 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:938

doi:10.4081/rp.2024.938

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

Pietro Roberto Goisis*

La psicoanalisi è una relazione. Il cinema è una relazione. Cosa è il tennis? Commento al film *Challengers*

di Luca Guadagnino, 2024

Tashi: Non sei un tennista alla fine. Non sai cosa è il tennis!

Patrick: E cos'è?

Tashi: È una relazione, Patrick.

Patrick: Era questo con Anna Muller, oggi?

Tashi: Questo, esatto!

*Per i quindici secondi in cui abbiamo davvero giocato a tennis,
ci siamo capite reciprocamente,
come chiunque ci guardasse,
come se fossimo innamorate o non esistessimo.*

Siamo andate in un posto bellissimo insieme.

*Art: Hai urlato forte sul colpo vincente,
non ho mai sentito una cosa così.*

Challengers, 2024, Luca Guadagnino

Il tennis è una relazione!

Ci voleva 'Challengers' di Luca Guadagnino, scritto con lo sceneggiatore Justin Kuritzkes¹, perché questa affermazione diventasse chiara in me, con piena consapevolezza.

Eppure, conosco e frequento da molto tempo questo sport, prima ancora del cinema e della psicoanalisi. Però, le ultime due, la cui comune data di nascita attribuita al 1895 le rende quasi gemelle, mi sono sempre sembrate un esempio lampante di relazionalità, prima ancora che la cosiddetta 'svolta relazionale' lo certificasse ufficialmente tra gli anni settanta e ottanta del secolo scorso per la psicoanalisi. Alla stessa stregua, si può dire che il cinema sia per sua essenza relazionale. Spesso parla di incontri e storie; è fatto

*Psicoanalista, Italia. E-mail: p.roberto.goisis@gmail.com

¹ Tra l'altro marito di Celine Song, autrice di 'Past Lives' (2023).

da persone per essere visto da altre persone; nel buio delle sale o dei salotti si incontrano le immagini e gli spettatori; se ne discute a cena, ai festival, nei cineforum, sulle riviste; si scrivono articoli, libri e recensioni.

Il tennis, invece, nato nella forma che conosciamo e pratichiamo dal 1873, per qualche misteriosa ragione o inconscio meccanismo di difesa, per me ha significato ‘solo’ attività fisica e ricreativa. Sarà perché per lunghe ore mi sono esercitato in solitudine contro un muro?

Anche se ben ricordo una piccola efferatezza relazionale subita in preadolescenza. Durante le vacanze estive in montagna, mi ero iscritto con temerarietà ad un torneo per giovani promesse. Venivo da un paese, ero ingenuo, molto protetto e poco avvezzo a scherzi gravi e, per me, volgari. Attendevo con trepidazione di conoscere l’avversario che il sorteggio mi avrebbe destinato. Alcuni coetanei mi tranquillizzarono dicendomi che non dovevo preoccuparmi dato che ero stato inserito tra le teste di c***o del tabellone. Non fu questo scherzo per me umiliante a decretare la mia sconfitta al primo turno, pure contro una ragazzina, molto più abile di me.

Nonostante ciò, la consapevolezza delle implicazioni relazionali tennistiche mi mancava.

Eppure, il tennis, me ne rendo ben conto ora, ha assunto un ruolo e preso uno spazio narrativo e metaforico molto ampio nei miei scritti in questi anni. Dalla citazione come *exergo* dell’incipit di ‘Open’, il celebrato e bellissimo libro autobiografico di André Agassi, ha un passaggio che riporto per esteso nel primo capitolo di ‘Nella stanza dei sogni. Un analista e i suoi pazienti’, del 2021.

«Nella mia analisi personale la seduta del giovedì mattina presto era separata dalla precedente del mercoledì sera da un unico evento: la rituale partita a tennis con mio padre. Ho spesso pensato che non ci fosse accadimento più simbolico, in quella fase della mia vita e della mia analisi, di un franco e maschio confronto tra un padre e un figlio. Fra di noi le palline gialle da tennis hanno sempre avuto vita più facile delle parole. Ostiche e stentate queste ultime, rotolanti e ficcanti le prime. Ce le davamo di santa ragione in un’ora di accaniti scambi. Non riuscivo mai a batterlo, ma finivamo la partita esausti e felici. Lui, credo, per la conferma di una mantenuta supremazia, io, senza scomodare Edipo, per avere comunque avuto la possibilità di stare con lui, noi due soli.

Quella mattina, come spesso accadeva, ero pronto a raccontare la nuova puntata di una sfida interminabile – mi sentivo uno dei protagonisti de ‘I duellanti’ – e i sogni, sempre in tema, che la partita a tennis aveva attivato.

Ero in ritardo, ma nulla di drammatico, non tenevo commenti in tema, la mia non era quel tipo di analista. [...] Come in un videogioco avevo passato tutte le porte: cancello, portone, portoncino, anticamera, la porta dello studio era aperta, passata anche quella, mi ero buttato sul lettino. Arrivato. Sospirone. Solo a quel punto mi ero accorto che lei, l’analista, era lì, in piedi, accanto alla scrivania. Stava sgranocchiando qualcosa e mi guardava stupita. Ricordo che la finestra era aperta. La chiuse con calma, ingoiò l’ultimo boccone, si avvicinò al lettino e prese posto sulla poltrona dietro a me.

Ometto la sequenza di interpretazioni che si riversarono sul mio capo, causa quel tuffo nella stanza, tutte corrette e puntuali. Non mi ero fermato in sala d'attesa, non avevo aspettato che fosse lei a venirmi incontro per farmi accomodare. Era vero, sentivo quella stanza solamente mia, non importava chi ci fosse oltre a me. Il tempo della seduta, nonostante il ritardo, era mio. Quel posto era il mio. Lei poco più di un'intrusa.»

Il tennis è una relazione, non ci sono dubbi, vero?

Torniamo quindi al tema. O forse ci siamo sempre stati dentro.

Ho preso spunto da 'Challengers' per parlare di relazioni e in queste righe oscillerò tra cinema, tennis e un po' di psicoanalisi, appunto. Non eviterò spoiler sulla trama del film, in quanto necessari per le mie riflessioni. Vi avviso in anticipo.

Lo scambio che ho riportato all'inizio è un *flash back* collocato quasi all'inizio. Sono le parole testuali che si scambiano i tre protagonisti, poco dopo il loro incontro. Art e Patrick, in realtà, si conoscono bene da molti anni. Hanno frequentato la stessa Accademia Tennistica, sono molto amici (forse non è solo amicizia, per lo meno inconsapevolmente). Hanno appena vinto il titolo nel doppio maschile all'*US Open Juniores*. Nel pomeriggio, hanno assistito alla finale femminile dello stesso torneo e sono rimasti affascinati dalla vincitrice, Tashi Duncan, bellissima e fortissima giocatrice. Loro stessi, il giorno dopo, dovranno giocare la finale del singolare maschile, ma decidono di recarsi alla festa serale di uno sponsor, anche con la speranza di conoscere la ragazza. Cosa che avviene, con un primo tempo al party, un secondo, quello citato, in spiaggia e un terzo, per ora, nella camera d'albergo dei due ragazzi. Ambedue si dichiarano 'innamorati' di Tashi, lei divertita e lusingata, promette di svelare il proprio numero di telefono a chi dei due vincerà la finale. Così i ragazzi, che in precedenza avevano preso un accordo, piuttosto improbabile, su chi far vincere, combatteranno strenuamente tra forza, corse, impegno e colpi da circoletto rosso per la conquista della ragazza. Sarà Patrick il primo a farcela.

Ma la loro vicenda relazionale e sportiva, come profetizzato da Tashi, sarà ancora in campo a distanza di tredici anni dal loro primo incontro. Sembra davvero una storia infinita e ripetuta.

Nel frattempo, la vita ha avuto il suo corso.

Il film ce la mostra, attraverso continui *flash back*, a partire da un torneo minore (Challenger, appunto) dove per casuali e differenti ragioni i due ragazzi si trovano a giocarsi nuovamente la finale.

Torniamo anche noi a tredici anni prima.

Patrick e Tashi hanno iniziato una relazione, lui ha cominciato con poca fortuna a giocare nel circuito professionistico, lei e Art hanno iniziato il College a Stanford. La sfida tra i maschi continua anche a distanza. Così l'e-

scelso insinua nella ragazza il dubbio che il fidanzato non la ami davvero (è una partita giocata anche d'astuzia e con colpi insidiosi). Assistiamo quindi ad un litigio della coppia. Si lasciano arrabbiati. Lei scende in campo per il torneo universitario e dopo poco si infortuna gravemente ad un ginocchio.

Fino a questo punto abbiamo a che fare con delle tematiche quasi classiche. L'amicizia e la rivalità tra due ragazzi ancora adolescenti, l'arrivo di un terzo (femmina in questo caso) che sovverte gli equilibri ('Non sono una sfascia famiglie' dice Tashi quando le confessano il loro innamoramento nei suoi confronti), la determinazione per il successo. Tratti narcisistici, esuberanze giovanili, desiderio di realizzazione, energie, onnipotenza e ambizione.

Il tennis diventa così una metafora dell'esistenza.

La rottura del legamento articolare (verosimilmente il crociato, nulla è casuale...) determina una svolta nella vita e nelle prospettive della giovane promessa del tennis, un vero e proprio crollo. Non credo sia casuale, nel film come nella vita. Infortuni e incidenti sono spesso associati ad altre rotture, come se il cedimento di un fronte, compromettesse e mettesse alla prova gli equilibri psicofisici. Ma noi sappiamo bene che se i traumi non vengono elaborati e processati, stanno lì, come braci sotto la cenere, pronti a riaccendersi. Quindi la soluzione trovata da Tashi – diventare il coach di Art, sposarlo, metter su famiglia, gestire tutto il mondo intorno a loro – non garantisce una tenuta stagna e tantomeno definitiva².

La mancata campionessa si 'accontenta' di una vita quasi normale. Gestisce la vita di Art, ora suo marito, pluricampione Slam, bello, ricco e famoso, ma incapace finora di vincere gli *US Open* (una bella mancanza per un *born in USA*). Ha una figlia, piccola e amante degli alberghi, ma ben consapevole del piccolo mondo in cui vivono ('Voi parlate sempre di tennis...', dirà un giorno ai suoi genitori con un po' di rassegnazione). Tutto bene, quindi? Sì, forse fin troppo, direi.

Perché la figura di Patrick, più geniale, magari problematico e inconcludente, ma senza dubbio estroso e guascone (impunito, direbbero a Roma) è rimasta nella sua vita come un sospeso.

Così sarà proprio il torneo a riaprire i vecchi cassettei, attivare la nostalgia del passato (quanta energia tra adolescenti e giovani adulti), creare un senso di incertezza e sgomento sul futuro. E ripercorrere la rivalità e la relazione mai risolta tra i due maschi.

² Gli esiti dell'infortunio sono in bella mostra sul ginocchio di Tashi fin dalla prima volta che viene inquadrata. La cicatrice verticale parla di un intervento quasi inequivocabilmente dovuto alla rottura del legamento crociato della gamba destra. Da cinefilo e spettatore attento ed esigente, mi diverte segnalare uno dei classici errori di cui la storia del cinema è ricca. La seconda volta che vediamo la cicatrice è incredibilmente mostrata sulla gamba sinistra. Anche a Hollywood non si può essere perfetti. Buono spunto per un prossimo articolo sul cinema!

Così il film, che si apre con le prime battute della finale del torneo e ci accompagna con la stessa partita tra un flash back e l'altro fino all'epilogo, diventa davvero una metafora della stessa esistenza dei tre protagonisti. Con una bellissima colonna sonora, che fa da sfondo e contorno alle emozioni in campo, e immagini altrettanto suggestive e spettacolari.

Art e Patrick si fronteggiano sul campo come duellanti di una sfida senza fine.

Tashi, seduta in tribuna, esattamente a bordo e metà campo, assiste apparentemente imperturbabile alla partita. Qualche scena prima ha svelato quale sia il suo favorito, nei fatti sembra quasi indifferente rispetto all'esito. Forse perché lei vincerebbe comunque?

Non vi anticipo la scena finale.

Dico solo che tra immagini e parole (ricordatevi l'urlo di Tashi che aveva colpito così tanto Art) una relazione per funzionare davvero deve essere fatta anche di passione.

E ora, tutti davanti alla televisione o sulle tribune o in campo per goderci un po' di tennis.

BIBLIOGRAFIA

Agassi, A. (2015). *Open*. Einaudi.

Goisis, P.R. (2021). *Nella stanza dei sogni. Un analista e i suoi pazienti*. Enrico Damiani Editore.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 6 luglio 2024.

Accettato: 9 luglio 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:941

doi:10.4081/rp.2024.941

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

La Rete per la Psicoterapia Sociale: il concretizzarsi di un'idea

Fabio Vanni, Luigi D'Elia,* Carlotta Longhi,* Giuseppe Cersosimo,*
Matteo Lima**

Sono molti anni che diversi gruppi e singoli professionisti adottano formule che tengano conto dell'accessibilità alle cure psicologiche ma questa sensibilità non era mai giunta ad essere un movimento unitario di carattere nazionale.

La distinzione tradizionale fra un servizio pubblico che ha nel suo statuto l'universalismo ed un privato, organizzazioni o singoli professionisti, che non si pone preoccupazioni di raggiungibilità, economica e culturale, è parte della nostra storia professionale e formativa.

Le ragioni dell'insostenibilità di questa dicotomia non sono semplicemente costituite dalla incapienza del servizio pubblico e dalla saturazione di questo tipo di mercato privato - con conseguente creazione di un'ingente fetta di popolazione che non trovava risposte né dagli uni né dagli altri -, ma anche dalla consapevolezza dell'esigenza di introdurre un'altra qualità della cura psicologica e dall'accentuarsi di una maggiore sensibilità etica, che potremmo chiamare 'ecologica', nei professionisti della cura psicologica che va di pari passo con una definizione della professione clinica in una forma più orientata sugli aspetti relazionali, sistemici, contestuali.

Di fatto quando alcuni di noi si sono guardati intorno, alcuni anni fa, hanno apprezzato la presenza di molti altri colleghi - medici e psicologi - che - singolarmente o, più spesso, in forme variamente organizzate - praticavano forme d'intervento psicoterapeutico e psicologico clinico che provavano a mettere insieme la loro esigenza di scambio, confronto, collaborazione su casi complessi, d'intervisione, con il tema della sostenibilità, ovvero con la possibilità di non escludere nessuno dalla cura psichica - per censo e per sensibilità personali e culturali - e di stare in piedi nella società in cui viviamo, noi e i nostri pazienti.

Poter creare un'aggregazione di questi gruppi e colleghi è stata un'ope-

razione comunque complessa come accade quando ci si deve annusare per far nascere un rapporto, ma poi ha dato luogo ad un progetto federativo che raccoglie ogni mese nuovi aderenti, nuovi soci, nuovi interlocutori interessati a capire e a dialogare. Se nel maggio 2023 le associazioni fondatrici erano cinque (Progetto Sum, Psicoterapia Aperta, Metamorfosi, Crea e Spazio Relazione), a distanza di un anno i gruppi associati sono diciotto (qui l'elenco aggiornato ed altre info e materiali utili <https://www.retepsicoterapiasociale.it/elenco-degli-associati/e>) e ad oggi cinque i professionisti singolarmente aderenti. Stimiano di rappresentare quindi al momento alcune migliaia di psicoterapeuti. Gli Ordini degli Psicologi, pur in una fase preelettorale che ha rallentato la possibilità di aprire progettualità di lunga portata, hanno risposto positivamente e in molti casi fattivamente alla possibilità di dialogare.

Il gruppo che si è assunto l'onore e l'onere di far partire questo percorso ha trovato alleati molti colleghi che in ogni parte d'Italia avevano sviluppato pensieri e pratiche in forme a volte originali che trovano nei gruppi di lavoro che stiamo avviando importanti opportunità di condivisione e scambio nonché di sinergie su progetti, bandi, aree d'interesse culturale e clinico.

La convinzione, la scommessa, infatti, dicevamo, non è solo quella di tipo universalistico – non lasciare fuori nessuno dal diritto all'aiuto psicologico – ma anche quella di sviluppare insieme una diversa qualità della cura, che forse potremmo sintetizzare nella nota espressione di Marco Ingrosso che la definisce 'complessa e collaborativa' (Ingrosso, 2016).

Alcune parole chiave ispirano il nostro procedere. Di alcune abbiamo già detto: sostenibilità, accessibilità, universalismo, inclusione, qualità, organizzazioni. Altre appaiono implicite: sociale, singolarità, cultura, territorialità.

Altre meritano qualche parola in più: stiamo avviando, in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Psicologiche, Pedagogiche, dell'Esercizio Fisico e della Formazione dell'Università di Palermo, un progetto di ricerca-intervento che vuole sia dare rappresentazione alle forme della nostra attività clinica che sostenere una funzione di valutazione sulla qualità della stessa. Stiamo inoltre definendo meglio alcuni standard etici che riteniamo condivisibili per la nostra prospettiva. Stiamo lavorando per facilitare la conoscenza reciproca delle forme che ogni gruppo ha adottato per la sua pratica clinica sostenibile in modo da favorire lo scambio di buone pratiche. Stiamo iniziando a costruire dal basso aggregazioni locali di gruppi appartenenti a RPS che intendono collaborare nell'attività clinica e in altre aree operative presenti nei nostri gruppi.

È però necessario esplicitare maggiormente un intento squisitamente politico della nostra organizzazione, ovvero il tentativo di rappresentare questo arcipelago di sensibilità e di prospettive in una forma unitaria con gli interlocutori che oggi e domani governano i nostri sistemi di welfare. Ai vari livelli – locale, regionale, nazionale e internazionale – sarà necessario accreditare il

nostro movimento come capace di costituire una terza via fra un privato profit e i servizi pubblici, in sintonia con quanto l'evolversi della normativa e le migliori pratiche sul terzo settore oramai indicano e prevedono assegnando a questa parte una funzione rilevante nel sistema di welfare e nella sua futura possibilità stessa di esistere.

Siamo quindi aperti a collaborazioni che non solo amplino la Rete ma che lavorino con noi per sostenere gli obiettivi che abbiamo sommariamente delineato.

BIBLIOGRAFIA

Ingresso M. (2016). *La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte di sociologia della cura*, Aracne Editore, II Ed. 2018.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 6 agosto 2024.

Accettato: 6 agosto 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:947

doi:10.4081/rp.2024.947

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

EDITORIAL		EDITORIALE	
Editorial	275	Editoriale	277
▪ Fabio Vanni		▪ Fabio Vanni	
FOCUS 1: PSYCHOANALYSIS OF THE RELATIONSHIP		FOCUS 1: PSICOANALISI DELLA RELAZIONE	
Paths in dialogue: on the tracks of a Subject in becoming	279	Percorsi in dialogo: sulle tracce di un Soggetto in divenire	299
▪ Maria Luisa Tricoli, Massimo Fontana, Federica Formaggi, Marina Romano		▪ Maria Luisa Tricoli, Massimo Fontana, Federica Formaggi, Marina Romano	
Creativity in psychotherapy as a 'co-reflexive dialogue between acting subjects': a clinical and theoretical proposal	319	La creatività in psicoterapia come 'dialogo co-riflessivo tra soggetti agenti': una proposta clinica e teorica	333
▪ Daniele Morelli, Laura Corbelli		▪ Daniele Morelli, Laura Corbelli	
Which configuration?	347	Quale configurazione?	359
▪ Martina Mancuso, Giovanna di Giacomo		▪ Martina Mancuso, Giovanna di Giacomo	
FOCUS 2: GENDER		FOCUS 2: GENERE	
Psychoanalytic trans-narratives	371	Trans-narrative psicoanalitiche	393
▪ Andrea Crapanzano		▪ Andrea Crapanzano	
Houses folded in on themselves		Case ripiegate su loro stesse	
A look at the development of sexual identity in adolescents and young adults in heteronormative families	415	Uno sguardo sullo sviluppo dell'identità sessuale di adolescenti e giovani adulti in famiglie eteronormative	443
▪ Sara Zucchi		▪ Sara Zucchi	
The double 'double bind' of transgender persons and ways to overcome it	471	Il doppio 'doppio legame' delle persone transgender e le vie per un suo possibile superamento	493
▪ Fulvio Frati		▪ Fulvio Frati	
WRITINGS		SCRITTI	
The world of hysteria	517	Il mondo dell'isteria	535
▪ Adriana Prela		▪ Adriana Prela	
CASE REPORT		CASI CLINICI	
Prendersi cura della sofferenza all'interno di una famiglia	553	Prendersi cura della sofferenza all'interno di una famiglia	553
▪ Mariacarmela Abbruzzese, Enrico Vincenti		▪ Mariacarmela Abbruzzese, Enrico Vincenti	
Commento al caso clinico presentato in:		Commento al caso clinico presentato in:	
Prendersi cura della sofferenza all'interno di una famiglia	565	Prendersi cura della sofferenza all'interno di una famiglia	565
▪ Gianfranco Bruschi		▪ Gianfranco Bruschi	
Commento al caso clinico di Abbruzzese e Vincenti	569	Commento al caso clinico di Abbruzzese e Vincenti	569
▪ Raffaella Magnoli		▪ Raffaella Magnoli	
L'approccio sistemico: ostacoli e risorse nella complessità	573	L'approccio sistemico: ostacoli e risorse nella complessità	573
▪ Griselda Bruceti, Elena Cofano, Chiara Inzoli, Paola Isabello, Roberta Michelazzo, Chiara Rizza, Angelica Rizzo Scaccia		▪ Griselda Bruceti, Elena Cofano, Chiara Inzoli, Paola Isabello, Roberta Michelazzo, Chiara Rizza, Angelica Rizzo Scaccia	
Replica ai commenti ricevuti	579	Replica ai commenti ricevuti	579
▪ Mariacarmela Abbruzzese, Enrico Vincenti		▪ Mariacarmela Abbruzzese, Enrico Vincenti	
LECTURES		LECTURES	
Recensione 'Settant'anni tra psicoanalisi e dintorni. Dialoghi e interviste'	585	Recensione 'Settant'anni tra psicoanalisi e dintorni. Dialoghi e interviste'	585
DI PIER FRANCESCO GALLI		DI PIER FRANCESCO GALLI	
▪ Pietro Pellegrini		▪ Pietro Pellegrini	
Commento al libro 'La terapia psicodinamica è efficace? Il dibattito e le evidenze empiriche'	589	Commento al libro 'La terapia psicodinamica è efficace? Il dibattito e le evidenze empiriche'	589
DI PAOLO MIGONE (A CURA DI)		DI PAOLO MIGONE (A CURA DI)	
▪ Silvia Marchesini		▪ Silvia Marchesini	
Soggetti che si amano. La vita della coppia dal miele dell'amore romantico all'acido del calo del desiderio e oltre	593	Soggetti che si amano. La vita della coppia dal miele dell'amore romantico all'acido del calo del desiderio e oltre	593
DI GIUSEPPE D'AMORE		DI GIUSEPPE D'AMORE	
▪ Fulvio Frati		▪ Fulvio Frati	
GLANCES		GLANCES	
Commento al film: <i>Unless</i>	601	Commento al film: <i>Unless</i>	601
DI ALAN GILSENAN, 2016		DI ALAN GILSENAN, 2016	
▪ Fabio Vanni		▪ Fabio Vanni	
La psicoanalisi è una relazione. Il cinema è una relazione. Cosa è il tennis? Commento al film <i>Challengers</i>	605	La psicoanalisi è una relazione. Il cinema è una relazione. Cosa è il tennis? Commento al film <i>Challengers</i>	605
DI LUCA GUADAGNINO		DI LUCA GUADAGNINO	
▪ Pietro Roberto Geosis		▪ Pietro Roberto Geosis	
TRANSFORMATIONS		TRANSFORMATIONS	
La Rete per la Psicoterapia Sociale: il concretizzarsi di un'idea	611	La Rete per la Psicoterapia Sociale: il concretizzarsi di un'idea	611
▪ Fabio Vanni, Luigi D'Elia, Carlotta Longhi, Giuseppe Cersosimo, Matteo Lima		▪ Fabio Vanni, Luigi D'Elia, Carlotta Longhi, Giuseppe Cersosimo, Matteo Lima	