
ATTENZIONE AL GAP
CONSIDERAZIONI ETICHE SULL'IMPEGNO TERAPEUTICO*

Sue Eusden**
Traduzione di Valentina Bonomi

Riassunto

L'articolo sottolinea la natura e la necessità del rischio nella relazione terapeutica, due aspetti che spesso non vengono adeguatamente considerati nei codici etici. Secondo l'autrice, quegli agiti (*enactment*) che potrebbero essere considerati non-etici da alcuni, nei fatti sono comuni nella diade terapeutica e possono essere visti come parte essenziale del processo terapeutico. Suggerisce, inoltre, che la pratica etica comporti una attenzione consapevole al divario (*gap*) tra l'intenzione e l'esito, richiedendo una costante attenzione alle interazioni co-transferali.

* L'articolo *Minding the Gap: Ethical Considerations for Therapeutic Engagement* è stato pubblicato sul «TAJ» (Transactional Analysis Journal), 41, 2, 2011, pp. 101-13. Viene qui tradotto e ripubblicato con il permesso dell'autrice e dell'ITAA (International Transactional Analysis Association).

NdT: Il titolo originale, *Minding the Gap*, è allusivo. È l'avvertimento, nelle stazioni della metropolitana londinese, a prestare attenzione alla distanza fra treno e banchina, letteralmente a "porvi mente". Nell'articolo, il termine ricorrente "gap" viene tradotto per indicare ora una distanza, ora un divario, ora uno spazio vuoto, elementi a cui il terapeuta, secondo l'autrice, deve porre attenzione consapevole (*minding*), restituire pensabilità.

** Sue Eusden, MA, CTA-P, analista transazionale certificata, didatta e supervisore TSTA-P (ITAA-EATA), psicoterapeuta iscritta all'albo nel Regno Unito (UKCP). Lavora a Cotswolds e a Edinburgo. È tutor al Metanoia Institute di Londra nei Master in Psicoterapia con l'Analisi Transazionale. Socio fondatore IARTA (International Association of Relational TA).

(e-mail: smeusden@gmail.com)

Abstract**MINDING THE GAP: ETHICAL CONSIDERATIONS FOR THERAPEUTIC ENGAGEMENT**

This article emphasizes the nature and necessity of risk in the therapeutic relationship, which are often not well accounted for in ethics codes. The author proposes that enactments that might be viewed by some as unethical are actually common in a therapeutic dyad and can be considered an essential part of the therapeutic process. She further suggests that ethical practice involves “minding the gap” between intention and outcome, which requires ongoing attention to cotransferential interactions.

Suonate le campane che possono ancora suonare
 Dimenticate la vostra offerta perfetta
 C'è una crepa in ogni cosa
 È così che entra la luce

Cohen, 1992

Attenzione al gap

Diversi anni fa, sul finire di una lunga giornata in un gruppo di training, andammo oltre il tempo a disposizione. Poiché sono una persona che rispetta attentamente questo tipo di limiti, dopo dieci minuti, lo feci presente a chi conduceva il gruppo, che rispose: «Lo so, e ce l'ho a mente».

In quel periodo, facevo parte di una commissione etica nel Regno Unito interessandomi e interrogandomi sul come mai certi casi si risolvessero senza problemi, mentre altri si incancrenivano in una battaglia senza fine, casi per i quali serviva un intervento equivalente a quello delle Nazioni Unite piuttosto che una mediazione. Ho imparato che le volte in cui i terapeuti ponevano attenzione ai contorni (*edges*) della propria pratica professionale, solitamente la situazione era risolvibile (per esempio, se aveva fatto qualcosa che disturbava il cliente, il terapeuta se ne interessava). Al contrario, quando i terapeuti tendevano a patologizzare i pro-

pri clienti assumendo una posizione difensiva o di attacco, allora l'attivazione etica si intensificava fino a raggiungere spesso un agito (*reenactment*) di secondo o terzo livello, portando i due a perdersi in una specie di dramma da tribunale.

In tali situazioni, il lavoro della commissione etica si limitava a decidere se fossero stati infranti i codici etici, anziché mediare. La relazione terapeutica non era riparabile, il terapeuta era messo sotto esame e la professionalità veniva messa in dubbio. In certi casi il terapeuta aveva fatto qualcosa che disturbava il cliente e quest'ultimo aveva risposto presentando un reclamo. Allora, il terapeuta definiva l'esperienza del cliente in relazione alla patologia del cliente, e lo "scambio" (*switch*) avveniva quando il terapeuta, nel più estremo dei casi, finiva per essere radiato dall'albo. In Analisi Transazionale, a livello di superficie, potremmo considerarlo come un gioco psicologico del "Prendimi a calci" che si incastra con il "Ti ho beccato!" (Berne, 1964). Tuttavia, guardarlo da questa prospettiva non permetteva alla riflessione e alla comprensione di emergere e tutte le parti in causa restavano confuse, insoddisfatte e in qualche modo bloccate.

Tornando all'esperienza di gruppo citata precedentemente, ciò che mi divenne chiaro è che la nostra responsabilità come professionisti sta proprio nel porre attenzione al divario (*gap*) tra le percezioni del terapeuta e quelle del cliente, e che porre questo tipo di attenzione (*mindin*g) talvolta conta più di ciò che facciamo.

Nel Regno Unito, "*Mind the gap*" è un ritornello con cui ci viene costantemente ricordato di stare attenti alla distanza fra treno e banchina nelle stazioni della metropolitana, dove gli altoparlanti ci avvisano del potenziale pericolo del dislivello mentre saliamo o scendiamo dal treno. Charlotte Sills racconta la storia di un maestro zen che, in visita a Londra, disse:

La vostra metropolitana è molto buddista. Oggi ho sentito dire: «Ponete mente ai dislivelli, al vuoto» e «Questo treno termina la corsa, e tutto cambia». Questo è tutto ciò che dobbiamo tenere a mente sulla vita (Sills, comunicazione personale, 8 maggio 2010).

Io utilizzo l'espressione "porre attenzione consapevole (*mind-ing*)", invece di "attenti (*mind!*)", per sottolineare l'idea di un processo continuo, di un principio più che di un comando (come quello delle stazioni).

A questo punto, il termine *gap* ha sviluppato significati molteplici per me. Ho iniziato a concepirlo come uno spazio intersoggettivo (una relazione). Successivamente, è diventato la rappresentazione di una "caduta" tra le menti (*a falling between minds*), un processo primitivo che può verificarsi quando si dimentica e le cose/persone/storie ci escono di mente. Ne sono un esempio eclatante i bambini e i giovani in terapia, che spesso precipitano e si perdono tra le menti dei genitori, di quelli che si prendono cura di loro e dei servizi, e soffrono poiché non riescono a essere considerati in modo chiaro e coerente all'interno e tra le menti di chi se ne occupa. Il *gap* si riferisce anche alla divergenza tra sicurezza e rischio (una tensione clinica ed etica). Infine, è un processo che ha luogo a livello cellulare nella fessura sinaptica (spazio inter-sinaptico) ove molti aspetti della vita sono regolati e de-regolati (una funzione biologica). I *gap* si aprivano ovunque, e io cadevo tra le loro crepe in ciò che stavo tentando di articolare. Perciò, pensando agli scopi di questo articolo, mi soffermerò sui primi tre, ispirata da Leonard Cohen (1992), e vedremo come è possibile tesserli l'uno con l'altro.

Il gap come occasione

Lavorando all'interno della commissione etica, ho notato come spesso l'etica sia utilizzata come una difesa o uno scudo. Nella nostra cultura, sempre più paranoica e litigiosa, l'ammissione di un errore o di una pratica che va contro i principi etici è qualcosa che i terapeuti difficilmente contemplanò, e che mi ha portato a pensare all'"onore del terapeuta" come una difesa. Essere accusati di aver agito contro i principi etici è causa di profonda vergogna e spesso viene percepito come un attacco all'integrità professionale del terapeuta. Può andare a toccare la vulnerabilità di una nostra ferita narcisistica, attivare le nostre difese e inibire il pensiero e una creazione produttiva di significato.

Dal mio punto di vista, i terapeuti agiscono spesso in modo non etico, seppur non commettendo gravi errori di condotta, ma disattenzioni, scegliendo una opzione facile (per esempio, calmare anziché turbare), oppure con interventi non sufficientemente efficaci. Questi ultimi di solito vengono definiti non etici quando i terapeuti non si prendono cura del *gap* creato dalle loro azioni. Nella migliore delle ipotesi tali interventi possono rivelarsi un'esperienza inefficace, oppure di abuso, nella ipotesi peggiore.

Il motivo per cui le azioni descritte possono finire davanti a una commissione etica sta nel mancato intervento da parte dei terapeuti nel prendersi cura del *gap*, assumendo una posizione difensiva rispetto all'analisi delle implicazioni etiche con se stessi e con i clienti, senza riuscire ad adottare un atteggiamento "curioso" che tenga in considerazione la propria vulnerabilità e l'intersoggettività. I terapeuti spesso si difendono rivolgendosi all'autorità di una commissione professionale, o rispondendo alle accuse/reclami di un cliente, con una risposta dettata dalla vergogna. L'arroganza dei terapeuti e il bisogno di certezze possono inibire le loro capacità di rimanere vigili e capaci di apprendimento.

Si potrebbe essere portati a pensare che il rischio di contenzioso aumenti proporzionalmente al numero di errori commessi dal terapeuta, tuttavia le ricerche riguardanti i contenziosi per negligenza tra i chirurghi non mostrano alcuna correlazione (Levinson, Roter, Mullooly, Dull, Frankel, 1997). Il fattore determinante nell'aumento della probabilità di contenzioso è il tono di superiorità utilizzato dal medico in risposta al paziente (Ambady et al., 2002).

Prima di proseguire, desidero definire diversi tipi di relazione che penso rilevanti per la discussione etica nella clinica. Martha Stark (1999) ha definito tre modalità terapeutiche: a-una-persona (arricchimento della conoscenza), a-una-persona-e-mezza (messa a disposizione di esperienze correttive) e a-due-persone (coinvolgimento nella relazione autentica), descrivendo i vantaggi e i potenziali rischi di ciascun approccio.

Così come è avvenuto in altre teorie psicologiche, l'analisi transazionale ha abbracciato tradizionalmente le prime due modalità, con una enfasi crescente all'approccio a-due-persone, emersa

all'incirca nell'ultimo decennio. La psicoanalisi contemporanea ha stimolato l'Analisi Transazionale contemporanea a ricordare che Berne, sebbene scrivesse sul tema delle due persone coinvolte in un gioco, non si soffermava sull'aspetto bidirezionale della relazione terapeutica, bensì sulla natura delle relazioni in generale. Hine (1990) ha esplicitamente scritto della natura bidirezionale dei giochi, e diversi autori esperti di Analisi Transazionale hanno approfondito la natura intersoggettiva e co-creata della relazione terapeutica (Cornell, Landaiche, 2006; Hargaden, Fenton, 2005; Summers, Tudor, 2000).

L'etica nella pratica quotidiana: un esempio clinico

I clienti spesso ci mettono in guardia sulla danza del transfert/controtransfert attraverso le storie di ciò che accade fuori dalla stanza della terapia. Un cliente, che chiamerò John, giunse in studio per la seduta molto agitato, e stranamente in ritardo. Iniziò a raccontare la storia di come, mentre scendeva la collina, fosse stato "tallonato" da un'auto guidata da una donna irresponsabile e con i figli a bordo. Era furioso, in primo luogo per la guida pericolosa della donna, e in secondo luogo per il fatto che lei stesse mettendo in pericolo i propri figli.

Nella seduta precedente, avevamo esplorato la possibilità per John di riallacciare il rapporto con i figli dopo diversi anni, un rapporto interrotto in seguito a una rottura tra loro. Egli non riusciva a trovare la forza di perdonarli. Mi ero trovata a incoraggiarlo a lasciarsi guidare da uno dei figli grandi, che si era messo in contatto con lui. Mi ero sbilanciata spingendolo avanti, animata dalla personale esperienza di ricongiungimento con mio padre dopo anni di separazione. John si sentiva "tallonato" dal mio continuo incoraggiamento, mentre io non coglievo la sua vulnerabilità. Mi rendevo conto di averlo spinto verso la riparazione, ma non avevo consapevolezza di come stesse vivendo questa spinta. Nella storia raccontata poco prima, John mi aveva detto che la sua risposta al comportamento della donna era stato di rallentare e guidare rispettando i limiti di velocità e, così facendo, si era sentito sollevato e aveva riacquisito potere e controllo di sé.

Abbiamo analizzato il significato di questa storia per la nostra relazione. Quando glielo chiesi, John concordò sul fatto che io lo stessi “tallonando”. Non voleva proprio richiamare sua figlia. Si sentiva spinto dalla mia intromissione, e anche dal suo desiderio di non deludermi. Entrambi comprendemmo che aveva bisogno che io ponessi in primo piano il rispetto per lui e per la sua capacità di trovare la strada, qualunque fosse, senza imporgli la mia storia e le mie aspettative. Quando riuscii a esprimergli il mio desiderio per lui di trovare un significato nella rottura con i figli, senza voler definire il risultato né il modo migliore per ottenerlo, si sentì ascoltato. Imparò anche che restare in contatto con una donna “delusa” può portare a un dialogo reciprocamente rispettoso. Non ne aveva mai fatto esperienza prima, non lo pensava possibile, e nelle precedenti relazioni a quel punto aveva sempre abbandonato.

Per me, spostarmi in un contesto a-due-persone (Stark, 1999) significava rischiare l'incertezza. Invece di continuare a definire John come una persona spaventata, incapace di perdonare e con la paura di fare una mossa riparativa, doveti comprendere in che modo potesse fare uso di ciò che avevamo creato tra noi, cosa che alla fine tornava utile anche a me. Questo poteva essere un momento creativo, e toccava a me osare e spingermi alla ricerca di un significato più profondo prima ancora di capire che cosa significasse. Petriglieri (2007) suggerisce di cominciare a guardare lo stallo sia come una conseguenza inevitabile, sia come il potenziale inizio di una soluzione.

Nel caso di John, fu lui a portare nella relazione un “terzo” fattore, una storia proveniente dall'esterno della stanza di terapia, tramite cui ha offerto supervisione alla diade e ha fatto sorgere in me domande cruciali: è sempre responsabilità del terapeuta occuparsi del processo inconscio? Cosa implica ciò nell'inevitabile asimmetria della diade? Qual è la responsabilità del cliente in tutto questo, considerato che egli non è vincolato da un codice etico, ma viene in terapia per ricevere aiuto nel risolvere gli aspetti riguardanti il suo passato?

Con John riuscii a mantenere la curiosità e a riflettere insieme a lui. Temo che se questo non fosse accaduto, probabilmente

avrebbe dovuto alzare il tiro per farsi sentire. Questo avrebbe potuto tradursi per lui in un abbandono improvviso della terapia, con tornaconto (*pay-off*) ben noto per ciascuno di noi. Quando avviene una rottura nella relazione terapeutica, il terapeuta ha l'obbligo di assistenza nei confronti del cliente, di se stesso e della professione, una responsabilità che lo induce a tenere a mente un possibile *enactment* in cui si è coinvolti, e che abbia portato alla perdita della capacità di riflessione.

Il mio interesse è rivolto all'etica nel quotidiano. Come analista transazionale, mi incuriosisce il vedere quando nelle mie transazioni "metto un piede in fallo" e, riflettendo sul mio lavoro, vedo che ciò accade molte volte al giorno. Non mi riferisco a gravi negligenze, ma al risultato dell'oscillazione appena percettibile della relazione interpersonale all'interno del complesso quadro professionale. Come terapeuta che valorizza il contesto a-due-persone, la matrice di transfert/controllotransfert (Little, 2006; Ogden, 1991, 1999) e l'enigmatico non-sapere dell'inconscio, so che ci sono molti modi di interrogarsi sulla ricchezza del trovarsi in una stanza con un'altra persona per un'ora alla settimana, settimana dopo settimana. La cosa migliore che posso fare è mantenere l'attenzione sull'incontro ed essere preparata a entrare in uno spazio in cui non ho bisogno di sapere, ma posso confidare di trovare significati.

Come la nostra comprensione dell'etica tiene conto dell'influenza dei processi inconsci?

È importante fare una distinzione tra i codici etici che guidano la professione e le procedure di una commissione etica che sovrintende i reclami presentati contro i professionisti. Queste ultime comprendono una serie di linee guida e regole che disciplinano il modo in cui viene gestito il reclamo per assicurare equità e giustizia a tutte le parti e per garantire protezione ai clienti (il pubblico), ai professionisti e alla professione.

Desidero ora soffermarmi sulla funzione dei codici etici, piuttosto che sulle procedure. Il Codice Etico dell'Associazione Europea di Analisi Transazionale (EATA), (2008), offre chiare linee guida per quanto riguarda i valori e i principi alla base del nostro lavoro

con i clienti in tutti i campi di applicazione dell'AT. Esse sono concepite per aiutare i professionisti a prendere decisioni riguardanti questioni talvolta complesse e per suggerire modalità di riflessione sui dilemmi etici che generano conflitti.

McGrath (1994), in un articolo ancor oggi di rilievo, descrive un metodo di applicazione dei principi morali ai dilemmi etici, sottolineando due problemi che possono emergere quando il terapeuta cerca di applicare le norme etiche:

Il primo è che il terapeuta può confondere la buona intenzione con la buona pratica etica, vale a dire che può presumere che, non avendo l'intenzione di danneggiare o sfruttare il cliente, il suo lavoro clinico sia necessariamente etico. Il secondo problema è che il timore della responsabilità legale o professionale possa portare il terapeuta a essere tanto cauto nel suo lavoro clinico da limitarne la potenza, non offrendo in questo modo al cliente il miglior trattamento possibile (McGrath, 1994; trad. it. 2017, p. 226).

McGrath ha proposto l'utilizzo di principi morali per farsi strada all'interno della complessità etica. Tuttavia, se da un lato questi principi possono costituire un'ottima struttura di riferimento per riflettere sul nostro lavoro, dall'altro presuppongono che da parte nostra ci sia sufficiente consapevolezza per elaborare e gestire dilemmi etici. L'attenzione è sul terapeuta che viene considerato potenzialmente obiettivo, e non invece immerso in un mutuo processo di soggettività. McGrath, nei suoi scritti, allude all'implicito; tuttavia, ritengo che questo aspetto debba essere analizzato ulteriormente per poter ampliare la nostra prospettiva e tenere in considerazione la conoscenza relazionale intersoggettiva e implicita, che è alla base della nostra attuale comprensione di ciò che accade nella stanza della terapia.

Una delle funzioni di un codice etico è tenere in considerazione le dinamiche di potere, ovvero l'asimmetria nella relazione tra terapeuta e cliente, portando così a un'ampia concettualizzazione e allo sviluppo dei codici etici all'interno dei contesti psicologici a-una-persona e a-una-persona-e-mezza. Ciononostante, l'avanguardia della psicoterapia relazionale contemporanea analizza le

regolazioni reciproche tra gli esseri umani. Vi è uno spostamento dalla concezione di identificazione proiettiva (Bion, 1967) a quello di mutua identificazione induttiva (Ringstrom, 2010). Si percepiscono anche uno spostamento significativo verso una relazionalità autentica e, come lo descrive Stern (2004), il riconoscimento di “momenti di incontro” che possono generare un profondo cambiamento intrapsichico. Comprendere ciò che funziona nella relazione terapeutica richiede consapevolezza del fatto che entrambe le parti debbano essere disposte al cambiamento. Una delle attuali sfide etiche consiste dunque nel discernere in che modo possiamo tenere in considerazione la realtà della reciprocità, e allo stesso tempo tener conto di dinamiche di potere asimmetriche. Quando nel nostro lavoro seguiamo quella teoria dei giochi che li considera *enactment*, un mutuo influenzamento reciproco bilaterale e identificazioni induttive, ci addentriamo allora in un quadro di riferimento a-due-persone (Stark, 1999).

I nostri codici non tengono oggi in considerazione la sottigliezza e la profondità dell’inconscio, le dinamiche psicologiche a-due-persone inerenti al lavoro ai margini (*edges*) del disturbo, un aspetto centrale in molte pratiche psicoterapeutiche.

Kearns (2007) parla dell’intenzione di proteggere il cliente facendo spazio alla necessità di proteggere il terapeuta. Ha lanciato un appello affinché le procedure che

regolano i reclami contro i terapeuti includano una più ampia gamma di possibilità relazionali, anziché dare per scontato che, se il cliente si preoccupa di presentare un reclamo, il terapeuta debba necessariamente aver commesso un errore (Kearns, 2007, p. 7, trad. propria).

Aggiunge, inoltre, che

le difficoltà più comuni tra cliente e terapeuta, che possono sfociare in un reclamo, nascono da una rottura dell’alleanza di lavoro, da intrusioni nel contesto terapeutico, da errori inconsapevoli nella gestione del transfert, dalla goffaggine derivante dall’inesperienza o dalla disattenzione causata dallo stress e dalla stanchezza (Kearns, 2007, p. 129, trad. propria).

Voglio evidenziare altri due ulteriori fattori: la mancanza di una supervisione clinica rigorosa e la rigida aderenza al contesto a-una-persona.

Pur condividendo l'appello di Kearns di dare spazio alla complessità nel processo di reclamo, ritengo sia opportuno assumere tale prospettiva nel lavoro, ancor prima di arrivare alle accuse. Non credo che l'attenzione al *gap* possa proteggere i terapeuti dai reclami, ma è necessario un contesto a-due-persone per riflettere su una rottura senza precludere il lavoro. Questo contesto è il presupposto senza cui aumenta la probabilità che il terapeuta, spinto dal timore di una ritorsione, tenda a calmare o placare il turbamento anziché starvi in contatto. Inoltre, c'è il rischio che la commissione etica diventi il Genitore proiettato nella mente del terapeuta, portando così alla perdita di vitalità nel lavoro. È fondamentale operare una distinzione tra ciò che sto analizzando in questo scritto e la grave negligenza professionale in cui sono evidenti abusi da parte del terapeuta della propria posizione privilegiata tramite agiti (*acting out*) e atti illegali. In questi casi si raccomanda un confronto delle violazioni etiche ed eventualmente un reclamo ai fini di proteggere i clienti, il terapeuta stesso e la professione. Tuttavia, come affermato precedentemente, il mio obiettivo qui è l'analisi delle rotture e delle dissonanze che avvengono più comunemente, in quanto costituiscono un aspetto inevitabile e forse fondamentale della psicoterapia del profondo. Quando il terapeuta e il cliente intraprendono questo processo complesso, si possono perdere per strada. Hanno bisogno di un contesto, di principi e di metodologie che diano direzione al lavoro anche nei momenti difficili, per fare sì che essi siano proficui, significativi e diventino un'occasione di apprendimento sia per il cliente che per il terapeuta. Winnicott (1954, 1958b) ha espresso questa idea in modo eloquente, scrivendo:

non posso impedirmi di essere diverso da come ero prima di intraprendere questa analisi... Il trattamento... ha fatto appello a tutto ciò che possiedo come essere umano e come psicoanalista... Ho dovuto crescere io stesso nel corso di questo trattamento che è stato arduo e che avrei volentieri evitato... Fortunatamente, il dolore che

ho provato mi ha reso un terapeuta migliore. O, almeno, credo sia stato così (Winnicott, 1958, trad. it. 1975, p. 334).

Una delle difficoltà della nostra responsabilità professionale risiede nel riconoscere l'inevitabilità degli errori e dei fallimenti terapeutici. Da questa prospettiva risulta chiaro che spesso può capitare di agire in modo "non etico" durante una seduta. Se non ci interessiamo a individuare i punti ove la fiducia, la correttezza e la beneficenza vengono meno, non siamo in grado di cogliere la sottigliezza che i codici etici possono offrire, trovandoci a utilizzare tali codici come uno scudo piuttosto che come una piattaforma di base.

I terapeuti si trovano così di fronte a un paradosso. I codici etici invitano alle migliori pratiche, eppure nella nostra professione le migliori pratiche consistono anche nell'essere disposti a commettere errori, a venire coinvolti in rotture e in *enactment*. I terapeuti sono valutati e giudicati all'interno dei propri contesti e comunità professionali da codici che sono in disaccordo con la concezione attuale riguardo al modo in cui gli esseri umani si relazionano e a come avviene il cambiamento terapeutico. Per esempio, porre l'accento sulla sicurezza nel lavoro può svalutare la necessità di rischio. La relazione autentica all'interno del contesto psicoterapeutico può risultare complicata, e i terapeuti potrebbero evitare importanti rischi terapeutici, come suggerisce McGrath (1994), se la paura del reclamo si sposta in primo piano.

Per sviluppare codici etici e buone pratiche riguardanti l'approccio a-due-persone, è necessario utilizzare le teorie contemporanee della mente e dell'intersoggettività. Bisogna aiutare i terapeuti a tenere conto dei metodi relazionali del lavoro con l'inconscio, cosicché gli errori, le rotture e gli *enactment* nella terapia possano essere compresi e considerati dai clienti, dai terapeuti, dai supervisori e dalle commissioni etiche inevitabili e, talvolta, addirittura necessari.

Lo spazio intersoggettivo

Il *gap* è uno spazio intersoggettivo tra il cliente e me stessa, uno spazio sia conscio che inconscio. Rappresenta anche lo spazio tra

la mia intenzione nel fare un intervento e il modo in cui esso viene accolto e percepito dall'altro (per esempio il suo impatto). È lo spazio vuoto, disponibile (*gap*) tra le nostre menti. È in questo spazio che un intervento attuato ai fini della trasformazione può essere vissuto come offensivo, abusante o non etico.

La descrizione di Winnicott di spazio transizionale qui ci è molto utile. Lo spazio transizionale esiste in un'area intermedia tra il regno della fantasia e il regno della realtà, tra il soggettivo e l'oggettivo e/o l'interno e l'esterno. L'esperienza transizionale consiste nell'accedere a questo spazio metaforico e richiede la capacità di accettare il paradosso che qualcosa possa essere reale e illusorio allo stesso tempo. Serve dunque a fare da ponte tra i mondi interni ed esterni e come alternativa alle opzioni reciprocamente esclusive del soggettivo o oggettivo.

Pertanto, i *gap* a cui dobbiamo prestare attenzione sono

lo spazio transizionale cocreato e le esperienze in cui terapeuta e cliente sono liberi di rimettere in atto (*reenact*), contestualizzare, attribuire significato e, infine, ricreare/trasformare in nuove forme quelle matrici relazionali organizzatrici relative alle esperienze primarie del paziente e, talvolta, del terapeuta (Davies, Frawley, 1992, trad. propria).

In realtà, questo approccio comporta rischi etici sia che si acceda allo spazio transizionale, sia che si rimanga al di fuori di esso.

L'abilità nell'utilizzare lo spazio transizionale è strettamente correlata alla capacità di gioco. Gli scritti di Winnicott sul gioco mi hanno aiutato a tener conto della flessibilità, fluidità e sperimentazione nel mio lavoro. Egli ci rammenta la nostra libertà di esplorazione e la nostra responsabilità di farlo:

La psicoterapia ha luogo là dove si sovrappongono due aree di gioco, quella del paziente e quella del terapeuta. La psicoterapia ha a che fare con due persone che giocano insieme. Il corollario di ciò è che, quando il gioco non è possibile, allora il lavoro svolto dal terapeuta ha come fine di portare il paziente da uno stato in cui non è capace di giocare a uno stato in cui ne è capace (Winnicott 1971b; trad. it. 1974, p. 79).

Pertanto, nel momento in cui poniamo mente al *gap*, lo possiamo fare esclusivamente in senso relazionale. Se penso di poter gestire o prestare attenzione al *gap* da sola, allora rischio di operare in modo a-relazionale e di perdere il contatto con il cliente. È in questo punto che comincio a operare al margine (*edge*) di ciò che è etico, poiché assumo una posizione di superiorità (*one-up position*) rispetto al mio cliente. La domanda è: «Come posso utilizzare la mia esperienza al fine del cambiamento senza essere prevaricante?». Un altro *gap* emerge tra la reciprocità e l'asimmetria della relazione terapeutica. Qui la tensione tra l'essere "pagati per prestare attenzione" e l'essere "corresponsabili" è fondamentale.

Prestare attenzione al *gap*, per me, significa occuparmi degli interventi e del loro impatto e, allo stesso tempo, continuare a lasciarmi incuriosire da ciò che emerge e mantenermi disponibile a esplorare il turbamento dinamico che ne può derivare. Spesso, è proprio ai margini (*edges*) della relazione che emergono forme più profonde e inconscie di relazionarsi rispetto al punto di sintonizzazione e alla richiesta empatica.

Il terapeuta deve essere in grado di accettare il fatto che tali sensazioni non dicono solo qualcosa del paziente e del suo bisogno di coinvolgere il terapeuta in certe modalità negative, ma raccontano anche del terapeuta e della sua capacità di esserne così coinvolto (Stark, 1999, p. 272, trad. propria).

Come terapeuti, dobbiamo chiederci: «In che modo questi sentimenti, originati dentro di me, possono raccontare sia del mio cliente, sia di me stessa e della mia capacità di venirne influenzata in questo modo?».

Perdersi tra le menti: dall'enactment alla trasformazione

Negli ultimi vent'anni sono stati scritti diversi contributi in Analisi Transazionale dedicati all'inconscio, che collegano per esempio l'analisi del gioco agli *enactment* (Woods, 1996), e altri, più recentemente, che mostrano come un'*impasse* può essere messa in atto (*enacted*) tra terapeuta e cliente (Cornell, Landaiche, 2006). Nella psicologia bi-personale, l'attenzione è rivolta al relazionarsi

autenticamente, quale modo di offrire un'esperienza relazionale correttiva. C'è una sorta di contraddizione qui tra una metodologia a-due-persone e un obiettivo a-una-persona-e-mezza. Il terapeuta è parte del contesto in qualità di soggetto autentico, piuttosto che fungere da oggetto neutrale o privo di un sé. La relazione cliente-terapeuta diviene l'oggetto di studio, e il terapeuta è considerato un co-partecipante, e non un osservatore che si trova all'esterno del campo interpersonale. I due diventano compagni di avventure. Safran e Muran (2000) scrivono:

Da questa prospettiva, il controtransfert diventa lo stato normale della relazione piuttosto che un suo fenomeno episodico, e il terapeuta che pensa di comprendere la natura di questa partecipazione in modo definitivo è nei guai... Considerare i sentimenti del paziente come null'altro che transfert può avere una funzione difensiva per il terapeuta e può invalidare l'esperienza del paziente. D'altra parte, trattare i sentimenti del paziente come valori di facciata, senza indagare la loro natura complessa e determinata da molteplici elementi, fa sì che si trascuri un'importante opportunità di esplorazione (Safran, Muran, 2000, pp. 39-40, trad. propria).

Gran parte del pensiero contemporaneo sulla reciprocità della relazione terapeutica è centrato sul concetto di *enactment* (Jacobs, 1986). Il termine "partecipante osservante" (in contrapposizione all'osservatore partecipante) fu coniato da Fromm nel 1964 per rendere l'idea che la partecipazione involontaria del terapeuta in un *enactment* è inevitabile, quanto auspicabile.

Ritengo che gli *enactment* (spesso consapevolmente pensati come errori) siano una parte potenzialmente vitale del nostro lavoro, in quanto rendono vivo il processo. Tuttavia, questi momenti della terapia devono essere profondamente supportati dal pensiero etico e dagli interrogativi del terapeuta. Nel lavoro con persone che portano all'interno della stanza di terapia i loro stati di angoscia, separazione, disperazione, noi terapeuti dobbiamo essere disposti a venire reclutati nei loro mondi inconsci. Ciò è inevitabile, auspicabile e rischioso. Ciononostante, quando questi stati del sé frammentari tentano di entrare nella conversazione umana, possono suscitare nel terapeuta una disorganizzazione etica. È questo

il momento in cui diventa fondamentale prestare attenzione al *gap* tra l'intenzione terapeutica positiva e la partecipazione inconscia in un *enactment*.

Un piede dentro, un piede fuori: dall'inconscio relazionale alla consapevolezza relazionale

“Un piede dentro, un piede fuori” si riferisce alla capacità di riflettere sulla danza intrapsichica e interpersonale della terapia, unendo lo spazio intersoggettivo e la tensione tra *enactment* e trasformazione. Questa capacità è fondamentale se il terapeuta vuole essere in grado di aiutare i componenti della diade terapeutica a riconoscere e comprendere sia il loro potenziale di rimettere in atto (*reenact*) il turbamento, sia il conseguente potenziale di elaborarlo. Significa anche essere disposti a ogni esperienza nella diade. Le continue dinamiche sottili, inevitabili e auspicabili implicano relazioni di transfert e controtransfert. Per esempio, il transfert con un cliente può comportare un silenzioso allontanamento che stimola il terapeuta a sforzarsi. Il cliente, allora, potrebbe sentirsi limitato e bloccato; a quel punto il terapeuta può approfondire, cercando di comprendere, ma anche temendo una rottura.

Entrambi danzano l'*enactment* dell'*impasse* tra vendetta e compassione, co-creando una vecchia routine nota a entrambi. Il rapporto ha un Io-Esso (Buber, 1923-58), qualità reciprocamente oggettivante, e il terapeuta ha entrambi i piedi nel controtransfert. Entrambi i soggetti sono caduti in un'inevitabile area cieca (*mindlessness*). In questi momenti è possibile cogliere le tensioni etiche del nostro lavoro, e appare una crepa. Poi, per entrambi, si tratterà di vedere se riescono a utilizzare la crepa per intravedere la luce.

Il terapeuta “tira fuori un piede”, adottando un atteggiamento di curiosità e consapevolezza e ponendosi domande tipo: cosa sta succedendo qui? Che cosa sto mettendo in atto (*enacting*) di mio? Che cosa mi sta mostrando il cliente che io non comprendo? Come io ho stimolato ciò nel cliente e viceversa? In questo modo, il terapeuta porta la sua mente e il suo pensiero nella diade in modo diverso, invitando anche il cliente a interrogarsi. Consco e incon-

scio sono un duo dinamico, dove ciascuno ha bisogno dell'altro per ridare significato.

Secondo Capers (1999), nell'analista devono essere compresenti due distinte capacità: la sua ricettività alle proiezioni del cliente e la capacità di distanziarsi da esse: «L'analista tende a cadere spontaneamente nella malattia del controtransfert come parte della sua ricettività alle proiezioni del paziente, e deve curarsene per proseguire l'analisi» (Capers, 1999, p. 114, trad. propria).

Ciò corrisponde alla spiegazione di Siegel (2007) sulla riflettività (*reflectiveness*), che comporta ricettività, auto-osservazione e riflessività (*reflexivity*), tre elementi essenziali per prestare attenzione al *gap*.

Il dovere di prendersi cura: l'attenzione ai gap in terapia e in supervisione

Durante un conflitto o un *enactment* terapeutico eticamente connotato, le due parti possono polarizzarsi in modo quasi inconsapevole (*mindless*) ed "entrare con entrambi i piedi". Quindi, generalmente è utile al terapeuta rivolgersi a una "terza" mente, solitamente un supervisore o un consulente.

Tuttavia, quando la rottura è così profonda da non permettere al cliente di sopportarla, questa terza parte potrebbe essere rappresentata da un mediatore o da una commissione etica, che permette di inserire una o più menti a testimoniare e ad aiutare a dare un senso e un significato alla rottura terapeutica che, sfortunatamente, nella nostra attuale cultura dalla querela facile, spesso rischia di diventare un evento doloroso e terribile anziché una ordinaria occasione per tirare le fila e riflettere.

Ho imparato che può rivelarsi estremamente utile avere una terza persona o una terza parte a occuparsi di una relazione terapeutica in grave difficoltà. Come supervisore, chiedo ai professionisti che si rivolgono a me di fare attenzione agli aspetti critici della loro pratica, portandoli in supervisione. Quando lavoravo presso la commissione etica, spesso sentivo dire che i terapeuti qualificati e con esperienza sentono di avere meno bisogno di supervisione rispetto agli inizi. Sembrava ci fosse una difficoltà narcisistica nel

rivolgersi a un terzo e una mancanza di comprensione della funzione vitale che un supervisore clinico può assumere nella protezione del lavoro, del terapeuta e del cliente. Riconoscere tale funzione affonda le radici nel nostro più profondo senso di rispetto verso i nostri clienti, verso la professione e noi stessi.

La comunità di Analisi Transazionale e le indicazioni che essa offre non dicono molto sulla supervisione dopo la certificazione. Ci sono chiare linee guida prima di essere certificati come analisti transazionali (CTA), ma dopo, niente. Gli stessi codici EATA per la pratica professionale dedicano più spazio alle indicazioni sul come regolamentare pubblicità e aspetti promozionali, piuttosto che alla supervisione o alla consultazione. Come comunità abbiamo bisogno di promuovere un processo di formazione continua, considerando la supervisione una pratica che non si limiti ai *trainee*, ma che venga utilizzata da chiunque svolga seriamente il lavoro clinico.

Per illustrare ciò che dico, porto l'esempio di un caso. Avevo da poco ricevuto richiesta di consulenza da un clinico, che chiamerò Maria, che aveva difficoltà con una particolare cliente. La cliente aveva tentato il suicidio più volte e Maria era esausta, sopraffatta e impotente. La cliente stava tenendo Maria «in ostaggio» nel suo andirivieni, e Maria voleva «uscirne e lasciarla nel suo caos». Temevo che il lavoro fosse diventato un *reenactment* dei traumi della cliente e potenzialmente anche dei traumi di Maria. Entrambe erano rimaste intrappolate in una relazione sadomasochistica, infruttuosa, di stallo.

Il mio coinvolgimento fu motivato dalla preoccupazione e dalla convinzione, forse un po' grandiosa, di poter portare all'interno della diade spunti di riflessione utili. In risposta all'implacabilità della cliente, dissi a Maria che io stessa, ogni volta in cui il mio lavoro raggiungeva una tale intensità, sentivo il bisogno di essere seguita con una supervisione settimanale finché il lavoro non si fosse stabilizzato e la mia mente recuperata. Concordai con lei una consulenza telefonica settimanale della durata di mezz'ora, anche se già allora intravedevo segnali del fatto che non fosse molto en-

tusiasta del mio coinvolgimento. Scelsi di interpretarli in termini di ansia e vergogna, causate dal sentirsi impotente, incompetente e anche arrabbiata con me che non le avevo dato il permesso di interrompere il lavoro con quella particolare cliente. Tuttavia, potevo tollerare di essere il supervisore oggetto cattivo e le consigliai alcune letture, dopo avere condiviso il fatto che Maria non avesse molta esperienza nel trattamento di tali disturbi.

Poco dopo, Maria si ammalò e il medico le consigliò di ridurre il suo carico di lavoro. Inavvertitamente, aveva ricevuto il permesso che cercava; mi informò della sua intenzione a interrompere il lavoro con quella cliente “stressante”. Maria si rendeva conto che si trattava di una situazione terribile e che sarebbe stato un *reenactment* per la cliente, tuttavia, non riusciva a pensare a come tutto questo potesse diventare parte del processo che dovevamo elaborare. Sembrava che per lei fosse diventata una questione di scelta, «la sua vita o la mia». Dopo una supervisione mi resi conto di come io mi fossi imposta su Maria. Lei si era sentita molto ambivalente riguardo alla mia supervisione, aveva pensato che avrei usato le maniere forti con lei e aveva acconsentito a lavorare con me spinta dalla paura e dalla vergogna. In verità, non si era addentrata del tutto nella consulenza, forse con l'intenzione di usarmi per confermare ciò che aveva già deciso, per proteggersi. Ero confusa e arrabbiata.

Nella successiva supervisione telefonica, Maria mi riferì due novità. La prima, che la cliente era riuscita a trovare dei confini all'interno di se stessa. Mi domandai se si stesse adattando alla terapeuta, che ora percepiva nella sua mente, in modo chiaro, come malata. La seconda, che Maria disse di sentirsi quel giorno interessata a vedere la sua cliente, e non soltanto ansiosa. Le domandai quando fu l'ultima volta in cui provò questo tipo di interesse e rispose di non ricordarlo.

Proseguì e le chiesi come la cliente avesse reagito alla decisione della sua terapeuta di terminare il loro lavoro per i problemi di salute di Maria. La cliente si era infuriata e si era resa conto che stava per essere messa da parte ancora una volta, proprio come era già capitato in passato. Maria le aveva proposto di avviare un processo di conclusione della durata di tre mesi, proprio per

offrire alla cliente un finale diverso da quelli che aveva vissuto in precedenza, ma l'astuta cliente aveva fiutato la tirannia di un finale pulito e aveva insinuato che fosse Maria ad averne bisogno, non lei.

Nel mio intervento invitai Maria a riflettere sul modo in cui aveva oggettivizzato la cliente, decidendo come sarebbe dovuta terminare la terapia, e la grandiosità implicita nell'offrire alla propria cliente qualcosa che altri non erano stati in grado di fare. A Maria sembrava che un contesto a-una-persona/a-una-persona-e-mezza potesse andare bene, poiché esso sottintende la conoscenza dei bisogni del cliente da parte del terapeuta. Fortunatamente, la sua cliente riconobbe il finale proposto per ciò che era: un bisogno di Maria.

Inoltre, cominciai a dare voce alle mie riflessioni sulla nostra relazione supervisiva, sul modo in cui avevo percepito di essermi imposta su di lei, e sul come mi interrogavo sulla possibilità di analizzare questi aspetti con lei. Tirò un sospiro di sollievo e descrisse la sensazione di formicolio che sentiva nel corpo. Ammise di aver sentito davvero un'imposizione, e che nel suo quadro di riferimento i terapeuti ricevono questo tipo di supervisione solo quando sono agli inizi, e non sanno che cosa si faccia. Aveva avuto la sensazione che io stessi dicendo a lei, una terapeuta qualificata, che cosa dovesse fare o meno, senza rispettare le sue conoscenze e competenze. Ribadii che dal mio punto di vista, a prescindere dal livello di competenza che abbiamo come terapeuti, quando si lavora con un tale livello e intensità di disturbo, come nel caso della sua cliente, abbiamo bisogno di aiuto (di una terza parte) regolarmente, per permetterci di continuare a portare consapevolezza agli inevitabili *enactment*, per proteggere i nostri clienti, noi stessi e il lavoro.

Da quel momento in poi io e Maria fummo in grado di analizzare, come un processo parallelo, la mia imposizione su di lei e la sua imposizione sulla sua cliente (la sua malattia e la conclusione forzata). Iniziammo a pensare insieme a come anche la sua cliente avesse un ruolo nella conclusione, e che avrebbero potuto analizzarlo insieme. Chiesi a Maria che cosa intendesse fare con me, e rispose di voler continuare le nostre conversazioni. Io avevo deciso/

immaginato prima della seduta di interrompere la supervisione (come «uscirne e lasciarla nel suo caos»). Ironicamente, e forse inevitabilmente, mi ero identificata con l'atteggiamento iniziale della mia supervisionata rispetto alla sua cliente, cosa che precedentemente avevo considerato come un *enactment*. Io stessa ero caduta in uno stato di disorganizzazione etica. Tuttavia, ponendo mente ai *gap* durante la supervisione, con la mia supervisionata siamo riusciti a utilizzare questi *enactment* per far luce e dar guida al lavoro terapeutico.

Implicazioni etiche

Caper (1999) propone una distinzione interessante quando suggerisce che, nel tentativo di curare il cliente, possiamo agire (*act out*) la parte del Super-Io arcaico del paziente (il Genitore), manipolandone la struttura mentale in una configurazione ritenuta sana o auspicabile. Sottolinea come l'analisi sia fondata sul descrivere le relazioni dell'oggetto interno del cliente senza cercare di alterarle, il che dimostra fiducia nel fatto che il cliente abbia una propria mente.

Se l'analista sa assumere questo atteggiamento (e riacquisirlo ogni volta che lo perde, come inevitabilmente accade sotto la pressione del proprio controtransfert), il suo lavoro mostrerà profondo rispetto per il mondo dell'oggetto interno del paziente, una profonda consapevolezza di chi è e non è il paziente e di chi è e non è l'analista. Questo tipo di rispetto tende a promuovere nel paziente sia un senso di libertà o separatezza dai suoi oggetti, sia il suo corollario, un senso di responsabilità di se stesso. Insieme, questi due sensi lo aiutano ad avere una sua mente propria (Capers, 1999, p. 126, trad. propria).

Ciò solleva questioni etiche centrali su chi definisce l'autonomia. Ho una cliente che si dedica a forum sessuali in modo da mettermi alla prova. Ho combattuto con un dialogo interno per comprendere se il suo comportamento fosse sano, se darle conforto, se considerare patologico ciò che fa, e che cosa significa per la visione che ho di me stessa, in quanto donna, e della mia relazione con la mia sessualità.

Nel mio lavoro con lei, non conoscevo chiaramente i contenuti della mia mente. Nel momento in cui abbiamo avviato un dialogo sul significato di ciò che si riattiva tra noi e su come possiamo agire (*enact*) libertà e limitazioni, lei ha potuto dare un significato al suo trionfo sulla catastrofe (Stoller, 1975), connettendolo con un episodio della sua infanzia in cui provò vergogna. Questo mi ha aiutato a comprendere sia il mio bisogno di farla vergognare, sia quello di provare io stessa vergogna. Ho dovuto riesaminare le mie relazioni basate sulla vergogna e il modo in cui mi difendo dal provare vergogna in modo sottile e talvolta inconscio. Mi auguro che gli esempi riportati possano mostrare come un investimento insufficiente (mancanza di cura, di attenzione) o un investimento eccessivo (mancanza di rispetto per l'autonomia) negli esiti del cliente possano violare i principi etici. Porre mente al *gap* mi aiuta a rimanere radicata nella possibilità di accettare di farmi guidare dal cliente. Se la supervisione è fondamentale quando si lavora relazionalmente, spesso la miglior supervisione ci giunge direttamente dal cliente (come l'esempio del tallonamento citato precedentemente). Spesso abbiamo bisogno di parlare del nostro lavoro con un'altra persona (supervisore/consulente) che ci possa aiutare ad ascoltare con più attenzione. Talvolta, può essere il cliente a incrociare la transazione, a illuminare l'*enactment* e a facilitare l'apprendimento e la crescita. Finora, ho parlato della necessità di una terza persona o entità a rappresentare l'attenzione cosciente (*mindfulness*) di fronte all'inevitabile disattenzione (*mindlessness*). Questa "terza parte" può giungere da una supervisione, dal cliente o da un contratto con un supervisore esterno come segno di impegno verso la competenza professionale. Propongo inoltre un utilizzo delle commissioni etiche come terze parti consultive, offrendo un luogo e un momento in cui i membri della diade possano presentare le difficoltà e i blocchi e analizzarli nella prospettiva descritta. Ciò implicherebbe un impegno sia da parte del cliente che da parte del terapeuta verso i principi illustrati in questo scritto, e la natura bilaterale reciproca di un lavoro esplicitato che coinvolga entrambe le parti. Anche la commissione etica può essere coinvolta nel sostenere un contesto a-due-persone in cui aiutare la diade a

trovare la luce proveniente dalla crepa (o rottura) nella relazione per illuminare la strada da percorrere.

Suggerisco l'utilizzo delle procedure esistenti di valutazione dei reclami etici in casi di grave negligenza, il che implica un accordo tra ciò che costituisce una grave negligenza rispetto a un *enactment* terapeutico. Nella mia esperienza è più spesso l'atteggiamento del terapeuta nei confronti del reclamo a guidare la commissione etica nella formulazione di tale giudizio.

Sicurezza e rischio

Tim Bond (2006) scrive come l'etica tradizionalmente si sia preoccupata di rendere sicuri il cliente e il lavoro. Un aspetto necessario, ma cosa c'è oltre a questo, specialmente nel caso di professionisti competenti che lavorano con disturbi gravi e con processi primitivi? Cosa utilizzano come lenti e come bussola morale?

Ritengo che abbiamo bisogno di una struttura che tenga in considerazione il lavoro con l'inconscio, anche nel caso di clienti che stimolano un forte livello di *enactment* e una potente relazione controtrasferale. Come manteniamo una struttura etica quando le nostre teorie e metodologie ci invitano a riconoscere che trascorriamo momenti significativi del nostro tempo di lavoro in *enactment* inconsci?

Il rischio e l'incertezza sono difficoltà esistenziali impossibili da eludere, sfide che ogni essere umano affronta, inclusi terapeuti e clienti. Spesso si parla di minimizzare i rischi con la valutazione esperta, ma forse è necessaria una valutazione esperta per massimizzare i rischi! Correre dei rischi può essere un processo illuminante in terapia, per esempio, quando il terapeuta si lascia coinvolgere nella differenza, nel conflitto, e funge da punto focale del lavoro. È necessario avere le capacità, la consapevolezza di sé ed essere disposti a tenere conto del processo inconscio di entrambi, del cliente e di se stessi. Lo specialista rischia di essere cambiato in meglio o in peggio dall'incontro. Oakley (2005) afferma che non esiste intimità senza reciprocità. Bond (2006) aggiunge che non esiste reciprocità senza mutua vulnerabilità.

Winnicott (1950, 1958a) ci dice come i neonati non abbiano

bisogno di soddisfazione, bensì di qualcuno con cui scontrarsi. Ritengo che questo pensiero possa essere applicato anche alla relazione terapeutica. In un processo evolutivo ordinario, c'è bisogno di una percentuale di rischio per permettere all'infante di imparare, crescere e sviluppare un senso separato di sé. Panksepp (2004) parlava del gioco, dell'azzuffarsi, di come sia essenziale per regolare le emozioni sviluppare un senso di relazionalità tramite il corpo e provare piacere e gioia. Secondo il mio punto di vista, quando siamo coinvolti nella baruffa di una relazione terapeutica, aiutiamo i clienti ad ampliare la loro capacità di tollerare maggior dolore e, di conseguenza, maggior piacere (questa è la definizione di psicoterapia che preferisco).

Ne consegue che il permettere e cercare una certa dose di rischio in psicoterapia apre possibilità nella relazione terapeutica. Questo richiede una grande attenzione da parte del terapeuta, unitamente all'impegno nella propria terapia personale e nella supervisione. Nel porre attenzione al *gap*, ritengo che si debba sviluppare anche una sensibilità etica che considera i principi potenzialmente in conflitto. Bond (2006) definisce l'etica della fiducia come «un'etica a supporto dello sviluppo di relazioni di reciprocità forti a tal punto da sostenere le sfide relazionali legate alla differenza e all'ineguaglianza e le sfide esistenziali connesse al rischio e all'incertezza» (Bond, 2006, trad. it 2007, p. 77).

Ritengo che quando forniamo unicamente un'esperienza emozionale correttiva (una modalità a-una-persona-e-mezza) precludiamo la possibilità di fare emergere qualcosa di più vitale (cioè, il cliente che trova se stesso). Alvarez (1992), nel suo libro *Live Company*, ci sfida a resistere a ciò che Bollas considerava alla stregua di un oppiaceo:

Molti analisti ritengono che la rassicurazione, o incoraggiamento, o ciò che è stato chiamato "esperienza emozionale correttiva" interferisca con il poter portare da parte del paziente il suo vero mondo immaginativo interiore, per quanto crudele e devastante, nella relazione di transfert, dove può essere soggetto a un cambiamento reale, piuttosto che superficiale (Bollas, cit. in Alvarez, 1992, p. 53, trad. propria).

Suggerisco, inoltre, che potremmo considerare moralmente ed eticamente irresponsabile l'offrire un tale tipo di conforto anziché accettare i rischi che si possono correre nel mantenerci in relazione con i nostri clienti – cioè rischiare qualcosa di autentico, dinamico e sconosciuto. Dunque, porre mente al *gap* significa anche capacità e impegno di riflessione sui rischi che corriamo o in cui siamo inconsapevolmente caduti.

Come affrontiamo i rischi con i clienti, ponendo attenzione al *gap* che vi è tra pericolo e inerzia? Qualunque cosa facciamo, in qualsiasi modo ci troviamo in relazione con i nostri clienti, ci richiede una rigorosa attenzione e considerazione. Pensando al lavoro di Bond su un'etica della fiducia, sottolineo l'importanza di esplorare con i clienti la condivisione di responsabilità per la gestione della sicurezza e del rischio necessari nel corso del lavoro terapeutico.

Pensiero etico a-una-persona e pensiero etico a-due-persone: esempio di un caso

Spesso durante le supervisioni settimanali, incapace di trovare una direzione, mi ponevo domande su cosa avrebbero pensato i miei colleghi, quelli più vicini, che mi hanno sostenuto nel mio lavoro. Ho spesso immaginato che pensassero che fossi pazza a continuare a vedere questa cliente, che chiamerò Sharon. Non mi sentivo mai al sicuro. Era andata in overdose, era parasuicidaria e autolesionista a livelli preoccupanti. Mi aveva coinvolto in questo tipo di scene in diverse occasioni, e il lavoro con lei era stato intenso e soverchiante per un certo periodo.

Uno dei momenti più significativi e trasformativi tra di noi fu quando condivisi con lei il rischio. Lei sapeva che continuando il lavoro senza un maggior supporto medico (che aveva rifiutato e sabotato) io rischiavo la possibilità che, se non si fosse mantenuta in vita, sarei stata interrogata sul perché non fossi intervenuta più decisamente o non avessi rinunciato al lavoro con lei.

Ero l'unica persona con cui avesse rischiato e condiviso il suo stato interno di sconforto e i suoi disperati atti di violenza su se stessa. Li aveva portati a me sia condividendoli verbalmente, sia coinvolgendomi in modi creativi e allarmanti.

Dovetti trovare le risorse dentro di me e negli altri per mantenermi attenta e impegnata nei suoi confronti. Mi sentivo profondamente disorganizzata dal punto di vista etico. Ovunque volgessi lo sguardo, potevo schierarmi a favore o contro me stessa. Interrompendo il lavoro perché non appariva sicuro, avrei ripetuto alcuni aspetti delle nostre vite. Ma per quanto tempo avrei potuto resistere, dal momento che vi era il rischio potenziale di una ripetizione agita (*reenactment*)? Ero messa all'angolo. Mi giungeva da lei una comunicazione potente, e meritava una risposta potente. Allora feci in modo di portare il pericolo che entrambe stavamo vivendo nello spazio tra di noi, parlandole e chiedendole di condividere il rischio e di prendersi parte della responsabilità di quella disorganizzazione. Condividere i rischi le permise di aumentare l'efficacia nel trattamento e nella vita stessa.

In tali casi, il contratto bilaterale assume un pieno significato, ove il cliente è invitato a mettere a disposizione della terapia la propria buona volontà, sapendo che, in caso di difficoltà, è possibile ricorrere all'aiuto di una terza persona o ente che funga da supporto efficace e costituisca una risorsa per la diade, anziché rappresentare un mezzo per sostenere una prospettiva del giusto/sbagliato.

In una tavola rotonda sull'etica, *Roundtable on the Ethics of Relational Transactional Analysis* (Cornell, 2006), Allen parlava della «necessità del terapeuta di essere pienamente consapevole – o il più consapevole possibile – delle implicazioni nel costruire significato, perché qualunque cosa si sviluppi tra terapeuta e cliente sarà una costruzione» (Cornell, p. 114). Summers, nella stessa tavola rotonda, suggerisce che «l'idea dialogica dell'inclusione sia importante perché può offrire un contesto concettuale in cui contenere diverse realtà simultaneamente e analizzare la tensione tra loro» (Cornell, p. 115).

Un commento finale sulla pratica etica profonda

Nel suo libro *The Talent Code*, Daniel Coyle (2009) analizza come l'abilità (*skill*) venga sviluppata attraverso un lungo processo di mielinizzazione di neuroni che si attivano insieme e si siano interconnessi. Descrive l'importanza della pratica profonda, vitale per il processo di costruzione delle abilità e ne sottolinea tre aspetti:

lo spezzettamento (*chunking it up*, Coyle, p. 79), che prevede il frammentare le abilità in pezzi più piccoli (un passo alla volta), la risoluzione degli errori e la ripetizione continua.

Credo che in Analisi Transazionale i concetti centrali, quelli di base, ci aiutano [nella comprensione (*NdT*)] proprio per il loro spezzettamento e divisione in parti. Per esempio, il *training* in Analisi Transazionale dovrebbe permettere al terapeuta una costruzione di abilità su diversi aspetti: analisi strutturale, transazionale, giochi e copione. Allo stesso modo, io insegno i concetti di transfert e controtransfert e di identificazione proiettiva come se fossero tre diversi processi, perché devono essere spezzettati per poter essere compresi e appresi. Nella pratica, tuttavia, essi implicano una complessa esperienza multi-stratificata di processi intrecciati.

Ciò che spesso non è presente nella formazione è l'attenzione ai fallimenti terapeutici, il secondo punto di Coyle (2009). Rimasi stupita diversi anni fa quando sentii di una scuola Jungiana che richiedeva ai propri studenti di scrivere di un caso terapeutico che fosse andato storto. Pensai che era un modo di insegnare approfondito, che andava nella stessa direzione dell'attenzione al *gap*. Riuscire a imparare dai propri errori è fondamentale; essere disposti a guardare, affrontare, rischiare e utilizzare gli errori significa mettere da parte l'ego e dedicarsi più al lavoro anziché cercare di essere "bravi" terapeuti (che probabilmente significa qualcosa di diverso per ciascuno). Per me, essere una brava professionista significa impegnarmi con profondità nella pratica. Spesso dico ai *trainee* e a quanti vengono da me in supervisione che la difficoltà principale risiede nel rendere il loro lavoro disponibile a essere esaminato: perché ciò avvenga, devono essere disposti a mettere in discussione se stessi, come il loro cliente. Essere troppo concentrati a sembrare bravi, oppure sulla patologia del cliente, mina il cuore della relazione terapeutica e del lavoro stesso.

Il terzo punto di Coyle, sulla ripetizione, si riferisce alla prassi della nostra attività e all'essere immersi in una pratica riflessiva che ci tenga radicati al concreto. Così come nell'apprendimento di molte abilità, che sia giocare a baseball o suonare il pianoforte, anche essere un terapeuta richiede una cura del dettaglio, pratica

metodica e un impegno appassionato a migliorarci ogni giorno. Il nostro lavoro richiede una pratica continuativa dove le qualifiche e le certificazioni fungono solo da marcatori delle competenze di base che ci consentono di entrare in una profondità di pratica. Propongo quindi che la nostra principale sfida etica stia nello sviluppare una pratica profonda di attenzione al *gap*.

Conclusioni

In questo scritto metto in discussione la convinzione che la pratica etica consista nel rendere il lavoro terapeutico sicuro e suggerisco che debba tenere conto degli *enactment* inconsci come qualcosa di ordinario nel nostro lavoro. Portando avanti le idee di McGrath (1994), evidenzio i pericoli nel considerare le questioni etiche da una prospettiva dogmatica, introiettata. Sviluppo ulteriormente il valore di un pensiero e un'attenzione etica da una prospettiva integrata, sostenendo la vitalità, il rischio e il gioco come basi di una struttura etica che invita i terapeuti a pensare anche oltre ai limiti della loro abituale tolleranza, spingendosi a esplorare lo sconosciuto. Considerare il *gap*, tenerlo a mente, implica per il terapeuta porre attenzione alla natura intersoggettiva, bidirezionale, della relazione terapeutica. Il quadro di riferimento proposto circa il pensiero etico tiene conto del rischio come un aspetto auspicabile e necessario nel lavoro profondo con i clienti e nello stimolare processi di crescita.

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ A., *Live company. Psychoanalytic psychotherapy with autistic, deprived and abused children*, Routledge, London 1992
- AMBADY N., LA PLANTE D., NGUYEN T., ROSENTHAL R., CHAUMETON N., LEVINSON W., *Surgeon's tone of voice: A clue to malpractice history*, in «Surgery», 132 (1), 2002, pp. 5-9
- BERNE E., (1964), trad. it. *A che gioco giochiamo*, Bompiani, Milano 1967
- BION W.R., *A theory of thinking*, in BION W.R., *Second thoughts: Selected papers on psychoanalysis*, Heinemann, London 1967, pp. 110-19
- BOND T., (2006), trad. it. *Intimità, rischio e reciprocità in psicoterapia. Complesse sfide etiche*, in «Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane», n. 47-48/2007, pp. 65-95
- BUBER M., (1923), *I and thou* (2nd ed.), (R.G. Smith, Trans.), Scribner, New York 1958
- CAPER R.A., *A mind of one's own: A Kleinian view of self and object*, Routledge, London 1999
- COHEN L., (1992), *Anthem*, in COHEN L., *The future* [Sound recording], Sony Music Entertainment Canada (Testo italiano in www.leonardcohen.it)
- CORNELL W.F., (Ed.), *Roundtable on the ethics of relational transactional analysis*, in «Transactional Analysis Journal», 36, 2006, pp. 105-20
- CORNELL W.F., LANDAICHE N.M.III E., *Impasse e intimità nella coppia terapeutica o di counselling: l'influenza del protocollo*, in «Rivista di Analisi Transazionale e Metodologie Psicoterapeutiche», XXV, 11, 2005, pp. 9-60
- COYLE D., *The talent code*, Arrow Books, London 2009
- DAVIES J.M., FRAWLEY M.G., (1992), *Dissociative processes and transference countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of adult survivors of childhood sexual abuse*, in «Psychoanalytic Dialogues», 2, pp. 5-36
- EATA (European Association for Transactional Analysis), (2008), *Ethics code*, su <http://www.eatanews.org/ethics>

- FROMM E., *Humanism and psychoanalysis*, in «Contemporary Psychoanalysis», 1, 1964, pp. 69-79
- HARGADEN H. & FENTON B., *An analysis of nonverbal transactions: Drawing on theories of intersubjectivity*, in «Transactional Analysis Journal», 35, 2005, pp. 173-86
- HINE J., *The bilateral and ongoing nature of games*, in «Transactional Analysis Journal», 20, 1990, pp. 28-39
- JACOBS T., *On countertransference enactments*, in «Journal of the American Psychiatric Association», 34, 1986, pp. 289-307
- KEARNS A., (ED.), *The mirror crack'd: When good enough therapy goes wrong and other cautionary tales for humanistic practitioners*, Karnac, London 2007
- LEVINSON W., ROTER D.L., MULLOOLY J.P., DULL V.T., & FRANKEL R.M., *Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons*, in «Journal of the American Medical Association», 277 (7), 1997, pp. 553-59
- LITTLE R., (2006), trad. it. *Unità relazionali di Stati dell'io e resistenza al cambiamento*, in «Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane», n. 46, 2007, pp. 43-71
- MCGRATH G., (1994), trad. it. *Etica, confini e contratti. Come applicare i principi morali*, in «Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane», n. 68-69/2017-18, pp. 222-42
- OAKLEY A., *The Ann Oakley reader: Gender, women and social science*, Policy Press, Bristol 2005
- OGDEN T.H., *Analysing the matrix of transference*, in «International Journal of Psycho-Analysis», 72, 1991, pp. 593-605
- OGDEN T.H., *The analytic third: An overview*, in ARON L., MITCHELL M., (Eds.), *Relational psychoanalysis: The emergence of a tradition*, The Analytic Press, Hillsdale 1999, pp. 487-92
- PANKSEPP J., *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*, Oxford University Press, Oxford 2004
- PETRIGLIERI G., *Stuck in a moment: A developmental perspective on impasses*, in «Transactional Analysis Journal», 37, 2007, pp. 185-94
- RINGSTROM P., *Meeting Mitchell's challenge: A comparison of rela-*

- tional psychoanalysis and intersubjective systems theory*, in «Psychoanalytic Dialogues», 20(2), 2010, pp. 196-218
- SAFRAN J.D., MURAN J.C., *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*, Guilford Press, London 2000
- SIEGEL D. *The mindful brain*, Norton, England 2007
- STARK M., *Modes of therapeutic action*, Jason Aronson, London 1999
- STERN D.N., (2004), trad. it. *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2005
- STOLLER R.J., *Perversion: The erotic form of hatred*, Pantheon, New York 1975
- SUMMERS G., TUDOR K., *Cocreative Transactional Analysis*, in «Transactional Analysis Journal», 30, 2000, pp. 33-40
- WINNICOTT D.W., (1958a), trad.it *L'aggressività relazionale nello sviluppo emotivo*, in WINNICOTT D.W., *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze 1975 (originale pubblicato nel 1950)
- WINNICOTT D.W., (1958b), trad. it. *Gli aspetti metapsicologici e clinici della regressione nell'ambito della situazione analitica*, in WINNICOTT D.W., *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze 1975 (originale pubblicato nel 1954)
- WINNICOTT D.W., (1971), *Il gioco. Formulazione teorica*, in WINNICOTT D.W., *Gioco e realtà*, Armando editore, Roma 1974 (pubblicato nel 1967)
- WOODS K., *Projective identification and game analysis*, in «Transactional Analysis Journal», 26, 1996, pp. 228-31

Di nuovo ti rivedo,
città della mia infanzia spaventosamente perduta...
Città triste e allegra, eccomi tornato a sognare...
Io? Ma sono lo stesso che qui è vissuto, che qui è tornato,
e che qui è tornato a tornare, e a ritornare,
e di nuovo a ritornare?
O siamo tutti gli Io che qui sono stato o sono stati,
una serie di grani-enti legati da un filo-memoria,
una serie di sogni di me di qualcuno fuori di me?

da F. Pessoa, *Una sola moltitudine*, Adelphi, 1979