

## ***Quando i pazienti non hanno parole per le emozioni: un contributo tra psicologia analitica e neuroscienze.<sup>1</sup>***

Ferruccio Vigna

*La logica è l'ultimo rifugio delle persone prive di immaginazione.*  
Oscar Wilde

*Non sono certo di nulla tranne che della santità degli affetti del cuore, e della verità dell'immaginazione.*  
John Keats

### **1. Un frammento clinico<sup>2</sup>**

Lo chiamerò Carlo; ha cinquant'anni, una laurea e buona proprietà di linguaggio; è single, elegante, intelligente, seduttivo, eroinomane. Siamo alla sesta o settima seduta, e non ho ottenuto altro da lui che risposte letterali, e piuttosto banali, alle mie domande; lunghe descrizioni dei suoi molteplici disturbi fisici e altrettanto lunghi silenzi. Eppure di cose da dire ce ne sarebbero parecchie. E' un brillante dirigente in una industria ingegneristica, ma recentemente lo ha investito un uragano. La sua tossicodipendenza è stata casualmente scoperta sul lavoro ed è stato licenziato in tronco. Nell'arco di pochi mesi ha dovuto vendere il proprio appartamento; benché avesse un ottimo stipendio, Carlo ha infatti accumulato vari debiti, perché l'eroina e le prostitute costano cari. La sua lunga serie di fidanzate, rimpiazzabili al massimo dopo un paio di mesi, si è così rapidamente dileguata. E' infine tornato a vivere dalla madre e passa il giorno a letto, angosciato da attacchi di panico e somatizzazioni di ogni tipo, tra le quali primeggia l'impotenza.

Tenta di adeguarsi alle mie richieste, ma non riesce a capire cosa voglio da lui. Perché non gli faccio qualche domanda più circostanziata? Che senso ha domandargli cosa prova? Lui non

---

<sup>1</sup> Pubblicato in P.Cuniberti e L. Caparrotta (a cura di) *Psicoanalisi in trincea*, Franco Angeli, 2012.

<sup>2</sup> Utilizzerò alcuni frammenti del mio lavoro analitico con Carlo per mostrare quelle che a mio parere sono "contaminazioni necessarie" della tecnica psicoterapeutica. Peraltro contemporaneamente faccio mie le considerazioni di Marco Gay sulla scarsa utilità della casistica per spiegare un metodo terapeutico quando scrive: "Ad una mia richiesta di che cosa dovessi fare in analisi con un mio paziente, il professor Karl Albert Meier, allievo e collaboratore di Carl Gustav Jung, rispose: 'Di tutto'. La risposta era ovviamente provocatoria rispetto alla mia esigenza di sicurezza, ma può dare un'idea del metodo junghiano. L'analista deve fare di tutto, al di là di ogni metodo e di ogni formula. Non ci sono modelli di terapia assoluti e definitivi. [...] Per questo non troviamo in Jung casi clinici: non si può dire molto sulla irriducibilità di questo incontro specifico. Niente casistica, quindi, se non le formulazioni che l'analista si dà, via via che il suo lavoro (artigianalmente) procede" (M. Gay, 1998, p. 15).

prova nulla, sta male e basta. E' mai stato innamorato? Forse. Gli piaceva il suo lavoro? Sono tutti uguali. Ha degli amici? Da quando non ha più soldi, nessuno. E' solo come un cane, tanto che ieri, per parlare con qualcuno, è andato in giro per negozi, fingendo di dover acquistare una cucina. Di fronte alla prospettiva di un acquisto, tutti erano gentili con lui.

A questo punto cambio registro, chiedendo mentalmente scusa a Jung e alla teoria della tecnica analitica per la mia scarsa attenzione alle regole del setting. Ho colto più volte lo sguardo di Carlo, frequentemente rivolto ad un quadro appeso alla parete del mio studio, in cui è rappresentata una donna che cade da una roccia nel vuoto, inutilmente sorretta da un uccello che con il becco la afferra al piede. Essa sembra ferita, perché lascia una scia di sangue dietro di sé. E' opera di una donna che certamente vive molto male il suo femminile. Chiedo allora a Carlo di raccontare che cosa gli fa venire in mente: improvvisamente si rianima. Osserva lentamente e attentamente il disegno, poi propone alcune associazioni, come se fosse davanti alle tavole di un Rorschach. E finalmente parla. Certo, non descrive sentimenti, emozioni o pensieri profondi, né me li aspetto. Ma arrivano alcune immagini. Prima quelle recenti, per esempio quella della commessa gentile che ha incontrato il giorno prima. Poi, qualche timida associazione con eventi lontani nel tempo. Per oggi è già tanto. In futuro, chissà.

Anche solo leggendo queste poche righe alcuni addetti ai lavori potrebbero sentirsi – con qualche ragione - già in grado di formulare una diagnosi clinica. Ma ai fini del ragionamento che proverò a svolgere, la diagnosi non è importante. Preferisco sottolineare che in Carlo è massicciamente presente un sintomo, o meglio un meccanismo di difesa dell'Io, che, certo con diversa frequenza e intensità, possiamo riscontrare in quasi tutte le patologie psichiatriche, ma anche – non raramente - in assenza di malattie psichiche: l'alessitimia.

## 2. Tra mentalizzazione e alessitimia

Senza voler qui riprendere – perché universalmente nota - la teoria del mondo interiore proposta da Bowlby ed i suoi successivi sviluppi da parte di altri teorici dell'attaccamento,<sup>3</sup> che hanno coniato varie e sovrapponibili definizioni quali “monitoraggio metacognitivo”, “mentalizzazione” e “funzione riflessiva”, mi limiterò a ricordare che questi concetti si riferiscono alla “capacità di percepire sé stessi e gli altri come esseri psicologici ed

---

<sup>3</sup> Fonagy, in particolare, elabora il concetto di “funzione riflessiva” o “mentalizzazione”, inteso come capacità di comprendere e descrivere gli stati mentali propri e altrui, siano essi sentimenti, pensieri, desideri o credenze. Egli sostiene che la capacità di cogliere e leggere gli stati mentali altrui sia legata a quella di regolare i propri stati affettivi, e che essa si sviluppi solo se il *caregiver* è in grado di contenere i bisogni emotivi del bambino e di restituirglieli adeguatamente elaborati, nell'ambito di quella che Fonagy definisce una “relazione sicura” di attaccamento.

emotivi”,<sup>4</sup> e che i teorici dell’attaccamento ritengono che un attaccamento sicuro sia il presupposto indispensabile per lo sviluppo di una adeguata capacità di mentalizzazione.

Spostandoci sul versante clinico, constatiamo che gli individui che non riescono a sviluppare una funzione riflessiva (a mentalizzare) non sono in grado di tenere conto degli stati mentali nel prevedere il comportamento degli altri, sono incapaci di provare reale empatia, non sanno dare un significato alle proprie emozioni e tanto meno ricavarne un valore cognitivo. Ancora, trattano gli altri – e del resto sé stessi – come oggetti fisici, e non sono in grado di fornire un attaccamento sicuro ai propri figli, perché essi stessi non lo hanno provato: in sintesi, non sono in grado di individuare i significati simbolici di ciò che esperiscono.<sup>5</sup>

*Alessitimia* è un concetto che definisce, in psichiatria, l’incapacità di rilevare il valore cognitivo delle proprie emozioni. Più in dettaglio vengono segnalate, in questi pazienti, difficoltà nell’identificare le emozioni, incapacità di distinguerle dalle sensazioni corporee, difficoltà nel comunicare e verbalizzare i propri stati emotivi, povertà dei processi immaginativi, tendenza al conformismo sociale, tendenza ad agire impulsivamente o compulsivamente, rapporti interpersonali connotati da un limitato coinvolgimento che, all’interno della relazione terapeutica, si traducono spesso in difficoltà controtransferali.

E’ evidente la netta sovrapposibilità, sul piano clinico, tra il deficit di mentalizzazione e l’alessitimia, anche se i due termini originano da costrutti teorici differenti.

Bateman e Fonagy mettono in luce il rapporto teorico inversamente proporzionale fra alessitimia e funzione riflessiva, ma anche la difficoltà a tradurre empiricamente e con strumenti operativi costrutti complessi come quelli citati (Bateman e Fonagy, 2003, 2008, 2009).

Sempre in riferimento al quadro clinico descritto, in altre discipline vengono utilizzate ulteriori definizioni. In neurologia, per esempio, si definiscono con il termine *apatia* sintomi sovrapposibili, presenti in alcune sindromi lesionali a livello prefrontale; in psicoanalisi si utilizzano, come abbiamo visto, i concetti di *deficit empatico* o di *mentalizzazione*; in campo junghiano esiste, benchè poco utilizzato, il costrutto di *difetto di immedesimazione*. Ancora, al termine alessitimia possiamo

---

<sup>4</sup> Knox J. (2003), p. 270.

<sup>5</sup> “Come la patologia borderline evidenzia chiaramente, l’assenza di funzione riflessiva fa riemergere modi ontogeneticamente differenti di rappresentare l’esperienza soggettiva, quali *l’equivalenza psichica* (la realtà mentale e la realtà esterna sono considerate equivalenti: se l’interno ha il potere dell’esterno, l’esperienza della mente diventa terribile e l’intolleranza è assoluta), il *far finta (pretend)*: il mondo interno non ha relazione con la realtà esterna, le idee sono riconosciute come non reali e senza implicazioni per il mondo esterno, da cui uno stato estremo di vuoto, assenza di significato e dissociazione) o la penosa sensazione di discontinuità del sé, che implica la diffusione dell’identità (il soggetto si sente attaccato dall’interno e l’unica soluzione possibile consiste nel creare una parte persecutoria del sé esternamente nell’altro)” (Merciai e Cannella, 2009, p. 248).

accostare, con una certa ragione, i concetti di *intelligenza emotiva*, *identificazione proiettiva* e *consonanza intenzionale*. Se tra tutti questi termini mi propongo di privilegiare quello di *alessitimia*, è perchè è presente sia nel linguaggio delle discipline biologiche, sia in quello delle discipline psicologiche. All'interno della mia riflessione esso rappresenta un concetto-ponte, uno strumento di comunicazione tra visioni teoriche differenti. In effetti, oramai molti psicoanalisti accettano l'idea che tutte le malattie psichiche siano forme di disregolazione emotiva e tutte le psicoterapie siano forme di regolazione affettiva. Dal confronto tra le varie posizioni teoriche che indagano le modalità di relazione tra eros e logos, tra affetti e cognizione - a partire da quelle dinamiche sino a quelle biologiche - è possibile ricavare una chiave di lettura dell'alessitimia foriera, a mio avviso, di sviluppi preziosi per la psicoanalisi.<sup>6</sup>

Sempre seguendo il filo del confronto, si può rilevare che oggi la lettura dell'alessitimia come variabile categoriale, cioè indicante un fenomeno del tipo "tutto o nulla", lascia sempre più spazio a una concezione alternativa, che la interpreta quale dimensione clinica transnosografica, posta lungo un *continuum* esteso dal normale al patologico. Più in dettaglio, mentre nell'ipotesi categoriale la presenza di alessitimia giunge a coincidere con un'incapacità assoluta e globale di identificare, rappresentare e comunicare le emozioni, la tesi dimensionale, sostenuta da un numero crescente di studi e ricerche, indica la possibile strutturazione del funzionamento alessitimico in gradi diversi, con progressive difficoltà di elaborazione e regolazione affettiva, dalle soluzioni semplicemente adattative a quelle più francamente patologiche. E' ipotizzabile a questo punto anche una alessitimia "fisiologica", che ci consente, per esempio, di mangiare una bistecca senza farci angosciare dalla consapevolezza della brutta fine che ha fatto il vitello da cui è stata ricavata.

In sintesi, il funzionamento alessitimico - e parallelamente il deficit di mentalizzazione - può dunque essere descritto come un

---

<sup>6</sup>Schematizzando forse eccessivamente, si può affermare che i modelli teorici della psicoanalisi classica hanno proposto, per molti anni, una radicale scissione tra il ruolo degli affetti e quello della cognizione, giustificandola anche con l'ipotesi, peraltro attualmente non più condivisibile, che, sia nella filogenesi, sia nell'ontogenesi, lo sviluppo dell'affettività preceda quello delle facoltà cognitive. Più specificamente, nella psicoanalisi classica le emozioni e le rappresentazioni ideative vengono fondamentalmente separate dall'azione della *rimozione*, un meccanismo di difesa specificamente finalizzato a scindere la componente emozionale da quella ideativa. Il tema dell'integrazione di affetto e ragione viene affrontato, certamente in modo non uniforme, solo dai teorici post-freudiani dell'ultima generazione. Per una miglior comprensione dell'atteggiamento freudiano nei confronti delle emozioni, è opportuno confrontarlo con i valori culturali della sua epoca. Può essere sufficiente allo scopo ricordare questa coeva affermazione di Max Scheler: "Pregiudizio borghese è che l'amore renda 'cieco', piuttosto che veggente, e che pertanto ogni genuina conoscenza del mondo possa fondarsi solo sulla più rigorosa repressione degli atti emozionali" (1915). La posizione criticata da Scheler ha radici ben più antiche. Tra queste possiamo ricordare una frase di Kant, espressa nella "Critica della ragion pratica", che suona così: "Le emozioni sono le malattie dell'anima". Al contrario, nella proposta junghiana, come proverò ad esporre più avanti, viene superato il dualismo mente-corpo, perché l'affetto è sempre connesso alla propria rappresentazione.

modello di difesa arcaico e universale, che entra in gioco solo quando soluzioni difensive più raffinate non si sono organizzate in senso evolutivo o hanno ceduto all'impatto di esperienze traumatiche; e che si caratterizza per un funzionamento orientato a tenere disconnesse la ragione dalle emozioni, con prevalenze e intensità diverse.

Questo modello legittima la proposta di valutare l'efficacia di una terapia in base alla sua capacità di agire in direzione di una riconnessione. La stessa prospettiva, tradotta nel linguaggio della psicologia analitica junghiana, che anche qui a mio parere rivela la propria modernità, vede infine corrispondere il concetto di alessitimia con quello di patologia dell'Anima, intesa junghianamente quale istanza psichica che pone in relazione conscio ed inconscio, aprendo canali comunicativi tra il complesso dell'Io e gli altri complessi, fino a quelli più distanti, inconsci e carichi affettivamente.

Perciò quando il paziente non ha parole per le sue emozioni (non mentalizza) è necessario immaginare una strategia terapeutica basata sul tentativo di riconnettere l'io del paziente alle proprie emozioni e al loro bagaglio informativo, creativo e simbolico.<sup>7</sup>

Non mi pare fuori luogo anticipare qui l'idea, proposta nel mondo freudiano, di una equivalenza tra le emozioni e l'inconscio,<sup>8</sup> affiancandola però a quella junghiana di una sorta di identità tra il concetto di emozione e quello, più ampio, di "immagine". Emozioni, immagini, inconscio, sono termini che presentano un ampio grado di sovrapposibilità. Per questo molte tecniche terapeutiche, junghiane e non, per indagare i contenuti profondi del paziente si propongono di agevolare la sua produzione di immagini, che è favorita però anche dalla

---

<sup>7</sup> Scrive Knox: "L'idea che una parte legittima del lavoro analitico consista nel fornire il contesto adeguato e l'opportunità per il graduale sviluppo della funzione riflessiva del paziente ha profonde ripercussioni sulla tecnica e pratica analitica. I pazienti che manifestano modelli operativi interni privi delle cruciali rappresentazioni della funzione riflessiva sono incapaci di risalire al significato simbolico delle azioni proprie e degli altri. Le difficoltà di questi pazienti richiedono perciò un adeguamento delle interpretazioni dell'analista, orientate a dimostrare la propria funzione riflessiva. Questo risultato può essere ottenuto se l'analista dimostra ripetutamente al paziente la propria consapevolezza degli aspetti simbolici del suo comportamento e la propria capacità di attribuire un senso alle sue comunicazioni non verbali" (Knox, 2003, p. 226).

<sup>8</sup> I. Matte Blanco (1988), psicoanalista freudiano, giunge giustamente ad affermare che "... in fin dei conti nulla ci conduce a una chiara e netta distinzione psicologica tra l'emozione e l'inconscio".

disponibilità del terapeuta a mettere in gioco le proprie, all'interno della coppia analitica.<sup>9</sup>

### 3. Quale psicoterapia per il paziente alessitimico?

Da quanto si è detto finora, appare chiaro che la cura di un paziente alessitimico, in modo piuttosto indipendente dalla sua diagnosi clinica, è un compito estremamente difficoltoso e spesso destinato al fallimento. Da un lato egli presenta scarsa capacità di simbolizzazione e, conseguentemente, di comprensione del significato della propria sofferenza, dall'altro i movimenti di scissione che opera nei confronti dei contenuti dell'inconscio evocano controtransferalmente nel terapeuta sentimenti di noia e frustrazione. Sono tuttora pochi gli studi empirici pubblicati sul trattamento dell'alessitimia; e ancora meno quelli dedicati alla comparazione degli esiti riconducibili a diverse forme di terapia. Nonostante ciò, in letteratura è possibile rintracciare numerose considerazioni sul tema.

Taylor e colleghi, per esempio, preso atto della necessità di investire nelle direzioni di ricerca appena richiamate, scrivono: "Sulla base di estese osservazioni cliniche, svariati terapeuti hanno concluso che i pazienti alessitimici rispondono in maniera deludente alla psicoanalisi o ad altre forme di psicoterapia basate sull'introspezione" (Taylor, Bagby, Parker, 1997, p. 251).<sup>10</sup> A fronte delle suddette constatazioni, alcuni autori hanno ipotizzato che i pazienti alessitimici possano beneficiare maggiormente di terapie con una chiara componente supportiva. Altri hanno consigliato "l'utilizzo di modalità di intervento farmacologiche, cognitivo-comportamentali o multiple, tra cui forme modificate di

---

<sup>9</sup> In sintesi, oggi un numero crescente di analisti riconosce che i contenuti inconsci non sempre sono rimossi: in funzionamenti mentali più disturbati essi sono prevalentemente dissociati. In questi casi la tecnica classica, fondata sull'interpretazione del materiale rimosso, risulta inadeguata. Soprattutto nel lavoro con individui che presentano difficoltà sui piani dell'introspezione e della simbolizzazione, l'analista è chiamato a mostrare e mettere a disposizione anche per altre vie la sua funzione riflessiva, al fine di aiutare il paziente nello sviluppo della propria capacità di individuare e comprendere i significati dell'esperienza. Evitando di incorrere in confusivi e talvolta dannosi spontaneismi, possiamo quindi comprendere le ragioni per cui Taylor e colleghi, in merito ai soggetti alessitimici, commentano: "Come è stato osservato originariamente da Ruesch (1948) e in seguito da svariati altri clinici (Krystal, 1982-83; McDougall, 1985; Taylor, 1987a; Wollf, 1977), questi pazienti possono imparare molto sull'elaborazione emotiva da terapeuti che esprimono i propri sentimenti in modo molto più aperto di quanto non sia la regola nella psicoterapia psicodinamica tradizionale, e che tentano di incrementare e condividere le fantasie, l'umorismo e altre attività immaginative nel corso delle sedute di psicoterapia" (Taylor, 1997, p. 254).

<sup>10</sup> Ruesch (1948), in anni precedenti alla definizione del concetto di alessitimia, descrive casi di risposta insoddisfacente alla psicoterapia introspettiva, che attribuisce "a una incapacità di mettere in corrispondenza simboli verbali, gestuali o di altro tipo con gli affetti e i sentimenti" (*ibidem*). Horney (1952) segnala le modalità di pensiero orientate all'esterno quale indicatore prognostico negativo, in particolare per i trattamenti centrati sull'insight. Krystal considera l'alessitimia come "forse il fattore più importante fra i singoli fattori che diminuiscono l'efficacia della psicoanalisi e della psicoterapia psicodinamica" (Krystal, 1983, p. 364).

psicoterapia psicodinamica” (Taylor, Bagby, Parker, 1997, p. 252). Con accenti diversi, si è posta attenzione al bisogno che questi soggetti hanno, soprattutto all’inizio del percorso, di essere accompagnati da terapeuti che esercitino una costante funzione di etero-regolazione affettiva.

Nella psicoterapia con pazienti che presentano un disturbo della regolazione degli affetti, le modificazioni della tecnica si concentrano in generale sulla forma, e non sul contenuto, delle comunicazioni con il paziente, e cercano di aumentare la consapevolezza che egli ha dei propri deficit nel modo di elaborare ed esperire le emozioni.

Alcuni autorevoli psichiatri clinici affermano addirittura la necessità che il terapeuta spieghi ai pazienti alessitimici che essi sono diversi dalle altre persone in quanto esperiscono spesso le proprie emozioni come reazioni fisiologiche e sensazioni corporee piuttosto che come sentimenti, e li aiuti a sviluppare una tolleranza agli affetti, insegnando loro che gli stati di attivazione emotiva hanno una durata e un’intensità limitate.

Anche tra coloro che si occupano di psicoterapia ad orientamento psicodinamico dei disturbi psicosomatici, riferendosi alle teorie di Bucci, McDougall, Taylor, cresce il consenso verso la necessità di ospitare variazioni all’interno della pratica clinica, in particolare riguardo al *setting* inteso in termini tradizionalmente psicoanalitici, utilizzando i *parametri di tecnica* suggeriti da Essler.<sup>11</sup> Ancora, considerato il funzionamento alessitimico espresso dai pazienti psicosomatici, alcuni terapeuti ritengono auspicabile una centratura sul corpo e sui sintomi organici quando risultano bloccati i processi immaginativi e di trasformazione simbolica. Così, non è raro incontrare tesi a sostegno dell’introduzione, nel *setting* clinico, di strumenti e tecniche fortemente connotati in senso corporeo, dal *biofeedback*, al *training autogeno* fino alla *mindfulness*<sup>12</sup> e all’EMDR.<sup>13</sup> Si tratta, nell’ottica di chi li propone, di dispositivi mediatori volti a ridurre o ricomporre progressivamente le disconnessioni generatesi fra

---

<sup>11</sup> Come riferiscono Merciai e Cannella, fin dal 1953 Eissler conìò il termine ‘parametro di tecnica’ per indicare una modificazione della tecnica resa necessaria dalle condizioni deficitarie dell’Io del paziente; queste modificazioni possono includere vari tipi di interventi diversi dall’interpretazione, quali per esempio la rassicurazione, il consiglio, il ritorno alla posizione vis à vis, la prescrizione di un comportamento (come il suggerire l’esposizione a un oggetto fobico), lo stabilire d’autorità la data del termine dell’analisi per mobilitare eventuali resistenze [...] e così via (Merciai e Cannella, 2009, p. 203).

<sup>12</sup> La *mindfulness*, derivata dalle tecniche orientali di meditazione, si è rapidamente trasformata da corrente di pensiero a tecnica psicoterapeutica. Viene proposta la ricerca di una consapevolezza di sé non elaborativa (cioè non attivamente pensante), non valutativa e centrata sul presente: ogni pensiero, sentimento o sensazione che compaiono nel campo attenzionale vanno riconosciuti e accettati in quanto tali.

<sup>13</sup> *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* - Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i movimenti oculari. Viene proposta l’associazione simultanea tra la rievocazione di un ricordo traumatico e la somministrazione di differenti stimoli sensoriali.

psiche e soma, in direzione di una graduale integrazione cognitiva delle percezioni e memorie somatosensoriali.

Merciai e Cannella riassumono così lo stato dell'arte:

“Se molti pazienti nevrotici con capacità riflessiva abbastanza intatta possono dunque continuare a giovare di un'analisi classica, centrata sulla comprensione e sull'interpretazione dei conflitti inconsci, per i pazienti invece che hanno avuto un disturbo dello sviluppo (un deficit di mentalizzazione) occorrerà ripensare alle modalità della tecnica analitica e rivalutare da *parametri a componenti mutativi* certi tipi di intervento maggiormente supportivi; e occorrerà anche essere estremamente cauti circa l'utilizzo dell'*insight*, che permane per molto tempo un obiettivo irraggiungibile, data la severa limitazione delle capacità di ascolto e di comprensione dell'interpretazione, se non in modo finto”.<sup>14</sup>

E rivolgendosi ai dubbi deontologici dei terapeuti che rifiutano di modificare il setting, affermano:

“...si può dire che uno psicoanalista che con un determinato paziente si rifiutasse di fare lo psicoterapeuta (intendendo con questa accezione la modificazione della tecnica o del setting a seconda dello stato dell'io del suo paziente, cioè delle sue difese) risulterebbe essere solo un *cattivo psicoanalista*”.<sup>15</sup>

#### 4. Alessitimia e neuroscienze

Per quanto riguarda la neurobiologia, fino a quando essa ha cavalcato il comportamentismo e il cognitivismo non ha avuto a disposizione una teoria in grado di permetterle di sviluppare ed estendere lo studio della personalità, delle emozioni e delle motivazioni. Invece le psicoanalisi rispondono abbastanza bene a questi requisiti;<sup>16</sup> perciò negli ultimi anni si sono moltiplicati i ricercatori che utilizzano nell'ambito delle neuroscienze le ipotesi della metapsicologia freudiana. Questa recente branca della neurobiologia viene definita *neuropsicoanalisi*. Vorrei sottolineare del resto che una buona parte degli psicoanalisti più tradizionali vede oramai come una sfida indilazionabile il confronto e l'integrazione con le neuroscienze.

Nelle parole di Fonagy:

“Gli psicoanalisti, negli ultimi cinquanta anni, hanno cercato di definire il proprio campo in modo indipendente dalle due

---

<sup>14</sup> Merciai S., Cannella B., *La psicoanalisi nelle terre di confine*, Cortina, Milano, 2009, p. 249.

<sup>15</sup> Merciai S., Cannella B., *ibidem*, p. 202.

<sup>16</sup> Viene in mente quanto scriveva provocatoriamente Sandor Ferenczi (1908) al congresso di Norimberga: “La psicoanalisi è inesatta ma è in grado di rivelarci insospettite connessioni e di scoprire strati della psiche fino ad ora incomprensibili”.

discipline confinanti, la neurobiologia e la psicologia. [...] Il rifiuto della biologia non è stato arbitrario ma argomentato. Gli psicoanalisti erano stati traumatizzati dal fallimento di Freud nel creare una neurobiologia psicoanalitica e avevano optato per un modello esplicitamente mentalistico, basato sul resoconto verbale delle esperienze interne. Negli anni '40 e '50 la neurobiologia era dominata dalla teoria dell'azione massiva che non consentiva di studiare la mente dal punto di vista del cervello. I neuroscienziati non mostravano interesse per le emozioni e il loro *focus* era diretto alla funzione cognitiva. Neurobiologia significava anche costituzione piuttosto che cause psico-sociali e l'inutile distinzione tra il cosiddetto livello funzionale e i cosiddetti disturbi organici. La psicoanalisi non aveva altra scelta se non distaccarsi radicalmente da questo povero *framework* intellettuale. Le neuroscienze hanno avuto tuttavia un rapido progresso negli ultimi trent'anni. [...] Mentre storicamente l'approccio neurobiologico era incompatibile con la tradizione psicoanalitica, oggi non è più così. Io credo che se Freud fosse vivo sarebbe interessato alle nuove conoscenze sul funzionamento cerebrale. Il *Progetto* potrebbe essere ricollocato nei termini di reti neurali e cercherebbe di comprendere l'interazione tra le diverse organizzazioni psichiche usando le tecniche di visualizzazione cerebrale. Le sue speculazioni sulla costituzione potrebbero essere sostenute dalla moderna biologia molecolare e si indirizzerebbero all'area delle interazioni tra gene e ambiente. Gli psicoanalisti, tradizionalmente difesi rispetto a questa area conoscitiva, iniziano, a mio avviso, a riconoscere che il proprio insight può essere arricchito da questi nuovi metodi di indagine".<sup>17</sup>

Volendo tentare una sintesi estrema delle più attuali speculazioni teoriche della neurobiologia in tema di patologia degli affetti, al fine di ricavarne indicazioni per un approccio terapeutico integrato con le ipotesi psicodinamiche, credo sia necessario partire dalla "teoria del codice multiplo" di Wilma Bucci.

In pratica, Bucci propone una teoria "stratificata" dei livelli di coscienza, da cui discendono diversi registri elaborativi per l'attività cognitiva (compreso quello immaginativo e onirico), collegati a una differente qualità degli affetti.

È molto interessante, nella sua teoria, il fatto che le soluzioni primitive più concretistiche del vissuto emozionale non vengano del tutto abbandonate quando si sviluppano livelli più evoluti di elaborazione degli affetti. Questo significa che esse possono continuare a venire utilizzate dall'individuo non solo in caso di arresto di sviluppo ma anche in caso di trauma. A fronte di una noxa, psichica o fisica, che danneggia i meccanismi di elaborazione degli affetti conseguiti in senso evolutivo, provocandone la disconnessione, può nuovamente attivarsi un modello di funzionamento cognitivo più arcaico o – per utilizzare la mia metafora guida – più alessitimico. Al di là dell'apertura a ipotesi eziopatogenetiche sul deficit di mentalizzazione, che si

---

<sup>17</sup> P. Fonagy (2001), p. X.

collocano in evidente sintonia con quelle proposte dalla teoria dell'attaccamento, la teoria del codice multiplo offre una sponda importante anche sul piano terapeutico, perché permette di ipotizzare, al pari della psicologia del profondo, che la terapia consista nel costruire - o nel ripristinare - livelli di elaborazione degli affetti più maturi.

Su questa linea si collocano del resto anche le proposte di Le Doux e di Damasio. Semplificando molto, le ricerche di Le Doux individuano per le emozioni sia circuiti sottocorticali, vale a dire inconsci, sia circuiti corticali, quindi coscienti. I circuiti sottocorticali si attivano sempre, per ogni tipo di input, elaborando risposte specie-specifiche, determinate geneticamente: *patterns of behavior*. Ma anche, entro certi limiti, individuo-specifiche, perché collegate alle aree cerebrali dove è sita la *memoria implicita*, sede delle esperienze inconscie del singolo individuo. I circuiti corticali possono - anche se non obbligatoriamente - attivarsi, esercitando su quelli sottocorticali una modulazione cosciente che giustifica il dato esperienziale secondo cui l'apprendimento e la cultura possono influenzare l'espressione delle emozioni. Solo talvolta, quindi, l'emozione è processata dai circuiti neuronali corticali e quindi modulata dall'esperienza cosciente. Però una lesione delle strutture corticali deputate può determinare l'impossibilità di una adeguata elaborazione cosciente delle emozioni.<sup>18</sup> In effetti, confermando la validità delle scoperte neurofisiologiche di Le Doux, Damasio documenta l'esistenza di patologie psicoorganiche a genesi lesionale, caratterizzate clinicamente da alti livelli di alessitimia (Damasio, 1994).

Tuttavia, in tema di emozioni, la più importante scoperta della neurobiologia del secolo scorso è quasi certamente quella dei cosiddetti *neuroni specchio*. Quando osserviamo un nostro simile compiere una qualunque azione si attivano, nel nostro cervello, alcuni neuroni - appunto i neuroni specchio - siti nella stessa area cerebrale che si attiverebbe se fossimo noi a compiere quella azione. Si tratta di un meccanismo cerebrale di importanza straordinaria, perché permette una sorta di comunicazione non linguistica fra i cervelli. Si suppone che i neuroni specchio siano fondamentali nella genesi dell'empatia, del comportamento sociale e nell'acquisizione del linguaggio.<sup>19</sup>

Recentemente è stato scoperto un sistema specchio anche per le emozioni: per esempio è stata studiata la sensazione di disgusto, sia facendo inalare odori sgradevoli, sia mostrando i volti di persone disgustate. In entrambi i casi venivano provocate

---

<sup>18</sup> È inevitabile cogliere le somiglianze tra questa proposta teorica e la *teoria dei complessi* junghiana, di cui si parlerà in seguito. I complessi, secondo Jung, si attivano sempre tutti, di fronte a ogni input, e sono tanto più carichi di tonalità affettiva quanto più sono inconsci. Solo quelli più prossimi alla coscienza possono essere gradualmente sottoposti al controllo dell'Io.

<sup>19</sup> La tematica del *mirroring* mette in discussione anche alcuni aspetti pratici del *setting*, per esempio ci induce a ipotizzare che l'utilizzo del lettino sia limitante, rispetto alla posizione vis à vis.

reazioni specifiche e perfino il vomito. Ancora più significativo è il lavoro della Singer (2005), la quale ha dimostrato che un soggetto che osserva un altro soggetto soffrire a causa di uno stimolo doloroso presenta, se è in relazione affettiva con lui, una attivazione delle stesse strutture neuronali veicolanti i segnali dolorosi che sono attive in colui che soffre realmente.

In sintesi, nel sistema specchio l'apprendimento passa attraverso l'imitazione (il fare la stessa azione, il provare la stessa emozione), e la comprensione razionale del significato non può venire mai disgiunta dall'esperienza emozionale coesistente. Se conoscere le emozioni proprie o altrui, inoltre, vuol dire coglierne il carattere finalistico, questa scoperta rafforza l'attenzione al valore cognitivo delle emozioni.

D'altra parte, poiché l'alessitimia viene definita come una incapacità di ricavare il valore cognitivo delle emozioni (e dunque il loro significato finalistico), speculativamente potremmo ipotizzare che essa abbia come substrato anatomofisiologico un deficit del sistema specchio. Vale la pena di ricordare che in alcune ricerche sui pazienti autistici (caratterizzati da un alto grado di alessitimia) questo deficit è stato riscontrato.

In conclusione, il sistema specchio documenta l'esistenza di una comunicazione extraverbale inconscia (cioè emozionale) tra gli individui: un processo che in linguaggio psicoanalitico potremmo definire di *identificazione proiettiva*. In proposito, è stato ipotizzato che esso rappresenti la base anatomo-fisiologica dei fenomeni *transferali* e *controtransferali*.

La scoperta dei neuroni specchio inoltre ci permette di affermare - ben diversamente dalle tendenze individualiste sottolineate dal cognitivismo, dal comportamentismo e anche da quella psicoanalisi che si modella sulla teoria delle pulsioni - che la soggettività umana è in realtà una intersoggettività originaria. Anche dalla scoperta del sistema specchio deriva quindi un forte sostegno empirico alla teoria dell'attaccamento di Bowlby e Fonagy.

## 5. La proposta junghiana

Qualunque ragionamento sugli affetti in campo junghiano deve partire da quello che per Jung rappresenta l'elemento basilare dell'organizzazione psichica: il complesso, o meglio il "complesso a tonalità affettiva". Già dalla sua denominazione possiamo riconoscere il nucleo significativo del complesso nel vissuto soggettivo, caratterizzato da una precisa tonalità affettiva, alla quale si aggregano componenti archetipiche (costituzionali), ideative (rappresentazioni prodotte dal pensiero) e sensoriali. Perciò nel complesso junghiano viene superato il dualismo mente-corpo, perché l'affetto è sempre connesso alla propria rappresentazione.

Piuttosto, Jung segnala una importante variazione nell'espressione degli aspetti cognitivi e affettivi in funzione del

livello di coscienza. Più i complessi sono distanti dal complesso dell'Io, vale a dire più sono inconsci, e più la componente rappresentativa si riduce rispetto a quella affettiva. Quando invece i complessi si avvicinano alla superficie della coscienza, nella loro espressione prevale l'aspetto cognitivo. Ma, è importante ripeterlo, affetto e rappresentazione sono sempre presenti contemporaneamente.

In un'ottica junghiana, il funzionamento alessitimico non va pertanto inteso nel senso di una scissione "orizzontale" tra affetti e rappresentazioni, bensì più propriamente nei termini di divisioni/separazioni "verticali" interne alla psiche tra complessi più inconsci ed emozionali, da un lato, e complessi più vicini all'Io, caratterizzati da una maggior componente rappresentativa, dall'altro.

Per fare un esempio, posso raccontare un sogno di Carlo. Come ho già accennato, egli ha sempre tenuto le sue relazioni sentimentali "sotto controllo": è capace di cortesia e di desiderio, e sa anche ricordarsi di un anniversario comprando un regalo, ma non è mai arrivato a sentirsi innamorato, ad accettare la propria bisognosità nei confronti di una compagna. Come dice lui, non si è mai fatto intrappolare dalle donne, vale a dire dal proprio sentimento. Questo sogno, la cui interpretazione è del tutto superflua, esprime da un lato la potenza della sua funzione di sentimento inconscia, dall'altro la separazione di questa dal complesso dell'Io. "La mia ultima fidanzata prende il sole all'aria aperta, sul bordo di una piscina, mentre io, chiuso a chiave in uno sgabuzzino, la guardo invidioso dal buco della serratura".

Secondo Jung, nel processo di elaborazione delle esperienze i complessi si attivano tutti contemporaneamente. Quindi l'attivazione dei complessi ad alto livello di coscienza non evita mai analoghe attivazioni, pur qualitativamente diverse, dei complessi più inconsci. E poiché ogni esperienza è contemporaneamente processata e rappresentata a diversi livelli di coscienza, la sua restituzione a un solo livello, come possiamo ipotizzare avvenga per l'alessitimia, è incompleta e certamente inadeguata. Come ipotetico esempio, immaginiamo la reazione di un individuo alla comunicazione di un evento luttuoso. Sono risposte parziali e parimenti inefficaci quella che non accoglie coscientemente gli aspetti emozionali ("Non riesco ancora a rendermene conto") e quella che dagli aspetti emozionali viene travolta (uno shock emotivo, quale lo svenimento improvviso).

L'Anima è l'archetipo che, nella visione junghiana, pone l'Io in relazione con le componenti immaginative, somatiche ed emozionali del sentire, vale a dire con l'inconscio o, per essere più precisi, con i complessi a più alto contenuto emozionale. L'alessitimia può essere vista, in prospettiva junghiana, come una patologia di questa funzione archetipica, a cagione della quale perdiamo la capacità di essere "*integrati*", capaci di insediare il pensiero astratto e generalizzante nella specificità soggettiva del sentire e del senso personale - laddove *il senso* è strettamente

intrecciato con *i sensi* - e capaci di accogliere e riconoscere il *valore dei livelli inconsci*" (Marozza, 2005).

La perdita dell'Anima corrisponde all'atto del dis-animare, che si esprime nel vivere le emozioni senza trasformarle in sentimenti o nel vivere le pulsioni oggettivandole, senza trasformarle in desiderio, nel vivere il corpo – proprio e altrui - come *corpo morto*, oggetto, feticcio. Ne conseguono, tra l'altro, implicazioni cliniche fondamentali quali l'affievolimento degli istinti di autoconservazione presente nei disturbi di personalità, che può comportare esiti autolesivi come la dipendenza da sostanze, i disturbi del comportamento alimentare e le condotte di *risk taking*.

Da ciò che ho premesso segue quello che è l'aspetto fondamentale della prassi terapeutica junghiana: la proposta di instaurare un dialogo tra l'Io e l'inconscio. A questo proposito è opportuno sottolineare che uno dei testi fondamentali del corpus junghiano si intitola, nell'edizione originale tedesca, *Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewussten* (1928), che tradotto letteralmente significa "Le relazioni tra l'Io e l'inconscio".

Instaurare una relazione tra l'Io e l'inconscio significa, nella prassi analitica, promuovere un dialogo tra l'Io e le immagini che l'inconscio offre,<sup>20</sup> sia attraverso i sogni, sia attraverso fantasie libere o più strutturate, secondo metodi e criteri vari quali l'immaginazione attiva proposta da Jung, o il "sogno da svegli guidato" di Robert Desoille.<sup>21</sup>

La prassi analitica junghiana implica, per così dire, una sorta di teatralizzazione dell'esperienza psichica e questo aspetto offre una spiegazione al fatto che Jung abbia personificato certe istanze psichiche, come l'Anima, l'Ombra o la Persona. Esse possono essere considerate una sorta di rappresentazioni mitiche degli archetipi; questi ultimi recitano nel teatro della psiche secondo copioni che cambiano continuamente in funzione delle relazioni che gli archetipi intrattengono tra loro e con la coscienza dell'Io.

---

<sup>20</sup> Anche le recenti acquisizioni della neurobiologia sembrano dare una conferma empirica dell'efficacia di questo metodo terapeutico. Lieberman et al (2007) hanno tentato di individuare le basi neurali dell'*affect labeling* (la capacità di verbalizzare gli stati emozionali) con tecniche di imaging. È noto clinicamente che questa condotta è in grado di modulare le esperienze emozionali negative. Con la neuroimaging si è visto che l'amigdala e altre aree limbiche diminuiscono la loro attività, mentre aumenta quella della corteccia prefrontale ventrolaterale quando il paziente verbalizza immagini emozionalmente negative. Queste osservazioni neurobiologiche costituiscono una conferma sperimentale del significato terapeutico che la psicoanalisi attribuisce all'elaborazione cosciente dei contenuti interni disvelati.

<sup>21</sup> Il *Sogno guidato* è una tecnica che permette, anche a soggetti con scarsa propensione all'immaginazione (con funzionamento alestitimico), di accedere con relativa semplicità all'immaginazione attiva. Ad essi vengono proposti temi e immagini date e il loro compito è di completarle e ampliarle. Lo stato mentale attivato dal Sogno guidato sta a metà fra la veglia e il sonno (più vicino allo stato di veglia che allo stato di sonno), caratterizzato, a livello comportamentale, da rilassamento psicomotorio, chiusura degli occhi e sensazione di benessere globale.

A proposito del dialogo con le immagini, Jung in più occasioni ha espresso le sue riflessioni sia sulle modalità dell'immaginare sia sulla funzione ultima di questo dialogo. Per quanto riguarda le modalità dell'immaginare, egli sembra individuare due approcci fondamentali alle immagini: uno più razionale-apollineo e l'altro più sensoriale-dionisiaco, a mio avviso corrispondenti a quelli che, in ambito teologico, vengono definiti *apofatico* e *catafatico* (Vigna, 2010). Con il primo termine si descrive un atteggiamento che favorisce la comparsa delle immagini interiori tramite la creazione nella propria mente del vuoto, attraverso il silenzio e la rinuncia al supporto di simboli o immagini esterne. Eremiti e anacoreti rispondono pienamente a questa modalità di approccio. Nel confronto con la psicologia junghiana, ritengo che la via apofatica mostri più di una somiglianza con l'*immaginazione attiva*, perché presuppongono entrambe la capacità di svuotare la mente da tutti i processi di pensiero dell'Io. La modalità catafatica, al contrario, predilige l'uso di immagini date per stimolare l'immaginazione interna e avvicinarsi così al livello dei complessi inconsci. Un esempio tra tanti, in ambito religioso, è quello delle icone. Anche il mondo junghiano conosce una modalità immaginativa catafatica: il *gioco delle sabbie*. Coloro che hanno un contatto più elementare e meno simbolico con le loro emozioni si trovano probabilmente più a loro agio con una immaginazione esperita tramite l'uso di oggetti. L'opzione catafatica è poi evidente anche nel "sogno da svegli guidato", cui accennavo prima.

La psicologia winnicottiana evoca, attraverso il concetto di "spazio transizionale", qualcosa di ampiamente sovrapponibile al modello catafatico.

Su un piano antropologico, possiamo facilmente rilevare come la differenza tra un'immaginazione catafatica e un'immaginazione derivante dalla concentrazione apofatica sia universalmente diffusa e invariata in culture dissimili, proponendosi perciò come intrinseca all'individuo e non al suo ceppo culturale. Questo dato irrobustisce l'ipotesi junghiana che tali modalità di approccio alle immagini abbiano una solida radice archetipica.

Ricapitolando, il rapporto che ciascuno di noi ha con le proprie immagini può variare, secondo il personale livello di alessitimia (che, almeno in parte, ha radici archetipiche), da una modalità apofatica ad una modalità catafatica,<sup>22</sup> la prima che rinuncia e la seconda che non rinuncia alla rappresentazione di oggetti per gestire i contenuti emozionali veicolati dall'immaginazione.

Si può ipotizzare che quando l'affetto è molto intenso, ma ancora strettamente vincolato al livello somatico, l'utilizzo dell'immagine data – l'icona – estenda le possibilità dell'immaginazione e divenga così possibile, anche per i soggetti scarsamente dotati di concentrazione e di introspezione, cioè più

---

<sup>22</sup> Si può, credo, proporre un parallelismo con i concetti junghiani di "introversione" ed "estroversione".

o meno Alessitimici, avvicinarsi a quella che in ambito junghiano definiremmo immaginazione attiva.

Non a caso la psichiatria ci ricorda che alcune categorie di disturbi di personalità, clinicamente ad alta comorbidità con l'alessitimia, si distinguono per un accentuato utilizzo degli oggetti transizionali, cioè di oggetti concreti che permettono di innescare esperienze immaginative. Al contrario, i soggetti per così dire poco Alessitimici, quindi verosimilmente più dotati di capacità di astrazione e simbolizzazione, hanno una minor dipendenza dagli oggetti reali per stimolare la propria immaginazione.

## **6. Una parentesi mitologica: il vitello d'oro**

Stanchi di viaggiare nel deserto inseguendo una mèta ideale, a un certo punto gli ebrei, approfittando dell'assenza di Mosè, si fermarono (ammesso che sia lecito utilizzare come esempio clinico una vicenda più mitologica che storica, potremmo affermare che gli ebrei erano poco capaci di "mentalizzare", cioè di cogliere la valenza simbolica del loro percorso, e di distinguere il fine, la terra promessa, dal mezzo, le fatiche del viaggio). Costruirono, nonostante i divieti in proposito di cui erano ben consapevoli, un'immagine divina (il vitello d'oro), e si disposero ad adorarla, con buona pace di Mosè. Nell'immagine di Mosè potremmo in fondo riconoscere il portatore delle valenze egoiche del suo popolo, e nel gesto del suo popolo una sorta di meccanismo di difesa regressivo che si attua in assenza dell'Io, cioè inconsciamente.

Trovo molto interessanti, al fine di approfondire il discorso sulla "non mentalizzazione", le riflessioni sulla vicenda proposte dal Talmud: le più autorevoli interpretazioni sono due.

La prima sostiene che gli ebrei avevano semplicemente bisogno di un supporto materiale per poter adorare Dio: si tratterebbe pertanto del tipo di immaginazione catafatica, che si accompagna facilmente, come scrivevo poc'anzi, al deficit di mentalizzazione, e che trae le sue origini, a quanto oggi ci è noto, sia nella genetica, sia nelle caratteristiche dell'attaccamento esperito.

La seconda interpretazione proposta dal Talmud è che gli ebrei ritenessero il vitello un Dio per sè stesso. Saremmo di fronte perciò a un caso di idolatria, e questo, in termini psicodinamici, corrisponde all'incapacità dell'Io di reggere un investimento emotivo eccessivo, cui consegue un agito teso a scaricare la tensione (bypassando l'Io). Investire le proprie emozioni in un idolo (un feticcio, qualcosa che è letteralmente presente) invece che accettare la sofferenza e l'incertezza di un processo interno di confronto tra emozioni e ragione, tipici del pensiero simbolico, risponde alla logica di una ricerca di sicurezza.

Se in entrambe le interpretazioni possiamo identificare un processo disgiuntivo di tipo Alessitimico, sono decisamente differenti le espressioni quantitative e qualitative dello stesso.

L'immaginazione con oggetto dato (catafatica) in fondo è poco più che una scorciatoia, un piccolo aiuto esterno allo svolgimento di un processo conoscitivo complesso, in cui emozioni e ragione si mettono comunque in tensione polare e cercano di integrarsi. Probabilmente non ci riescono mai del tutto, ma la loro messa in gioco cosciente (non dimentichiamo l'imperativo junghiano del divenire consapevoli, come istanza ultima cui si riduce il processo individuativo) è alla base di ogni dinamica creativa della psiche.

Nell'adorazione di un idolo viene applicata invece una radicale e immodificabile scissione delle emozioni dai loro correlati di pensiero, fino a una loro espressione asimbolica e inconsapevole nel feticcio.<sup>23</sup> La materialità del feticcio e la sua inorganicità, lo rendono, appunto, un oggetto morto, o meglio, dis-animato, privo dell'Anima: privo cioè di quell'apertura a una lettura simbolica ed emozionale attraverso la quale diventa possibile integrare i contenuti inconsci e farne esperienza.

In quanto oggetto, sul feticcio possono essere compiute delle azioni: vale a dire che si può esercitare su di esso una forma di controllo, e questo è il fondamentale vantaggio di una strategia feticista<sup>24</sup>. Siamo qui totalmente nel campo, come si può facilmente intuire, del meccanismo di *identificazione proiettiva*.

La strategia feticista viene spesso utilizzata dai pazienti con un disturbo alessitimico grave. Il difetto di mentalizzazione del soggetto alessitimico, determinando l'incapacità di percepire le proprie emozioni, impedisce di percepire emotivamente (ed empaticamente) l'Altro, che si trasforma da oggetto temuto a oggetto controllabile in modo onnipotente.<sup>25</sup>

## 7. Utilizzare finalisticamente le immagini

In riferimento all'utilizzo finalistico delle immagini (oniriche o meno), Jung sottolinea come, nei loro confronti, possa essere

---

<sup>23</sup> Una ottima definizione di feticcio è quella fornita da Galimberti: "oggetto investito di significato simbolico a cui viene generalmente associato un potere magico o una forza spirituale" (Galimberti, 1992, p. 406). Molto interessanti sono le riflessioni sul tema proposte da Broccardo e Defilippi, che scrivono: "Una lettura junghiana ci spingerebbe ad aggiungere che il feticismo insedia, nell'apparente razionalità occidentale, un aspetto d'Ombra legato alla materia e alla perversione, a quello che Massimo Perniola definisce "il sex appeal dell'inorganico". Potremmo inoltre leggere il feticcio come un organizzatore concreto dell'esperienza psichica e contemporaneamente come una difesa nei confronti di ciò che ci minaccia" (Broccardo e Defilippi, 2011).

<sup>24</sup> Il feticismo è fondamentalmente una modalità di controllo di ciò che temiamo e nei confronti del quale ci sentiamo impotenti. Questo meccanismo è evidente nell'interpretazione freudiana. Freud introduce il concetto di sostituto: il feticcio è un oggetto che ne sostituisce un altro: "[...] l'oggetto sessuale normale è sostituito da un altro che è in relazione con esso, ma è del tutto inadeguato per servire alla meta sessuale normale" (Freud, 1905, p. 467).

<sup>25</sup> A questo proposito sono significative le parole di una paziente borderline in via di miglioramento riportate da Searles: "Le persone per me non sono mai quello che credono di essere. Sono quello che io credo" (Searles, 1986, p. 129).

assunto un atteggiamento prevalentemente interpretativo, riportandole a categorie o modelli esplicativi di fondo; oppure possano essere vissute secondo una modalità sensoriale-estetica.<sup>26</sup> Queste due modalità di lettura mi paiono definibili discretamente alessitimiche. Vi è però una terza modalità di rapporto con le immagini, quella emozionale, che secondo Jung è caratterizzata da un maggior valore intrinseco. Non intendo certo affermare che nella visione junghiana le opzioni interpretative o estetizzanti siano da escludere, perché anche da esse deriva un apporto contenutistico alla psiche, ma ricordo che egli afferma chiaramente che da sole non svolgono una funzione trasformativa, in quanto viene eluso l'elemento più propriamente affettivo, che consiste in questo caso nel considerare il messaggio onirico come la fonte di un'obbligazione etica.

Ciò significa, per quanto riguarda l'Io, assumersi la responsabilità della relazione con l'inconscio. In altre parole, il soggetto può cogliere il suggerimento del sogno e anche, se lo si ritiene giusto, rispondere negativamente, ma sempre assumendosi la responsabilità delle proprie scelte.

Jung sottolinea, in sintesi, la grande differenza che passa tra la pura adesione estetica o intellettuale ai contenuti dell'inconscio e l'assunzione di responsabilità verso gli stessi, dall'altro. Solo quest'ultima implica l'attivazione di un rapporto affettivo, attraverso il quale l'Io impegna le proprie energie nei confronti del messaggio veicolato dalla sequenza onirica o immaginale.

Vorrei aggiungere che alla base dell'assunzione di responsabilità verso l'inconscio e le sue immagini è il senso etico, funzione inconcepibile senza postulare una intersoggettività originaria, suggerita anche dalla psicoanalisi relazionale e delle cui radici archetipiche argomentano sia psicoanalisti junghiani come Guggenbühl-Craig<sup>27</sup> sia i ricercatori che si occupano di *mirror cells*. Accogliendo queste ipotesi teoriche, potremmo dire

---

<sup>26</sup> Sul tema del rischio di una deriva estetica Jung esprime estrema preoccupazione: "Vi darò un esempio di atteggiamento estetico estremo. Non è un'esagerazione. Su una strada innevata un'automobile slitta, travolge un bambino e ne schiaccia il cranio contro il bordo del marciapiede; vi avvicinate e vedete la gente che sta lì attorno, il sangue sulla neve, e sentite: 'che incidente terribile! E' rimasto ucciso un bambino!'. Ne rimarreste ovviamente impressionati. Se però avete il dono di un atteggiamento estetico, dite: 'che immagine interessante, com'è bella!'. Vedete la bellezza dell'orrore, il che significa che siete protetti dalla cosa nel suo insieme, e che ne avete sperimentato soltanto la superficie. Il caratteristico capannello di gente attorno al luogo della tragedia è molto teatrale e se ne può fare un disegno che risulterà estremamente artistico ed estremamente suggestivo; il contrasto tra la neve fredda e il sangue caldo, tra il bianco di morte e il colore rosso vivo è estremamente singolare, estremamente suggestivo, lo si può dipingere. Se però ci si è persi nella percezione della superficie si è in realtà perduto l'evento nella sua interezza" (Jung, 1997, p. 995).

<sup>27</sup> Guggenbühl-Craig, in *Deserti dell'anima* (2001), definisce *psicopatia* la condizione clinica in cui è deficitario l'archetipo della relazione, o *Eros*. Considera Eros la divinità (il *pattern of behavior*) in grado di armonizzare le forze interne ed esterne che sono attive in noi e promuovere relazioni positive tra gli archetipi e con l'ambiente circostante. La sua proposta riecheggia quell'"Ama Dio, e poi fa ciò che vuoi", proclamato da Sant'Agostino. Superfluo ricordare che clinicamente la psicopatia si associa ad alti livelli di alessitimia.

che il senso etico, l'apertura al confronto con le immagini inconscie, ha una radice archetipica.

Ma il funzionamento alessitimico è connesso appunto a un difetto dell'intersoggettività. Per questo motivo spesso i pazienti alessitimici non riescono a percorrere adeguatamente la via del confronto "etico" con le immagini dell'inconscio e, di conseguenza, sono costretti ad aderirvi su un piano intellettuale o estetico.<sup>28</sup>

Scopo della terapia sarà dunque quello di riconnetterli con le immagini attraverso il registro emozionale, unica strada per assumersene la responsabilità etica. Perciò il terapeuta deve innanzitutto tentare di orientare il paziente verso l'immaginazione, se necessario anche privilegiando, sulla base delle considerazioni precedenti, il modello catafatico (l'immagine fornita a priori).

Per esempio, Carlo mi aveva raccontato, del tutto *en passant*, che stava assumendo eroina nel momento in cui l'ultima fidanzata, parzialmente ignara di questa sua abitudine, gli aveva comunicato la decisione di andarsene. Anche se ci può sembrare strano, da buon alessitimico lui non aveva collegato tra loro i due fatti. In una certa fase della psicoterapia mi sono preso la responsabilità di rievocare quel racconto, tratteggiandogli soprattutto le ipotetiche emozioni e riflessioni della sua fidanzata. Ho indotto in lui, potrei dire tramite un'immaginazione catafatica, una serie di immagini che, con suo stupore, gli spiegavano la dinamica di avvenimenti tra i due ex fidanzati che finora aveva catalogato come scoppi di pazzia femminile.

Ancora, assumono per i pazienti alessitimici un valore particolare tutte le modalità di espressione non-verbale, come il disegno o altre forme di comunicazione artistica.<sup>29</sup> A tal proposito ricordo che Jung ha sempre incoraggiato i pazienti a disegnare e dipingere le scene oniriche o le loro fantasie, allo scopo di

---

<sup>28</sup> "Il paziente può (coscientemente o inconscientemente) tenersi ben alla larga da intiere reti associative che gli farebbero provare ansia o vergogna o senso di colpa, e così facendo temi centrali del suo problema potrebbero restare per anni fuori dal raggio di luce del lavoro terapeutico, garantendogli in cambio di non provare sentimenti spiacevoli. [...] E' per questo che l'analista può doversi allontanare dalla posizione di neutralità nei confronti dei conflitti del paziente e stimolare quelle attività che sia espongano il paziente a quello che sta cercando di evitare (il che potenzialmente può favorire lo sviluppo di nuove reti, che è lo scopo centrale dei trattamenti comportamentali) sia portino in primo piano il materiale associativo più importante. Freud per primo si comportava così e osservava che la gente non può liberarsi dalle sue paure se non confrontandosi con esse. Il pericolo di questo attivarsi, da parte dell'analista, consiste nel rendere esterno, tra paziente e terapeuta, un conflitto interno, e nella possibilità di agire sulla base di spinte controtransferali piuttosto che nell'interesse del paziente" (Westen, 2002, pp. 371-372).

<sup>29</sup> "La creatività, infatti, è una funzione dell'Io, se intendiamo questa istanza psichica non solo come mediatore tra realtà interna e realtà esterna, ma soprattutto come agente integratore delle esigenze provenienti da aspetti diversi della psiche" (Britton, 2004).

catturare i contenuti dell'inconscio.<sup>30</sup> E' anzi comune, in ambito junghiano, la proposta al paziente di utilizzare canali artistici di espressione.

In questo ambito si inserisce anche la "terapia delle sabbie", molto praticata in ambito junghiano. In uno spazio prefissato, nel quale ha però la massima libertà di plasmare la materia presente (sabbia, acqua), oltre alla disponibilità di inserire oggetti e immagini provenienti da una raccolta quanto più varia possibile (opzione catafatica), il paziente concede a se stesso la possibilità di far emergere, da dimensioni profonde della psiche, rappresentazioni mentali che possono configurarsi nello spazio privilegiato della sabbiera.

Al terapeuta, che partecipa passivamente e in silenzio al lavoro del paziente, spetta il compito di custodire, più che interpretare, le immagini così prodotte. Nel corso della terapia è solitamente il paziente che, a un certo momento, riesce a recuperare quei contenuti immaginali e ad integrarli nel proprio universo psichico.

Fondamentale è anche, nella pratica terapeutica con i pazienti alessitimici, l'attenzione agli elementi transferali e controtransferali.

Freud provava diffidenza verso il concetto junghiano di *controtransfert*, perché gli sembrava minasse la scientificità dell'analisi, che sarebbe stata compromessa dalle interferenze affettive dell'analista. È sua la cosiddetta "regola dello specchio", secondo cui il medico deve essere opaco per l'analizzato e, come la lastra di uno specchio, mostrargli solo quello che gli viene mostrato.<sup>31</sup> Jung, al contrario, afferma categoricamente la necessità di un profondo coinvolgimento dell'analista nella relazione terapeutica. Indica, anzi, nella personalità dell'analista uno dei fattori terapeutici più importanti, e ricorda che il terapeuta è in analisi quanto il paziente.

In quest'ottica, il controtransfert dell'analista diventa un prezioso strumento terapeutico. Quando il paziente non è capace di immaginare, non è privo di efficacia ciò che l'analista immagina per lui. Jung affermava: "lo addirittura mi sforzo di fantasticare con il paziente; non disprezzo la fantasia che considero la forza materna generatrice dello spirito virile" (Jung, 1931, p. 54), e anche: "gli espongo [al paziente] le mie idee improvvise, le mie opinioni. E se esse hanno effetti di suggestione, ben vengano" (*ibid.*, p. 53).

È di grande importanza che l'analista sappia restituire al paziente le proprie emozioni. etta di avvicinarsi a lui al di là dei

---

<sup>30</sup> "Il processo creativo è dunque un atto di estrema integrazione tra livelli diversi di esperienza. Da qualsiasi punto di vista lo si osservi, strutturale o topografico, il suo compito è di riuscire in un collegamento tra processi interni e fattori esterni che permetta all'individuo una nuova acquisizione, sia essa una conoscenza logico-razionale o emotiva" (Della Cagnoletta, 2010, p.18).

<sup>31</sup> Peralto dopo Freud la psicoanalisi ha rivalutato il concetto di controtransfert, che oggi fa parte integrante della pratica psicoanalitica.

rigidi parametri del *setting*, se e quando occorre, ma deve trovare il modo opportuno.

Quello che segue è l'esempio di una comunicazione emotiva che, come analista, non ho saputo filtrare attraverso l'io, facendola così divenire un ostacolo.

Dopo una comunicazione di Carlo a dir poco cinica, durante la quale io credevo di aver fatto notevoli sforzi per mantenere un atteggiamento disponibile e accogliente, il mio inconscio reclamò, a mia insaputa, il proprio diritto a dissentire. Infatti Carlo mi gridò, irritato e ferito: "Lei ha alzato un sopracciglio: mi sta giudicando".

Andò meglio in un'altra occasione quando, durante uno dei suoi lunghi silenzi in seduta, feci una malinconica immaginazione attiva: un panorama desolato, desertico, con in primo piano un albero secco e spoglio. Gliela comunicai, ottenendo immediatamente la sua attenzione. Ne nacque un dialogo, piuttosto conflittuale, nel corso del quale riuscì però in qualche modo a comprendere emotivamente la propria "aridità" emotiva.

Un simile comportamento da parte del terapeuta può essere interpretato in molti modi. Una scelta razionale, frutto di un'accurata riflessione, che tiene conto di tutte le possibili conseguenze? Max Weber, definendo *l'etica della responsabilità*, ha da tempo spazzato via l'illusione che si possano controllare onnipotentemente tutte le conseguenze di una azione volontaria, per limitata che sia. Un agito controtransferale verso un paziente non particolarmente gradevole? Forse. Di fronte al blocco comunicativo di Carlo rifugiarmi nella consuetudine del setting si era dimostrato un atteggiamento inefficace, ma le buone intenzioni non sono un criterio sufficiente, e nemmeno l'efficacia terapeutica di una qualunque scelta clinica. Il mio agito avrebbe potuto, invece di indurre una riflessione positiva nel paziente, provocare un distacco decisivo o addirittura la sospensione dell'analisi, e non potevo saperlo prima. Esiste una *zona grigia* nell'etica psicoanalitica: l'analisi si pone come promotrice di un'assunzione di responsabilità individuale, ma le sue norme generalizzanti ne destituiscono, nei fatti, il fine.<sup>32</sup> Rispetto a questa complessità personalmente mi oriento utilizzando come bussola l'imperativo kantiano: "L'altro è un fine o un mezzo?".

Marta, una mia paziente, anch'essa particolarmente scissa dalle proprie emozioni, oltre che piuttosto rigida nei comportamenti, dopo circa un mese dall'inizio della psicoterapia, iniziò a preferire alla propria poltrona il sedersi a terra appoggiata a un termosifone. Se avessi interpretato questo *acting out* credo che lei ne sarebbe stata in qualche modo dissuasa, e le sarebbe forse divenuto impossibile riconoscere nel suo agito l'aspetto simbolico della ricerca di calore, come invece avvenne.

---

<sup>32</sup> Secondo Jung, "Quanto più l'uomo è sottoposto a norme collettive, tanto maggiore è la sua immoralità individuale" (Jung, 1921, p. 464).

Ancora, ricordo un anziano e saggio psicoanalista che aveva un grosso cane, sempre presente durante le sedute. All'arrivo del paziente il cane, che sembrava curiosamente abile nel riconoscere le persone bloccate sul piano emozionale, spesso si avvicinava festante e talora giungeva ad appoggiare le zampe sul petto dell'ospite. Coloro che ricevevano le sue attenzioni erano costretti ad agire per allontanarlo e, per quanto fossero inibiti nell'affettività, erano costretti a rispondere in qualche modo all'affettività del cane. Invariabilmente, in qualche modo gli si affezionavano e lo trasformavano in oggetto transizionale. Tutto ciò mi fa venire in mente che Carlo ha un difficile rapporto con gli animali. Di fronte a loro è impacciato, goffo, gli fanno paura. Soprattutto non gli piacciono: sono troppo emotivi. Eppure ha qualche piacevole ricordo "tattile" di un grosso gattone che incontrava a casa dei cugini. In quella casa, guarda caso, l'atmosfera familiare era, al contrario che nella propria, calorosa, disordinata e rilassata.

Tornando agli aspetti più teorici, il freudiano "recupero del rimosso" non viene considerato in ambito junghiano un atto terapeutico sufficiente, né determinante. E questo non solo perché in Jung il concetto di inconscio non si limita al rimosso personale - come suggerito da Freud - ma comprende anche quello che egli definisce inconscio collettivo, matrice generativa inesauribile di immagini a valenza archetipica che da sola giustificerebbe il concetto di riconnessione come *opus* che non ha mai fine. Jung insiste anche su un secondo, decisivo, gradino: il confronto etico con le immagini dell'inconscio o, se vogliamo, con i nostri complessi a valenza emozionale. Il difetto alessitimico rende problematica soprattutto l'attuazione di questo secondo passo.

Jung, che attribuiva un grande valore alle scelte etiche dei propri pazienti, considerandole inestricabilmente collegate al processo terapeutico, rifiutò di curare un giovane, di cui pure apprezzava la grande cultura e sensibilità, quando questi lo venne a cercare perché non riusciva a guarire da una nevrosi. Aveva infatti saputo che si faceva mantenere da una maestrina innamorata e povera; il suo insufficiente senso etico non poteva essere compensato dalle qualità intellettuali che, sole, non sarebbero bastate a garantirgli la guarigione dalla nevrosi.

Carlo, tornato a casa della madre nel momento culminante della depressione, si era bellamente adagiato nella situazione, senza che gli venisse affatto in mente l'opportunità, almeno, di contribuire alle faccende domestiche e/o alle spese. Gli ho raccontato la storia della maestrina e del suo fidanzato che ho appena citato (altro esempio di immaginazione "catafatica"!): solo molto tempo dopo l'avvenimento, e solo perché avevo colto un minimo accenno a riconoscere quanto era gravato sulle spalle della madre.

Da questi esempi dobbiamo trarre l'ammonizione che il processo individuativo non riguarda semplicemente la cura dei sintomi ma il *fare anima*, che richiede di confrontarsi

responsabilmente con le immagini dell'inconscio. I nostri pazienti alessitimici devono essere aiutati a comprendere che nessun atto soltanto *tecnico*, anche raffinato quanto lo può essere una psicoterapia, sarà mai sufficiente a nutrire l'anima.

Seguendo una metafora di Guggenbühl-Craig, quando *Eros* c'è, possiamo e dobbiamo seguire lui, affidandoci totalmente a un dio che ha, nelle sue frecce, un potere immenso. Non a caso la mitologia dell'Olimpo ci racconta che perfino Zeus, quando veniva ferito dalle frecce di Eros, doveva cedere alla passione. Ma *Eros* è una divinità ambivalente e bizzarra, e spesso, senza motivazioni comprensibili, si assenta. Quando manca *Eros*, archetipo della relazione, dobbiamo perciò prendere in considerazione come sostituto le norme collettive, il buon senso e l'etica.<sup>33</sup>

## 8. Conclusioni

L'approccio terapeutico psicodinamico utilizzato per i pazienti alessitimici si propone di elevare le loro emozioni da un livello di esperienza strettamente legata alla percezione (un mondo di sensazioni e di azioni) a un livello di rappresentazione concettuale (un mondo di sentimenti e pensieri) in cui esse possano essere utilizzate come segnali che veicolano un'informazione, possano divenire oggetto di riflessione e a volte venire comunicate agli altri.

In un'ottica junghiana, la terapia del paziente con sintomi alessitimici consiste essenzialmente nel tentativo di superare l'unilateralità della coscienza e integrare i contenuti dell'inconscio, con l'intento di promuovere una trasformazione della personalità che comprenda la capacità di cogliere gli aspetti cognitivi delle emozioni. L'inconscio – le immagini, le emozioni – rivela una sua autonoma creatività in quanto portatore – di contro alla inevitabile unilateralità dell'io - di quella esigenza di pienezza che si esprime nella tensione degli opposti e nella loro paradossale coesistenza. Come ricorda Jung: "Il materiale onirico non consiste solo di ricordi, ma racchiude nuovi pensieri che non sono ancora coscienti"<sup>34</sup>.

Gli psicoanalisti non dispongono ancora di modelli teorici consolidati, né di una teoria della tecnica sufficientemente convalidata. Al contrario, devono addentrarsi, uscendo dai modelli abituali del setting, nelle contraddittorie complessità del mondo

---

<sup>33</sup> Per questo Jung ci ricorda che "l'individuazione non può essere in alcun caso l'unico obiettivo dell'educazione psicologica. Prima di potersi proporre come scopo l'individuazione, occorre raggiungere la meta educativa dell'adattamento al minimo di norme collettive necessario per l'esistenza: una pianta che debba essere portata alla massima possibile fioritura delle sue peculiarità, deve anzitutto poter crescere nel terreno in cui è piantata" (Glossario dei "Tipi psicologici", 1925).

<sup>34</sup> Jung C. G., *Simboli e interpretazione dei sogni*, in *Opere*, vol. XV, Boringhieri, Torino, 1991, p. 239.

interiore del paziente e proprio, privi delle consuete certezze teoriche, in una zona grigia dove non esistono verità definitive, né fedeltà al principio di non contraddizione.<sup>35</sup> Del resto, “passare sopra la propria vita senza addentrarvisi, è cosa fin troppo facile”, scrive Maria Zambrano.

Si può esplorare un territorio anche se non se ne possiede la mappa: “esistono soltanto casi individuali - scrive Jung - [...], al punto che, in sostanza, non si può mai sapere in anticipo quale via prenderà ciascuno di essi; quindi la cosa migliore che possa fare il terapeuta è rinunciare a ogni idea preconcepita”.

Poichè sostanzialmente, come ci ricorda Kierkegaard, “vi sono (solo) due vie: una è soffrire; l'altra è diventare professore di ciò che un altro soffre”, mi sembra che le strategie alessitimiche spingano i nostri pazienti esclusivamente verso la seconda via. Per questo motivo dovremmo al contrario stimolarli a riconsiderare anche la prima: sopportare per quanto è possibile la propria sofferenza invece che negarla a livello emotivo.

D'altra parte i padri della psicoanalisi ci hanno suggerito questa direzione. Celebri sono le parole di Freud, rivolte ad un ipotetico paziente: “Non dubito affatto che dovrebbe essere più facile al destino che non a me eliminare la Sua sofferenza: ma Lei si convincerà che molto sarà guadagnato se ci riuscirà di trasformare la Sua miseria in una infelicità comune”.<sup>36</sup>

Altrettanto celebre l'affermazione di Jung: “Lo scopo principale della psicoterapia non è quello di portare il paziente ad un impossibile stato di felicità, bensì di insegnargli a raggiungere stabilità e pazienza filosofica nel sopportare il dolore. [...] Spesso dietro le nevrosi si nasconde tutto il dolore naturale e necessario che non siamo disposti a tollerare”.<sup>37</sup>

L'abilità del terapeuta consiste nel non eccedere, cioè nel non caricare il paziente del peso che non è ancora in grado di portare. Questo comporta la rinuncia ad atteggiamenti moralistici di qualsivoglia genere, perché, come ci ricorda Jung, “Non si può mutare nulla che non si sia accettato”.

Da poco Carlo ha cominciato ad accettare come una vecchia amica la propria sofferenza. Per lui credo si possa finalmente spendere un po' di speranza, come in questo Haiku di Masahide:

“il tetto si è bruciato:  
ora  
posso vedere la luna”.

---

<sup>35</sup> “La psicoterapia, afferma Guggenbühl-Craig, ha sempre a che fare con qualcosa di poco pulito. Noi analisti e psicoterapeuti ci muoviamo sempre in un terreno fangoso e sporco; entriamo nell'antro del drago, ma non siamo uccisori di draghi, dovremmo anzi tentare di stare con il drago nella sua sordida tana. Oppure, per dirla in modo paradossale, può darsi che proprio i puri di cuore siano capaci di divenire amici del drago, anche nella sua forma sessuale”.

<sup>36</sup> Freud, 1895, p. 439.

<sup>37</sup> Jung, 1943, p. 92.

## Bibliografia

- Britton R., *Sesso, morte e super-io. Esperienze in psicoanalisi*, Astrolabio, Roma, 2004.
- Broccardo S. e Defilippi A., *Corpo dimenticato, corpo morto. Strategia feticistica, sindrome borderline e alessitimia*, in Vigna F. e Favole A. (a cura di), *Riconessioni. Dall'alessitimia all'Anima*, Moretti & Vitali, Bergamo, 2011.
- Caretti V., La Barbera D., Craparo, G. e Mangiapane E. (2005), *L'alessitimia come disregolazione degli affetti*, in Caretti V. e La Barbera D. (a cura di), *Alessitimia*, pp. 25- 45, Astrolabio, Roma, 2005.
- Damasio A. (1994), *L'errore di Cartesio. Emozioni, ragione e cervello umano*, Adelphi, Milano, 1995.
- Della Cagnoletta M., *Arteterapia. La prospettiva psicodinamica*, Carocci Faber, Roma, 2010.
- Desoille R. (1961), *Teoria e Pratica del Sogno da Svegli Guidato*, Astrolabio, Roma, 1974.
- Epifanio M.S., Raso M.I. e Sarno, L. (2005), *Disregolazione affettiva, qualità degli stili di attaccamento e malattie somatiche: uno studio su campioni indipendenti*, in Caretti V. e La Barbera D. (a cura di), *Alessitimia*, pp. 143-174, Astrolabio, Roma, 2005.
- Fonagy P. (1999), *Memory and therapeutic action*, International Journal of Psychoanalysis, 80 (2), pp.215-224.
- Fonagy P. e Target M., *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano, 2001.
- Fosshage J.L. (2004), *I rapporti tra la psicologia del Sé e l'analisi relazionale*, Ricerca Psicoanalitica, XV (2), pp. 135-176.
- Freud S. (1895), *Studi sull'isteria*, in *Opere*, Vol 1°, Bollati Boringhieri, Torino.
- Gay M., *La relazione analitica*, Red, Como, 1998.
- Galimberti U., *Dizionario di psicologia*, UTET, Torino, 1992.
- Gallese V., *Nei neuroni-specchio il riflesso sociale della natura umana*, intervista a Vittorio Gallese di Cimatti F., Il manifesto, 22 giugno 2005.
- Greenberg J. (1995), *Psychoanalytic technique and the interactive matrix*, Psychoan. Quarterly, 64, pp. 1-22.
- Guggenbühl-Craig A., *Deserti dell'anima*, Moretti & Vitali, Bergamo, 2001.
- Horney K. (1952), *The paucity of inner experiences*, American Journal of Psychoanalysis, 12, pp. 3-9.
- Jung C.G. (1921), *Tipi psicologici*, in *Opere*, vol. VI, Boringhieri, Torino, 1969.
- Jung C.G. (1926), *Spirito e vita*, in *Opere*, vol. VIII, Boringhieri, Torino, 1976.
- Jung C.G. (1928), *L'io e l'inconscio*, in *Opere*, vol. VII, Boringhieri, Torino, 1983.
- Jung C.G. (1929), *I problemi della psicoterapia moderna*, in *Opere*, vol. XVI, Boringhieri, Torino, 1981.
- Jung C.G. (1931), *Scopi della psicoterapia*, in *Opere*, vol. XVI, Boringhieri, Torino, 1981.

- Jung C.G. (1943), *Psicoterapia e concezione del mondo*, in *Opere*, vol. XVI, Boringhieri, Torino, 1981.
- Jung C.G. (1945), *Medicina e psicoterapia*, in *Opere*, vol. XVI, Boringhieri, Torino, 1981.
- Jung C.G. (1946), *La psicologia della traslazione*, in *Opere*, vol. XVI, Boringhieri, Torino, 1981.
- Jung C.G. (1951), *Questioni fondamentali di psicoterapia*, in *Opere*, vol. XVI, Boringhieri, Torino, 1981.
- Jung C.G. (1961), *Simboli e interpretazione dei sogni*, in *Opere*, vol. XV, Boringhieri, Torino, 1991.
- Jung C.G. (1997), *Visioni. Appunti del seminario tenuto negli anni 1930-1934*, Magi, Roma, 2004.
- Knox J. (2003), *Archetipo, attaccamento, analisi*, Magi, Roma 2007.
- Krystal H. (1983), *Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment*, International Journal of Psychoanalysis and Psychotherapy, 9, pp. 353-358.
- La Forgia M. e Marozza M.I., *Le radici del comprendere*, Giovanni Fioriti, Roma, 2005.
- Lieberman M.D., Eisenberger N.I., Crockett J., Tom S.M., Pfeifer J.H., Way B.M. (2007), *Putting feelings into words. Affect labelling disrupts amygdale activity in response to affective stimuli*, In Psychological Science, 185, pp. 421-428.
- Marozza M.I. (2005), *Lo sfondo affettivo della comprensione*, negli Atti del Congresso del Centro Italiano di Psicologia Analitica *Psicologia analitica e teorie della mente. Complessi, affetti, neuroscienze*, Vivarium, Milano.
- Matte Blanco I. (1988), *Thinking, Feeling, and Being*, Tr. It. *Pensare, sentire, essere*, Einaudi, Torino, 1995.
- Merciai S. e Cannella B., *La psicoanalisi nelle terre di confine*, Cortina, Milano, 2009.
- Mitchell S. (2000), *Il modello relazionale*, Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Porcelli P. e Todarello O., *Il gruppo di Toronto e la ricerca sull'alessitimia*, in Caretti V. e La Barbera D. (a cura di), *Alessitimia*, pp. 46-76, Astrolabio, Roma, 2005.
- Ruesch J. (1948), *The infantile personality*, Psychosom. Med., 10, pp. 134-144.
- Scheler M. (1915), *Amore e conoscenza*, Morcelliana, Brescia, 2009.
- Schore A.N. (2000), *Attachment and the regulation of the right brain*, Attachment and Human Development, 2 (1), pp. 23-47.
- Searles H. F. (1986), *Il paziente borderline*, Boringhieri, Torino 1988.
- Singer T. e Frith C. (2005), *The painful side of empathy*, Nature Neuroscience, 8, pp. 845-846.
- Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. (1997), *I disturbi della regolazione affettiva*, Fioriti, Roma, 2000.
- Vigna F. (2010), *Mystice vedere*, in Vigna F. (a cura di), *Jung e le immagini*, pp. 69-96, Moretti & Vitali, Bergamo, 2010.
- Vigna F. e Favole A. (a cura di), *Riconessioni. Dall'alessitimia all'Anima*, Moretti & Vitali, Bergamo, 2011.
- Westen D., *Implications of developments in cognitive neuroscience for psychoanalytic psychotherapy*, in Harvard Review of Psychiatry, 10, pp. 369-373.