

**Rossana Franceschini, Domenico Arturo Nesci.**  
**Gli agiti in rapporto al setting:**  
**elementi di rottura o di trasformazione?**

### **Introduzione**

Abbiamo pensato di presentare un frammento di una psicoterapia ancora in corso perché ha offerto, in un seminario clinico, lo spunto per riflettere su alcuni elementi del setting psicoanalitico, un tema che studiamo ormai da molti anni ed intorno al quale si sono riuniti i fondatori della nostra Scuola Internazionale di Psicoterapia nel Setting Istituzionale. L'approccio transculturale, infatti, legato al fatto di concepire la psicoterapia psicoanalitica come qualcosa che si costruisce nell'incontro di mondi interni ed esterni diversi, di cui paziente e terapeuta sono solo due dei vertici, porta inevitabilmente a considerare nel gioco delle fantasie e delle dinamiche inconsce che si attivano nel rituale della seduta un terzo che è troppo spesso sconosciuto: l'istituzione della cura (ivi compreso lo studio "privato"). Le cose che avvengono nel setting istituzionale (ed a cui abbiamo fatto inizialmente più attenzione perché ci trovavamo a lavorare psicoterapeuticamente nelle istituzioni "pubbliche" con un approccio psicoanalitico) e che sembrano sempre, trasgressive, negative, un disturbo nella relazione analitica piuttosto che un'occasione preziosa di elaborazione trasformativa. Del resto il transfert era stato considerato da Freud stesso, all'inizio della Psicoanalisi, come un ostacolo, per rivelarsi solo dopo, paradossalmente, l'elemento centrale della cura...

Presenteremo prima alcuni dati della storia della paziente, poi un frammento della terapia, infine alcune riflessioni sugli agiti nel setting. Tutto il lavoro è scritto in prima persona da uno di noi, perché tratto direttamente, dagli appunti delle sedute e dalle riflessioni successive.

### **Momenti di una storia**

Sandra, 30 anni, arriva nel mio studio dicendo di aver avuto il mio nominativo da una mia ex paziente. E' una donna minuta, coi capelli biondi, di un biondo non artificiale, e con grandi occhi pieni di pianto e di paura. È laureata in qualcosa che non le interessa, ma, avrebbe tanto desiderato studiare lingue. Ha vissuto in un paesino del centro Italia fino a quando si è trasferita nella città dove abita da circa tre anni, condividendo un appartamento in affitto con un'altra ragazza. Lavora e studia, perché nel frattempo ha deciso di iscriversi a quella facoltà di lingue che non ha potuto frequentare allora.

È l'ultima di tre figli: il primogenito maschio, che è di sei anni più grande di lei, verso i vent'anni ha iniziato a manifestare i primi disturbi psichici, e da allora si è sempre più aggravato fino a divenire un malato psichiatrico cronico.

Sandra racconta che la innervosiva molto il comportamento di questo fratello che esercitava una sorta di potere decisionale su tutto quello che avveniva in casa: ad esempio *"... si stava avvicinando il Natale ma non c'era verso di poter fare l'albero finché mio fratello non si decideva ad andarlo a prendere. L'albero era suo e tutti dovevamo aspettare che ci facesse questa concessione; non permetteva a noi di fare quello che lui non voleva fare..."*.

Con il secondo fratello maschio, di 18 mesi più grande di lei, Sandra ricorda qualche episodio di gioco condiviso; sposato e separato diventerà, durante la terapia di Sandra, padre di un bambino avuto dalla sua attuale compagna.

Sandra racconta che la sua nascita è stata frutto di un “errore”, anche se dice di essersi sentita accolta. Non ricorda quasi nulla della sua infanzia se non pochi episodi; descrive se stessa come una bambina molto silenziosa: “*mi estraniavo spesso da tutto ciò che avveniva attorno a me, a scuola andavo bene ma temevo una bambina che era capace di grandi cattiverie soprattutto con quelli più deboli*”.

In età adolescenziale, in concomitanza con il menarca, manifesta una grave alopecia che interessa solo la metà sinistra della testa, sopracciglio e ciglia compresi. Questa cosa preoccupa molto la madre che si attiva portandola da un dermatologo. L’alopecia si ripresenterà in modo più lieve a circa metà del percorso universitario.

Ha attualmente dei problemi con la tiroide (ipertiroidismo?) ed è in cura farmacologica da un endocrinologo.

Sua madre è una moglie bambina: si è sposata a soli 17 anni e a vent’anni ha avuto il suo primo figlio. Ha fatto la casalinga per lungo tempo, poi quando i figli erano ormai grandi ha incominciato a lavorare. Di lei Sandra dice che è una donna con grandi capacità nel sobbarcarsi carichi molto pesanti; per questo le è molto legata, ma non vorrebbe fare la sua stessa fine.

Il padre di Sandra è di undici anni più grande della moglie. Lei lo descrive come un uomo buono con saldi principi morali, ma molto schematico: incapace di manifestare pensieri e sentimenti, vive chiuso dentro il suo mondo. Attualmente è in pensione.

Con il padre Sandra si muove con cautela: “*non volevo innervosirlo, creargli fastidi*”; questo atteggiamento è molto simile a quello che adotta con la madre: “*non potevo caricarla anche dei miei problemi*”. Riconosce molti tratti del suo carattere come somiglianti a quelli del padre: la chiusura, il non manifestare i sentimenti perché cosa esclusivamente sua, il mantenere fede oltre misura a quelli che sono i suoi ideali finendo per essere rigida.

Della coppia genitoriale, solo molto tempo dopo dall’inizio della terapia, dirà: “*Non erano fatti l’uno per l’altra... non avrebbero dovuto sposarsi*”.

Ci sono poi la bisnonna e la nonna materna che vivono nello stesso paese, ma in un’altra casa: figure affettivamente molto importanti per Sandra poiché con loro ha passato gran parte della sua infanzia; nella casa delle nonne si è rifugiata ogni qual volta si è presentato un problema, una tensione; questo nel corso della terapia si vedrà che accadeva spesso.

C’è anche una zia paterna, definita da Sandra benevolmente “*strana*”, che vive da sola anche lei nello stesso paese; anche lei manifesta disturbi psichiatrici.

Dopo pochi mesi che si è trasferita in città per lavoro, Sandra incontra un giovane (Sergio) in una discoteca; dopo quella sera lui la cerca e cominciano a frequentarsi. È un brutto periodo per lui perché suo padre è malato di cancro e dopo poco tempo morirà. In seguito a questo decesso, Sandra farà da supporto a Sergio che vive molto male questa perdita.

Sergio vive con la madre, con la quale dopo la morte del padre si acuiscono i conflitti; la madre infatti cade in una depressione post-lutto divenendo lamentosa e molto richiedente.

Sergio ha un fratello più grande di lui che vive fuori casa.

Quando Sandra si rivolge a me ha appena interrotto la relazione con Sergio che durava da oltre due anni, una relazione molto coinvolgente e nella quale aveva molto investito. L’interruzione è avvenuta a seguito della scoperta che lui aveva una relazione parallela con un’altra donna, pur avendola sempre negata.

Sergio chiede a Sandra un periodo di pausa perché dice di sentirsi troppo soffocato da lei, ma non ammette di avere un’altra storia, nonostante le numerose e inequivocabili tracce lasciate visibilmente sotto gli occhi di lei.

Quando vedo la paziente per la prima volta avverto subito in lei una grande, una smisurata sofferenza, un vissuto di abbandono che va ben oltre quell’abbandono che ha appena subito. Sandra lamenta gravi difficoltà nell’elaborare questa separazione: si sente

fortemente depressa, in preda a crisi di annientamento che le impediscono di svolgere le normali attività quotidiane e lavorative.

Incominciamo una psicoterapia al ritmo di una seduta alla settimana. Dopo circa un anno di lavoro, la terapia si è sbloccata in modo significativo a seguito di una serie di agiti: una forzatura del setting da parte di una paziente nell'ora precedente (che ha sconfinato, senza che io riuscissi a contenerla, per cui poi ha visto Sandra arrivare nel pianerottolo per iniziare la sua seduta), poi una sua assenza, seguita da una mia assenza: agiti che sono stati successivamente elaborati dando così l'avvio ad importanti trasformazioni che sono ancora in corso e che non potranno essere tutte discusse in questa sede. Il testo che qui segue è tratto infatti solo dagli appunti della seduta in cui si è avviata l'analisi di questa serie di agiti.

### **Un frammento della psicoterapia**

È mancata per 15 giorni a causa di una mia impossibilità: *“mentre venivo qui mi sono resa conto che sono piena di rabbia, e che mi faccio tutta una serie di fantasie, una sorta di film (mi stupisce i due termini che usa – film-fantasia - mai usati prima ) dove io mi trovo in determinate situazioni in cui posso dare sfogo alla mia rabbia.”* (Io penso che è arrabbiata per la mancata seduta...)

#### **“Fantasie... Come sono, puoi spiegarti meglio?”**

Sandra mette su una scena avente come personaggi Sergio, o la madre di Sergio, o una qualche persona verso cui ha antipatia; costruisce una situazione in cui lei può arrabbiarsi perché, dice, *“lì i confini sono netti, so che io ho ragione, non mi metto in discussione come faccio nella realtà, dove mi domando sempre se ho sentito giusto o se l'altro si è comportato così è forse... trovo sempre tante giustificazioni per non arrabbiarmi; nelle fantasie che mi faccio lì, sì, posso arrabbiarmi... non che questo mi serva a scaricarla, magari la rabbia c'è sempre, forse un po' attenuata; mi chiedevo che senso avessero tutte queste fantasie visto che, se le assecondo troppo, mi trovo al punto di prima, forse con ancora più rabbia...”* (elementi beta).

Questa cosa è abbastanza nuova per Sandra in quanto è sempre molto controllata nelle emozioni; dice: *“sono un fatto privato, non mi va di farle vedere”*. Questo suo tanto parlare di rabbia mi fa pensare che l'annullamento della seduta da parte mia lo ha vissuto come un toglierle lo spazio allo stesso modo di come non c'era spazio in casa sua, a causa della malattia del fratello per lunghi anni negata non solo da lei - che si arrabbiava con lui - ma anche da tutta la sua famiglia; il fratello è colui che agisce ed amplifica le emozioni negate da tutto il nucleo familiare, *“il matto, quello a cui tutto è permesso”*.

La madre di Sergio è una delle sue fantasie: vorrebbe dirle quanto si è stancata delle sue lamentele e di come cerca di tirarcela sempre dentro, invece di vedersela con suo figlio; parla poi di come non sia riuscita a sfogare la sua rabbia con Sergio quando questi l'ha tradita e ha rotto con lei: *“avrei voluto menarlo, colpirlo, fargli male fisicamente... invece... sono arrabbiata anche con me stessa per non essere stata capace... temevo che la situazione non fosse favorevole, che potesse arrivare sua madre, che...”*

Sento che è veramente piena di rabbia, una rabbia che riempie il campo in una maniera totale mai manifestata così prima d'ora. Immagino Sandra in casa sua, troppo piena di emozioni tutte agite dal fratello malato e quindi inagibili per tutti gli altri membri della famiglia.

#### **“Sento la tua rabbia... una rabbia antica... è molto difficile poter esprimere la rabbia quando non c'è uno spazio che possa contenerla”.**

*“Sì, in realtà l'unico verso il quale provavo e indirizzavo la rabbia era mio fratello: mi faceva tanto arrabbiare il suo modo di fare e tutti a giustificarlo (per lungo tempo S. stessa*

*ha negato la malattia del fratello). Ero arrabbiata con tutta quella situazione che mi impediva di fare la scelte che volevo, ed anche le scelte che ho fatto sono state condizionate dal clima che c'era in casa. Alcune volte ho provato a tirarla fuori, mi sono spaventata (c'è la paura inconscia di impazzire come suo fratello...) Le poche volte che sono riuscita ad arrabbiarmi, come quella volta in ufficio con un utente che mi aggrediva, al quale ho risposto con tanta rabbia... poi mi sono detta che potevo dirle le cose in altro modo... ma non mi sono più controllata... poi mi sono sentita in colpa... Con le persone che amo mi riesce impossibile... penso alla mie amiche più intime: mai litigato con loro e sì che di motivi ce ne sono stati! In casa non potevo manifestare le emozioni, nessuno lo faceva e tanto meno la rabbia... come potevo caricarla anche di questo (riferendosi alla madre).”*

*Sandra riesce ad esprimere la rabbia poche volte e mai con le persone con cui ha una relazione affettiva:*

**“Hai paura che la tua rabbia possa distruggere, rovinare per sempre un rapporto... perderlo, così che ti ritrovi sola”.**

Ascolta in silenzio e sento che questo silenzio prepara uno spazio, anche se sento ancora la sua rabbia e aggiungo:

**“Mi sembra che tu sei arrabbiata anche con me”.**

Assume una espressione che è un misto di sorpresa e nello stesso tempo di imbarazzo: dice dapprima che io no, non le do motivo per suscitare rabbia; poi di seguito aggiunge: *“ci sono stati momenti durante alcune sedute... quando uscivo era come se avessi portato via... poco... poi ci sono state quelle volte che la paziente prima di me è uscita più tardi; prima mi sono detta può capitare non è successo niente di importante, poi quando è successo di nuovo ho sentito rabbia verso di te e verso quell'altra... Quello era il mio spazio... non doveva prenderlo, non dovevi permetterlo...”* Dice tutto questo con una emozione tale che sembra come se si dimenasse tra un'urgenza di buttare fuori queste cose e nello stesso tempo un terrore per l'effetto che potrebbero produrre su di me.

Mi ricordo molto bene dell'accaduto: una paziente prima di lei aveva forzato il setting; nonostante il mio sollecito si era attardata sulla soglia della porta “rubando” alcuni minuti alla seduta di Sandra.

La ascolto con molta attenzione e mi commuove come per la prima volta dopo tanto tempo riesca a dire in questo modo così intenso quanto per lei sia importante la psicoterapia.

Glielo esplicito e dico che questa sua rabbia mi conferma quanto prezioso sia per lei questo spazio che abbiamo costruito insieme e di come per lei sia doloroso che qualcuno glielo porti via.

Sandra si mette a piangere: è un pianto liberatorio; mentre le lacrime scendono, sulle sue labbra c'è un sorriso dolcissimo.

Mi racconta poi tre sogni:

- 1) *“Ho un appuntamento in una città costiera con Sergio, ma sbaglio strada, mi trovo in cima ad una montagna, e dico: comunque è bello qui; poi uno della Finanza si preoccupa di accompagnarmi per la giusta direzione”.*
- 2) *“C'è una vecchia sulla sedia a rotelle sola, mi chiedo come mai l'hanno abbandonata tutta sola, forse è la mia bisnonna”.*
- 3) *Sorridendo soddisfatta... “mi ritrovo con uno spiedino in mano, ma non di carne, di verdura; mangio con gusto e lascio che l'olio mi inondi la bocca”.*

La sequenza dei tre sogni riproduce un movimento in evoluzione: si concede di mancare ad un appuntamento, ma l'allontanamento produce inaspettate sorprese (“è comunque bello qui”), il ritorno con la paura di essere abbandonata, (che effetto produrrà la rabbia?) come la vecchia sulla sedia a rotelle, incapace cioè di muoversi da sola; la capacità di digerire grazie all'olio con cui sono condite le interpretazioni/spiedini (reverie), la capacità di provare gusto senza dover inghiottire un boccone crudo.

L'ultimo sogno vegetariano è il terzo di un trittico di sogni alimentari che si sono susseguiti in diverse fasi della terapia:  
nel primo Sandra addenta un pezzo di carne; la carne è cruda e sanguinolenta, e per questo ingoia il boccone con un senso di schifo e ribrezzo;  
nel secondo ha una coscia di pollo in mano; dopo averla addentata si accorge che forse non è ben cotta, poi ci ripensa e si dice ma sì, si può anche mangiare;  
nel terzo compare lo spiedino di verdure che mangia con gusto, lasciando che l'olio le coli in bocca.

## Agire e setting

Il termine *agieren*, di origine latina, compare più volte in Freud come verbo o sostantivo, ma non è corrente nella lingua tedesca, in quanto per parlare di azione, di agire, il tedesco utilizza piuttosto termini come *die Tat, tun, die Wirkung*, ecc.

*Agieren* è usato da Freud in senso transitivo al pari del termine della stessa radice *Abreagieren* (da cui l'abreazione). Nell'agire si tratta di "mettere in atto" pulsioni, fantasie, desideri ecc. (Laplanche e Pontalis, 1993).

È del 1913-14 il lavoro "Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi" dove, nel paragrafo "ricordare, ripetere e rielaborare", il concetto di coazione viene ampliato.

Freud comunica le trasformazioni apportate alla tecnica psicoanalitica: dalla cura catartica di Breuer alle libere associazioni, dall'atteggiamento critico dei pazienti nei confronti delle stesse al riconoscimento delle resistenze ed alla loro possibile soluzione attraverso il ritorno del ricordo.

A questo riguardo dice: "L'analizzato non ricorda assolutamente nulla degli elementi che ha dimenticato e rimosso, egli piuttosto li mette in atto, li ripete, ovviamente senza rendersene conto. Il paziente non si libererà, finché rimane in trattamento, da questa coazione a ripetere e alla fine ci si rende conto che proprio questo è il suo modo di ricordare".

"Dapprima, nella fase della catarsi di Breuer, si trattava di mettere a fuoco il fattore di formazione del sintomo e, per conseguenza, di agire tenacemente per indurre i pazienti a riprodurre i processi psichici di quella situazione, al fine di orientarli verso la scarica grazie all'attività cosciente. Far ricordare e far abreagire erano allora le mete che ci proponevamo di raggiungere con l'aiuto dello stato ipnotico. Subito dopo, con la rinuncia all'ipnosi, ci si impose il compito di scoprire, attraverso le associazioni libere dell'analizzando, ciò che egli non riusciva a ricordare".

*Agieren* è quasi sempre accoppiato con *erinnern* (ricordare), e i due termini si contrappongono come due modi di far ritornare il passato nel presente.

Questa contrapposizione è apparsa manifesta a Freud (1914) soprattutto nella cura, ed è per lo più alla ripetizione nel transfert che egli si riferisce quando parla dell'agire: "Egli riproduce quegli elementi non sotto forma di ricordi, ma sotto forma di azioni; li ripete, ovviamente senza rendersene conto" (pag. 355-356)

Ma l'"agire" va al di là del transfert propriamente detto: "Dobbiamo perciò rassegnarci a che l'analizzato soggiaccia alla coazione a ripetere (che ora sostituisce l'impulso a ricordare) non soltanto nei suoi rapporti personali col medico, ma anche in tutte le altre attuali attività e relazioni della vita: come ad esempio quando egli durante la cura sceglie un oggetto sessuale, si assume un compito o dà corso a una iniziativa... Quanto maggiore è la resistenza, tanto maggiore è la misura in cui il ricordo viene sostituito dal mettere in atto" (ripetere) (pag.356-357).

Nello stesso lavoro Freud dice che "L'ideale, quanto al ricordo delle cose dimenticate, si ha quindi nell'ipnosi, stato in cui la resistenza è completamente messa da parte... Il ricordare a cui i pazienti erano indotti durante l'ipnosi non poteva che suscitare l'impressione di un esperimento di laboratorio. Il ripetere a cui essi sono indotti durante il trattamento analitico secondo la tecnica più recente significa evocare un pezzo di vita vissuta, e non può quindi essere sempre una faccenda pacifica e scevra di pericoli. A ciò si connette tutto il problema dello spesso inevitabile

peggioramento durante la cura... Per lui (il medico) lo scopo rimane il ricordo secondo la vecchia maniera, la riproduzione sul terreno psichico; e a questo scopo egli deve restare fedele anche se sa che esso con la nuova tecnica non può essere raggiunto. Egli si accinge a un permanente conflitto col paziente per trattenere entro il campo psichico tutti gli impulsi che quegli vorrebbe avviare nel campo motorio, e saluta come una vittoria della cura tutti quei casi in cui è possibile liquidare attraverso un'attività mnestica ciò che il paziente vorrebbe scaricare in un'azione... Tuttavia il mezzo principale per domare la coazione a ripetere del paziente, e riuscire a trasformarla in un motivo che stimoli il ricordo, è dato dal modo in cui è impiegata la traslazione”.

Freud raccomanda di collocare la coazione a ripete all'interno del transfert per evitare che ripresentandosi al di fuori della situazione analitica produca danni al paziente, la “traslazione come palestra in cui le è concesso di espandersi in una libertà quasi assoluta...”

Egli mette in relazione il transfert con la coazione a ripetere; il transfert stesso si pone come ripetizione, come agito, che non attiene al dominio del pensato e alla sfera dei processi di simbolizzazione e che necessita di una trasformazione dell'agire nel ricordare e dell'impulso alla azione in riflessione.

Il transfert può essere considerato come un fenomeno affettivo naturale che si verifica in modo autonomo ogni qual volta un soggetto incontra un oggetto; esso dimostra l'inevitabilità della realtà interna nell'intersecare e determinare la realtà esterna.

Nella situazione analitica esso è prodotto dalla seduta ed è elettivamente l'oggetto dell'interpretazione: il transfert coglie e ripropone in una nuova scena e in un nuovo setting, attraverso la catena associativa, il processo di simbolizzazione carico di elementi sospesi ed insaturi, cercando un'altra mente capace di sperimentarli.

Il concetto di coazione a ripetere rivestirà una grande importanza nella successiva teoria freudiana delle pulsioni: essa sarà utilizzata da Freud in senso clinico nello scritto “Il perturbante” del 1919, ma soprattutto costituirà il fondamento teorico del paragrafo 3 dell'opera “Al di là del principio del piacere” del 1920.

Ne “Il perturbante” Freud descrive “il perpetuo ritorno dell'uguale” per indicare l'identificazione di un soggetto con un'altra persona, il sosia, fino al punto di un “raddoppiamento” dell'Io, di una permuta dell'Io.

Ne “Al di là de principio del piacere” Freud modifica l'assunto secondo il quale le pulsioni sono dominate e guidate solo dal principio del piacere. “Nella vita psichica agisce una coazione a ripetere indipendente dal principio del piacere”.

Il problema sollevato dall'agire, che si mette al posto del ricordo, pone Freud in una sorta di empassé, e questo lo costringerà ad una revisione profonda; da ciò il cambiamento dalla prima alla seconda topica e la seconda teoria delle pulsioni.

I moti pulsionali che costituiscono l'Es e che tendono alla scarica fanno sì che l'agire diventi il centro di questa nuova prospettiva teorica: l'agire si impone sempre di più come riferimento per comprendere come il paziente funziona e come questi preferisca percorrere questa via di scarica piuttosto che seguire l'elaborazione con il ricordo.

La pulsione è per Freud il fondamento dell'apparato psichico.

Il concetto stesso di narcisismo nel 1914, poggia sul fatto che la distinzione che opponeva le pulsioni di autoconservazione a quelle sessuali diventa insufficiente, e per questo si passa alla seconda teoria delle pulsioni nel periodo che va dal 1913 al 1920 in cui Freud opporrà le pulsioni dell'Io alle pulsioni oggettuali.

Alla luce della teoria freudiana del narcisismo possiamo porre il desiderio dell'Io di autorappresentarsi come il primario desiderio, l'agire diventa pertanto e un appagamento di un desiderio che si esplicita nel muoversi verso e per l'altro, e contemporaneamente il tentativo di costruirsi come forma psichica.

Posto in questi termini l'agito non è solo visto come effrazione, come fallimento, ma come il tentativo ultimo di costruire una forma laddove manca ogni qualsivoglia capacità di

metabolizzazione attraverso la funzione alfa, così come dice Bion, delle esperienze sensoriali ed emozionali.

Nella situazione analitica, paziente e analista, pur privilegiando il pensiero, molto difficilmente riescono a sospendere completamente il loro agire; è importante che questo agire venga recuperato per diventare oggetto di interpretazione alla pari dei sogni e dei pensieri; così facendo si attinge ad un serbatoio prezioso che lungi dall'essere letto solo in negativo, come attacco al setting, diventa insieme alla ri-costituzione del setting un motivo in più per attribuire ulteriori ed arricchenti significati transferali e controtransferali.

André Green ne "Idee per una psicoanalisi contemporanea" si pone il problema della cornice analitica (setting) che viene così fortemente modificata nella situazione della psicoterapia (la frequenza delle sedute, il vis a vis, ecc.): "Se la cura psicoanalitica permette la messa in opera della cornice che si "incarna" in tale occasione, la cornice non è comunque assente dalla relazione psicoterapeutica... In psicoterapia, l'assenza di una cornice analoga a quella della psicoanalisi obbliga l'analista a rifarsi a una cornice interna. Ossia alla cornice che ha internalizzato nel corso della propria analisi e che, anche se assente dal lavoro analitico in psicoterapia, è nondimeno presente nell'animo dell'analista, e fissa il limite delle variazioni autorizzate, riferendolo alla salvaguardia delle condizioni necessarie al proseguo degli scambi ecc. Questa nozione di cornice interna è un'acquisizione essenziale dell'analisi didattica che deve dunque badare a un grande rigore, affinché il processo d'internalizzazione si compia".

Successivamente, mettendo a confronto psicoanalisi e psicoterapia, afferma l'importanza di studiare il setting della psicoterapia:

"Quel che credo importante è non considerare il sapere abbastanza codificato della cura classica come il solo sapere certo, in rapporto a ciò che resta, in gran parte, un continente nero, quello scoperto dalla psicoterapia. Anziché essere ignorato per via della mancanza di una mappa utile ad avventurarsi in regioni sconosciute, occorre al contrario lanciarsi alla scoperta di quei territori, così poco o mal esplorati, per farvi valere i diritti dell'analisi".

## Conclusioni

Il frammento clinico che abbiamo presentato ben si presta per dare una diversa lettura degli agiti all'interno del setting di una psicoterapia. Partendo proprio dalla traduzione dello stesso termine freudiano "*agieren*" si possono intendere gli agiti come elementi preziosi, di grande ricchezza comunicativa, piuttosto che come attacchi al setting; così come, d'altro canto, avviene nelle psicoterapie con bambini o con pazienti gravi dove l'agito più che atto di effrazione o di scardinamento del setting assume piuttosto la valenza di un urgente atto di comunicazione.

Questo punto di vista presuppone peraltro un atteggiamento diverso da parte del terapeuta: essere capace di riconoscere la propria tollerabilità alle rotture del setting, sia esterno che interno, questo ultimo inteso come l'"assetto mentale dell'analista, assetto continuamente disturbato e continuamente ritrovato" (Ferro, 1996).

## Bibliografia.

Baranger M., Baranger W.: "La situazione psicoanalitica come campo dinamico", (1961-62). In, "La situazione psicoanalitica come campo bipersonale", Cortina, Milano, 1990.

Bion W.: "Apprendere dall'esperienza" (1963), Armando, Roma, 1973.

Ferro A.: "Nella stanza d'analisi", Cortina, Milano, 1996.

Freud S.: “Introduzione al narcisismo” (1914) Biblioteca Bollati Boringhieri, Torino, 1976.

Freud S.: “Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi. Ricordare, ripetere, rielaborare”(1913-1914) in “Opere”, vol VII, Boringhieri, Torino, 1989.

Freud S. : “Metapsicologia” (1915) in “Opere”, vol. VIII, Boringhieri, Torino, 1976.

Freud S.: “Il perturbante”(1919) in “Opere”, vol.IX, Boringhieri, Torino, 1977.

Freud S.: “Al di là del principio del piacere” (1920) in “ Opere” vol. IX, Boringhieri, Torino, 1977.

Green A.: ”Idee per una psicoanalisi contemporanea” (2002), Raffaello Cortina, Milano,2004.

Grinberg L. Sor D. Tabak de Bianchedi E.:“Introduzione al pensiero di Bion”(1991), Cortina, Milano, 1993.

Laplanche e Pontalis: “Enciclopedia della psicoanalisi”, Editori Laterza, 1993.

Semi A. A.: “Trattato di psicoanalisi”, Cortina, Milano, 1989.