

Tesi di ammissione al C.A.T.G. come Socio Ordinario

**dott. Valerio Sciannamea
a.a. 1999-2000**

L'ACTING OUT IN PSICOANALISI E GRUPPOANALISI

Introduzione

Il termine “*acting out*” è la forma sostantivata della traduzione inglese del verbo tedesco *agieren* (to act out).

Laplanche e Pontalis così lo definiscono nella loro “Enciclopedia della psicoanalisi”:

“Termine usato nella psicoanalisi per designare le azioni che presentano per lo più un carattere impulsivo relativamente in rottura con i sistemi di motivazione abituali del soggetto, relativamente isolabile nel corso delle sue attività, e che assumono una forma di auto- o etero-aggressività. Nel sorgere dell’acting out lo psicoanalista vede il segno dell’emergenza del rimosso. Quando esso sopravviene nel corso dell’analisi (sia durante la seduta che al di fuori di essa), l’acting out va considerato nella sua connessione con il transfert e spesso come un tentativo di ignorarlo completamente”

Il termine tedesco “*agieren*” compare per la prima volta nel post-scritto a: “Il caso di Dora. Frammento di analisi di un caso di isteria” che è del 1901, anche se pubblicato nel 1905.

Freud lo introdusse nell’uso psicoanalitico per enfatizzare la differenza fra il pensiero e l’azione; erano infatti i tempi della cosiddetta “analisi dell’Es”, in cui il recupero del passato avveniva di preferenza tramite le libere associazioni e l’interpretazione dei sogni mentre il comportamento transferale (rivivere, ripetere e agire) veniva considerato come una resistenza.

Il termine inglese “*acting*” è invece del 1937; nella traduzione del testo di Anna Freud “L’Io ed i meccanismi di difesa”, che è in realtà dell’anno precedente, troviamo l’espressione “*acting in the transference*”. Dai primi anni quaranta, la versione inglese definitiva diventa quella di *acting out*, essendo usata sia da Weiss in “*Emotional memories and acting-out*” sia da Fenichel in “*Neurotic Acting-out*”.

Lo stesso termine viene in genere adottato anche in italiano poiché la traduzione letterale di “*agieren*” con “*agire*” (operare traducendo in fatti la parola o il pensiero - Devoto e Oli) farebbe perdere il senso di opposizione al pensare che è fondamentale per l’uso psicoanalitico.

L'acting out in psicoanalisi

Il concetto clinico

Dal suo significato originario di azione che difende il paziente dal processo terapeutico, l'acting out è andato progressivamente ampliando i suoi limiti concettuali fino ad includere "ogni azione tendente verso modificazioni alloplastiche piuttosto che autoplastiche, e specialmente le azioni con caratteristiche anti-sociali" (Frosch, 1957). E' possibile addirittura trovare un intero volume intitolato "Acting out" (Abt e Weissman, 1965) dedicato alla discussione di disturbi comportamentali così diversi come la tossicodipendenza, l'alcoolismo, le malattie psicosomatiche, l'obesità, l'omosessualità ecc.

I motivi di tale ampliamento del concetto clinico di acting out sono diversi:

- 1) la frase di Freud *"il paziente ripete tutto ciò che, provenendo dalle fonti di ciò che è rimosso, si è già imposto alla sua personalità manifesta: le sue inibizioni, i suoi atteggiamenti inservibili, i tratti patologici del suo carattere"* – questa frase infatti può essere fraintesa, anche se certamente Freud non voleva dire che ripetizione e acting out sono sinonimi ma solamente che l'acting out è una forma di ripetizione
- 2) il tentativo di ampliare la teoria psicoanalitica fino a farne una psicologia generale, cosicché alcuni dei suoi concetti clinici specifici perdono in precisione - ricordiamo in tal senso il grande contributo di Hartmann ed anche quello di Helen Deutsch, in particolare laddove afferma che siamo tutti degli "actors out" dato che nessuno di noi è libero da tendenze regressive
- 3) l'applicazione della psicoanalisi al trattamento di pazienti con gravi disturbi di personalità, agli psicotici, agli adolescenti ed ai bambini - data la somiglianza fra gli aspetti impulsivi del comportamento di questi pazienti e l'acting out dei pazienti nevrotici sotto la pressione dell'analisi, si è sviluppata la tendenza ad etichettare tutti i comportamenti impulsivi come acting out
- 4) l'aspetto di resistenza dell'acting out indicato da Freud - per questo nei suoi epigoni è prevalsa la tendenza ad applicare il termine a tutti i comportamenti indesiderabili, anche in senso sociale o morale.

Sappiamo bene che alcuni concetti clinici della psicoanalisi perdono il loro significato quando sono definiti in modo troppo ristretto ed altri invece quando lo sono in modo troppo ampio. Ad esempio, quando definiamo il transfert operativamente limitandolo all'analisi, parte della sua ricchezza concettuale è perduta; l'efficacia è maggiore se consideriamo il transfert come universale e la traslazione nella situazione analitica così come si sviluppa nelle nevrosi alla stregua di varianti speciali e particolari del concetto più ampio. Al contrario, l'acting out considerato operativamente legato alla sola situazione analitica mantiene la sua chiarezza e peculiarità rispetto ad altri fenomeni mentre perde il suo significato quando è usato per comprendere una serie troppo vasta di manifestazioni cliniche; la principale conseguenza negativa che ne è scaturita è stata la gran confusione insorta ogni volta che si è tentato di definirlo descrittivamente, fino a raggiungere il "punto di rottura teorico" (Rangell, 1967).

Vari sono stati i tentativi di contenere tale difetto. Il principale è consistito nell'operare una differenziazione spuria che consentisse di usare il termine di acting out con due diversi significati: 1) il primo descrive certi fenomeni comportamentali che scaturiscono nel corso dell'analisi e che sono una conseguenza del trattamento. Il concetto si riferisce allora a quei contenuti mentali (desideri, ricordi ecc.) che si spingono in superficie a causa del loro risveglio nella situazione analitica, e sono poi messi in atto nel transfert piuttosto che ricordati, potendo avvenire sia

all'interno che all'esterno del setting 2) il secondo descrive invece modalità abituali di azione e comportamento che sono una conseguenza della personalità e della patologia esistenti e quindi legate al tipo di individuo piuttosto che al processo terapeutico. L'acting out è stato così distinto in: "isolato" e "abituale" (Greenacre, 1950), "parziale" e "totale" (Rosenfeld, 1965), "normale" e "patologico" (Segal, 1967) ecc.

Anna Freud (1967) ammonisce tuttavia che impiegando la stessa parola non si pone la necessaria attenzione al cambiamento di significato del concetto e si oscurano anche le differenze fra il tipo nevrotico ed il tipo psicotico o antisociale di analizzando, invece far luce su di esse. Il delinquente, lo psicotico ed il tossicomane mettono in atto abitualmente, cioè anche senza i benefici facilitanti della tecnica analitica. Se si desidera proprio applicare ad essi il termine, allora l'acting out deve essere ridefinito non come ripetizione in quanto contrapposta al ricordo, come per i nevrotici, ma come azioni sotto il controllo dell'Es contrapposte alle azioni sotto il controllo dell'Io dei soggetti normali.

Molti e importanti sono gli aspetti in cui il comportamento impulsivo dei tipi nosologici ricordati differisce dall'acting out vero e proprio. Uno è l'aspetto "quantitativo": il rilascio dell'azione non è dovuto ad un attento e graduale progresso nell'interpretazione ma ad un costante squilibrio inerente alla struttura interna. Un'altra differenza riguarda la "direzione" del processo: invece di originarsi all'interno della situazione analitica ed interessare solo secondariamente l'ambiente, il comportamento impulsivo inizia nel mondo esterno dal quale deve essere rilevato e guidato all'interno della traslazione. In questi campi della clinica l'azione motoria all'interno del trattamento non rappresenta l'eccezione ma la regola. L'analisi del delinquente, come dice Ainchorn, inizia quando comincia a derubare l'analista invece degli estranei; allo stesso modo, l'analisi del tossicomane ha inizio con il trasferimento della sua dipendenza dalla droga o dall'alcool ad un'analoga dipendenza dalla disponibilità reale dell'analista. Anche laddove questo accada, c'è poca speranza di contenere le tensioni transferali alla sfera psichica e di escludere la loro espressione motoria; ciò dipende in ultima analisi non dalla qualità o quantità dell'acting out in sé stesso quanto piuttosto dalla integrità o meno della funzione sintetica dell'Io al quale è sottoposto il materiale espresso.

In base a tali considerazioni, recentemente alcuni autori hanno iniziato ad auspicare un ritorno al concetto ristretto dell'acting out, ed in particolare a limitare la sua applicazione all'enactment degli stimoli inconsci che premono nell'analisi. Parallelamente a tale sviluppo c'è stata anche una graduale presa di distanza dal considerare l'acting out come indesiderabile ed un suo apprezzamento come fonte d'informazione e come forma speciale di comunicazione ed espressione. Per questo aspetto, la valutazione dell'acting out come fenomeno clinico ha subito una modificazione simile a quella occorsa al transfert ed al controtransfert, entrambi considerati inizialmente come ostacoli al trattamento ma poi rivalutati come preziose fonti di informazione. A questo proposito, ricordiamo Ekstein e Friedman (1957), che segnalano casi sporadici in cui l'acting out va considerato come *"un tentativo primitivo di una nuova soluzione"*; Khan (1964), che relativamente ai pazienti borderline considera l'acting out come *"il nostro alleato clinico principale"*; James (1964), che relativamente agli adolescenti considera l'acting out un fattore positivo, ammesso che *"sia considerato come una comunicazione inconscia e non solo come una resistenza alla tecnica dell'astinenza"*; e infine Limentani (1965), per il quale *"l'acting out deve essere inteso come espressione del desiderio del paziente di comunicare in modo diverso da quello verbale"*, per motivazioni diverse come la speranza, la frustrazione o la fantasia di onnipotenza, che sono comunque legate all'ansia risvegliata dal working through dell'analisi.

Il concetto metapsicologico

Sebbene il nucleo concettuale comune dell'acting out sia sempre rimasto quello della sostituzione dell'azione al pensiero, abbiamo visto come attorno ad esso siano andati via via

stratificandosi diversi significati clinici aggiuntivi che hanno creato una notevole confusione. Ciò è accaduto per via di due problemi principali di ordine essenzialmente metapsicologico insiti nella definizione freudiana.

1) Il primo problema è *l'enfasi posta sul ricordare in antitesi all'acting out.*

Il “ricordare” del 1914 richiede una riflessione particolare. A quel tempo la teoria analitica era radicata nel modello topografico dell'apparato psichico e prevedeva quindi uno stretto legame fra la natura curativa della terapia e le funzioni mnesiche. I successivi sviluppi della tecnica hanno però modificato questa ingenua concezione iniziale del “ricordare”. Esistono eventi appartenenti ad un'epoca assai remota dell'infanzia che vengono vissuti senza essere compresi ed altri che addirittura non sono mai stati notati, che non sono mai stati coscienti, per i quali non è possibile il ricordo ma solamente una interpretazione od una ricostruzione postuma; d'altra parte Weiss per primo (1942), e molti altri dopo di lui, ha osservato come spesso i pazienti mettano in atto situazioni emotive “già ricordate”. Pertanto la concezione iniziale del processo analitico è modificata dalla intuizione che i modi di ricordare sono molti, poiché molti sono i modi di dimenticare. Nulla permane della opposizione originaria fra ricordare (cioè conoscere) ed agire (cioè rifiutare di conoscere); non solo l'agire appare finalizzato al conoscere, ma è esso stesso una modalità particolare di ricordo prodotta dal processo analitico. I pazienti in analisi non sono limitati nella loro possibilità di scelta alla dicotomia fra il ripetere e l'agire.

L'“*agire*” d'altra parte merita anch'esso una profonda riflessione. Freud lo considera in termini topografici come la manifestazione di una redistribuzione della energia psichica fra i sistemi inconscio, preconsciouso e conscio. Per semplificare, vede il comportamento irrazionalmente motivato come la conseguenza di una scarica di energia psichica mobile governata dal processo primario allorché certi contenuti mentali vengono dissociati dal conscio e dal preconsciouso ad opera della rimozione: “... *il loro unico scopo è allora la scarica motoria*”, dice Freud. Qui si evidenzia tutta la inadeguatezza della teoria psicoanalitica dell'azione per cui essa è legata solamente e semplicemente alla motilità: sappiamo ormai che non tutte le azioni sono acting out, così come non tutti gli acting out comportano l'azione. Non dobbiamo mai dimenticare la complessità e la natura speciale dei mezzi di comunicazione umana, per cui spesso una parola è un'azione od anche un acting out, e viceversa un'azione può essere una comunicazione eloquente. Laplanche e Pontalis (1973) affermano: “*Il termine acting out contiene un'ambiguità effettivamente intrinseca al pensiero di Freud: egli non riesce qui a distinguere l'elemento dell'attualizzazione nel transfert dal ricorso all'azione motoria – che il transfert non necessariamente comporta*”. Il contrasto fra il riferire e il mettere in atto confonde dunque l'azione con l'“attualizzazione”; il paziente può riferire e mettere in atto, allorché la sua sola azione osservabile è quella verbale ed ha lo scopo di passare dal riferire al conversare. Sembra pertanto che non vi sia una ragione sufficiente per distinguere fra le varie forme di attualizzazione delle fantasie transferali solamente sulla base del fatto che esse siano o meno accompagnate da azioni motorie. L'esperienza clinica dimostra che vivaci episodi di messa in atto ripetitiva durante la terapia psicoanalitica, che meritano proprio di essere definiti acting out, non comportano alcuna azione motoria; esempi concreti sono certi momenti di silenzio in analisi, i tentativi del paziente di imporre certi ruoli all'analista non utilizzando altra forma di comportamento che il parlare, il rifiuto stesso di agire; Diatkine sottolinea come in certe situazioni terapeutiche è il rifiuto del paziente di decidersi ad agire che costituisce il vero acting out, e spesso il più inquietante. Siamo ormai molto distanti dunque dal modello della motilità muscolare e dal meccanismo cosiddetto “riflesso” sul quale certa psicoanalisi continua a basarsi.

2) Il secondo problema è *la relazione con il transfert*.

Sebbene Freud usi il termine di “acting out” già nel 1905 per spiegare come mai Dora abbia abbandonato l’analisi, è solo nel lavoro del 1914 che egli ne discute compiutamente dandone una definizione sistematica. Dice essenzialmente che l’intero transfert è un acting out: *“Avvertiamo ben presto che il transfert è in sé stesso solo un pezzo di una ripetizione... Quanto più grande è la resistenza, tanto più estensivamente l’acting out (la ripetizione) rimpiazza il ricordo”*.

Paradossalmente, la maggior parte degli analisti usano ormai il termine di acting out nel senso *opposto* a quello freudiano: è come se l’acting costituisse fundamentalmente un rifiuto del prendere coscienza del transfert (Laplanche e Pontalis -1973). In realtà l’esperienza clinica dimostra che l’evitamento della consapevolezza del transfert di per sé può essere essa stessa una manifestazione transferale: il paziente che mette in atto cerca infatti di evitare gli affetti dolorosi che scaturiscono dalle fantasie di transfert nel presente immediato. Come si è potuti giungere ad una simile distorsione?

Il fatto è che il concetto essenziale di acting out come ripetizione nel transfert è emerso nel periodo della definizione pulsionale del transfert stesso. Nel 1914 Freud, tentando una revisione sostanziale della natura del processo terapeutico in psicoanalisi, si imbatte nell’inadeguatezza del modello topografico; rimpiazza allora l’abreazione degli affetti agganciati ai ricordi rimossi con il concetto di elaborazione (working through) delle resistenze. Per questo in “Ricordare, ripetere, rielaborare” richiama l’attenzione non solo sui pericoli dell’acting out inteso come resistenza ma anche sui suoi inevitabili e inestimabili aspetti comunicativi. Sia il transfert che l’acting out sono allo stesso tempo una resistenza e un veicolo indispensabile per far avanzare il processo psicoanalitico. Dopo tutto soltanto la compulsione a ripetere nuovamente invocata può fornire al paziente la indispensabile convinzione affettiva richiesta per l’elaborazione, una volta che questa ha rimpiazzato il precedente concetto di abreazione. Sia il transfert che l’acting out, attraverso il working through, divengono essenziali perché: *“quando tutto è stato detto e fatto, è impossibile distruggere qualcosa in absentia o in effigie”* (Freud, 1912).

Freud intende chiaramente ancorare la sua definizione di working through all’acting out. Quest’ultimo può avvenire senza il primo, nel caso che il transfert non venga adeguatamente interpretato, ma il working through non può mai avvenire senza acting out, dato che in questo senso tutto il transfert è un acting out. Per Rangell (1981) è solo quando le azioni divengono embricate con il transfert che costituiscono veramente degli acting out, con un corrispondente miglioramento della prognosi. E’ quindi più chiaro perché Freud introduca simultaneamente questi tre concetti nel suo fondamentale lavoro del 1914: l’acting out, la ripetizione compulsiva e il working through sono integralmente e intimamente collegati, designati cioè a descrivere aspetti correlati di fenomeni strettamente interconnessi.

Freud tuttavia non fu in grado di definire alcuno dei tre termini senza ricorrere agli altri due, né seppe distinguere in modo chiaro l’acting out dal transfert: tutto il transfert è ripetizione e tutto l’acting out è transfert. In realtà sappiamo adesso che la ripetizione rientra in una categoria concettuale diversa e più ampia di quella del transfert e dell’acting out, non essendone un sinonimo né una sovrapposizione. Alcune ripetizioni durante l’analisi non sono manifestazioni transferali. Altre che avvengono al di fuori della relazione terapeutica si sperdono nella presenza ubiquitaria delle motivazioni inconse di ogni comportamento umano.

Laplanche e Pontalis (1973) suggeriscono che : *“... uno dei compiti principali della psicoanalisi è quello di basare la distinzione fra il transfert e l’acting out su criteri diversi da quelli*

puramente tecnici... Tale compito presuppone una riformulazione dei concetti di azione e di attualizzazione ed una originale definizione delle diverse modalità di comunicazione”.

Boesky (1982) da parte sua ritiene che l'introduzione del termine “attualizzazione” abbia il vantaggio di fornirci una connotazione di esperienza intrapsichica soggettiva in contrapposizione con quella extra-psichica di azione e comportamento. Questo ci permette di dividere euristicamente il concetto di acting out in due componenti: una fantasia transferale inconscia ed una qualche azione o comportamento ad essa correlati. La loro relazione può essere semplice o complessa. Può essere che la fantasia inconscia e l'azione correlata siano isomorfe e parallele, oppure che la seconda si opponga drasticamente alla realizzazione della prima; la realtà clinica contempla un ampio spettro di posizioni intermedie in una sorta di continuum. Sebbene una data azione possa ostentatamente servire a negare la fantasia che la provoca, essa tuttavia le è sempre legata nel contesto nel quale si compie; la sua funzione difensiva è quella di impedire la presa di coscienza di affetti spiacevoli che certamente insorgerebbero se non vi fosse ostacolo all'ulteriore attualizzazione della fantasia.

La fantasia inconscia, nella sua origine, evoluzione e destinazione finale, può allora essere studiata dinamicamente con i mezzi forniti dalla metapsicologia.

Dato che questi mezzi variano nei diversi approcci teorici della psicoanalisi, è opportuno chiarire il significato specifico che l'acting out viene ad assumere per ciascuno di essi. A tale scopo, seguiremo una distinzione schematica fra quattro modelli principali, quello pulsionale classico, quello strutturale, quello relazionale e quello interattivo, con la riserva di chiarire nell'ambito di ciascuno di essi quelli che sono i contributi specifici apportati dalle suddivisioni teoriche interne.

L'acting out e il modello pulsionale classico

Numerosi psicoanalisti hanno elaborato e arricchito il concetto pulsionale di acting out.

Fenichel, in “Neurotic acting out” del 1945, ne da la seguente definizione: *“un agire che a livello inconscio allevia la tensione interiore ed apporta un parziale scarico di impulsi inaccettabili - domande istintuali o reazioni ad esse come sentimenti di colpa ecc. -; la catessi è spostata dai ricordi repressi ai derivati attuali e lo spostamento rende possibile lo scarico medesimo”.* Sottolinea poi, dal punto di vista genetico, tre elementi principali: - un'aumentata motilità costituzionale, da lui descritta come “disponibilità allopsichica all'agire” - una fissazione orale, con il suo elevato bisogno narcisistico e l'intolleranza alle frustrazioni - un grave trauma precoce, isolato o ripetuto, che stimola una messa in atto ripetitiva e abreativa simile alle nevrosi traumatiche.

A questi fattori la Greenacre (1950, 1963) ne aggiunge altri due: - una sensibilizzazione della vista, derivato dell'esibizionismo e della scopofilia e forse in relazione con la ripetuta osservazione della scena primaria, che induce una tendenza alla drammatizzazione - una credenza, largamente inconscia, nella magia dell'azione. Secondo l'autrice, il bisogno di drammatizzazione trasforma la tendenza all'azione nevrotica in acting out poiché predispone a ritenere l'episodio nella memoria come una scena od un ricordo organizzato piuttosto che nelle sue singole componenti. La credenza nella magia dell'azione invece fa sì che la riproduzione in forma drammatica - far *sembrare* vera una cosa - equivalga a livello inconscio a farla “diventare” vera effettivamente. Si tratta di una sorta di fissazione allo stadio della “imitatività”, in cui l'agire consiste nell'assumere il comportamento di un altro nella mimica ed in forme semplici di personificazione; non è lo stadio evoluto dell'identificazione, necessaria a veicolare un desiderio fortemente investito di essere uguale all'altra persona, ma neanche quello così precoce delle risposte automatiche di rispecchiamento dei primi mesi. Questo stadio può essere osservato dal sedicesimo al ventesimo mese, allorché la pulsione epistemofila spinge il soggetto a paragonare continuamente le proprie capacità con quelle degli altri - bambini, adulti od anche animali domestici - nell'ambiente circostante.

Tali contributi possono ben essere inseriti in un'ottica pulsionale, secondo quello che è stato il primo modello freudiano.

Sappiamo tuttavia che a partire dal 1920 intervennero modificazioni sostanziali della metapsicologia pulsionale classica e che queste determinarono una revisione profonda della teoria della tecnica; il bilanciamento originario fra il recupero del passato attraverso le libere associazioni e l'interpretazione dei sogni (cioè il ricordare), da un lato, ed il suo recupero attraverso il comportamento transferale (cioè il rivivere, il ripetere e l'acting out), dall'altro, si spostò decisamente in favore di quest'ultimo.

La modificazione principale è stata la introduzione del modello strutturale. Nel 1914 Freud non aveva ancora formulato il concetto di un Io che fosse spinto dagli aspetti non integrati della sua organizzazione ad una ripetizione passiva, ed usava quindi il termine acting out puramente in senso descrittivo e non sistematico, solo per definire una speciale categoria di ripetizioni psichiche su base istintuale. Successivamente tuttavia, attraverso una ridefinizione e delimitazione dei concetti di working through e di compulsione a ripetere, giunse ad una definizione dell'acting out nei termini del suo secondo modello, quello strutturale. In "Al di là del principio di piacere" (1920) afferma che: *"per capire meglio la coazione a ripetere che si manifesta durante il trattamento psicoanalitico dei nevrotici dobbiamo innanzitutto liberarci dell'errata convinzione che nella nostra lotta contro le resistenze abbiamo a che fare con una resistenza da parte dell'inconscio. L'inconscio, e cioè il rimosso, non oppone alcuna resistenza agli sforzi della cura... Guadagneremo in chiarezza se invece di istituire un contrasto fra la coscienza e l'inconscio contrapporremo l'uno all'altro l'Io coerente e il rimosso. E' certo che una parte notevole dell'Io è anch'essa inconscia... Avendo sostituito una formulazione puramente descrittiva con una sistematica o dinamica, possiamo dire che la resistenza del paziente proviene dal suo Io e allora ci accorgiamo subito che la coazione a ripetere deve essere attribuita all'inconscio rimosso".* Il transfert non è più concepibile in funzione dei soli derivati pulsionali libidici ed aggressivi, e quindi anche la definizione dell'acting out nel modello tripartito non può essere riferita ad una sola delle strutture psichiche ma deve prevedere il contributo dell'Es, dell'Io e del Super-io. Anzi, quanto più l'Io ed il suo modo di operare guadagnano terreno nel processo analitico, tanto più l'analista dipende dal transfert delle attitudini infantili (cioè dalla ripetizione e dall'acting out) per ottenere il materiale necessario all'interpretazione.

Una seconda importante modificazione è consistita nello spostamento dell'interesse e dell'esplorazione analitici dalla fase fallica edipica (come causa precipitante del conflitto nevrotico) agli eventi pre-edipici ed in particolare alle interazioni madre-lattante. Questo "passato dimenticato", specialmente fino a che si riferisce al periodo pre-verbale, non è mai entrato nell'organizzazione dell'Io nel senso stretto del termine; pertanto non è sotto la repressione secondaria ma quella primaria, e non è richiamabile alla memoria ma atto solamente ad essere rivissuto (ripetuto, messo in atto nel comportamento).

Una terza modificazione infine è l'ampliamento della teoria delle pulsioni per includervi l'aggressività; l'istinto aggressivo infatti è più strettamente legato all'azione e all'apparato motorio, cioè più facile ad essere agito che ad essere ricordato.

Tutto questo ha provocato un crescente discredito nell'efficacia terapeutica del ricordare, e come conseguenza logica un diminuito interesse nelle libere associazioni e nell'interpretazione dei sogni (come "la via regia per l'inconscio") ed una insistenza crescente invece sul rivivere le esperienze emotive e ripeterle (metterle in atto) nel transfert.

L'acting out e il modello strutturale

In un'ottica strutturale, l'azione è concepita come uno dei possibili prodotti finiti di processi intrapsichici complessi e multidimensionali. Essa dipende dalla particolare configurazione dell'interazione fra Es, Io e Super-io nell'esperienza vissuta e nel continuum fra interno e esterno di

quel particolare individuo in quel momento dinamico ed economico della sua vita. Le pressioni istintuali, le richieste dell'Io e le restrizioni del Super-io giocano tutte la loro parte e determinano varie possibili combinazioni nei risultati, dai comportamenti appropriati e adattivi a quelli inappropriati e impulsivi. L'acting out in particolare è stato inizialmente approfondito nell'aspetto che concerne il gioco dinamico fra istinto e difesa.

Kohut, Anna Freud, Eissler ed altri hanno enfatizzato il ruolo dell'Es, vedendo l'acting out come una scarica improvvisa di impulsi infantili con modalità ripetitive in contrasto con il lento working through degli impulsi controllati dalle funzioni dell'Io del ricordo, della verbalizzazione e della integrazione (processo primario contro processo secondario).

Altri autori hanno invece focalizzato l'attenzione sugli aspetti dell'Io, innanzitutto quelli difensivi che si manifestano come una resistenza verso gli scopi dell'analisi. Interessante ma non pienamente condivisa è l'idea che nell'acting out entri sempre in gioco il meccanismo della negazione per via un deficit del processo di rimozione, e che quindi l'acting out dipenda da ciò che è negato e non da ciò che è rimosso dato che il primo ha accesso alla motilità ed il secondo invece no. Maggiore accordo esiste invece sulla implicazione di altri meccanismi di difesa, come l'identificazione, la proiezione, l'identificazione proiettiva, il diniego, l'evitamento e l'isolamento.

In relazione all'acting out tuttavia non sono state valutate soltanto le operazioni difensive dell'Io ma anche le sue distorsioni: Fenichel (1945) definisce l'acting out "un'azione non adattata alla realtà", indicando implicitamente l'esistenza di un difetto dell'Io nella prova di realtà e nel controllo della motilità; Ekstein e Friedman (1957) precisano che la regressione dell'Io raggiunge uno stadio primitivo della prova di realtà rispetto al gioco ed alla rappresentazione.

Kanzer, in un suo importante lavoro (1967), individua nell'acting out una sorta di attitudine scissionale dell'Io. Secondo l'Autore ciò che si manifesta nel transfert non è il derivato dell'Es ma l'atteggiamento dell'Io che apparve per la prima volta nel tentativo del bambino di fronteggiare l'impulso nella situazione reale precoce, per cui l'acting out è in realtà la manifestazione di una distorsione dell'Io nella situazione analitica. Il concetto di "alterazione dell'Io", come condizione o modificazione strutturale associata ad un suo disturbo funzionale derivata dall'uso fallimentare dei meccanismi di difesa, nasce con l'affermazione di Freud (1924) che: *"è possibile per l'Io evitare una rottura in qualsiasi direzione deformando sé stesso, sottoponendosi al superamento della sua stessa unità od anche effettuando un clivaggio od una divisione al suo interno"*. Successivamente, Freud definisce l'identificazione come parziale alterazione del sé sul modello dell'oggetto e come fattore importante nell'origine dei tratti caratteriali. Infine arriva ad associare le alterazioni del sé e dell'oggetto e le distorsioni della funzione critica dell'Io: in "Lutto e melanconia" (1917) descrive infatti le divisioni e le deformazioni del sé e delle rappresentazioni d'oggetto che si producono attraverso le funzioni di osservazione e di critica allorché queste sviluppano le attitudini scissionali dell'idealizzazione e della svalutazione. Mentre le identificazioni sono strumenti necessari per la crescita e l'adattamento, disturbi possono risultare se esse sono (*"troppo numerose, eccessivamente forti o incompatibili una con l'altra... Si può giungere ad una distruzione dell'Io a seguito delle diverse identificazioni che vengono vicendevolmente separate dalle difese"*) (Freud 1923). Personalità multiple possono risultare qualora l'Io si mantenga separato nelle sue identità originarie e queste *"prendano a turno possesso della coscienza"*. Quest'ultimo concetto è importante per una comprensione dell'acting out non soltanto in relazione alla sostituzione di una funzione dell'Io con un'altra (il ricordo espresso attraverso l'azione piuttosto che con il richiamo cosciente) ma in relazione all'intera struttura della personalità così come essa si alterna fra il setting analitico e l'ambiente, ognuno dei quali pone richieste abbastanza diverse circa la normalità del funzionamento e le modalità delle relazioni fra il Sé e l'oggetto. Dal punto di vista strutturale, l'acting out nella relazione di transfert non costituisce solamente un'alternativa al ricordo verbale ma fa parte di una completa riorganizzazione della gerarchie delle funzioni e delle strutture della personalità durante il trattamento, inclusi sia gli aspetti benefici che quelli resistenziali.

Dal punto di vista genetico, le vicissitudini della fase di separazione-individuazione ed i loro effetti sullo sviluppo dell'Io e sulla strutturazione psichica sono ampiamente responsabili

dell'attitudine a trattare con l'acting out i conflitti inter- ed intra-sistemici ed a scaricare per suo tramite gli affetti. Durante tale fase infatti il pensiero ed il linguaggio sono ancora secondari all'azione e l'attività motoria è il mezzo principale attraverso il quale il bambino può separarsi attivamente dalla madre.

Per Bird (1957) l'acting out è il risultato di una simbiosi prolungata ed accentuata, tale da causare uno sviluppo difettoso con un'incompleta differenziazione fra l'Ego del bambino e quello della madre. La incompleta differenziazione del Sé determina facilmente un orientamento narcisistico della personalità; la separazione incoraggia il predominio dell'aggressività con minaccia di perdita dell'oggetto e fusione dei derivati istintuali in un possibile comportamento sadomasochistico (Rubinfine, 1962), mentre l'espressione libidica comporta il pericolo della simbiosi e della perdita dell'identità (Angel, 1965). L'identità stessa può essere alle volte preservata proprio attraverso la malattia, in una sorta di "guadagno terziario" (Rangell, 1967) per cui dopo molti anni un sintomo cronico diviene una parte del sé e gioca un suo ruolo importante nel mantenere l'integrità del paziente; l'acting out diventa allora una delle tante forme di resistenza contro l'enucleazione finale del sintomo, paventata come castrazione od altra mancanza e rappresentata dalla lacuna che si verrebbe a creare nell'immagine del sé ormai privo di sintomi all'interno dell'Io. Per la Greenacre (1950), la genesi della tendenza alla messa in atto deve invece essere fatta specificamente risalire al secondo anno di vita. E' questo infatti il periodo in cui si imparano sia il linguaggio che la deambulazione, come forma di elevata coordinazione motoria, e può quindi sorgere una distorsione del rapporto fra azione, linguaggio e pensiero verbalizzato. E' la funzione più che la forma del linguaggio ad esserne maggiormente disturbata, per cui esso viene usato più per scopi esibizionistici che comunicativi; nei nevrotici gravi può anche rimanere a livello preverbale ed esprimersi in termini corporei attraverso gestualità, modificazioni posturali ed anche acting out. La stessa Greenacre (1963), avvalendosi dell'apertura fornita dal concetto di "ambiente medio prevedibile" di Hartmann, allarga poi il suo campo di osservazione riconoscendo nell'acting out l'importanza genetica di due condizioni ambientali: la prima è l'abnorme vicinanza di uno od entrambi i genitori, una intensità di relazione sia goduta che sofferta dal bambino che cresce; la seconda è la costante inclusione del bambino sia nella scena primaria sia nel litigio coniugale cronico, in cui egli è per un certo tempo sia dentro che fuori la situazione, è per così dire "incluso fuori". L'immagine di uno od entrambi i genitori può rimanere scissa in due componenti, buona e cattiva; questa situazione è poi riprodotta nell'analisi attraverso una scissione del transfert e l'utilizzazione di persone diverse dall'analista per le proiezioni transferali. Anche solamente una molteplicità delle figure autoritarie nell'infanzia può contribuire alla successiva tendenza all'acting out, specialmente se vi è tensione fra di loro.

Per quel che riguarda infine il Super-io, il suo ruolo nell'agire nevrotico in generale fu riconosciuto da Freud fin dal 1916; nel 1923 egli descrisse i "criminali per senso di colpa" e nel 1924 stabilì che il masochismo morale spinge a compiere azioni peccaminose che debbono essere poi espiate attraverso i rimproveri della coscienza sadica o la punizione da parte di quel grande potere paterno che è il destino. Fenichel (1945) da parte sua cita Reich, che vide nelle azioni dei suoi pazienti la ricerca di soddisfare alternativamente le domande istintuali e le richieste morali, e Alexander, che definì i caratteri nevrotici "*guidati da motivazioni inconsce, ora per commettere trasgressioni, ora per cercare la punizione*". I pazienti che compiono acting out sono spesso consci soltanto della ricerca di soddisfazione mentre il bisogno di punizione che essi anche gratificano è del tutto inconscio; a livello coscivo tentano di modificare il presente rispetto al passato, mentre inconsciamente agiscono in modo da renderlo simile.

Per la Deutsch (1963) l'acting out sembra richiedere comunque l'intervento del Super-io. Cita in proposito il caso clinico di una sua paziente che utilizzava l'irrisolto conflitto edipico (Es contro Io) nella messa in atto compulsava di avere relazioni con uomini sposati per coprirne un altro, consistente nel senso di colpa provato per la sua gelosia e aggressività verso il fratello che le impediva di entrare in competizione con lui, ed in genere di portare a compimento ogni suo progetto per un inconscio atto di sacrificio al destino attraverso una completa rassegnazione (Super-io contro

Io). Sempre la Deutsch (1964) sostiene che le differenze nella personalità non sono determinate soltanto dallo sviluppo istintuale e dai meccanismi di difesa ma anche dalla formazione dell'Io-ideale: in alcuni individui questo è più astratto, diretto verso l'interno, mentre in altri viene esternalizzato, ad esempio nel desiderio di ricchezza o di una migliore posizione sociale, e gratificato attraverso l'azione. Quando quest'ultima assume un senso di grandezza e di onnipotenza, significa che l'Io-ideale è rimasto al livello pre-edipico. Anche la Lampl-de Grot (1962) mette in relazione nell'acting out il ruolo dell'Io-ideale, come agente della soddisfazione di desiderio, con il Super-io, come agente della restrizione; è possibile infatti che l'autopunizione consista semplicemente nella impossibilità di soddisfare l'Ego-ideale, per cui il paziente funziona abbastanza bene in aree diverse da quella che ha più importanza per lui, nella quale sviluppa invece i suoi acting out auto-punitivi. La causa primaria sembra dunque essere la severità del Super-io, che in ultima analisi deriva comunque dalla forza dell'aggressività della pulsione orale.

L'acting out e il modello relazionale

“Le configurazioni relazionali fondamentali hanno, per definizione, tre dimensioni: il Sé, l'Altro e lo spazio fra di essi” (Mitchell, 1988). Ognuna di tali dimensioni è stata approfondita da una particolare corrente della psicoanalisi contemporanea: la *psicologia del Sé* (Kohut), la *teoria della relazioni oggettuali* (Klein, Fairbairn) e la *psicoanalisi interpersonale* (Stern, Sullivan).

Per quanto concerne il polo oggettuale, due sono i punti di vista che si contendono il campo. Una prima opinione è quella degli autori, come la Klein, per i quali l'acting out sarebbe dovuto al predominio dell'istinto di morte, espresso da invidia, avidità e senso persecutorio di colpa, che provocano una tensione insopportabile per l'Io; questo non riesce ad elaborare la tensione sul piano mentale e cerca quindi sollievo nella messa in atto attraverso la scarica immediata, usando meccanismi primitivi di difesa come il diniego, la scissione, l'identificazione proiettiva e l'onnipotenza. Un'opinione diversa è quella degli autori, come Fairbairn, che enfatizzano non tanto le cause interne quanto gli effetti sull'individuo degli oggetti esterni reali; l'acting out sarebbe cioè la conseguenza delle identificazioni proiettive dei genitori sul bambino, il quale “agisce” per liberarsi delle irresistibili tensioni che questi gli causano. In definitiva, si tratta di stabilire se le identificazioni proiettive originano dal bambino e i genitori funzionano semplicemente da depositari, oppure se originano dai genitori e sono assunte dal bambino che poi le espelle attraverso l'acting out.

Le due diverse linee di pensiero sono riproposte nella situazione analitica. Alcuni analisti riconoscono la genesi dell'acting out nella necessità del paziente di liberarsi dell'angoscia di separazione primitiva, indipendentemente quindi dal controtransfert dell'analista che al massimo può accentuarla. Altri invece ritengono che l'acting out sia il risultato proprio del complesso gioco del transfert e controtrasfert, come aspetti della relazione paziente-terapeuta.

Una più chiara differenziazione fra questi due punti di vista può essere ottenuta solo attraverso una migliore conoscenza delle determinanti pregenitali dell'acting out. In questo senso, la scuola kleiniana ha fornito un grande contributo chiarendo che l'acting out nel trattamento è legato ad una relazione transferale pregenitale con l'oggetto introiettato, l'oggetto coinvolto nell'azione e l'analista, una relazione che è di tipo essenzialmente sadico-orale e sadico-anale.

In “Origini del transfert” (1952), la Klein spiega perché la riattivazione delle esperienze primitive nell'analisi porta necessariamente al bisogno di agire nella vita quotidiana: *“Il paziente è portato inevitabilmente a far fronte ai conflitti ed alle angosce che rivive nei confronti dell'analista avvalendosi degli stessi sistemi usati nel lontano passato. Ciò vuol dire che egli cerca di distaccarsi dall'analista così come cercava di distaccarsi dai suoi oggetti primari; che egli cerca di scindere il rapporto con lui in modo da conservarne la figura come buona o come cattiva; che egli devia alcuni dei suoi sentimenti e dei suoi atteggiamenti nei confronti dell'analista su altre persone della*

sua vita quotidiana, cosa che costituisce peraltro un acting out". Rosenfeld (1965), sviluppando ulteriormente questo punto di vista, soggiunge che dipende dal grado di ostilità con cui il paziente si è allontanato dal suo oggetto più primitivo, e cioè dal seno della madre, se egli sarà capace di collaborare nell'analisi con un agire solo parziale oppure se sarà costantemente spinto ad agire eccessivamente. Se il bambino è incapace di affrontare la frustrazione a livello depressivo, abbandona con odio l'oggetto primario percepito come totalmente cattivo e si volge ad un oggetto secondario sentito come totalmente buono. In analisi, abbandonerà l'analista come oggetto reale; affronterà infatti le frustrazioni scindendolo in un oggetto buono ed uno cattivo e proiettandone ora la figura idealmente buona ora quella cattiva sull'oggetto esterno. E quando sarà pieno di ostilità verso l'analista per una qualsiasi ragione, si volgerà verso il mondo esterno alla ricerca di oggetti idealizzati in un acting out distruttivo per l'alleanza terapeutica.

Grinberg (1967) da parte sua sottolinea il ruolo giocato dagli oggetti esterni reali nella genesi dell'acting out, *"un processo che richiede sempre due partecipanti"* ed ha significato difensivo verso il controtransfert del terapeuta, paragonato alla incapacità materna di contenere le ansie del bambino (Bion). Secondo lui. *"ci deve essere una relazione oggettuale, anche se questa è in genere di tipo narcisistico"*. Una delle radici essenziali dell'acting out sarebbe costituita da esperienze di perdita oggettuale e di separazione che determinarono lutti precoci non adeguatamente elaborati, con affetti estremamente dolorosi di frustrazione, angoscia, rabbia, colpa, depressione ecc. ai quali il paziente non seppe far fronte. Un'altra radice andrebbe ricercata in una relazione conflittuale precoce con la madre, in cui il meccanismo dell'identificazione proiettiva gioca un ruolo di fondamentale importanza. In accordo con Bion e la sua definizione di "reverie" (1962), quando l'infante avverte un'angoscia molto forte (ad esempio, la paura di morire) ha bisogno di proiettarla in un contenitore (la madre) capace di sostenerla e di restituirgliela in modo tale che sia in qualche modo diminuita; se la madre fallisce nel metabolizzare tale angoscia, ovvero se la depaupera della sua qualità specifica (la paura di morire), il bambino si vede restituito un "terrore senza nome" che non è in grado di tollerare. Secondo questo modello, la necessità del paziente di trovare un oggetto nel mondo esterno che possa prendere su di sé il suo dolore e al sua angoscia di separazione è un elemento significativo dell'acting out; questo oggetto è ovviamente l'analista, nel quale il paziente riversa i suoi insopportabili sentimenti quando le esperienze di perdita nel suo passato sono riattivate dal transfert nel presente. E' questo il motivo per cui le separazioni durante il trattamento spesso scatenano episodi di acting out: il paziente cerca compulsivamente oggetti sostitutivi per scaricare i propri affetti terrificanti e insopportabili. Un'ultima possibile concausa nella genesi dell'acting out consisterebbe nelle umiliazioni subite dal paziente durante l'infanzia, come già segnalato dalla Greenacre (1963); a differenza di quest'autrice tuttavia Grinberg finisce col dare un ruolo anche attivo ai genitori. Partendo dall'osservazione clinica che in analisi i pazienti regrediti con forti tratti narcisistici, essendo incapaci di sopportare l'aumento della sofferenza psichica relativa alle perdite e ai distacchi, cercano di scaricare il loro dolore negli oggetti esterni, ne deduce che probabilmente i genitori non solo furono incapaci di contenere le loro fantasie infantili cariche di ansia persecutoria, dolore e sensi di colpa ma fecero anzi dei figli le vittime delle loro stesse proiezioni; agirono cioè come il "Super-io lacunare" descritto da Johnson e Surek (1956), stimolando vicariamente nei figli la propria tendenza all'acting out.

In definitiva, secondo la teoria delle relazioni oggettuali, le risorse difensive dei pazienti che mettono in atto sono di tipo maniaco e si avvalgono di un particolare tipo di scissione. Nutrendo legami narcisistici con oggetti idealizzati onnipotenti con cui si identificano, svalutano gli oggetti esterni; operano poi una scissione, isolando la parte del Sé identificata con l'aspetto onnipotente ed aggressivo dalla parte adattata alla realtà. Il loro precario equilibrio psichico si rompe allorché si trovano di fronte ad esperienze di separazione e di frustrazione, avvertite come lutti intollerabili. Si stabilisce allora una relazione intrapsichica tirannica fra le due parti scisse del Sé, una che gioca il ruolo di un Super-io primitivo e l'altra quella di un Io sottomesso. Ciò provoca un incremento insostenibile della tensione che spinge il paziente a scaricarla attraverso identificazioni proiettive massive che irrompono nell'oggetto esterno. Il loro acting out egosintonico consiste allora in un

attacco alla relazione analitica, che avvertono come crudelmente umiliante, nella supposizione che possa essere così distorta e invertita.

Per quanto riguarda il polo soggettivo, la psicologia del Sé considera l'acting out come la conseguenza di un arresto e una distorsione del processo di sviluppo. Tutta la sovrastruttura della personalità adulta poggia su un'area di arresto evolutivo (Khan, 1965). Se questa nella regressione analitica dell'Io raggiunge i più arcaici livelli di dipendenza dall'ambiente, viene agita, cioè espressa con la ricerca di uno specifico tipo di oggetto o situazione tramite l'uso di funzioni psichiche assai primitive come l'onnipotenza, la speranza arcaica e l'illusione che i soddisfacimenti soddisferanno i bisogni; esperienze emotive primarie che peraltro sono associate ad un acuto senso di vulnerabilità e di impotenza in quanto basate su una sensazione vaga e non su una esperienza reale. E' bene infatti differenziare, con Winnicott, fra l'"esperienza di onnipotenza", resa possibile solamente da un ambiente buono abbastanza, ed il "senso di onnipotenza" come tentativo difensivo precoce di tenere sotto controllo gli elementi istintuali e affettivi propri dell'infanzia.

Mentre gli psicologi dell'Io hanno richiamato l'attenzione sulla regressione orale dei pazienti, gli psicologi del Sé preferiscono parlare del tipo di relazione oggettuale che prevale nella fase orale. La dipendenza dell'Io dall'oggetto è massima, mentre la soddisfazione libidica è indipendente da ogni reale sentimento di essere in relazione con l'oggetto stesso; la contraddizione implicita in tale equazione esperienziale è ciò che l'Io adulto, fermo a questa fase dello sviluppo, tenta di risolvere attraverso un uso eccessivo e patologico del diniego, dello spostamento e della identificazione proiettiva. Per Khan (1965), nell'infanzia di questi pazienti esiste l'esperienza di un eccitamento allettante attraverso una relazione oggettuale precoce che non è stato mai assorbito e neutralizzato ad opera di un'adeguata facilitazione da parte dell'ambiente. Tale eccitamento è stato dissociato come uno stato maniacale latente ed il desiderio è quello di coinvolgere altri al fine di regolarlo. In questo caso l'idealizzazione e l'attualizzazione hanno una compulsione orgiastica; ma il problema in termini di sviluppo dell'Io rimane sempre quello della ricerca di un oggetto che fornisca tranquillità e holding. L'acting out è quindi espressione di un bisogno vitale che risale al periodo dello sviluppo e della formazione dell'Io, rimasto dissociato e isolato dalla struttura della personalità adulta; è come se questi pazienti avessero creato uno stato ideale di aspettativa come correttivo della insufficienza materna o ambientale e fossero ossessionati dalla compulsione ad ottenere questa esperienza attraverso il successo, la sicurezza ed il senso di appartenenza. Anche per Gaddini (1981) l'organizzazione mentale relativa all'acting out è quella frammentata e non-integrata dello sviluppo primario al momento cruciale dell'esperienza di separazione. Di fronte ad essa, la più forte tendenza immediata sarebbe quella di ristabilire magicamente la situazione perduta; questo però non elimina il catastrofico cambiamento, per cui il fenomeno che ha luogo realmente nella condizione di separazione è l'angoscia della perdita del sé. Di qui il bisogno di rinforzarne il confine pericolosamente precario attraverso tentativi di contatto che possono essere facilmente scambiati per relazioni oggettuali, ma in cui l'oggetto non esiste realmente come tale ma solo come limite e confine del sé. Nello sviluppo precoce e nel processo psicoanalitico l'acting out può funzionare come efficace regolatore delle tensioni che accompagnano i processi integrativi e può pertanto contribuire alla organizzazione di un sé separato con il suo spazio interno. Quando però funziona come difesa contro lo sviluppo, e contro il processo psicoanalitico, è vero il contrario; abbandona la realtà, diventando magico e onnipotente; tende ad eliminare e non a regolare le tensioni, a mantenere uno stato di "non-integrazione" (Winnicott, 1974), ad evitare il riconoscimento di sé stessi e della separazione, dell'esistenza e della responsabilità di uno spazio interiore, della propria autonomia e dipendenza reali.

In definitiva, l'approccio relazionale in psicoanalisi ha fornito un grande contributo alla comprensione dell'acting out. Rimane tuttavia da chiedersi con Rouart (1967) se siano veramente sempre in gioco una regressione od un arresto evolutivo così profondi anche nelle nevrosi sintomatiche e quando la relazione oggettuale è al livello genitale. Sappiamo che non esiste praticamente analisi durante la quale non avvengano acting out: questi dipendono sempre e

comunque da una regressione pregenitale marcata e dal meccanismo della identificazione proiettiva, oppure da una “scissione verticale” della psiche che delimita un’area di arresto evolutivo alla relazione di oggetto-Sé (Kohut, 1971)? Rimane il dubbio che il materiale altamente arcaico venga usato in alcuni casi come difesa contro un’espressione più diretta di un qualche conflitto maggiormente evoluto.

L’acting out e il modello interattivo

Nella psicoanalisi contemporanea è in via di sviluppo un campo di ricerca e di riflessione che indaga sullo spazio intermedio fra il Sé e l’oggetto in quanto sede di “attività”, di scambi reciproci definiti come “processi interattivi”; un campo assai promettente non solo di per sé ma anche perché incontra sulla sua strada il filone delle relazioni oggettuali, rivalutandolo a partire da Fairbairn in poi. Negli Stati Uniti in particolare è posta ad esso una grande attenzione, sia come conseguenza della crisi della metapsicologia classica e dei suoi concetti di base, sia come sviluppo della psichiatria sullivaniana.

Gill (1982, 1991, 1993) e Hoffmann (1982, 1983, 1991, 1992) sviluppano tale punto di vista, sostenendo che attualmente la discriminante fra le numerose scuole psicoanalitiche non è più costituita dai presupposti teorici – enfasi sul Sé o sull’Io, conflitto verso arresto evolutivo, meccanismi di difesa primitivi e non, ecc. - così come sono organizzati nelle concettualizzazioni kleiniane, kohutiane, della psicologia dell’Io e via dicendo; piuttosto ciò che veramente differenzia una visione della psicoanalisi dall’altra è l’attenzione clinica ai processi interattivi. Ciò conduce i due autori a contrapporre alla visione classica della psicoanalisi, organizzata intorno ad un modello intrapsichico (*one-person psychology*), un nuovo paradigma, organizzato intorno all’interazione delle due menti della coppia analitica (*two-person psychology*).

Vari autori hanno tentato quindi di riconsiderare i concetti classici della psicanalisi da quest’ultimo punto di vista.

Sandler (1983) in particolare si è interessato del transfert, proponendo una prospettiva storica della sua evoluzione. Egli ricorda come il concetto di transfert sia nato dall’intuizione di Freud che i sentimenti del paziente verso il suo analista possano derivare da una “falsa connessione” fra quest’ultimo ed una figura importante del suo passato. Tuttavia già nel lontano 1930 la Sharpe, una psicoanalista inglese, scriveva che *“in analisi... abbiamo potenzialmente il campo più libero possibile per le fantasie concernenti l’analista... e questo, insieme con la vita onirica e la ricapitolazione del passato, porta ad una relazione molto speciale con lui. Questa relazione è il transfert”*. E’ facile vedere come l’enfasi slitti dalla ripetizione del passato alla fantasie del paziente. Poco dopo, nel suo libro “L’Io ed i meccanismi di difesa” del 1936, Anna Freud ipotizzava l’esistenza di due diversi tipi di transfert: oltre al ben noto “transfert degli impulsi libidici” vi era appunto il “transfert delle difese”, che rappresentava la ripetizione nell’analisi delle “precedenti misure difensive contro le pulsioni” sotto forma di resistenze. Le difese erano tuttavia in grado di acquisire una certa autonomia durante lo sviluppo e anche se il loro impiego poteva costituire una ripetizione del passato, nel presente esse non erano necessariamente connesse con gli impulsi verso cui erano dirette geneticamente. Di conseguenza, *“il metodo più corretto è quello di modificare nell’analisi la centralità dell’attenzione, spostandola in primo luogo dalla pulsione allo specifico meccanismo di difesa, vale a dire dall’Es all’Io”*. Oltre a questo, Anna Freud aggiunse alla lista delle difese due meccanismi, l’identificazione con l’aggressore e quella da lei definita “una forma di altruismo”, che prevedevano l’uso di un’altra persona per il raggiungimento del loro scopo, in pratica introducendo un’intera classe di quelle che potremmo definire “difese correlate all’oggetto” in virtù di una inversione di ruoli o di una qualche combinazione di identificazione e proiezione. Non molto tempo dopo, nel 1946, Melanie Klein introduceva il concetto di identificazione proiettiva. E’ chiaro che tutto questo rifletteva una nuova dimensione fondamentale nel lavoro analitico e nel concetto del transfert. L’analisi dell’“hic et nunc” della interazione

analitica iniziava ad avere il sopravvento sulla ricostruzione del passato dell'infanzia. Se il paziente usa all'interno della situazione analitica delle difese che coinvolgono sia lui che l'analista, questo è il transfert e ad esso va diretta innanzitutto l'attenzione.

Al termine di questa interessante ricostruzione storica, Sandler esprime l'opinione che le relazioni oggettuali non riflettano la catessi dell'oggetto con energie pulsionali più o meno inibite nello scopo, come postulato dalla teoria classica, ma che costituiscano invece una vera e propria interazione in cui l'oggetto gioca un ruolo altrettanto importante del soggetto; certamente una tale interazione può soddisfare richieste istintuali, ma anche bisogni di sicurezza e di intimità nonché di affermazione della propria identità. Necessità di questo tipo si sviluppano da quello che la Mahler ha chiamato processo di separazione e individuazione e la loro soddisfazione attraverso uno scambio di segnali, un dialogo con l'oggetto, è parte vitale della nostra esistenza. Con il progredire dello sviluppo, gli oggetti esterni insieme con le loro distorsioni ad opera delle fantasie di desiderio e delle difese vengono internalizzati e vanno a costituire la base per i dialoghi della nostra vita inconscia di fantasia. Ai fini della nostra comprensione del transfert è importante tuttavia considerare come gli oggetti interni siano costantemente esternalizzati, in un certo senso attualizzati, così che ci si possa relazionare ad essi come oggetti esterni piuttosto che interni; pertanto nella situazione analitica vediamo regolarmente dei tentativi di forzare, manipolare o sedurre l'analista ad assumere il ruolo di uno o dell'altro oggetto interno, in modo tale che lo scenario fantastico interno del dialogo fra Sé e oggetto sia messo in atto (*enacted*). Questa esternalizzazione è quello che noi definiamo transfert e l'esperienza di, o la reazione a, questa esternalizzazione di un introyetto da parte dell'analista è ciò che chiamiamo controtransfert.

Nel loro lavoro "The Patient and the Analyst" del 1973, Sandler, Dare e Holder giungono ad affermare che "*... il transfert non deve essere ristretto alla illusoria appercezione di altre persone in quanto oggetti della proiezione o esternalizzazione di alcuni aspetti del passato o di figure primarie ... ma va considerato in modo tale da includere i tentativi inconsci (e spesso sottili) di manipolare gli altri o provocare attraverso di loro situazioni che sono la ripetizione mascherata di relazioni ed esperienze precedenti*". La interazione fra il paziente e l'analista è in gran parte, anche se ovviamente non del tutto, determinata da ciò che gli autori definiscono come una "relazione di ruolo intrapsichica" che ognuna delle parti cerca di imporre all'altra, una fantasia di desiderio inconscia ovvero una difesa nei suoi confronti in cui il Sé e l'oggetto sono deputati a svolgere ciascuno un proprio compito. In questo senso, possiamo dire che nel transfert il paziente cerca di attualizzare tale relazione fantastica inconscia, sia essa di desiderio o di difesa, nel modo distorto che gli è consentito entro i limiti della situazione analitica; attualizzare nel senso letterale di "rendere attuale, convertire in un fatto reale, realizzare nell'azione". Vediamo pertanto come la riformulazione in termini interattivi del concetto di transfert comporti una corrispondente riformulazione del concetto di acting out: non solo il termine è lasciato cadere in favore di quello di "attualizzazione", ma anche il suo significato risulta profondamente modificato venendo praticamente a coincidere con il transfert e quindi con l'interazione stessa. La bipolarità pensiero-azione, che vedremo meglio successivamente nella parte relativa alla gruppoanalisi, viene così risolta in modo sincretico, virtuale, è appiattita quasi che si trattasse di due facce della stessa moneta.

Anche il concetto di identificazione proiettiva, come quello di transfert, è stato rivisitato e diversamente interpretato dai fautori del modello interattivo. La stessa ambiguità intrinseca al concetto di transfert riscontrata da Laplanche e Pontalis (1973), cioè la difficoltà a distinguere il pensiero dall'azione, può essere ritrovata nel concetto originario di identificazione proiettiva della Klein. Come dice la Turrillazzi-Manfredi (1994): "*... l'identificazione proiettiva è in parte un concetto che riguarda l'attività mentale di una persona, in parte riguarda invece un'interazione fra persone. La sua fortuna deriva forse da questa ambiguità: una specie di gioco dinamico fra l'intrapsichico e l'interpersonale*"; ed anche, come vedremo, fra il pensiero e l'azione. Dato che nella teoria kleiniana ogni meccanismo di difesa è un concetto astratto, che l'analista utilizza per spiegare quello che il paziente vive come fantasia inconscia, sembra che anche l'identificazione

proiettiva debba essere un tipo particolare di fantasia inconscia e precisamente quella che parti della propria persona (*self*) siano scisse e fatte penetrare nell'oggetto. Tuttavia se questa fosse solamente una immagine interna, secondo un meccanismo esclusivamente intrapsichico, non vi sarebbe alcuna differenza sostanziale con la semplice proiezione; oggetto della identificazione proiettiva è dunque la persona esterna reale, in un'ottica senza dubbio interpersonale. Scorrendo l'opera clinica della Klein si scopre inoltre che, al di là della definizione, ella impiega l'identificazione proiettiva come manovra effettivamente realizzata sopra l'oggetto esterno, che ne subisce l'effetto, senza tuttavia che si sappia cosa provi realmente e come reagisca.

Sandler (1987, 1993) chiarisce che l'identificazione proiettiva è un'attività difensiva che consiste di due momenti: il primo è un processo intrapsichico consistente in una fantasia inconscia (o meglio, preconsocia) di scissione e proiezione o spostamento di aspetti non voluti della rappresentazione del Sé nella rappresentazione dell'oggetto; il secondo momento è la esternalizzazione della rappresentazione oggettuale, modificata in fantasia in quanto depositaria dell'aspetto rifiutato del Sé, su un oggetto esterno reale. Questa esternalizzazione avviene in forma di attualizzazione, un processo per cui l'oggetto è spinto, attraverso una serie di sottili manovre inconscie sia verbali che non-verbali, a giocare per il paziente il ruolo del Sé rifiutato. Anche per la Turillazzi- Manfredi: *"... la proiezione sull'immagine interna... dell'oggetto esterno si traduce non solo in distorsioni percettive ma in comportamenti verbali o di azione che spingono l'altro, prescelto come consenziente... a comportarsi e a sentire in accordo con queste immagini"*. Siamo così passati, sempre nell'ambito di un'ottica interpersonale, dal polo del pensiero o della fantasia a quello dell'azione; ma non basta ancora. Fino a questo punto non è chiaro cosa provi realmente o come reagisca l'oggetto esterno, depositario della identificazione proiettiva e spinto attivamente a provare ed agire secondo la relazione oggettuale interna dell'altro. È Odgen (1982) che introduce chiaramente un'ottica interattiva: *"L'identificazione proiettiva non è un concetto metapsicologico. I fenomeni che essa descrive esistono nel regno dei pensieri, degli stati d'animo e del comportamento ma non nel regno delle congetture astratte intorno al funzionamento della mente... Questo concetto riguarda il modo come le fantasie inconscie di una persona vengono processate da un'altra persona..."*; e questo modo dipende, secondo Sandler, da quella che lui definisce "responsività di ruolo" (role-responsiveness).

La riformulazione in termini interattivi del concetto di identificazione proiettiva ha permesso di associare quest'ultima ad un concetto clinico descrittivo emergente, quello di *"enactment"*. Ad esso l'Associazione Psicoanalitica Americana ha dedicato nel 1989 un Panel, così come aveva fatto per l'*acting out* nel 1970. In tale occasione, McLaughlin lo ha definito come un atto (*act*) il cui intento è di persuadere o forzare un altro ad un'azione che risponda alla sollecitazione data; il rafforzamento conferito dalla particella *en* evoca un intento o proposito perseguito con forza. Il termine si applica ad ogni tipo di interazione fra paziente e analista, certamente al comportamento non verbale, gesturale e posturale, ma anche e soprattutto al "comportamento verbale" (aspetti non contenutistici, pragmatici della comunicazione) che imprime alla relazione la sua propria e specifica caratteristica; l'influenzamento è reciproco e costante. L'approccio bipersonale è sottolineato anche da J. F. Chused (1991), la quale afferma che l'*enactment* è costituito dalla risposta dell'analista ad un comportamento del paziente volto ad ottenere una gratificazione nel transfert; vi è quindi da un lato un comportamento dell'analizzando e dall'altro una reazione dell'analista, sia pure non agita, che può essere da lui utilizzata per migliorare la comprensione dell'episodio relazionale in atto. L'analista quindi non è il semplice destinatario di sensazioni, stati d'animo e vissuti che il paziente induce in lui quanto il testimone di risposte emozionali che, pur stimolate dal paziente, appartengono innanzitutto alla propria storia personale, ai propri conflitti, alle proprie aree "mute" o "cieche"; una sua eventuale disponibilità a giocare il ruolo assegnatogli dal paziente (la role-responsiveness di cui parla Sandler) può essere la causa di una partecipazione "enacted" nell'interazione.

La corrispondenza fra *enactment* e identificazione proiettiva è tuttavia in parte una forzatura, essendo concetti che appartengono a livelli diversi di astrazione concettuale nonché a modelli

metodologici assai differenti. Il concetto di enactment è di natura descrittiva, più vicino all'esperienza reale di cui si cerca il significato nel "qui ed ora" ed ancorato quindi nell'area preconsua della relazione; l'identificazione proiettiva invece è un concetto esplicativo, in quanto riguarda il meccanismo inconscio che si suppone operante della mente del paziente, e si accompagna facilmente ad uno stile interpretativo che "salta il preconsua", come asseriscono Filippini e Ponsi (1992). Dal punto di vista metodologico, i fautori del modello interattivo temono che l'accostamento fra i due concetti finisca con l'offuscare l'opzione che sostiene l'originalità dell'enactment, vale a dire l'uscita dalla prospettiva unipersonale e l'approdo ad un punto di vista radicalmente bipersonale. Con un certo grado di schematismo, si può dire che l'identificazione proiettiva è un concetto mediante il quale si tende a vedere l'analista come un recipiente nel quale il paziente deposita certe parti della propria mente; poiché inoltre con tale concetto si qualifica il materiale proiettato più che il recipiente, si potrebbe aggiungere – portando questo ragionamento alle estreme conseguenze - che qualsiasi analista potrebbe rispondere nello stesso modo alla stessa identificazione proiettiva. Inoltre l'identificazione proiettiva prescinde dal punto di vista genetico, riferendosi essenzialmente al presente e operando quindi, per così dire, una sezione trasversale e non longitudinale dei fatti. Al contrario, con il concetto di enactment si vuole sottolineare il particolarissimo contributo che nell'interazione porta ogni analista, con il suo passato storico e le sue proprie e personali caratteristiche.

A conclusione di questo capitolo, citiamo una frase della Turillazzi-Manfredi (1994) che ci sembra possa porre nell'ottica giusta i vari concetti psicoanalitici che, sullo sfondo della bipolarità pensiero-azione, pongono quest'ultima in primo piano: *"Forse i termini identificazione proiettiva, identificazione complementare, enactment e attribuzione e assunzione di ruolo con le loro ambiguità e le loro limotrofe sovrapposizioni di significato, rimanendo al livello di una teoria clinica, si potrebbero mettere su un continuum che procede da un ambito dove prevale un modello intrapsichico verso un ambito dove prevale un modello interattivo"*.

L'acting out in gruppoanalisi

Alla fine dell'ampia rassegna della letteratura psicoanalitica rimaniamo con l'incertezza iniziale per quanto riguarda il problema che meno comprendiamo: perché il paziente sostituisce l'azione alla comunicazione verbale? E' l'annoso problema della relazione fra pensiero e azione. Al momento sappiamo ancora troppo poco del perché un paziente ossessivo, in relazione ai suoi conflitti, alle volte si mantiene entro i confini intrapsichici ed altre volte invece invade il campo dell'azione per realizzare i suoi cerimoniali con atti compulsivi come il toccare ripetitivo simmetrico. La formula: "la nevrosi è il negativo della perversione" risente dello stesso complesso problema e illustra la straordinaria difficoltà di stabilire una teoria psicologica dell'azione.

Tali questioni poggiano su domande del tipo: "Perché un dato paziente sceglie l'acting out come mezzo per risolvere od esprimere i suoi conflitti? Chi è che preferisce mettere in atto piuttosto che pensare? Perché si sceglie di scaricare invece di dilazionare?". In realtà l'antitesi fra azione e pensiero impostata dalla psicoanalisi rappresenta una semplificazione di tali problemi, al fine di sostenere il contrasto dell'azione con l'esperienza intrapsichica.

La prospettiva gruppoanalitica rifiuta questa semplificazione, considerando azione e parola come *"una coppia dialettica che interagisce costantemente fin dall'inizio dell'esistenza dell'individuo (ontogenesi) nel contesto della gruppalità (filogenesi)"* attraverso *"...vicissitudini che oscillano fra la consapevolezza di Sé e l'Altro in termini di relazione e comunicazione"* (Ondarza Linares, 1999).

Considerare parola e azione in una prospettiva non dicotomica ma bipolare ci consente di rivedere criticamente alcuni aspetti dell'acting out, e di considerarlo quindi in un modo diverso e originale rispetto alla classica concezione psicoanalitica.

Gli aspetti che qui intendiamo passare al vaglio critico della *bipolarità pensiero-azione* sono essenzialmente quello semantico, quello clinico e quello tecnico-metodologico.

La bipolarità parola-azione: l'aspetto semantico

Il termine tedesco originario "agieren" deriva dal linguaggio teatrale, nel quale sta ad indicare l'azione drammatica collocata in uno spazio scenico e volta al "rappresentare". Non è invece di uso corrente per parlare di azione e di agire nel senso comune, anche se può essere usato a tale scopo. Perché Freud scelse proprio questo termine?

E' il 1901 ed egli ha appena pubblicato "L'interpretazione dei sogni", in cui afferma che le parole, in quanto punti di convergenza di molteplici rappresentazioni, sono predestinate all'ambiguità, potendo esprimere più di un pensiero e più di una idea latente; indica addirittura alcune "parole-scambio", come il famoso "catarro" di Dora che si riferisce sia alla leucorrea della paziente che alla tosse del padre.

E' come se Freud, divenuto consapevole della capacità dell'inconscio di sfruttare le parole per la loro ambiguità, cioè per la "possibilità di una duplice interpretazione" (Devoto e Oli), voglia servirsene lui stesso. La scelta del termine "agieren" sembra infatti derivare dalla necessità di esprimere con una sola parola due diversi ordini di idee, che non si escludano a vicenda e possano venire in mente ora alternativamente ora contemporaneamente. Meglio diremmo due bipolarità, in cui tendenze regressive e progressive si confrontano, disponendosi a configurare molteplici possibilità di conflitto e di integrazione: la bipolarità fra pensiero e azione e quella fra interno ed esterno, che come è facile intuire richiamano rispettivamente la bipolarità fra mente e corpo e quella fra mente e relazione, o fra individuo e gruppo.

1) *La bipolarità pensiero-azione*: nel capitolo VII di "L'interpretazione dei sogni" Freud opera una differenziazione metapsicologica fra il pensiero e l'azione. Mentre l'apparato psichico primitivo opera in modo diretto, investendo il ricordo del soddisfacimento per via retrograda allucinatoria e mirando a raggiungere una "identità di percezione", l'apparato psichico evoluto opera invece in modo indiretto, investendo il ricordo del soddisfacimento attraverso la specifica esperienza motoria e mirando a raggiungere una "identità di pensiero"; l'azione nel primo caso si esaurisce in un mutamento interno del corpo, nel secondo opera una trasformazione del mondo esterno. Ne deriva che il pensiero è "un'azione di prova, un tastare motorio con scarso dispendio di energia", che viene ad interporsi fra la pressione dell'impulso ed il suo soddisfacimento, differendo quest'ultimo allo scopo di modificare efficacemente la realtà. Da una "motilità di tipo riflesso", diretta ed automatica, via di scarico impulsiva ed arcaica adoperata dal processo primario al servizio del principio del piacere, dobbiamo differenziare una "esperienza motoria controllata", che è propria del pensiero e costituisce la vera modalità di azione del processo secondario. Ciò comporta l'esigenza di distinguere nella teoria e nella prassi analitica un "agire regressivo", autoplastico e difensivo, fondato sull'espulsione e sulla scarica, da un "agire progressivo", alloplastico ed evolutivo, fondato sull'integrazione del Sé e finalizzato al miglioramento della realtà e allo sviluppo della conoscenza.

Questa distinzione metapsicologica fondamentale trova un immediato riscontro clinico negli scritti di Freud del 1901. In "Psicopatologia della vita quotidiana" egli continua ad impiegare il vecchio termine "aktion" per indicare l'agire consapevole, cioè quello provvisto nel soggetto agente di un senso ben definito e finalizzato al raggiungimento di uno scopo. Nel caso clinico di Dora invece Freud introduce il termine "agieren" per indicare una ripetizione da parte della paziente

nell'ambito del transfert: *“In tal modo ella mise in atto (“agieren”, appunto) una parte essenziale dei suoi ricordi e delle sue fantasie, invece di riprodurla nella cura”*.

Appaiono qui evidenti le determinanti inconse dell'“agieren” e la sua dinamica regressiva, in contrapposizione quindi alla consapevolezza del pensiero ed alle possibilità della comunicazione. Le azioni di questo tipo, spesso camuffate in veste di pensieri e parole, tendono ad espellere gli stati mentali piuttosto che ad esperirli, a gratificare gli impulsi di odio e di amore piuttosto che a conoscerli, a negare la verità psichica piuttosto che ad assumerne la responsabilità.

2) *La bipolarità interno-esterno*: nella concezione freudiana, il modello della situazione analitica non è solo quello dell'osservazione in laboratorio ma anche quello della drammatizzazione di una scena: *“gli impulsi inconsci... tendono a riprodursi in modo corrispondente alla atemporalità ed alla tendenza allucinatoria proprie dell'inconscio. Come accade nei sogni, il malato considera i derivati dei suoi impulsi inconsci come contemporanei e reali; egli vuole mettere in atto le sue passioni senza tenere conto della situazione reale”* (“La dinamica del transfert” – 1912). Accomunato all'allucinazione ed al sogno w quindi in opposizione al principio di realtà, l'“agieren” richiede l'appagamento immediato del desiderio attraverso la sua drammatizzazione. Il paziente rimette in gioco “pezzi di vita”, qualcosa di inconsapevole occultato nel mondo interno ed ora esplicitato attraverso una rappresentazione agita, qualcuno che appartiene ad un altro tempo ed un altro luogo (il passato, l'inconscio, il rimosso), a lui sconosciuto eppur capace di muoversi ed “agire” sullo scenario analitico “come se” fosse reale e attuale. Lo stesso transfert rappresenta un elemento della ripetizione, *“una provincia intermedia fra la realtà e la malattia attraverso cui è possibile il passaggio da questa a quella”* (“Ricordare, ripetere, rielaborare” – 1914). Winnicott riprenderà questa idea parlando della sovrapposizione di due aree di gioco, quella del paziente e quella del terapeuta, la cui genesi rimanda all'esistenza di uno “spazio intermedio” tra la madre ed il bambino; uno spazio che non è la realtà psichica interna perché è fuori dall'individuo, ma non è neppure il mondo esterno poiché egli ne manipola gli oggetti ed i fenomeni al servizio del suo potenziale onirico (Gioco e realtà – 1971). La relazione fra paziente e analista è quindi una relazione illusionale nella quale mondo interno e mondo esterno, così come fantasia e realtà, presente e passato, si incontrano entro uno spazio transizionale propizio allo sviluppo del Sé e della consapevolezza. Tutto ciò che avviene nell'ambito di tale relazione, o che sia ad essa dinamicamente correlabile, non si contrappone necessariamente alla comunicazione ma può essere anzi al suo servizio. Questo vale anche per l'“agieren”.

Nel suo significato progressivo di *represent-azione*, indubbiamente uno dei motivi per cui fu scelto da Freud, l'“agieren” sembra capace di veicolare le idee non ancora sufficientemente organizzate da poter assumere la modalità d'espressione verbale; il mondo interno è nebuloso e non integrato, con parti del Sé ed oggetti interni che tenderanno progressivamente a strutturarsi ma che sul momento sono esperibili e quindi comunicabili solo in una forma arcaica di drammatizzazione agita.

L'evoluzione del pensiero freudiano è espressa compiutamente in “Ricordare, ripetere, rielaborare” del 1914. Pur avendo scelto più o meno consapevolmente il termine “agieren” per via della sua ambiguità, Freud stesso non riuscì a sostenerla a lungo: per prima cosa ne tralasciò il senso del rappresentare in favore dell'agire vero e proprio; quindi lo utilizzò essenzialmente per indicare la sostituzione dell'azione al pensiero.

Così il termine tedesco “agieren” non ebbe grande fortuna. La sempre maggior diffusione della lingua inglese, anche e soprattutto nel campo scientifico, fece sì che esso venisse sostituito nel linguaggio psicoanalitico comune dal termine anglosassone: “acting out”. Quest'ultimo in realtà ancora mantiene qualcosa dell'ambiguità propria del tedesco: “to act” infatti è anche usato nel linguaggio teatrale per indicare il recitare, il rappresentare scenico. Tuttavia tende allo stesso tempo a negare la segnalata doppia bipolarità attraverso una sorta di “scissione semantica” che evidenzia uno solo dei poli: quello dell'azione rispetto alla parola e quello del fuori rispetto al dentro. Del

resto non poteva essere diversamente, visto che il termine fu introdotto nel 1928 da Moreno, inventore dello psicodramma, per dare rilievo al fatto che l'attore, nel recitare ("acting") una parte, potesse uscirne ("out") per esprimere invece qualcosa di personale.

Il suffisso "out" serve naturalmente a precisare la direzione dell'azione. Ci chiediamo tuttavia quale sia il "fuori" verso cui l'azione si dirige e, viceversa, quale sia il "dentro" rispetto al quale abbia senso parlare del fuori. Una prima impostazione considera "dentro" quanto è interno all'individuo, l'interno rispetto al corpo, l'intrapsichico, e quindi considera "fuori" quanto gli è esterno; l'acting out assume allora il senso di esternare attraverso l'azione invece che con le parole. Una seconda impostazione è relativa alla situazione terapeutica, considerando "dentro" ciò che avviene nella seduta e "fuori" ciò che riguarda la normale vita quotidiana; l'acting out assume in questo caso il senso di uno spostamento agito del transfert.

La prima impostazione è utilizzata soprattutto dagli psichiatri per descrivere il comportamento impulsivo, scarsamente motivato, tipico di certe psicopatie; la particella "out" conferisce infatti all'"acting" il senso di una vera e propria espulsione, una rapidità dell'azione che in qualche modo preclude ogni possibilità di pensiero e prescinde da ogni necessità di comunicazione. Impedisce tuttavia quel gioco dinamico che aveva consentito a Freud di elaborare in modo originale la bipolarità mente-corpo, descrivendo il pensiero come il modo di azione del processo secondario.

La seconda impostazione è utilizzata invece soprattutto in psicoanalisi. Essa tuttavia conferisce all'"acting" un significato spaziale, del tutto assente nel concetto originario, che ne modifica il valore e l'alone semantico ridefinendolo in relazione alla localizzazione dell'azione e non più alla sua natura. L'"acting" viene così a perdere la connotazione di azione scenica volta al rappresentare ed assume invece quella generica di azione suscettibile di svolgersi dentro o fuori rispetto ad un luogo. Si tende in altre parole a reificare attraverso la stanza dell'analista quella bipolarità fra dentro e fuori che Freud aveva in qualche modo suggerito di attraversare passando per lo spazio intermediario della possibilità dell'illusione, scenario sul quale l'azione, diventando rappresent-azione, rende dinamici i confini fra mondo interno e mondo esterno, tra fantasia e realtà.

A questo proposito, non possiamo evitare di ricordare il pensiero di Foulkes, fondatore della gruppoanalisi, che meglio degli altri sembra aver colto il senso vero della psicoanalisi freudiana per applicarlo in modo originale al gruppo analitico. Quest'ultimo dimostra in modo inequivocabile che *"la mente non è basicamente all'interno della persona come individuo, non è una cosa che esiste ma una serie di eventi che procedono e vanno avanti in continuazione; il significato interno, il cosiddetto significato intrapsichico, diviene una proprietà condivisa del gruppo e quanto è nascosto e represso nell'individuo viene espresso nelle interazioni e inter-comunicazioni entro una matrice comune... Ciò che è esterno è anche interno, così come nello stesso tempo ciò che è interno è esterno ugualmente; anche obiettivamente non vi è una barriera ben definita fra questi, così come non c'è fra realtà e fantasia... La linea di confine fra ciò che è 'dentro' o 'fuori' è costantemente in movimento e l'esperienza di queste modificazioni è particolarmente significativa in senso dinamico. Sebbene per speciali ragioni i gruppi o alcuni individui facciano occasionalmente un forte uso di tali differenze, questo è un comportamento immotivato e filosoficamente non corretto"* (Foulkes, 19).

La bipolarità parola-azione: l'aspetto clinico

L'acting out come fenomeno clinico-descrittivo non può esaurirsi in una sterile elencazione dei diversi modi in cui suole o può manifestarsi, cioè con relazioni sessuali o comportamenti aggressivi al di fuori della seduta, ovvero con ritardi, gesti di sfida verso il terapeuta, lancio di oggetti e così via all'interno di essa. Occorre cioè dare un senso a questi comportamenti attraverso associazioni e comparazioni, idee che ne riscoprano i punti di contatto, le analogie e le differenze con altri fenomeni già noti: insomma, dopo averli isolati ed analizzati con il microscopio

psicoanalitico bisogna reinserirli nel contesto e osservarli in un'ottica più ampia che tenga conto della matrice dalla quale scaturiscono.

Nella clinica gruppoanalitica siamo soliti condurre l'osservazione in rapporto ad una triade di riferimento: corpo, mente e gruppo. Bene! Ognuno di questi elementi imposta con l'acting out una bipolarità caratteristica, potendo configurarsi come polo opposto della esteriorizzazione agita alla quale è tuttavia in ogni caso dinamicamente correlato.

1) Acting out e corpo: il polo "corporeo" dell'acting out ha attinenza con il problema psicosomatico; l'associazione è ben nota alla clinica ed ampiamente segnalata dalla letteratura analitica.

Le malattie psicosomatiche classiche come l'ulcera peptica, la colite ulcerosa, l'asma bronchiale, l'ipertensione essenziale ecc., possono essere definite in senso psicodinamico come incapacità della mente umana di contenere potenti sentimenti, generalmente di natura conflittuale, che pertanto si rivelano attraverso il corpo.

Esiste come un passaggio, una specie di continuum fra il corpo, considerato come un serbatoio istintuale, ma non solo... serbatoio del proprio narcisismo, serbatoio quindi di tutte le vicissitudini dell'identità e della relazione, perché il corpo è uno strumento di relazione; la mente, che tale relazione elabora e trasforma in pensiero; e l'Altro, sia esso il gruppo, la società ecc.. E' un continuum di comunicazione, le cui interruzioni possono colpire organi e sistemi, più o meno "eloquentemente"; il pensiero si esprime spontaneamente e autonomamente attraverso il corpo, tanto che la dottoressa Dumbbar parlava di un "linguaggio dell'organo", ma anche il corpo può parlare più o meno chiaramente della conflittualità che nasconde e che la mente è incapace di contenere o trasformare in pensiero.

In un articolo presentato al Congresso di Copenhagen del 1967, "Acting Out and Psychosomatic Illness as Related Regressive Trends" ("Acting out e malattia psicosomatica come tendenze regressive correlate"), Atkins afferma che la malattia psicosomatica è spesso accompagnata da episodi di acting out, la cui frequenza è direttamente correlata con la severità dei sintomi fisici e con i sottostanti problemi istintuali e dell'Io. Ciò che alle volte impedisce di riconoscerlo è proprio l'associazione con la malattia: comportamenti che in altre circostanze sarebbero chiaramente interpretati come messe in atto transferali vengono scambiati per comprensibili reazioni al dolore e ai disturbi funzionali di origine somatica. E' solamente alla luce dell'indagine psicoanalitica che tali comportamenti si rivelano per quello che sono: acting out mascherati. L'autore passa poi ad illustrare il caso clinico di un giovane uomo affetto da un'asma bronchiale severa e intrattabile, in cui i confini fra acting out e sintomi fisici venivano da lui continuamente attraversati e riattraversati. L'acting out consisteva nella riproduzione regressiva di una relazione precoce in cui, come bambino sofferente di vomito, enuresi ed encopresia, si affidava in modo assolutamente dipendente ad una madre che con il suo atteggiamento masochistico tendeva a mantenere il loop agito. Forti impulsi di aggressività orale e desideri cannibalistici erano al contempo rivolti in modo ambivalente verso l'oggetto dal quale il bambino dipendeva per i rifornimenti narcisistici, con conseguenti fantasie inconse in cui egli poteva crescere solo a danno dell'oggetto che lo nutriva come bambino enorme con appetiti smisurati ed incapace di controllarsi. Gli attacchi asmatici si sviluppavano allora come martirio auto-imposto nell'ambito di una masochismo morale agito nel corpo attraverso la dolorosa reintroiezione respiratoria di quella che egli avvertiva inconsciamente come un'aggressività che sommerge, togliendo il respiro.

In occasione dello stesso Congresso, lo psicoanalista francese M. de M'Uzan ha presentato delle critiche molto puntuali nei confronti dell'altro articolo "Asma psicosomatica e acting out" di Wilson, che tuttavia ben si adattano anche all'articolo di Atkins. Egli dice che la conversione isterica è in parte definita dal preciso significato simbolico del sintomo somatico e che in particolare nel caso dell'asma bronchiale dell'esempio clinico riportato da Wilson si tratta chiaramente dell'allusione alle modificazioni respiratorie che avvengono durante l'atto sessuale, una sorta di

“genitalizzazione” del respiro per via del desiderio incestuoso del paziente riattivato nel transfert. D'altra parte, la malattia psicosomatica non può comunque essere ascritta ad alcuna fantasia inconscia, sia pure pregenitale e di natura aggressiva come nell'esempio clinico di Atkins; andrebbe paragonata alla nevrosi attuale piuttosto che a quella di transfert. Freud stesso considerava i sintomi della nevrosi attuale di natura diversa e privi in sé stessi di alcun valore simbolico. In altre parole, nelle vere malattie psicosomatiche dobbiamo concepire un meccanismo di formazione del sintomo che sia diverso da quello della conversione. Tale meccanismo sembra essere in rapporto diretto con l'acting out: Limentani e Greenson ne parlano come di un “acting in”, Grimberg come di un “equivalente dell'acting out”, in analogia agli equivalenti epilettici. Potremmo forse più semplicemente definire il disturbo psicosomatico come un “*agire nel corpo*”.

Per una comprensione psicodinamica della relazione esistente fra corpo e acting out è indispensabile rifarsi alla teoria delle relazioni oggettuali e soprattutto alla sua visione dei rapporti con gli oggetti primari. Per Grimberg (1967) il corpo del paziente viene a costituire l'“oggetto che contiene”; i sintomi somatici od ipocondriaci diventano allora la concreta “presenza” che si oppone o vanifica l'assenza dell'oggetto primario o dell'analista e contiene gli affetti insopportabilmente dolorosi e l'angoscia di separazione. La parte del corpo interessata è percepita inconsciamente come estranea ed il paziente stabilisce con essa una sorta di relazione oggettuale aggressiva. Winnicott da parte sua considera la madre come l'“ambiente” che permette la separazione e differenziazione, il superamento della fusionalità... fusionalità nella quale ovviamente c'è la indistinzione o non distinzione fra psiche e soma.

Un gruppoanalista inglese della Group Analytic Society, Dennis Brown, parla espressamente di uno *psicosoma primitivo*, come equivalente della indifferenziazione, quasi come un oggetto originario formato di corpo, formato di mente, in cui il contenente si confonde con il contenuto, che soltanto successivamente realizzerà la differenziazione fra questi due mondi, fra psiche e soma. Fondamentalmente, è la separazione del vincolo che deve avvenire fra un sentimento ed il suo contenuto, fra il pensiero che deve nascere e la capacità di contenerlo. Questo psicosoma originale si differenzia se c'è una madre “good enough”, “buona abbastanza” per dirla con Winnicott, che permette un passaggio di differenziazione, che consente al Sé di emergere separando, differenziando psicologicamente forti sentimenti che quasi sempre sono di allontanamento e di distacco. La separazione significa abbandono dello stadio fusionale in cui tutto è uguale però tutto è fantastico, significa differenziazione, significa dolore, depressione, come la Klein ci dice significa scissione, nelle fasi schizoidi... significa anche rabbia e aggressività. Rabbia e aggressività che se sono distruttive perché non contenute abbastanza dalla madre attraverso i meccanismi che la stessa Klein ha descritto, come per esempio l'identificazione proiettiva, creano la patologia del distacco; in questo caso si dice che “resta” la malattia psicosomatica, come se lo psicosoma non si potesse differenziare, come se là restasse un nucleo potenziale, che investe soltanto in aggressività, rabbia, che non si può trasformare, elaborare, metabolizzare, che non può dar corso alla relazione.

La struttura della personalità in questi pazienti è spesso quella della *alessitimia*, un termine coniato da Sifneos negli anni cinquanta per designare l'incapacità di esprimersi emotivamente. L'alessitimico non è necessariamente una persona senza emotività, è una persona che non ha la capacità di comunicare e trasmettere le sue emozioni, è come paralizzato in una zona di non comunicazione: “è una specie di ventriloquo che però non parla” (Ondarza Linares, 19). Il paziente psicosomatico quindi è spesso un alessitimico che ha investito molto internamente, fisicamente, tanto che non gli resta energia psichica libera, per così dire, per investirla in pensiero, per investirla in relazione, per comunicare le proprie sensazioni; per questo gli restano solo la malattia e l'acting out. Limentani (1965) in particolare riconosce che certi pazienti, essendo capaci di scaricare somaticamente le loro esperienze affettive, possono trovare una nuova soluzione del conflitto nello sviluppo di una malattia psicosomatica, allorché la strada dell'acting out al di fuori della situazione analitica è loro preclusa; l'acting out è dunque per questi pazienti un vero “salvavita” e andrebbe tollerato durante l'analisi, permettendone così un decremento graduale. Vi sono poi altri pazienti con struttura alessitimica di personalità che possono rispondere anche al

requisito della verbalizzazione: sono gli *ipocondriaci*, effettivamente e totalmente concentrati nel proprio corpo, come immersi in un proprio meccanismo enterocettivo. Scarsa è la possibilità di instaurare una relazione terapeutica perché le loro non sono reali comunicazioni, neppure del tipo ossessivo o ripetitivo, quanto piuttosto veri e propri “acting verbali”, come ebbe una volta a definirli la Greenacre (1965).

2) Acting out e mente: il polo “mentale” dell’acting out ha attinenza con il processo primario, ed in particolare con alcuni aspetti del sogno.

I pazienti hanno in genere una percezione abbastanza buona della realtà, essendo la distorsione del loro Io limitata ad un determinato settore. Grinberg (1967) sostiene che questo gli consente di individuare accuratamente gli oggetti che possono agire come ricettori dei loro acting; è come se i pazienti affrontassero la realtà con gli elementi del processo secondario, trasformandoli in elementi di quello primario. L’acting out sarebbe quindi simile alla drammatizzazione di un sogno, in cui il paziente cerca di trasformare alloplasticamente l’altro da autonomo in depositario; egli cioè attacca il confine fra la realtà esterna e gli oggetti trasformandoli in oggetti interni e parti del Sé che poi tratta arbitrariamente, allo stesso modo di quel che avviene nei sogni, in cui gli elementi della realtà (i residui diurni) sono trasformati in elementi del processo primario. Ciò peraltro corrisponde alla maniera in cui le allucinazioni sono usate nell’infanzia al servizio del principio di piacere. *“Potrebbe essere pertanto affermato che l’acting out è un sogno drammatizzato messo in atto da svegli – un sogno che non può essere sognato”*, conclude il noto analista.

Anche Greenson (1965) riconosce che se dal punto di vista tecnico l’acting out è una resistenza al ricordo, dal punto di vista psicodinamico è simile al sogno: si tratta cioè di una ripetizione di qualche evento del passato, ma lievemente distorta, in cui la distorsione è sempre nel senso dell’esaudimento del desiderio. E’ come una forma di sonnambulismo, un sogno in pantomima, che offre al paziente l’opportunità non solo di ripetere il suo passato ma anche di cambiarlo, una nuova opportunità per un lieto fine di una esperienza dolorosa; è un tentativo di falsificare il passato.

Per Boesky (1982) è utile estendere l’analogia con il sogno in altre direzioni. Gli sviluppi transferali che vengono elaborati come “residui del transfert” in un pezzo di acting out sono simili ai residui diurni che attraverso l’elaborazione del processo primario vengono integrati nel contenuto del sogno; la relazione fra la fantasia di transfert e la componente di azione può essere estremamente complessa, con piena equivalenza rispetto alla complessità del rapporto fra contenuto latente e manifesto del sogno. Un’ulteriore analogia con i sogni è quella fra la razionalizzazione dell’acting out e la revisione secondaria del lavoro onirico. L’acting out è “ego-sintonico” perché corrisponde alla qualità allucinatoria della realtà in un sogno. I pazienti si difendono strenuamente dall’analizzarlo per assicurare sé stessi che il loro comportamento è “reale” o “vero”; essi non lo avrebbero fatto se fosse stato irrazionale, ma poiché lo hanno fatto veramente ci sono certamente delle ragioni logiche che ne rendono conto.

Possiamo aggiungere, con Grinberg (1967), che un sogno può anche funzionare da contenitore (il c. d. “schermo onirico” di Lewin, 1946) che tenta di liberare il paziente dell’aumento della tensione. Questi “sogni di scarico” sono in rapporto inverso con l’acting out: maggiore è la loro produzione, più rara è l’occorrenza della messa in atto e vice versa. In questo senso possiamo anche citare Michaels (1956) laddove afferma: “Nella mia esperienza clinica ho notato che il tipo caratteriale propenso all’acting out impulsivo riporta meno sogni...”.

3) Acting out e gruppo: il polo “gruppoale” dell’acting out presenta delle attinenze con il gioco, l’aspetto ludico della socializzazione primaria.

Abbiamo visto come nel suo aspetto mentale l’acting out costituisca una specie di forma diurna di sogno, una sorta di rappresentazione che ha per protagonisti i fantasmi inconsci messi in scena dal soggetto che agisce. Questo aspetto di rappresentazione, di comunicazione, in ultima analisi di gioco, rimanda al significato teatrale dell’espressione “to act”, quello cioè di recitare, di

mettere in atto sulla scena, analogo all'espressione inglese "to play", al francese "jouer" e all'italiano "giocare una parte". Ekstein e Friedman ne hanno parlato nel loro articolo del 1957 "*The function of Acting Out. Play Action and Play Acting in the Psychotherapy Process*" ("La funzione dell'acting out. Gioco e rappresentazione nel processo psicoterapeutico"). La rinuncia alla soddisfazione allucinatoria del desiderio – dicono gli autori – avviene attraverso le varie tappe di sviluppo del pensiero, in cui l'attività motoria tende a divenire azione, cioè attività mediata dal processo secondario al fine della trasformazione della realtà esterna. Fra questi passaggi evolutivi assume importanza fondamentale il gioco ("play action"), fenomeno mentale complesso includente l'atto, il fantasma ed elementi simbolici del linguaggio, attraverso il quale si giunge infine alla fantasia, con sospensione temporanea o definitiva della necessità di scarica motoria. Entro questo sviluppo, il gioco di un ruolo, di una parte ("play acting") costituisce l'inizio della identificazione con un oggetto fantasmatico. L'acting out si colloca nell'ambito di questo continuum evolutivo, costituendo un recupero di forme primitive di gioco, dove l'immaginario e la realtà esterna sono più o meno confusi.

L'articolo in questione pone l'acting out all'interno dello spazio transizionale di Winnicott (Gioco e realtà – 1974), non a caso ridefinito da Anthony (19) in relazione al gruppo analitico come "*area di gioco intermedia*", consentendo così di cogliere un altro parametro della situazione di continuum fra pensiero e azione, cioè quello che si riferisce appunto al gioco come aspetto relazionale, grupale dell'agire e che ha una particolare rilevanza nel trattamento terapeutico. Accanto agli aspetti regressivi dell'agire dobbiamo dunque considerare anche quelli progressivi ed evolutivi. Molti sono gli autori che hanno colto le tendenze positive dell'acting out. Bird (1957) e Greenson (1958) lo considerano rispettivamente come primo passo nel tentativo di affrontare il ricordo e come tentativo di rapporto sia pure parziale con gli oggetti. Winnicott (1956) ha rilevato che l'agire degli adolescenti, frequente, turbolento, spesso antisociale, può essere considerato come espressione del bisogno di aiuto. Limentani indica come altre possibili motivazioni la speranza e la frustrazione. La speranza può essere messa in atto dai pazienti durante il working through, in analogia con quanto rilevato da Winnicott per il bambino antisociale quando questi "*è in cerca di qualcosa da qualche parte e, non riuscendo a trovarla, la cerca altrove se mantiene la speranza... il bambino sta cercando quel tanto di stabilità ambientale che sopporterà la tensione derivante dal suo comportamento impulsivo*". La frustrazione invece emerge di fronte alle interpretazioni, che costituiscono una ben magra soddisfazione per i pazienti desiderosi di un'azione da parte dell'analista; tale desiderio è l'ultimo a morire ed al momento di acquisire l'insight, che può significare abbandonare quel desiderio una volta per tutte, il paziente fa l'ultimo tentativo per realizzarlo, anche a costo di impiegare la sua aggressività e distruttività, perché in fondo un analista arrabbiato è sempre preferibile ad uno indifferente, ed il paziente è sempre pronto a coglierne la disapprovazione per quelle attività che a prima vista sembrano indicare un fallimento della terapia.

La bipolarità parola-azione: l'aspetto tecnico-metodologico

La tendenza a ridurre la bipolarità parola-azione ad una rigida dicotomia non rimane confinata al campo lessicale, semantico, ed a quello clinico ma si estende alla tecnica stessa della psicoterapia. Psicodramma e psicoanalisi ne costituiscono le rispettive polarizzazioni. "*Nel principio esisteva l'azione*", disse un po' provocatoriamente Moreno e, rivolgendosi a Freud, "*Lei interpreta i loro sogni... Io li faccio sognare!*", contrapponendo la riflessione-articolazione della parola alla liberazione attraverso la spontaneità dell'azione. Azione e parola vengono contrapposti in uno schema non solo tecnico ma metodologico e persino epistemologico.

1) **Lo psicodramma**: lo psicodramma è un procedimento che utilizza l'azione (la traduzione del termine "dramma" è infatti "azione") e si può definire come "*la scienza che esplora la verità attraverso mezzi drammatici*". La teoria e la tecnica psicodrammatiche furono create in seguito ad

esperienze di teatro spontaneo che fecero cogliere a Moreno l'effetto catartico insito nella possibilità di poter esternare i ruoli di cui il paziente-attore non aveva coscienza. *“Ho scoperto che il principio comune produttore della catarsi è la spontaneità. L'azione segue in importanza la spontaneità, trascende e include il piano della verbalizzazione”*. L'acting out, secondo il concetto ideato da Moreno più di quarant'anni fa, ha dunque una connotazione diametralmente opposta a quella psicoanalitica. Lo scopo è che il paziente, anziché agire nel gruppo il ruolo di cui già è attore nella vita e in cui si identifica, lo rappresenti nel gioco drammatico in modo da prenderne le distanze, elaborarlo e diventare quindi libero di assumerlo o meno nella vita di tutti i giorni.

Nello psicodramma quindi la regola è che si comunichi, si viva e si rappresenti la scena attraverso una molteplicità di dimensioni che attivino una consapevolezza propriocettiva: il gesto, l'immagine, la percezione dei propri movimenti e atteggiamenti fisiognomici, la dislocazione e la disposizione spaziale, la percezione tattile e quella del tono della voce e di altri suoni. Per contrapposizione, nello psicodramma una parte è “agita” quando sentimenti, pensieri, richieste e fatti sono raccontati e discussi senza arrivare a “drammatizzarli”. *“E' acting quindi essere attori di una parte del gruppo anziché attori nel gioco drammatico che del gruppo è oggetto e strumento, essere “attori in gruppo” fuorché in quella parte del gruppo che è la “scena”* (Gasca, 19).

2) *La psicoanalisi*: l'esordio della tecnica e della teoria psicoanalitiche è noto. Alla Salpêtrière il maestro Charcot intratteneva delle sessioni dimostrative con le isteriche, applicando i metodi allora in voga dell'autosuggestione; le riuniva dinanzi ad un folto pubblico, dimostrando in quella specie di proscenio come fosse possibile riprodurre la loro sintomatologia. A quelle lezioni arrivò Freud, attirato dalla fama di Charcot e attirato anche da quella particolare malattia, l'isteria, in cui non c'era alcuna alterazione organica, come Babinski aveva dimostrato, ma che poteva imitare così tanti sintomi di altre forme morbose. Fu proprio in relazione all'isteria dunque che Freud introdusse l'innovazione che segnò l'inizio della psicoanalisi.

Come dice R. Major (1973, cit. da Kaes, 1986) *“nel sottrarre il terapeuta dal campo visivo dell'isterica, che doveva d'ora in avanti farsi sentire da lui anziché trovare in lui lo spettatore reale, con lo sguardo dove incarnare il suo desiderio... Lei si sentì costretta a ritrovare nella sua propria parola la sua divisione interna e nello specchio il suo proprio sguardo... Da allora in poi l'isterica, per farsi sentire, doveva trasformare le sue grida e le sue convulsioni in parole”*. Altrimenti detto, con Ondarza Linares (1995): *“... mentre l'isterica di Charcot trovava presso il maestro e nello spazio gruppale spettacolare una predilezione per la rappresentazione visiva della cosa incosciente, l'isterica di Freud dovrà oramai convergere il suo sguardo verso gli oggetti interni del suo spazio psichico, per renderne conto attraverso la parola”*.

Il problema della bipolarità parola-azione si imposta dunque proprio alle radici della teoria e della tecnica psicoanalitiche. Il francese Fain è uno dei pochi che siano disposti a trattarlo. Nel suo articolo *“Réflexions sur l'acting out”* (1968) afferma che il fatto di verbalizzare steso su un divano non rappresenta una liberazione ma un'attitudine complessa che esige un funzionamento mentale molto elaborato. La regola fondamentale della libera associazione in realtà infligge un duro colpo al sistema di realizzazione allucinatoria del desiderio del paziente, più violento dell'apparenza di libertà che pure essa trasmette; l'illusione dell'onnipotenza contenuta nel diritto di espressione è brutalmente abolita e il paziente lotterà disperatamente in ogni momento per mantenere una sessualizzazione dell'associazione.

La cura psicoanalitica, attraverso il suo protocollo, impone a suo modo il principio di realtà nella sua integralità, mentre la realtà definita dal gruppo sociale consente pur sempre una pluralità di soddisfazioni allucinatorie. Essa revoca gli apprendimenti del passato attraverso i quali l'eroticismo individuale e parziale, essenzialmente sadico e legato alla motricità, poté cedere il passo di fronte al narcisismo del gruppo. L'inserimento nel gruppo, soddisfacendo il narcisismo secondario e autorizzando il diritto alla libido e all'aggressività attraverso la razionalizzazione della ripetizione, permise di uscire da un conflitto maggiormente localizzato con l'oggetto primario. La terapia psicoanalitica però non accetta il compromesso proposto dal comune modo di pensare del

gruppo, che riduce le possibilità di evoluzione del gruppo stesso. In queste condizioni, l'acting out appare allora come una protesta contro l'evoluzione verso la mentalizzazione e la comunicazione verbale che la terapia cerca di imporre, utilizzando allo scopo dei mezzi di razionalizzazione che mantengono il paziente unito al suo gruppo e lontano dal conflitto primario. In particolare, esso pone il problema della “*non-utilizzazione regressiva del linguaggio*”.

Nel corso della cura dobbiamo spesso confrontarci con il fatto che certe funzioni mentali sono incapaci di trasformarsi regressivamente. Sappiamo che le funzioni acquisite ad un certo livello possono regredire al di là di quel livello e subire per questo fatto una trasformazione; siamo pertanto indotti a pensare che una funzione strumentale dell'Io non raggiunga la sua piena capacità se non quando riesce a seguirlo nelle sue regressioni transitorie verso quegli stadi nei quali essa non esisteva per niente o era ancora imperfetta. Nel caso del linguaggio, la regressione è un'esigenza implicita del protocollo della cura che, rifiutando in toto l'azione, non ammette che quello come mezzo di relazione. Pertanto i pazienti che utilizzano in modo cronico l'acting out si difendono contro una possibile utilizzazione del linguaggio che li porterebbe oltre il livello della sua acquisizione completa. Tale difficoltà non deve però sorprenderci: mantenere il linguaggio al livello del gruppo, impedirgli di regredire e di diventare inconsciamente un equivalente dell'azione istintuale o ancor più un sostituto dell'oggetto abbandonato dalla pulsione, permette infatti di fuggire le relazioni perturbanti con gli oggetti primari.

La psicoanalisi, tentando di spiegare geneticamente l'esistenza dell'acting out con il situare l'“agire” prima della verbalizzazione, cede in realtà alla facilità della semplificazione; mantiene il protocollo della cura nell'ambizione di far rivivere i primordi della vita affettiva scartando radicalmente l'esercizio della motricità, mentre tale esercizio fu in realtà un avvenimento essenziale nella storia del paziente; poggia sull'attività rappresentativa precoce dovuta all'imaturità motoria del bambino piccolo e sulle rappresentazioni create dall'attesa dell'ulteriore crescita dell'esercizio della motricità, una volta acquisita, ma non ammette che essa abbia il sopravvento e si trova già in difficoltà davanti a quell'acting negativo che è la inibizione motoria. In effetti la realizzazione allucinatoria del desiderio e l'organizzazione motoria evolvono in un modo strettamente dipendente una dall'altra; il modo di utilizzare una motricità organizzata dipende strettamente dal modo in cui sono state vissute le relazioni precoci.

Ora, se esiste un fattore in grado di segnalarci l'abbandono della realizzazione allucinatoria del desiderio per via di un conflitto, questo fattore è proprio l'acting out, la non-regressione del linguaggio. L'acting out si manifesta infatti allorché, per ragioni difensive, il paziente si rifiuta di lasciar regredire il suo parlare all'analista a dei significati arcaici; non potendo utilizzarlo come sostituto dell'azione, tende ad esprimersi attraverso il comportamento che essendo fortemente razionalizzato lo mantiene unito al modo di pensare del gruppo. Il paziente ha in realtà un bisogno imperioso di sentirsi legato al gruppo attraverso la specifica modalità con cui questo utilizza il linguaggio, e cioè in modo che non possa essere trasformato in un mezzo tale da permettere una riviviscenza delle emozioni vissute con gli oggetti primari. Successivamente il paziente opera una razionalizzazione per dimostrare che l'acting out non lo separa dal suo gruppo mentre lo mantiene lontano dall'analista. Quest'ultimo naturalmente interpreta la situazione in tutt'altro modo, vedendo nell'acting out una difesa contro il suo approccio ed un tentativo di compensare la frustrazione inerente a questo fatto attraverso una fusione con il gruppo.

3) *La gruppoanalisi*: la gruppoanalisi pone al centro del suo interesse il conflitto “Individuo-Gruppo”, le cui vicissitudini si configurano in diversi contesti della vita – biologico, esistenziale, familiare, socio-culturale ed altri ancora – formando nel loro insieme la cosiddetta “gruppalità”, un neologismo che in qualche modo vorrebbe rendere l'aspetto gruppale della “*relatedness*” foulkesiana.

Il contesto prescelto dalla gruppoanalisi per svolgere la sua azione terapeutica è quello della *comunicazione*, che pur essendo essenzialmente collegata al bisogno istintivo di relazione dell'individuo è tuttavia regolata dal gruppo, non soltanto attraverso il suo strumento, cioè il

linguaggio con le sue vicissitudini “semantiche”, ma anche attraverso la tecnologia, che modellandolo lo finalizza ai sistemi predisposti per la comunicazione fino ad arrivare ai “mass media”. A questo proposito ricordiamo ciò che diceva Durkheim, sia pur riduttivamente: *“Il pensiero dipende dal linguaggio, il linguaggio dalla società, quindi la società produce lo strumento fondamentale del pensiero”*.

Foulkes (1971) ci ha fatto conoscere che nel gruppo analitico la comunicazione avviene a cinque diversi livelli - corrente, transferale, proiettivo, corporeo e primordiale – che vengono attraversati nell’uno o nell’altro senso, allo stesso modo di una spirale in movimento. Come dice suggestivamente Ondarza Linares (19) *“la spirale della comunicazione attraversa il gruppo dai profondi simboli arcaici della gruppaltà, ai sistemi protomentali, alle valenze somatiche e quelle della cosmologia oggettuale, al mondo delle ripetizioni transferali alle rappresentazioni gruppali più o meno reali ed “oggettive”*.

Schema dei livelli di comunicazione (S. H. Foulkes)

<u>LIVELLI</u>	<u>SI MANIFESTA NEL GRUPPO COME</u>	<u>IL GRUPPO RAPPRESENTA</u>
1) LIVELLO CORRENTE (Transfert in senso ampio)	Esperienze dentro e fuori dal gruppo. Interrelazioni	Comunità, società. Opinione pubblica, assemblea
2) LIVELLO TRANSFERALE (Transfert in senso stretto)	Relazioni transferali. Ripetizioni, compulsioni	Famiglia primaria. Famiglia attuale. Rete intima (Plexus)
3) LIVELLO PROIETTIVO (Fenomeni speculari)	Fantasie primitive. Relazioni oggettuali. L’intrapsichico condiviso nella matrice di gruppo	Oggetti interni, oggetti parziali
4) LIVELLO CORPOREO	Manifestazioni fisiche (Bodyly States)	Immagine corporea
5) LIVELLO PRIMORDIALE (Inconscio collettivo junghiano)	Simboli universali	Immagini arcaiche (per es.: la Grande Madre)

Accanto ai cinque livelli di comunicazione disposti verticalmente ve ne sono poi altri che riguardano invece la “orizzontalità”, da intendersi in senso gestaltico come la relazione fra le figure di primo piano (personaggi, ruoli, azioni ecc.) e lo sfondo corale del gruppo, per come esso vive ciò che è già stato comunicato. La interazione costantemente rinnovata nell’“hic et nunc” tra figura e

sfondo esprime il conflitto “Individuo-Gruppo” e si manifesta attraverso molteplici possibili *configurazioni*. Queste sono basate oltre che sulla drammatizzazione in atto nel primo piano, che come dice Ondarza Linares (1999) “*non è ancora comunicazione ma ‘acting’, nel senso di un’azione spinta economicamente e dinamicamente dal bisogno di entrare in relazione entro uno spazio comune (‘spazio speculare-spettacolare’ di Kaes)*”, su una rappresentazione o fantasia comune del gruppo, diversa a seconda del livello e per lo più inconscia che in qualche modo “organizza” e “sostiene” l’interazione gruppale. Per esempio: al livello transferale i membri di un dato gruppo si comportano come fratelli o sorelle poiché sentono o ‘vivono’ il gruppo come famiglia; al livello proiettivo, la comunicazione è invece polarizzata sugli oggetti interni che vengono proiettati ed esternalizzati nel circolo gruppale; la rappresentazione o vissuto comune che il gruppo ha di sé stesso è quella di oggetto interno parziale o totale.

Dal punto di vista privilegiato della comunicazione “*possiamo intravedere diverse configurazioni della gruppaltà, come punti d’incontro delle svariate vicissitudini regolanti il vivere comune in un continuum che va dal biologico, filogenetico, all’ontogenetico, psicologico, culturale. L’individuo si rapporta continuamente con questi due poli della gruppaltà in una triangolazione dialettica; attraverso la sua stessa bipolarità individuale, corpo e mente, tende a configurare dicotomicamente diverse coppie dialettiche*” (Ondarza Linares, 1999), tra le quali appunto quella fra parola e azione.

Nella prospettiva gruppoanalitica azione e parola costituiscono due poli di organizzazione dello spazio trasformativo del gruppo. Se dal punto di vista puramente tecnico e metodologico l’azione psicodrammatica sembra diametralmente opposta al processo di traslazione e comunicazione psicoanalitica, soprattutto verbale, nel processo gruppoanalitico si può andare oltre questa dicotomia per scoprire il significato che parola e azione hanno come funzioni o binari organizzatori e ristrutturanti nella consapevolezza e funzionamento del Sé.

Abbiamo detto che Freud tolse l’isterica dal gruppo, facendola passare dallo spazio dell’agire (acting out, acting in) a quello dell’elaborazione (working through). Rimetterla nel circolo gruppale può sembrare un tornare indietro, ma non lo è. “*Il setting gruppoanalitico permette di ‘processare’ i moti dell’azione del paziente. Sebbene l’isterica, spinta dalla rimozione o dalla dissociazione nevrotica, possa agire in qualche modo le sue performances, il gruppo analitico gliela restituisce con la possibilità di articolarle in una nuova prospettiva di identità e comunicazione. Tale possibilità avviene gradatamente in uno spazio in cui ‘azione’, ‘rappresentazione’ e ‘riflessione’ si articolano con nuovi significati, scoprendo talvolta “la parola” che nasce nel gruppo. Silenzi anche densi e prolungati precedono o seguono tali articolazioni, indicando il mutuo coinvolgimento – di individuo e gruppo – in questo processo*” (Ondarza Linares, 1995).

Il particolare significato che l’agire assume per il paziente nell’ambito della propria economia psichica è strettamente connesso all’economia del discorso con il terapeuta e con il gruppo: intensità della resistenza e qualità della comunicazione variano, ma sono sempre contemporaneamente presenti. Ad un estremo la resistenza è maggiore e minore la comunicazione, ridotta ad una semplice ammissione di incapacità. All’estremo opposto si colloca invece l’acting che ha significato costruttivo, di sperimentazione, di recupero di spazi transizionali; a questo livello è minima la resistenza e massima la comunicazione. Il problema fondamentale è: quando parola e azione esprimono nell’*hic et nunc* valenze di comunicazione e quando invece si configurano principalmente come resistenze? Molto dipende da come le esperienze precoci vengono ripetute nel gruppo analitico; fino a che punto sono ripetute passivamente – sofferte di nuovo anche se ‘attivamente’ arrangiate – e fino a che punto sono invece reintegrate nella riorganizzazione del Sé e cambiate in qualcosa di nuovo – una ri-creazione di ciò che è vecchio in opposizione dinamica con una sua pura duplicazione. In tale ri-creazione, attivata dall’“Ego training in action”, il vecchio è posto sotto il controllo dell’Io, non attraverso una sua eliminazione quanto piuttosto attraverso la scomposizione e ricostruzione dagli elementi derivati. Possiamo così osservare nella bipolarità

parola-azione del gruppo una conflittualità dinamica fra aspetti passivi di ripetizione ed aspetti attivi di ri-creazione, appartenenti ora all'uno ora all'altro dei poli.

In altre parole, le vicissitudini della parola e dell'azione nell'ambito del conflitto "Individuo-Gruppo", configurate a diversi livelli, possono sia rientrare nella spirale evolutiva della comunicazione e differenziazione sia reiterare stereotipi che bloccano il processo trasformativo del gruppo. La polarizzazione sull'azione in senso ripetitivo, regressivo – "acting out" nel linguaggio psicoanalitico - non è infrequente nel gruppo; ad esempio alcuni membri cercano rapporti intimi fra loro o con persone al di fuori del circolo ma con caratteristiche transferali più o meno nette, oppure si sviluppa uno pseudomutualismo tra i pazienti che si aiutano e assistono nei sintomi (agorafobia, impossibilità di venire da soli alle sedute ecc.) in quello che inizialmente può apparire come altruismo e desiderio di reciproco aiuto ma che alla lunga diventa un "*non zoppicare in due, usando ciascuno il piede sano dell'altro*" (Ondarza Linares, 19).

L'acting out può poi sommarsi alle resistenze di altri membri per assumere la forma di una vera e propria *resistenza di gruppo* entro una matrice primordiale, fusionale, tendente al non cambiamento attraverso continui rimandi circolari. Anche nel gruppo analitico infatti l'acting out ha la tendenza peculiare a portare la terapia "fuori" dalle sue regole costitutive: così come porta lo psicodramma "fuori" della drammatizzazione e la psicoanalisi "fuori" della libera associazione, così tende a portare la gruppoanalisi "fuori" della libera discussione di gruppo ("Free Floating Discussion" di S.H. Foulkes). Questa cioè non riesce ad attraversare liberamente i diversi livelli della comunicazione, non solo verticali ma anche orizzontali. La "non-utilizzazione del linguaggio" di Fain non è solo regressiva, cioè diretta ad impedire il passaggio dalla superficie della psiche alla sua profondità, ma anche progressiva nel senso opposto di non poter raggiungere livelli più evoluti perché conflittuali. Nella "orizzontalità" dell'hic et nunc poi alle volte è il gruppo nel suo complesso che agisce, altre volte la coppia od il singolo membro; in ogni caso l'azione stenta ad essere elaborata, rientrando nello sfondo come sedimento entropico o scarto della comunicazione, oppure dominando la scena in primo piano in modo da impedire la costituzione di uno spazio trasformativo. Compito del conduttore sarà allora quello di cogliere la particolare conflittualità espressa nell'acting out e le resistenze che questo tende inevitabilmente a creare nel gruppo, facilitandone se possibile l'elaborazione attraverso il gruppo stesso.

Concludiamo con alcune parole di Ondarza Linares (1999) che riguardano la bipolarità parola-azione *in vivo*, per così dire, e che hanno rappresentato un punto di riferimento costante nella elaborazione di questa tesi: "*Il pericolo dell'azione come resistenza può concretizzarsi nello psicodramma con gruppi 'scatenati' o 'incatenati' nell'agire come performance, con compiacimento nel gioco in sé stesso, nel giocare inteso solo come godimento o scarica catartica. Viceversa nel gruppo analitico il pericolo della interazione prevalentemente verbale è che le resistenze possano specificamente 'agire' come sovrainvestimento della parola e dell'idea, strutturando configurazioni gruppali sotto l'egida dell'onnipotenza delle idee - l'ideologia ossessiva, ossessionante, indirizzata al controllo dell'evento; oppure configurazioni a tipo 'salotto terapeutico', in cui si privilegia il racconto dei sintomi e delle loro vicissitudini, dove ciò che conta è parlare bene e verbalizzare, il 'pour parler' o 'fiume di parole' anche del terapeuta (viene in mente ciò che diceva Lacan: 'le parole sono i buchi per dove sfugge la sessualità')*". E infine una sua indicazione circa lo scopo del trattamento dell'acting out: "*Nel gruppo, sia esso psicodrammatico o gruppoanalitico, il pensiero-parola come resistenza può essere modificato attraverso un'azione che offra la possibilità di rivelare nello specchio del gruppo una nuova immagine del 'narciso liberato' o permetta a questo di scoprirla nell'inedito potenziale propriocettivo che attraverso l'azione viene stimolato. Viceversa l'azione fine a sé stessa, tendente a volare come un aquilone senza filo, può entrare a formare parte del reticolato di appartenenza e significato, una volta che abbia fatto il suo percorso trasformativo...*".