

Indice

Prefazione di <i>Virginia Giannotti, Margherita Rossi</i>	11
--	----

Introduzione di <i>Vincenzo Bonaminio</i>	17
--	----

PRIMA PARTE

Fondamenti teorici ed evoluzione di un modello attraverso la clinica:
il pendolo tra intrapsichico e relazionale

Capitolo primo

Un cantiere per la psicoanalisi applicata all'infanzia: leggere Winnicott con Andreas Giannakoulas di <i>Teresa Iole Carratelli</i>	27
--	----

Capitolo secondo

La psicoterapia psicoanalitica breve per i bambini. Ipotesi per un modello teorico ed esperienza clinica in età di latenza (1988) di <i>Vincenzo Bonaminio, Teresa Iole Carratelli</i>	43
---	----

Capitolo terzo

Il problema dell'agire come "focus" in una terapia breve (1986) di <i>Giuliana Bruno, Cinzia Lucantoni</i>	69
---	----

Capitolo quarto

Ulteriori riflessioni sulla metodologia del "focus" nella psicoterapia psicoanalitica breve e focale con i bambini in età di latenza (1997) di <i>Teresa Iole Carratelli, Cinzia Lucantoni</i>	87
---	----

Capitolo quinto

La difficile impresa del <i>to get the gist of it</i>: il contributo di Winnicott alla <i>short-therapy</i> con i piccoli pazienti e con i loro genitori di <i>Teresa Iole Carratelli, Lara Lucchetti</i>	99
--	----

Capitolo sesto

Pensieri e ipotesi a partire da una consultazione con il genitore di un bambino in latenza a rischio di inibizione intellettiva di *Livia Tabanelli* 117

Capitolo settimo

Riavvicinarsi senza confondersi. Un percorso di psicoterapia breve di un nucleo familiare di *Valeria D'Angelo, Alexandro Fortunato* 127

SECONDA PARTE

Le psicoterapie brevi “a posteriori”: riflessioni sulle “interruzioni”
nella *full psychoterapy* dei bambini, con particolare riferimento
al *counselling* parallelo con i genitori

Capitolo ottavo

Il lavoro dello psicoterapeuta tra tempo materno e tempo paterno
di *Lara Lucchetti, Lucia Viviana Massaro* 149

Capitolo nono

Il lavoro di counselling genitoriale nelle terapie di sostegno allo sviluppo brevi e senza limiti di tempo di *Giulia Bonaminio, Maria Brando Manrique* 159

Capitolo decimo

Figli e figliastri. Quale posto per la consultazione psicodinamica? di *Cinzia Schiappa* 171

Capitolo undicesimo

Il campanello che suona alla fine: predittore di separazione o di interruzione? di *Francesca De Vita* 185

Capitolo dodicesimo

Sotto la coperta di *Eleonora Di Lucia* 203

Capitolo tredicesimo

Dall'affido alla “diffida”, dalla separazione traumatica al trauma della separazione di *Michela Marzuillo* 215

Capitolo quattordicesimo

Ludovica e le “sue” paure: Un viaggio interrotto, circumnavigando territori estranei ed esterni dell’Edipo personale e familiare di *Maria Teresa Servidio*

233

TERZA PARTE

La psicoterapia breve e focale nei diversi contesti: pubblici e privati

Capitolo quindicesimo

La psicoterapia breve nel lavoro istituzionale e la funzione del supervisore psicoanaliticamente orientato di *Teresa Iole Carratelli, Anna Maria Lanza*

253

Capitolo sedicesimo

“Si impara anche quando si perde”. La diagnosi in funzione di una psicoterapia psicoanalitica breve e focale di *Teresa Iole Carratelli, Giuseppe Di Cicilia*

275

Capitolo diciassettesimo

Qualcosa di più di un paio di grucce...: la psicoterapia “breve e focale” di Clio di *Teresa Iole Carratelli, Olivia Spinola*

291

Capitolo diciottesimo

Quel frisbee che ci separa e ci unisce: tra il ricordare e il rimembrare, rammendando di *Lara Lucchetti*

325

Capitolo diciannovesimo

Pensare e ripensare oggi la psicoterapia psicoanalitica “breve e focale” con bambini in età di latenza e i loro genitori di *Teresa Iole Carratelli, Lara Lucchetti, Lucia Viviana Massaro*

343

Postfazione

Ascoltare una ricerca clinica tra passato, presente e futuro di *Annita Gallina*

353

Bibliografia

359

Indice degli Autori e Collaboratori

369

Introduzione

di Vincenzo Bonaminio

Winnicott e la psicoterapia *on demand*

Sarebbe una grave omissione non considerare che Winnicott – un autore che oltre a una grande quantità di analisi condotte con cinque sedute alla settimana, ha anche utilizzato tutte le frequenze che il caso gli suggeriva – abbia lavorato intensamente con lo strumento della psicoterapia breve, anche se non ha mai usato questa dizione.

Chiarisce con decisione, nelle prime pagine di *The Piggie* (1977), che preferisce la dizione “*psychotherapy on demand*” sia rispetto alle cinque sedute alla settimana sia alla seduta unisettimanale, che Winnicott ritiene un *compromesso di dubbia efficacia*: un compromesso sterile. A suo avviso, la psicoterapia una volta alla settimana previene la possibilità di fare un lavoro clinico approfondito.

Sembrerebbe un paradosso bizzarro, ma chi conosce intrinsecamente gli scritti di Winnicott sa che le sue affermazioni sono sempre basate su una profonda esperienza clinica e su una convinzione che il suo metodo è terapeutico.

Sempre riguardo a Winnicott, che usava la “terapia breve” nella forma che lui preferiva, cioè *on demand*, non si può non tenere in considerazione quella fonte incredibile di casi raccolta nel libro *Consultations in Child Psychiatry* (1971) – tradotto in italiano con il titolo *Colloqui terapeutici con i bambini*.

Essendomi interessato della psicoterapia breve con un accurato vaglio della letteratura specifica, mobilitato dall’interesse clinico di questa applicazione della psicoanalisi per lunghi anni presso l’Ospedale Diurno dell’Istituto di Neuropsichiatria Infantile della “Sapienza” Università di Roma e in seguito talvolta anche nel lavoro privato, non ho trovato, se non rarissimamente, in termini di recensioni o di menzioni, quel riferimento che mi aspettavo a questa eccezionale raccolta di casi clinici non brevi, ma brevissimi.

È doveroso menzionare, in proposito, l’interessante lavoro di Antonella Gritti, nostra collega didatta dell’IW-Istituto Winnicott, che è riuscita a cogliere il senso del lavoro clinico di Winnicott di una o due sedute settimanali con piccoli pazienti, trovando una *traccia continua* in quella moltitudine di casi che lui ha trattato e raccolto in quel volume. Nel suo lavoro *Due intorno ad una traccia*

(2023), l'autrice fa vedere chiaramente come da un segno, da uno scarabocchio, uno *squiggle*, nasce un disegno, un'immagine, una *rappresentazione* che dà esistenza al nodo centrale del motivo della consultazione terapeutica.

Nella psicoanalisi contemporanea giustamente si dà un gran rilievo all'esperienza analitica che permette al paziente di approdare alla capacità di *rappresentazione*. Questa dimensione viene accentuata come un tratto innovativo e saliente del processo psicoanalitico, senza tener conto che Winnicott l'aveva già intuuta – sulla traccia del pensiero freudiano – nelle sue psicoterapie con bambini e adolescenti tramite lo *squiggle*. Certo, come dice Pontalis (1977), “chi avrebbe voluto perdersi una ‘partita’ a squiggle con Winnicott?”.

Intendo sottolineare che questo volume di Teresa Carratelli è permeato praticamente dal pensiero e dal lavoro clinico di Winnicott, dalla sua unica e originale *re-invenzione* della psicoanalisi, pur rimanendo nell'ambito della tradizione classica, quella che oggi si chiama *mainstream*.

In questo prezioso libro, Winnicott è sempre presente sia quando viene citato apertamente sia quando non è menzionato.

Il merito di Teresa Carratelli è stato quello di aver portato avanti, insieme a me, in modo instancabile con la sua caratteristica capacità di lavoro e di intuito clinico, sia come neuropsichiatra infantile che come psicoanalista, questa particolare attività della psicoterapia breve che risulta non solo necessaria per coprire quelle aree della popolazione infantile che non possono accedere ad una terapia intensiva e quindi lunga, ma soprattutto perché questo metodo ha un suo valore intrinseco.

Freud e il puro oro dell'analisi e il bronzo della psicoterapia

In *Vie della terapia psicoanalitica* (1918), al Congresso di Budapest, Freud sostenne che «l'applicazione su vasta scala della nostra terapia ci obbligherà a legare in larga misura *il puro oro dell'analisi* con *il bronzo* della suggestione [...]. Ma quale che sia la forza che assumerà questa psicoterapia per il popolo, quali che siano gli elementi che la costituiranno, è sicuro che le sue componenti più efficaci e significative resteranno quelle mutate dalla psicoanalisi rigorosa e aliena da ogni partito preso» (p. 28).

Addirittura, come nota Giovanna Goretti (2001), già nove anni prima nel congresso di Norimberga, Freud aveva messo in discussione l'eccessiva rigidità del suo metodo delle libere associazioni – una rigidità che contrastava con il termine della *libertà di pensiero* che veniva promossa nel paziente – dicendo che il metodo originario era troppo pressante nei confronti dell'analizzando e che bisognava

adottare una modalità più *friendly* (Freud usa proprio questo termine inglese, con buona pace degli autori che negli anni '90 e 2000 criticavano la sua supposta rigidità e neutralità!).

Dunque la libera associazione viene ulteriormente *liberata* da Freud stesso già nel 1910 e diventa veramente un libero vagare del paziente che offre le sue associazioni all'analista.

Bollas, Green, Ogden hanno sottolineato questa *liberazione* contemporanea della libera associazione.

In conclusione, chi più di Winnicott ha liberato la libera associazione da una metodologia troppo rigida?

Come ho detto più sopra, l'affermazione di Freud sottolinea *solo apparentemente* un aspetto pessimistico delle prospettive della psicoanalisi in qualche modo contrario all'entusiasmo freudiano dei primi anni.

Quello che spero qui di seguito di mettere in evidenza – e naturalmente da un punto di vista approssimativo e del tutto soggettivo (non posso dilungarmi in questo contesto in un'analisi più dettagliata dei luoghi dell'opera di Freud) – è che si può affermare che l'entusiasmo di Freud per lo strumento terapeutico costituito dalla psicoanalisi nello studio e nella terapia dell'isteria proseguì – e con difficoltà e tormenti perché la materia si faceva sempre più complessa – con i pazienti che accedevano alla stanza d'analisi e che erano sempre più gravi e non corrispondevano più al modello metapsicologico basato sulla *rimozione* che era quello dell'isteria.

Per non parlare della progressiva nascita ed espansione della psicoanalisi dei bambini, ai suoi esordi guardata con sospetto e sufficienza, ma poi progressivamente esplosa con la rivoluzionaria Melanie Klein, e con Anna Freud e Donald Winnicott ed altri pionieri.

Anche se per lungo tempo Freud ha insistito sulla metapsicologia della rimozione, “i nuovi pazienti” – anche quelli presentati dai suoi più stretti collaboratori nelle famose riunioni del Mercoledì a Bergasse 19 – erano sempre più sul versante del malessere esistenziale e le sintomatologie, sempre complesse – anche se i disturbi fobici e ossessivi, come nel *Caso dell'Uomo dei Lupi* (1918), erano in qualche modo presenti – “mascheravano” qualcosa di più profondo che si intravedeva.

Per quanto sia affascinante e coinvolgente la storia dell'*Uomo dei lupi* e l'analisi che Freud ne conduce – un vero testo di alta letteratura oltre che supremo saggio psicoanalitico – non si può negare che il paziente storico di Freud non era in realtà un paziente nevrotico ma molto più grave; tant'è vero che dopo Freud ha affrontato altre analisi pare senza risultato.

La teorizzazione freudiana di *Introduzione al Narcisismo* (1914) costituisce per lo stesso Freud un terreno inesplorato e complesso di ricerca e di applicazione terapeutica ma remunerativo dal punto di vista sia teorico che clinico.

Nello stesso tempo, però, il lavoro sul narcisismo comincia a rivoluzionare la sua costruzione teorica e di conseguenza anche la clinica.

Anzi potremmo dire che è la clinica che lo spinge a formulare l'introduzione del narcisismo: un saggio che ancora oggi apre a nuovi orizzonti.

Tuttavia è legittimo poter individuare un punto di svolta nel saggio apertamente più controverso e recepito da pochi analisti del tempo, che non accettarono l'idea dell'*istinto di morte*. Mi riferisco, come è ovvio, ad *Al di là del principio del piacere* (1920).

Anche negli scritti successivi a questo, la fluidità, per così dire, del pensiero di Freud "inciampa" in alcune difficoltà soprattutto sul piano terapeutico. Ma la grandezza dello scienziato Freud è tale che non si lascia scoraggiare.

Bisogna tener conto anche del fatto che c'è la Prima Guerra Mondiale, che sconvolge il mondo; per Freud il lutto per la perdita di un figlio in battaglia e varie vicende personali, come i primi sintomi del cancro alla mascella.

In Europa si addensa l'ombra del nazismo che poi come sappiamo porterà Freud nel 1938 ad emigrare in Inghilterra con il notevole contributo e aiuto della principessa Bonaparte che gli procurò un lasciapassare.

Ma già prima della emigrazione in Inghilterra, Freud aveva scritto una serie di notevolissimi articoli che hanno molto influenzato la psicoanalisi contemporanea e che sono un lascito memorabile.

Di nuovo non è questo il momento per citarli ma si pensi alle sue ultime brevi note del 1938 *Risultati, idee, problemi*¹.

Torniamo ora all'inizio, cioè all'affermazione della supposta visione pessimistica della posizione di Freud.

Se la confrontiamo con gli sviluppi contemporanei della psicoanalisi, che è diventata molto più *friendly* nei confronti del paziente – più relazionale e più attenta alla dinamica dei transiti consci e inconsci tra analizzando e analista e al transfert, con il corrispettivo controtransfert che fa della seduta psicoanalitica nel *qui e ora* il luogo privilegiato del lavoro clinico – possiamo, io credo, rovesciare il punto di vista e possiamo dire che quella affermazione apparentemente pessimistica di Freud era una intuizione di quella che sarebbe diventata oggi la psicoanalisi.

¹ Valga per tutte l'affermazione – per me eccezionale – che in qualche modo inconsapevolmente assume l'idea di Melanie Klein e anticipa Winnicott: l'avere è [tra i due] successivo, dopo la perdita dell'oggetto ricade nell'essere. Prototipo: il seno. Io sono il seno. Solo in seguito: io non ce l'ho, dunque io non lo sono" (Freud, 1938, p. 505).

Ho in altri miei scritti menzionato un autore che apprezzo molto: Adam Phillips – uno psicanalista di grande speculazione e intuito clinico, ma per sua scelta al di fuori di ogni istituzione psicoanalitica che considera soffocante – ritiene che la creatività di Freud aveva due anime: una quella dello scienziato neuropatologo che dà inizio alla sua carriera, e un'altra quella umanistica.

Queste due anime di Freud, come sottolinea Phillips, non solo sono presenti in diversi articoli di vario taglio ma anche nello stesso articolo in cui queste si alternano.

Alla luce di questa osservazione si può ben dire che Freud non era affatto pessimista e aveva intuito che la psicoanalisi aveva bisogno di un rinnovamento anche se forse, come ovvio, non poteva sapere in quale direzione: quella che oggi noi consideriamo la rivoluzione silenziosa di cui parla anche Ogden.

È forse questo sviluppo che rende la psicoterapia psicoanalitica non più il bronzo rispetto all'oro, ma una versione adeguata ai tempi e alle situazioni cliniche che si presentano nella stanza dell'analista.

Dovrei citare Gabbard in proposito e tanti altri autori ma di nuovo mi devo limitare per non occupare troppo spazio.

Tuttavia si può dire che la psicoterapia breve come altre forme di interventi ispirati alla psicoanalisi non sono figli di un Dio minore, rispetto alla “pura psicoanalisi”, ma applicazioni a contesti che lo richiedono.

La psicoterapia breve e focale

La psicoterapia breve e focale è stata inaugurata da quel grande analista che è Michael Balint, fiero allievo che era stato in analisi da Ferenczi e suo continuatore (a differenza di Melanie Klein che non lo cita mai pur essendo stata ella stessa in una prima analisi da Ferenczi).

Balint è un analista che ha rivoluzionato la tecnica e introdotto la teoria delle relazioni oggettuali nell'ambiente inglese per poi estenderla praticamente nel mondo. Si può dire che il lavoro di Balint è il punto di partenza di questa applicazione della psicoanalisi: vale la pena ricordare i gruppi Balint che si ispirano fortemente alle teorie della psicoanalisi e alla sua rigorosa formazione psicoanalitica.

Balint applica le sue intuizioni nel rapporto medico-paziente, concetti di assoluta importanza che valgono anche per la psicoanalisi contemporanea.

Quando il malato organico o ipocondriaco va dal medico generico, se il medico è attento e ascolta... – questo è un concetto che deriva direttamente dalla psicoanalisi – *offre* per così dire il suo malessere e il suo disagio al medico che lo

deve accogliere, prendere in considerazione, lo deve contenere (*holding*) e non deve precipitosamente formulare una diagnosi ma deve “trattenere” ciò che il malato organico gli porta. Balint (1957) la chiama *offerta di malattia*.

Se al contrario il medico non ascolta come dovrebbe il paziente e lo liquida prescrivendogli, per esempio, delle analisi ematochimiche, il paziente non solo si sente rifiutare un accoglimento del suo malessere ma, come dice Balint, *si ammala di quella malattia* che il medico liquida velocemente o approssimativamente, per esempio “sarà un disturbo neurovegetativo”.

Quindi è Balint che scopre e mette l’accento sul *pericolo iatrogeno* non solo del rapporto del medico con il paziente ma anche dell’analista con il suo analizzando.

I suoi gruppi Balint, ora estesi in tutto il mondo, sono una preziosa espansione “fuori delle mura” della psicoanalisi e non possono essere considerati al di fuori del suo ambito.

Allo stesso modo la *psicoterapia breve focale* da lui inaugurata fa parte integrante del vasto campo della psicoanalisi e delle sue applicazioni.

Quale è l’intento, il significato del termine *focale* nella sua formulazione dello strumento della psicoterapia breve?

Alessandra Lemma (2012) con la sua consueta lucidità intellettuale ci offre una esplicitazione molto chiara di cosa è la psicoterapia breve focale. Scrive: “La terapia dinamica interpersonale è una psicoterapia psicodinamica (...) Più specificamente, la terapia è dinamica perché si preoccupa di aiutare il paziente a comprendere l’interscambio tra la realtà interna e quella esterna rispetto a un pattern relazionale disturbato; è interpersonale perché si concentra non già sulle variabili intrapsichiche, ma sulle relazioni del paziente nella misura in cui si connettono con le sue problematiche attuali, dando origine alla sintomatologia specifica. *Ed è breve* perché si propone di raggiungere l’obiettivo entro un limite temporale definito, in linea con le necessità imposte dall’offerta di una terapia psicodinamica nei servizi pubblici e, sempre più, anche nel settore privato, dove aumenta la richiesta di interventi brevi” (Lemma, Target, Fonagy, 2012). Il terapeuta e il paziente individuano un *focus specifico e circoscritto* per affrontare il problema in profondità.

La “nostra storia”

Ora, seppur con modestia, parliamo della nostra esperienza che questo libro collettaneo raccoglie e illustra con abbondanza di esemplificazioni cliniche.

Un po’ di storia relativamente recente. Lungo il decennio a cavallo tra gli anni ’70 e ’80 la seconda Cattedra di Neuropsichiatria infantile della “Sapienza” diretta

dal professor Adriano Giannotti, che era anche uno psicoanalista di training, era fortemente improntata dall'approccio psicoanalitico, cosa che oggi sembra quasi impossibile. Eppure allora la psicoanalisi era il modello principale di riferimento.

Invitato da Bollea e fortemente sostenuto da Giannotti, ci fu da Londra *l'avvento messianico*, potremmo dire bionianamente, del compianto Andreas Gianakoulas, clinico raffinatissimo, unico, che ci trasmise con garbo e senza arroganza l'enorme suo contributo intriso profondamente della cultura psicoanalitica britannica, del pensiero di Winnicott e di Balint. Intanto Teresa Carratelli aveva assunto la direzione dell'Ospedale Diurno che trasformò, insieme ai suoi collaboratori, Mariassunta Di Renzo e me, in una *fucina* di innovative esperienze cliniche, come la psicoterapia breve.

Teresa Carratelli e noi ricevevamo da giovani psicoterapeuti e tirocinanti una molteplicità di richieste di partecipare ai seminari che tenevamo settimanalmente e che sempre trattavano di un caso clinico in psicoterapia breve. Molti dei partecipanti sono poi diventati nostri colleghi intimi e sarebbe troppo lungo elencare tutti. Scusandomi con quelli che ometto in questo elenco, devo ricordare Mariassunta Di Renzo, Giuliana Bruno, Lika Costis, Cinzia Lucantoni, Violante Pallavicino, Livia Tabanelli.

Quello che è importante dire qui è che anche grazie al loro contributo ed entusiasmo nel seminario del mercoledì dedicato alla psicoterapia breve il gruppo fece un notevole balzo in avanti incrementando il numero di casi in trattamento.

La grande quantità di richieste di partecipazione indusse me e Teresa Iole Carratelli a dividerci in quanto "supervisori esperti", sicché formammo due gruppi piuttosto numerosi che andarono avanti parallelamente per un certo periodo di tempo.

Nel mio sottogruppo, mi sosteneva il contributo di Stefano Garofoli – una persona di grande cultura e rigore scientifico – che intendo ringraziare anche perché tramite lui ottenemmo da una fondazione privata un cospicuo contributo economico. Il gruppo che denominammo *Centro Winnicott* diventò via via molto numeroso ed ebbe una affluenza soprattutto attraverso il passaparola delle assistenti sociali delle varie ASL. Il gruppo era formato da tutti terapeuti diplomati scelti per così dire fior da fiore, persone entusiaste di partecipare e compatte, e portatrici di nuove idee. Non mi è possibile citarle una per una ma mi sento debitore grato del loro contributo essenziale.

Nell'anno successivo il finanziamento – per la ristrettezza di visione delle istituzioni pubbliche – non ci fu rinnovato sicché quella entusiasmante esperienza poco a poco si ridusse e fummo costretti a terminare.

Teresa Carratelli con la sua posizione di docente universitario Ordinario, subentrata alla Cattedra di Giovanni Bollea, poté continuare fino al suo congedo

ordinario l'attività del gruppo da lei coordinato nel Dipartimento di Neurologia e Psichiatria dell'età evolutiva della "Sapienza" di Roma, e successivamente ha trasferito la sua ricca esperienza teorico-clinica in attività seminariali dell'*iW*-Istituto Winnicott, dove da oltre 15 anni svolge a tutt'oggi con gli allievi dell'ultimo anno di Corso, l'insegnamento di *Psicoterapia psicoanalitica breve e focale* con bambini in età di latenza e con i loro genitori.

Per concludere, in quanto partecipante attivo di questa eccezionale esperienza e grato a Teresa Carratelli, sento di raccomandare caldamente ai vecchi e nuovi allievi questo volume prezioso perché dalla sua lettura trarranno un enorme vantaggio per la loro professione.