

## Dall'azione alla relazione. L'enactment come processo

Giuseppe Riefolo

*“a chi ha subito un trauma... bisogna realmente offrire qualcosa”*  
(Ferenczi, 1932, p.79)

### 1. “in principio era l'azione” (Goethe)

La psicoanalisi ha il suo fondamento teorico nell'idea che il pensiero debba prevalere sull'azione. Questa quando accade in analisi, viene considerata o come un sintomo o come una resistenza al processo. Il pensiero, per Freud, non deve mai lasciare il campo all'azione. L'interesse psicoanalitico per la dimensione dell'azione è antico e segna sin dall'inizio le preoccupazioni del metodo e della teoria psicoanalitica (Boheleber et al. 2013, p.123). La stessa psicoanalisi, in sostanza nasce sulla dimensione psicologica contrapposta a quella agita del sintomo e della resistenza. Si tratta della dimensione dell'azione come evitamento delle configurazioni affettive su cui, la psicoanalisi fonda la genesi della psicopatologia e della stessa organizzazione mentale. In questa linea - e in continuità con la posizione ipnotica - l'abreazione poteva essere vista come la soluzione contro-agita del sintomo isterico. Poi l'interesse della prima psicoanalisi è stato di leggere le soluzioni di compromesso del sintomo come intersezione fra pulsione e rimozione: negli “atti mancati” presenti nei sogni, nei sintomi nevrotici e nella quotidianità. Fin qui, comunque, l'azione è dell'ordine del sintomo e quindi della interpretabilità mentre, nel *Postscritto* del caso di Dora (1901b), l'azione non è più un sintomo, ma viene connessa al transfert e, quindi, alla resistenza. Non è più interpretabile per se stessa, ma diventa un segnale di “impedimento” (Freud, 1914, p.357) al processo analitico. Pertanto non va interpretata (come per il sintomo), ma superata. Si giunge, con Dora, al concetto di Acting-out visto come simmetrico alle tesi sul “pensiero” da parte di Freud<sup>1</sup>. Pertanto Dora “...mise in atto una parte essenziale dei suoi ricordi e delle sue fantasie invece di riprodurla nella cura” (1901b, p.399). L'acting-out, quindi, è una resistenza che blocca la sufficiente frustrazione dovuta all'integrazione di nuove esperienze e si fonda sulla ripetizione coatta di ciò che chiamiamo sintomo. Freud in questi casi usa *Agieren*, volendo sottolineare la teatralità dell'atto e la dimensione transitiva, mentre *Agieren*, nella lingua tedesca non è di uso comune. In genere nel fare riferimento all'azione o all'agire si usa piuttosto *die Tat, tun, die Wirkung*. In Freud *Agieren* è di solito associato a *erinnern*, “ricordare” (Laplace, Pontalis, 1973, p.4). Nello stesso periodo, (Freud, 1901a) parla di *handeln* (agire) per descrivere atti erronei o mancati che potevano essere compresi attraverso l'attribuzione di un significato inconscio. Sorge inoltre, da questo momento, il problema della distinzione fra *acting-out* e *acting-in* che, nella vulgata psicodinamica ed anche psicoanalitica, vorrebbe distinguere gli atti che si compiono all'interno o all'esterno della stanza di analisi. In realtà vi sono mille motivi per considerare questa differenza inesatta o, comunque, inutile (Laplace, Pontalis, 1967, p.4). Che senso avrebbe mettere in atto un'azione, dentro o fuori della stanza di analisi, se la relazione fra analista e paziente e lo stesso concetto di campo analitico non possano essere confinati alla situazione concreta della stanza

---

• Testo rivisto da quello pubblicato in G. Leo, G. Riefolo (ed. by), *Enactment in Psychoanalysis*, Freniszero, Lecce, 2019. Il testo è una rielaborazione di “dall'acting-out all'enactment”, in Boccarda P.; Meterangelis G., Riefolo G., *Enactment. Parola ed azione in psicoanalisi*, Franco Angeli, Milano, 2018.

<sup>1</sup> Il pensiero, nella linea della sublimazione, nel 1922, è considerato come “spostamenti di energia psichica sulla via dell'azione” (p.482).

di analisi? In realtà, il concetto di *acting-in* viene proposto nel 1957 da Zeligs per descrivere i conflitti inconsci espressi attraverso la postura del corpo in un paziente sul lettino (Laplace e Pontalis, 1973; Skelton R. ed. 2006). Peraltro, in questa linea, è indicativo che il concetto di enactment “sia sostanzialmente riferito a tutti i tipi di interazione fra analista e paziente, ma particolarmente alle componenti non verbali *gestuali* e *posturali* della comunicazione del paziente” (McLaughlin 1991, p.596, corsivo aggiunto). Una posizione intermedia ritengo sia quella suggerita da Sandler, Holder e Dare, (1973) i quali parlano di “acting-in” come di enactment nel transfert e non più dentro il setting.

Comunque, per quanto mi riguarda, la distinzione importante, non è se un’azione accada dentro o fuori della stanza di analisi, ma che qualcosa sia presentata in azione - come *acted-out* o anche *acted-in* - piuttosto che ricordata o verbalizzata. Vorrei anche segnalare come, all’inizio per Freud, un’azione non era solo da leggere come resistenza, ma, ripetuta nel transfert, veniva considerata come un particolare tipo di comunicazione inconscia (ad esempio “l’azione sintomatica” di Dora del toccare ripetutamente il borsellino in seduta...). Peraltro, proprio l’azione sintomatica ha senso solo nell’*hic et nunc* della seduta: “il senso attribuito all’atto non può essere provato in modo assoluto; bisogna accontentarsi che quel determinato senso concorda ottimamente con l’insieme della situazione in esame, con ‘l’ordine del giorno’ dell’inconscio” (Freud, 1901, p.364; cfr. anche Freud, 1924, p.113). Il caso di Dora, ritengo, sia uno spartiacque nella considerazione della funzione comunicativa dell’azione da parte di Freud. Infatti, per alcuni versi Freud coglie la funzione comunicativa inconscia dell’azione (ad esempio l’azione sintomatica come accadrà anche, nello stesso periodo per la *Psicopatologia della vita quotidiana*, 1901), mentre non riesce per tempo ad interpretare altre azioni, quali la “vendetta” agita da Dora nell’identificarlo, nel transfert, con il sign. K: “la traslazione poté, quindi cogliermi, alla sprovvista... e mi lasciò come il sign. K stesso, secondo lei, l’aveva ingannata e lasciata” (*id.*, p.399). Freud ad un certo punto smette di interpretare l’agito, quando risulta evidente che il riferimento transferale dell’azione sia proprio l’analista. Smette di interpretare la comunicazione agita attraverso l’atto, ma lo coglie come resistenza (*ostacolo*, p. 438) da superare. Per Freud (1914, 356) il transfert stesso era un acting-out: il paziente ripete piuttosto che ricordare. Nell’ottica dell’importanza che oggi attribuiamo al controtransfert e all’enactment è un po’ come se si recuperasse il senso relazionale che ad un certo punto lo stesso Freud ha sospettato nell’acting-out. Freud arriva a leggere l’acting solo come resistenza e transfert del paziente verso l’analista: “per il medico è infatti indifferente che un certo impulso...si riferisca a lui stesso o a un’altra persona” (*id.*, p.397). Però, riconosce e descrive la partecipazione agita, simmetrica e soggettiva, dell’analista, ma non riesce a riportarla all’interno della comunicazione analitica. Alcuni esempi dal *Poscritto* dove la partecipazione di Freud è di delusione, orgoglio, risentimento, curiosità: “mi dissi che c’era ancora tempo” (*id.*, p.399); “solo quindici mesi dopo...potei avere notizie dello stato di Dora” (*id.*, p.400); “mi bastò guardarla in volto per capire che questa richiesta non andava presa sul serio” (*id.*, p.401); “promisi comunque di perdonarla per avermi privato della soddisfazione di guarirla totalmente” (*id.*, p.402). Ritengo tutte queste considerazioni da parte di Freud come controazioni che non riescono ad essere usate come “dialogo agito” (Beebe e Lackman, 2014, p.17) rimanendo nella dimensione del semplice acting da parte dell’analista.

### *Scena I. L’istituzione*

In un servizio territoriale si sta svolgendo una supervisione sul caso di una paziente gravemente border che da anni mette in scacco i vari servizi i quali, con fatica, vengono convocati nel percorso di cura. Si tratta di una giovane donna, ora di 32 anni in passato seguita dai servizi per l’adolescenza; svariate volte ha dovuto ricoverarsi in SPDC ed ultimamente ha avuto una bambina che ha determinato ulteriore senso di impotenza negli operatori che la seguono. La caratteristica distintiva e sintomatica di questa paziente è di essere conosciuta da tutti gli operatori dei numerosi sottoservizi del dipartimento e del

municipio. Infatti alla discussione partecipano molti operatori. Si susseguono lunghe descrizioni sulla paziente, nei ricordi dei vari operatori. Il clima gradualmente diventa sempre più pesante e i gli operatori appaiono visibilmente stanchi ed annoiati dalla discussione: molti si alzano per recarsi a fumare fuori dalla stanza; alcuni sono impegnati nell'uso del cellulare dove evidentemente interagiscono con dispositivi social; c'è un gran rumore di sottofondo. La sensazione evidente è che della paziente abbondino soprattutto i ricordi di quello che lei ha fatto e rappresentato per ciascuno nel passato. Ad un certo punto un operatore si alza dalla sedia e in modo molto esplicito si porta al centro della stanza e col piede schiaccia un insetto che attraversava il pavimento al centro della stanza intorno a cui sono seduti i partecipanti. Vi è un momento di sospensione e alcuni commentano in modo ironico il gesto, ma dopo poche battute si riprende il flusso dei ricordi sulla paziente e alcuni evocano una pausa. Quel gesto mi torna di estremo aiuto rispetto alla fatica che stavo condividendo con il gruppo. Propongo, quindi, con netto sollievo da parte di tutto il gruppo, che forse nella nostra discussione non era ancora entrata la paziente per come è adesso e che, evidentemente, in questo momento, forse anche in margine all'evento nuovo della nascita della bambina, è angosciante per tutti occuparsene. Quindi faccio domande precise perché si descriva cosa stia accadendo attualmente con la paziente.

Sottolineo solo come il clima di angoscia che la discussione clinica stava riproponendo non poteva, a mio parere essere colto se non attraverso un'azione molto esplicita in cui, attraverso l'acting dell'operatore, il gruppo poteva rendersi conto che stava accuratamente evitando di "far entrare" nella discussione la paziente. Peraltro, il motivo concreto di quell'incontro era che la stessa paziente negli ultimi tempi aveva sfidato i servizi coinvolti attraverso la decisione di mantenere la gravidanza dove tutti avevano cercato - in modo esplicito o meno - di suggerirle l'aborto considerandone l'incapacità a potersene occupare. Non a caso dopo il viraggio della discussione grazie all'acting dell'operatore, il gruppo ha potuto soffermarsi sulle difficoltà, ma anche sulle incredibili capacità, della paziente a occuparsi della bambina che risultava in quel periodo ospite, con la paziente, di una casa famiglia.

## **2 poi la relazione.**

Mi ha fatto riflettere un'affermazione di Renik (2006, p.88): "fondamentalmente il termine di enactment è un eufemismo per acting-out. (...) Non c'è alcuna differenza sostanziale tra i concetti di acting-out ed enactment e le implicazioni per la tecnica sono le stesse"<sup>2</sup>. Penso che, cogliendo la provocazione di Renik, si possa precisare meglio la relazione che intercorre fra acting-out e enactment. Il problema viene a più livelli sollevato: "pur riconoscendo le evidenti aree di sovrapposizione tra enactment ed acting out (si tratta in entrambi i casi di comportamenti suscitati dalla situazione analitica, ma i due termini non sono intercambiabili), si può comunque osservare che il termine più nuovo presenta il vantaggio di essere maggiormente, collegato con l'esperienza della relazione analitica, intesa come fenomeno bipersonale. (Ponsi, 2012, 512). Anche il gruppo di studio dell'IJP (Boheler et al. 2013), dopo un'ampia sintesi del concetto di enactment, avanza l'ipotesi che "l'enactment non è solo un'azione o un avvenimento, ma un processo intersoggettivo (...) È una forma specifica di relazionalità in cui ogni soggetto è negato dall'altro in modo tale da diventare, attraverso l'altro, un soggetto terzo in un processo di riconoscere ed essere riconosciuto" (p. 147).

Per le premesse già anticipate suggerisco alcuni punti che propongo in modo sintetico e schematico. Penso si possa parlare di acting-out come una *azione*, nel senso di configurazione non processuale, che irrompe nel campo relazionale, ponendosi come registro eccentrico rispetto a quello

---

<sup>2</sup> Ho poi trovato che anche Craparo (2017) sia stato colpito dallo stesso passo. Evidentemente l'affermazione di Renik deve avere elementi altamente provocatori e forse paradossali.

implicitamente concordato tra i soggetti che occupano il campo analitico. La reazione difensiva, adattativa e creativa all'evento dell'acting-out determina una serie di perturbazioni nel campo che possiamo chiamare *enactment*. Ovvero, l'evento concreto e non processuale dell'acting-out può essere ignorato o respinto in modo simmetrico dal campo in cui si manifesta, oppure può avere l'esito di perturbare le configurazioni stabili del campo contribuendo al movimento di quello che, nelle premesse, ho definito Processo Dissociativo.

Per "Processo di enactment", quindi, considero la dimensione che coinvolge paziente ed analista nella collisione delle reciproche soggettività (Bromberg, 2006; Mitchell, 1988) che si realizzano all'interno delle rispettive *Conoscenze Relazionali Implicite*, finché l'analista non riesce a recuperare una posizione terza e, attraverso una interpretazione, a produrre una sintesi di quanto sta accadendo nel campo relazionale. Pertanto, proporrei di parlare di acting-out e di Processo di enactment ponendoli in continuità dinamica. Nella misura in cui un acting-out non determina perturbazioni del campo, rimane un agito e non si determina alcuna "messa in atto" dell'agito, ma semplicemente una frattura o indifferenza del campo.

Un altro punto che vorrei sottolineare è che, probabilmente a seguito delle concezioni psicoanalitiche sull'azione, l'enactment, al pari dell'acting-out viene considerato anche dagli analisti più intersoggettivi, esplicitamente o implicitamente un livello regredito di relazione che, si auspica, dovrebbe prima o poi evolvere verso un livello più simbolizzato di comunicazione. Lo si accetta come "una dimensione costante di tutti gli eventi del trattamento" (Renik, 2006, p.89) sostenendosi sul dato che "essendo gli analisti fallibili, gli enactment sono destinati a verificarsi" (*id.* p.88). Non concordo pienamente con questa posizione che, alla fine risulta comunque di "accettazione necessaria" dell'enactment, mentre proporrei l'enactment come un registro comunicativo, necessario, parallelo, e specifico, della comunicazione dell'analista verso il suo paziente che sostiene i livelli di particolare intimità della relazione. Il problema, a mio parere, non è se gli enactment siano dovuti ai fallimenti o errori: questo è il dispositivo attraverso cui si verificano, ma non ne è l'essenza. Invece l'essenza dell'enactment è, a mio parere, di rappresentare una ulteriore dimensione della relazione. Essa esiste sempre e, in relazione al modello adottato, può essere utilizzata, contrastata o ignorata. È la dimensione agita e concreta della relazione e questa non esiste solo perché fallisce la dimensione simbolica o verbale, ma esiste sempre come altro livello di comunicazione. Potremmo dire che senza la dimensione dell'enactment la relazione non sarebbe più perfetta, ma più povera ed asettica. La dimensione in cui si verificano gli enactment dice delle caratteristiche soggettive ed umane dell'analista. Intendere l'enactment come ambito di inevitabile e fertile fallimento dell'analista sarebbe come sostenere, ad esempio, che dare una carezza sia il fallimento del dichiarare l'amore. Ovviamente le due dimensioni non sono alternative, ma si completano perché, sappiamo bene la povertà dell'amore senza le carezze o gli abbracci. L'importanza di questi gesti, spesso, la cogliamo solo dopo averli messi in atto.

Suggerisco che l'enactment non sia considerato semplicemente come un evento, ma come una dimensione processuale sempre possibile del trattamento. È il luogo laddove la comunicazione è anche strutturata secondo un registro pre-simbolico ed agito e questo luogo è parallelo e simultaneo ad altri livelli di comunicazione. In questa accezione il concetto di enactment assume un significato molto ampio. Significa che è una dimensione sempre presente in tutte le comunicazioni-interazioni fra paziente ed analista. Significa ad esempio che, mentre stiamo proponendo una interpretazione al paziente, vi sono dei livelli di comunicazione presimbolica che passano al paziente il quale avrà delle risposte anche a quei livelli di comunicazione presimbolica. In questa linea vi sono definizioni ampie o ristrette del concetto di enactment. Si può discutere della validità dell'una o dell'altra posizione, ma su questo non mi soffermo. Mi interessa, invece, che le comunicazioni di enactment si compiano attraverso il registro delle *Conoscenze Relazionali Implicite* che analista e paziente condividono nella reciproca comunicazione e ciò crea necessariamente un conflitto di soggettività

(Bromberg, 2006) nel senso che ciascuno attribuirà all'altro una intenzionalità che, necessariamente, non coinciderà con l'intenzionalità reale dell'altro.

## *Scena 2. Cristiano che non ha la sua età*

Da un po' di tempo mi occupo di Cristiano, un ragazzo giovane che da alcuni anni più volte è stato segnalato al nostro servizio per episodi di aggressività soprattutto verso il padre, ufficiale dell'esercito. In realtà non è mai stato possibile incontrarlo perché puntualmente i ricoveri erano molto brevi; lui non accettava di essere seguito e la famiglia preferiva piuttosto fare riferimento al contesto giudiziario piuttosto che sanitario. Comincio a seguirlo dopo che mi è stato "assegnato d'ufficio" a seguito di un ennesimo ricovero in TSO. Quando lo incontro in reparto, mi sorprende nel trovare un ragazzo molto giovane, bello e dai modi timidi e gentili, mentre mi sarei aspettato un uomo provato negli anni, greve e, reattivamente, evitante e sgradevole, ovvero l'immagine che avevo curato anch'io, attraverso il romanzo narrato nelle rappresentazioni del nostro servizio. Nel primo incontro mi dichiara subito la sua decisione di non volermi più incontrare: "perché non ne ho bisogno... Ho solo bisogno di tornare alla casa di S. Basilio da dove mio padre mi ha mandato via e poi ho delle canzoni che ho scritto e che posso incidere e con i soldi dei dischi e dei concerti posso fare quello che voglio!". Io riesco solo a comunicargli che capisco la sua sfiducia verso tutto e quindi anche verso di me, ma che dev'essere faticoso contare solo sulle proprie forze soprattutto quando senti che ti hanno mandato via da una casa dove stavi bene! Sapevo che aveva perso la madre che aveva 9 anni e che da quel momento la convivenza col padre era stata sempre molto conflittuale. Solo recentemente, dopo alcuni anni che lo seguo in un gruppo psicoterapeutico ho scoperto che la morte della madre aveva comportato un netto trasferimento dalla casa di Roma sud alla casa del padre nella parte opposta della città. L'ho saputo perché nel gruppo ha raccontato di essere tornato a Don Bosco, dove viveva con la madre e le sorelle e dove non era mai tornato prima. Al commiato di quel primo incontro gli ho comunicato che rispettivo la sua decisione di non volermi incontrare, ma che, comunque io sarei tornato in reparto almeno per parlare con i medici della sua situazione, perché forse, almeno di questo aveva bisogno. Per parlare con me avrebbe potuto decidere lui. Non mi sono sorpreso che, dalla volta successiva, abbia accettato di incontrarmi. Dopo pochi giorni, Cristiano aveva sospeso le idee grandiose ed accettava la terapia farmacologica. Un mio chiaro acting-out ha nettamente chiarito la mia posizione controtransferale agita non solo nell'incontro con Cristiano, ma il ruolo che venivo ad assumere all'interno della complessa e violenta dinamica familiare. In un incontro con Cristiano, il padre, le due sorelle ed i referenti del reparto, mentre cerco di spiegare le concrete necessità che si organizzino un rientro protetto a casa per l'impossibilità oggettiva (prima che clinica) di trovare una comunità che accogliesse "per sempre" Cristiano, mi trovo a rivolgermi a Cristiano, e, nel commentare che dovesse rimanere ancora in reparto in attesa che si organizzasse un possibile ritorno a casa, gli dico: "capisco che quando hai 25 anni sia impossibile accettare queste limitazioni...!". Cristiano si sorprende e mi corregge: "dottore, io ho 28 anni e non 25!". Io mi fermo e per un attimo si rimane tutti in un silenzio intenso. Io mi sento in un grande imbarazzo e, ancora all'interno del mio acting, riesco a dirgli: "mi scusi, ha ragione. Qualche volta accadrà che le dirò perché ho sbagliato!". Mi fermo e, accorgendomi dell'ulteriore acting, gli dico finalmente: "anzi, posso dirglielo ora: io ho un figlio di 25 anni!". Segue un intenso silenzio dove io sono visibilmente commosso e nell'ultima parte della comunicazione a Cristiano mi ero visibilmente accorto che la voce mi tremava. Non c'è stato bisogno di nessuna considerazione in merito: il processo di enactment si era sviluppato semplicemente soprattutto perché nessuno – soprattutto io – aveva cercato di impedire che l'agito mi presentasse visibilmente nella posizione di un padre che, pur negandolo, si emozionava finalmente per suo figlio piuttosto che volerlo allontanare

per sempre. Il ricovero è durato oltre un mese soprattutto perché il padre e le sorelle all'inizio chiedevano che Cristiano non tornasse mai più a casa e fosse inserito in una qualche comunità "per sempre!". Erano presenti motivi concreti per tale richiesta, soprattutto varie denunce del padre per aggressioni fisiche nei suoi confronti oltre che per l'abuso di droghe di vario genere e numerosi accessi in ospedale negli ultimi mesi per situazioni critiche e violente. Non c'è mai stato un momento preciso, né un chiarimento esplicito fra me, Cristiano, le sorelle e il padre, ma dal momento del mio enactment è stato possibile seguire l'ipotesi poi realizzata di un ritorno a casa di Cristiano dove, però io dichiaravo di assumermi la responsabilità per Cristiano che avrebbe assunto la terapia e avrebbe partecipato al gruppo di psicoterapia settimanale e che per ogni situazione critica mi impegnavo con Cristiano a ritornare in reparto dove i colleghi del reparto dichiaravano la loro disponibilità ad offrirgli "casa" se necessario.

Nella risposta automatica e non pensata l'acting è la ricomposizione "reale" (ovvero: di fatto) ad una frattura dissociativa del paziente che è alla base del sintomo. L'enactment rappresenta la lettura pensata dell'acting attraverso la ricomposizione di aree dissociate del terapeuta. È il ruolo di "terapeuta" che permette all'analista di leggere la propria reazione automatica, ora, in termini relazionali e, quindi, articolata come processo fra due menti. Difficile che nella vita comune si riesca a cogliere il processo di enactment per l'esistenza di una sostanziale simmetria dei ruoli. Per questo, quando nella vita comune assistiamo o siamo protagonisti di processi di enactment il cambiamento dei parametri del sistema è particolarmente potente. Mi riferisco, ad esempio, agli esiti dirompenti di famosi discorsi che tuttora, nel riascoltarli, mantengono una potente carica di incisione emotiva. Penso, ad esempio al discorso di Giovanni XXIII nel carcere di Regina Coeli il 26 dicembre del 1958 (*"la prima lettera che scrivete adesso a casa vostra deve portare la notizia che il Papa è venuto in mezzo a voi..."*). Oppure il toccante "discorso alla luna" dell'11 ottobre del '62 ("quando tornate a casa date una carezza ai vostri bambini e dite, questa è la carezza del Papa..."). Oppure, il discorso di Martin Luter King del '68 (*"I have a dream..."*), ma anche discorsi che hanno inciso di meno nella storia, ma che quando sono stati pronunciati hanno creato una dimensione di "catastrofe" dell'equilibrio dissociato su cui andavano ad incidere. Ricordo, ad esempio, il breve discorso di Nanni Moretti a Piazza Navona del 3 febbraio 2002... (*"Ci vorranno 2 o 3 generazioni prima che si vinca di nuovo, con questi dirigenti non vinceremo mai..."*). Questi atti, hanno una potente funzione emotiva perché realizzano una ricomposizione dissociativa su cui erano, fino a quel momento, organizzati comportamenti fondati su una collusione implicita. Sono interventi che, sia nel tono (non a caso sono improvvisati e a braccio...) che nel contenuto, in pochi attimi ribaltano il piano dell'equilibrio collusivo ed introducono potentemente elementi che dissociano e creano potenti perturbazioni nel campo condiviso. Funzionano come atti dissociativi creativi, prima che come discorsi. In fondo, il modello della felice ricomposizione dissociativa attraverso l'acting del paziente e la ricomposizione dissociativa attraverso la propria partecipazione al processo di enactment rimane la fiaba del "Re nudo".

### **3. *Il corpo e il dialogo analitico***

Molto spesso, l'analista può trovarsi a verificare proprie reazioni anche fisiche che possono rimanere tali, ma possono, invece, attirare la propria riflessione ed è possibile, allora, riconoscere alcune reazioni agite che possono essere colte come modalità intermodale (Bucci, 1997) di sintonizzazione. Qualche volta mi sono scoperto a contare le pulsazioni cardiache mentre il paziente parlava; altre volte ho notato che muovevo ritmicamente la gamba destra accavallata; oppure una certa tensione alla schiena che mi sollecitava a stirarmi sulla sedia, magari sensazioni di troppo caldo o troppo freddo. Altre volte strani pruriti; alcune volte la sensazione che i lacci delle scarpe fossero troppo stretti e mi procurassero fastidio o vero e proprio dolore al piede. Per non parlare di irritanti compulsioni a toccarsi alcune piccole ferite al viso o alle parti esposte del corpo. Alcune

volte precise partecipazioni di eccitamento fisico. La stessa sensazione di sbadiglio o di difficoltà all'inspirazione. Alcuni giochi che mi accorgo di fare con la lingua fra le fessure dei denti, o smorfie del viso con cui accompagno il discorso del paziente... ecc. Ora che ci penso bene, di solito non riesco a dare importanza a questi micro dialoghi, mentre sarebbe importante coglierne la sollecitazione a trovare una sintonizzazione motoria con lo stato affettivo o il discorso del paziente. È riconosciuto come la sintonizzazione motoria, espressiva ed affettiva siano le prime forme di socialità e di riconoscimento di avere una mente, ovvero un dispositivo che registra la tua esistenza viva (Beebe, Lachmann, 2014). Le risposte dell'altro e la sensazione fisica di sentirsi in sintonia con qualcosa e qualcuno di esterno ti attestano che sei vivo e che il mondo è modificato dalla tua presenza. La *self-disclosure*, quando utile, sostanzialmente deve comunicare questo, mentre non serve o potrebbe anche essere violenta se descrive il funzionamento di un soggetto separato da quello di un altro. Voglio suggerire come il campo analitico sia infinitamente, e inevitabilmente, denso di posizioni soggettive dell'analista che il paziente contatta nella sua comunicazione che solo in minima parte è verbale: "bisogno di cura, disapprovazione e indifferenza, sono, in larga misura veicolati dall'espressione del viso, dal tono della voce e dai movimenti fisici. Secondo ricerche recenti fino al 90% della comunicazione umana attiene al livello non verbale" (van der Kolk, 2014, p.341)<sup>3</sup>. Il problema che l'analista si trova ad affrontare non è, a mio parere immediatamente quale modello implicito o esplicito adottare, ma di quanta complessità riesca a tollerare e sia capace di usare. I modelli teorici, alla fine, ritengo si differenzino soprattutto in relazione alla complessità intrinseca che riescono a contenere e a permettere. L'enactment è un processo mentale che, al pari di altri dispositivi (*funzione alfa* di Bion; *Processo Referenziale* di Bucci; *Mentalizzazione* secondo Modell o secondo Fonagy, *Dissociazione* secondo Bromberg, ecc...) continuamente trasforma fatti concreti in rappresentazioni mentali interattive. Non si tratta di un incidente, ma di un dispositivo di strutturazione mentale che potrà, essere utilizzato dai vari modelli della psicoanalisi, ovviamente, relazionale.

#### 4. *il ritorno all'azione. Ovvero: il trauma*

Molti autori concordano sull'evidenza che Dissociazione sia un termine generico (Dell, 2009; Meares, 2012; Van der Kolk, 2014). È un concetto che può invariabilmente essere usato come sintomo, processo, meccanismo difensivo, ecc. I sintomi possono racchiudere alterazioni normali e patologiche della personalità (Van der Hart, 2006). Per Freud la dissociazione era necessariamente legata alla conversione sia fisica che psichica; attualmente è collegata alla sospensione dell'integrazione di funzioni identitarie (Stern D.B., 2003) che può andare dalla sospensione, alla alterazione della coscienza con personalità multiple fino riorganizzazione reattiva psicologica o agita. Le ultime due sono nella linea di Janet che sottolineava la dissociazione come un difetto di integrazione di funzioni a seguito di blocco delle capacità di sintesi dovute ad esperienze traumatiche. Sia per Freud che per Janet il trauma è all'origine della dissociazione, ma per Freud il blocco è nel contenuto, bloccandone l'espressione, mentre per Janet il blocco è nella struttura che organizza il contenuto dove viene bloccato il processo integrativo dell'esperienza. Peraltro, la dissociazione *verticale* di cui parla Kohut non coincide con la posizione di Janet. Infatti, per Kohut la dissociazione verticale concerne contenuti più profondi della coscienza, mentre nella dissociazione secondo Janet anche la dissociazione orizzontale può essere dovuta a sospensione del dispositivo integrativo, solo accade in una personalità più organizzata. La posizione di Janet, essendo essenzialmente strutturale, sottolinea soprattutto l'evento traumatico della dissociazione: ci sono eventi che bloccano la "capacità di sintesi" permettendo all'esperienza di non essere integrata

---

<sup>3</sup> Inoltre: "la comunicazione è un'abilità prelinguistica presente sin dalla nascita. Le forme verbali di comunicazione e intersoggettività si basano sulle forme preverbalì (...) questi processi sono rapidi, impercettibili, co-costruiti e generalmente inconsapevoli (...) la terapia esplica la sua azione essenzialmente in questa modalità implicita e procedurale che, anche se non può essere espressa verbalmente, nondimeno influenza profondamente il corso del trattamento" (Beebe, Lachman, 2014, 6-7).

e, quindi, di organizzarsi a livelli paralleli alla personalità principale. Infatti i vari contenuti dissociati, a più o meno livelli di profondità, possono coesistere (conversioni somatiche; sospensioni affettive; sintomi psicopatologici franchi...). La psicologia di Janet considera azioni adattative, quindi integrative, che servono al soggetto per funzionare al meglio attraverso una sempre maggiore complessità.

Ciò che considero importante, soprattutto sul piano clinico, è che nella linea adattativa-integrativa vengono a modificarsi reciprocamente i vari sistemi coinvolti e in tali integrazioni si creano nuovi nessi e quindi nuove rappresentazioni a genesi interattiva e relazionale mai esistite prima. La necessità naturale di adattamento genera soluzioni e strutture sia comportamentali che cerebrali attraverso attivazione o inibizione o persino creazione di nuove connessioni. Attraverso la dissociazione nella struttura il trauma riporta sempre ad una posizione funzionale inferiore. Per Janet si tratta di verificare l'emergenza di livelli funzionalmente ed evolutivamente più regrediti, mentre per Freud si tratta di organizzare nuovi nessi che permettano alla organizzazione di mantenersi integra e, a livello inconscio, funzionante. Per Janet si interrompe un funzionamento con il posizionamento della personalità a livelli regrediti, laddove bisognerà ritrovare una modalità nuova di ripristino della funzionalità persa, mentre per Freud il funzionamento acquisito dal sistema non si perde, ma solo viene a collocarsi in una posizione di difesa e il funzionamento si sposta, intatto, a livello inconscio. A questo livello le posizioni di Freud e Janet sono strutturalmente opposte. L'uno considera che le funzioni acquisite, poggiandosi sul collante e sulla motivazione libidica, una volta acquisite non possono più essere perse, mentre Janet sostiene la fondamentale fragilità del percorso evolutivo e di acquisizioni funzionali. Le acquisizioni funzionali per Freud sono evolutivamente necessarie e assecondano la potente pulsione interna del soggetto che dovrà solo trovare spazio nel mondo e nelle relazioni per le proprie pulsioni che chiedono solo di essere realizzate, mentre Janet vede le tensioni alla complessità come una timida presentazione delle potenzialità e disponibilità del soggetto che per realizzare le proprie potenzialità dovrà continuamente negoziarle ed adattarle allo spazio che il mondo esterno gli mette a disposizione. Per Freud il mondo esterno va conquistato ed è al servizio delle pulsioni del soggetto, mentre per Janet il mondo esterno è lo spazio che convalida quote sempre maggiori di competenze del soggetto il quale non imporrà le proprie posizioni, ma negozierà continuamente con il mondo esterno le proprie necessità di sopravvivenza e di funzionamento. Infatti gli esempi che troviamo nella descrizione della metapsicologia freudiana sono quelli di un esercito che avanza e che di fronte a difficoltà arretra al fine proprio di non modificarsi, oppure la città sepolta che attende che un archeologo la scopra e le permetta di riemergere intatta. Oppure il notes magico che, come l'inconscio, mantiene in modo netto la traccia di un segno anche se, apparentemente, il segno dovesse essere cancellato o la stessa assunzione che ogni esperienza viene mantenuta nell'inconscio e che gli elementi dell'inconscio attendono solo che un movimento esterno, attraverso il sogno o la libera associazione, riesca a superare la censura, e possa rintracciarla. Tutto questo, a seguito della precisa funzione dell'Io che coordinerebbe l'avanzata dell'esercito come anche l'arretramento strategico. Janet, muovendosi più nella linea delle teorie di Darwin, sostiene la tensione alla complessità delle funzioni psicologiche le quali non si impongono, ma si presentano, e si realizzano continuamente nel compromesso con ciò che la realtà rende possibile. L'arretramento delle funzioni non è, in questo caso, strategico al mantenimento dell'integrità della pulsione, ma creativo, nel senso che il sistema della personalità del soggetto, individuerà continuamente il proprio livello di funzionalità compatibilmente alle disponibilità della realtà esterna. Quindi, la realtà esterna non ha, come in Freud, la funzione di inibizione e censura, ma di definizione speculare e creativa di competenze del soggetto. Non c'è quindi da meravigliarsi che Janet sia stato riscoperto dalla psicologia cognitivista e poi nel momento in cui la dimensione relazionale, intersoggettiva e di coinvolgimento attivo della personalità dell'analista nel processo analitico viene ad essere individuata dalla psicoanalisi più contemporanea come componente determinante ed inalienabile del processo analitico. Personalmente, ritengo che nella misura in cui un analista riconosce come fondamentale la propria partecipazione soggettiva al processo analitico, è chiamato a rivedere il conflittuale rapporto fra la



psicoanalisi di Freud e la psicologia di Janet in modo non più irriducibile, ma descrittivo di complessità ora accettabili del processo analitico. Il processo di traumatizzazione, interviene laddove vi sono state novità evolutive e riposiziona il sistema della personalità a livelli di funzionamento consolidato. Dissociazione è il dispositivo di sospensione della collaborazione fra sottosistemi e funzioni differenti. È la rottura di un ponte che metteva in connessione più funzioni e, sul piano neurobiologico corrisponde alle evidenze per cui a seguito di traumi acuti o cronici vengono ad essere sospese le armoniche relazione fra strutture encefaliche quali l'insula, l'ippocampo, il talamo e la corteccia prefrontale spesso con iperattività dei sistemi più bassi e soprattutto deputati alla posizione di allarme (amigdala). Ciò determinerebbe particolare reattività delle componenti encefaliche inferiori, ovvero il cervello rettiliano deputato alle funzioni fisiologiche di base (cuore, polmoni, pressione,...) e sospensione delle connessioni verso il talamo e soprattutto la corteccia prefrontale (Van der Kolk, 2014). Questo quadro neurologico non è comunque in contraddizione con le tesi della dissociazione freudiana poiché, comunque, si tratterebbe di attivazioni e disconnessioni tra aree. La differenza è fra pulsioni e tensioni: nel primo caso le pulsioni non si modificano e cercano solo realizzazione, mentre nel secondo caso le tensioni organizzano continuamente la dimensione possibile della funzione che sarà definita proprio dal campo relazionale in cui si cimenta.

Il problema clinico centrale che, a mio parere lega l'azione e relazione, è l'impossibilità - oramai condivisa da un largo numero di analisti - di nessi psicologici, comportamentali ed incarnati, fra aree dissociate traumaticamente: "finché un ricordo non è accessibile, la mente non è in grado di modificarlo (...)" (Van der Kolk, 2014, p.221). In realtà l'inaccessibilità - come nelle conversioni somatiche di ordine isterico - spesso è solo verbale o simbolica, mentre è accessibile sul piano concreto ed agito. A questo livello, solo comportamenti concreti e presimbolici, quindi agiti e non pensati, possono intercettare l'area traumatica e modificare il ricordo. Le ricerche neurobiologiche (Damasio, 1995; Van der Kolk, 2014, pp.235 e segg.) hanno oramai ampiamente dimostrato che non vi è semplicemente un passaggio fra ragione ed emozione e, quindi, pensiero ed azione, ma che le due modalità corrispondono al funzionamento preciso di aree neurologiche che sono sempre in azione e in continua relazione fra loro: il cervello emotivo (amigdala, ippocampo e talamo e la parte destra dell'encefalo) e il cervello razionale, che corrisponde soprattutto alle aree prefrontali della corteccia, particolarmente l'emisfero sinistro. Ciò che accade nelle situazioni traumatiche (ma il trauma è una categoria ampia di eventi ed esiti che si organizzano a vari livelli di intensità...) è la sospensione a vari livelli delle relazioni fra queste aree con la prevalenza delle componenti più antiche del cervello e soprattutto, come l'amigdala, di quelle deputate agli stati di allarme. Lo stato di allarme, ha dei precisi connotati anche neurologici ed endocrinologici: si tratterebbe di una iperattivazione per un periodo prolungato di aree deputate fisiologicamente all'allarme che attivano secrezione di ormoni dello stress quali adrenalina e serotonina, ovvero sostanze necessarie per attivare comportamenti di attacco/fuga. Vi sarebbe una iper stimolazione prolungata di tali neurotrasmettitori la cui concentrazione non si riduce in quanto, per definizione, lo stato di trauma significa la impossibilità di procedere ad un adeguato e risolutivo attacco-fuga. La persistenza di tali ormoni dello stress comporta poi una serie di sintomi somatici riconosciuti tipici del PTSD (tachicardia, tachipnea, sintomi gastrici e pressori...). Quindi non si tratta di mettere l'azione al posto del pensiero logico, ma l'azione che non è più connessa col pensiero logico e la comunicazione, quindi, viaggia soprattutto su registri concreti ed agiti. Alla fine, la cura delle situazioni traumatiche prevederebbe – attraverso modalità differenti di ordine relazionale – "il ripristino di integrazione fra elementi delle aree emotive" con funzioni delle aree intermedie e razionali (riattivare le funzioni di integrazione talamica, ippocampale e prefrontale): "capire perché ci si sente in un certo modo, non cambia il modo in cui ci si sente" (van der Kolk, 2014, p.235).

Infine, propongo il passo di una seduta in cui la riproposizione di aree traumatiche può essere toccata attraverso operazioni agite controtransferalmente dall'analista. Nella seduta che propongo

avevo accettato la richiesta della paziente di poter recuperare una seduta saltata la settimana precedente perché lei era fuori per lavoro. Il recupero consiste nel prolungare due sedute di ulteriori 25 minuti al fine di recuperarne una. Era già accaduto precedentemente che la paziente non potesse essere in seduta per motivi di lavoro, ma non mi aveva proposto alcun recupero. Questa volta me lo propone ed io mi trovo ad accettare la sua proposta anche perché incontro la paziente alla fine della mia serata di lavoro e, quindi, il prolungamento della seduta mi è possibile. Solo dopo aver accettato la proposta della paziente, ho sentito di aver accettato qualcosa di assolutamente insolito e che un po' mi metteva a disagio per quanto mi riconosca un'ampia disponibilità alle modificazioni formali del setting.

*Scena 3. Monica e ciò che non succede mai.*

Monica è una giovane donna molto affermata sul piano professionale. Inizia l'analisi per una sensazione di fondo che lei chiama "la fatica di stare con le persone: soprattutto con gli uomini, va tutto bene finché i rapporti sono formali, ma mi blocco quando comincio a sentire che ci tengo o che loro tengono a me!" Da un po' di tempo la figura della madre è molto presente nei nostri incontri. All'inizio io stesso ne avevo una raffigurazione molto opaca in cui per ogni cosa, e soprattutto per ogni comunicazione, Monica doveva sempre passare attraverso la figura e la funzione del padre con il quale lei ha una particolare comunicazione. La scorsa settimana aveva deciso con la madre che sarebbero andate insieme alla parrucchiera. Lei aveva già preso l'appuntamento ed aveva commentato in seduta che si trattava di una parrucchiera molto nota e costosa, ma lei ci teneva a portarci la madre anche perché era la sua parrucchiera. Quando è arrivata a casa perché, come d'accordo, dovevano uscire, la madre ha esordito dicendole che "aveva mal di testa!". Per Monica questa comunicazione è stata molto grave e si è sentita improvvisamente in un'antica area traumatica, bloccata ed attaccata: "ho avuto un momento di gelo. Però questa volta la mia reazione è stata un po' diversa. Di solito a queste comunicazioni di mia madre, io mi ritiravo ed andavo via, magari sbattendo la porta o facendo finta di niente (che poi, mi rendo conto, sono la stessa cosa...). Questa volta, invece, ho chiesto di andare in bagno dove mi sono messa a piangere. Mia madre mi ha raggiunta ed ha ribadito che il suo mal di testa non impediva che si uscisse... era solo che davvero dalla mattina aveva questo mal di testa, ma che non cambiava nulla nei suoi progetti. Devo dire che la cosa strana è che mia madre mi abbia raggiunto in bagno... mi ha sorpreso molto... non è mai successo! Ho detto a mia madre che, avevo bisogno di passare un po' da casa e che poteva raggiungermi poco dopo e saremmo andate insieme alla parrucchiera. Passando per andar via, mio padre sbuffava ed ha esclamato "Ancora?... non se ne può più!". Poi a casa ho un messaggio di mio padre: "se voi due uscite, allora io che faccio?". Ho capito che era un modo di riprendere il discorso con me. Gli ho risposto che poteva occuparsi di preparare qualcosa per cena. Poi con mia madre è andata molto bene; siamo state anche da ZARA e lei ha provato delle felpe con delle scritte che non le ho mai visto addosso".

Riesco a sottolineare a Monica che la seduta di oggi sarà più lunga del solito perché ho accettato la sua richiesta di recuperare in due sedute quella della scorsa settimana che abbiamo saltato perché lei partiva per lavoro. "Forse si chiede, le dico, se io, come sua madre sono veramente interessato a stare con lei, oppure lei può significare per me una grande fatica di cui, tante volte, nella sua vita, si è sentita responsabile".

Dopo una pausa mi propone un sogno: "dal mare uscivano fuori, e venivano verso di me, due delfini. C'era tanta gente. Io ero contenta perché i delfini sono buoni e ci si può giocare, ma mentre si avvicinano sento che uno diventa sempre più minaccioso ed io ho paura. Mi guardo intorno per avere conferme sul fatto che il delfino sia minaccioso, ma non capisco gli

altri cosa pensino”. Commenta: “questa volta mi fa piacere tornare a casa per le feste di Natale; di solito è il contrario. Il motivo è che incontrerò due miei amici della parrocchia che allora frequentavo e che ho rintracciato recentemente. Erano più grandi di noi. Spesso venivano nel nostro gruppo e si erano fidanzati con alcune mie amiche. Io penso che allora dovevo essere davvero insopportabile per le mie amiche e per i ragazzi... Mia madre che mi diceva di non fidarmi delle amiche e di non raccontare mai agli estranei i miei segreti...”

“Pensavo, le dico, quante volte non deve essersi permessa di sentirsi bella e interessante perché gli altri potevano assumere connotati sessuali che come nel delfino possono bloccarti. Nel suo sogno lei ribadisce il diritto che in analisi ci si possa trovare a giocare con una coppia di delfini che sono buoni e finalmente accessibili”. Pensando ad un passo di Ogden (1989, p.103)le dico: “è un po’ il gioco che lei fa con lo shopping con sua madre: un gioco in cui qualcuno ti aspetta e, finalmente, vuole stare con te e quel gioco ti permette di essere vista femminile da una madre finalmente femminile anche lei.”

Nella mia relazione con Monica l’enactment penso abbia permesso di accedere al riconoscimento delle reciproche identità femminile e maschile attraverso l’area del gioco, possibile in analisi, in cui la paziente recuperava una dimensione antica sospesa per l’impossibilità di giocare e riconoscersi nella posizione femminile della madre che “la faceva sentire insopportabile alle amiche e ai ragazzi”. Penso che il mio acting-out, che segue un acting-out della paziente, abbia potuto declinarsi come enactment che ha permesso finalmente di accedere ad un’area traumatica governata dalla sessualizzazione edipica e dalla colpa.

## **Bibliografia:**

- Arnetoli C. (2016). Azione poetica e dimensione evolutiva del transfert, *Riv. Psicoanal.*, LXII, 3:595-618.
- Aron L. (2003). The paradoxical place of enactment in psychoanalysis, *Psychoan. Dial.*, 13, 5:623-631.
- Bass A. (2003). “E” Enactments in psychoanalysis. *Psychoan. Dial.*, 13, 657-675.
- Bateman A., Fonagy P. (2006). *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione*, Cortina, Milano, 2010.
- Boesky D. (1982). Acting Out: A Reconsideration of the Concept. *Int. J. Psycho-Anal.* 63:39-55
- Boesky D. (1989). The Questions and Curiosity of the Psychoanalyst. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 37:579-603.
- Bohleber W. e coll. (2013). Per un uso più accurato dei concetti psicoanalitici: un modello illustrato con il concetto di enactment, *Annata Psicoanalitica*, 8, 2016;; 117-149.
- Boston Change Process Study Group (2010). *Il cambiamento in psicoterapia*, Cortina, Milano, 2012.
- Bromberg Ph. M. (1998). *Clinica del trauma e della dissociazione*, Milano: Cortina, 2007.
- Bromberg Ph. M. (2006). *Destare il sognatore*, Cortina, Milano, 2009.
- Bromberg Ph. M. (2011). *L’ombra dello tsunami*, Cortina, Milano, 2012.
- Clarkin F., Yeomans F. E., Kernberg O. (1999). *Psicoterapia delle personalità borderline*, Cortina, Milano, 2000.
- Craparo G. (2017). *L’enactment nella relazione terapeutica*, Cortina, Milano.
- Damasio A. (1994). *L’errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Adelphi, Milano 1995.
- Damasio A. (1999). *Emozione e Coscienza*, Adelphi, Milano, 2000.
- De Marchi, A. (2000). Atto ed enactment. *Riv. di Psicoanal.*, 46:473-483.
- Ferenczi S. (1932). *Diario Clinico*, Cortina., Milano, 1988.

- Filippini S., Ponsi M. (1993). Enactment. *Riv. di Psicoanal.*, 39:501-518.
- Freud S. (1901a). *Psicopatologia della vita quotidiana*, O.S.F., 4, Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1901b). *Il caso clinico di Dora. Frammento di un'analisi d'isteria*, O.S.F., 4, Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1913-14). Ricordare, ripetere, rielaborare in: *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi*. O.S.F., 7.
- Freud S. (1922). *L'Io e l'Es*, O.S.F., 9, Boringhieri, Torino.
- Friedman R.J., Natterson J.M. (1999). Enactments: An intersubjective perspective. *Psychoanal. Q.*, 68, 220-247.
- Gilhooley, D. (2011). Mistakes. *Psychoanal. Psychol.*, 28, 2:311-333
- Greenberg, J. (1996). Psychoanalytic Words And Psychoanalytic Acts—a Brief History. *Contemp. Psychoanal.*, 32:195-213.
- Jacobs, T. 1986 On countertransference enactments *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 34:289-307.
- Janet P. (1894). *L'automatismo psicologico*, Cortina, Milano, 2015.
- Laplanche, J. and Pontalis, J. B. (1967). *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Bari, 1981.
- Laplanche, J. and Pontalis, J. B. (1973). *The Language of Psycho-Analysis*. The International Psycho-Analytical Library, 94:1-497. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Lenoff, L. (2014). Positive Enactment as a Clinical Resource. *Psychoanal. Inq.*, 34:421-429.
- Levenson, E. (1992). Mistakes, errors and oversights. *Contemporary Psychoanalysis*, 28, 555-571.
- Lingiardi V., Del Corno F. (2017). *Prefazione a Craparo (2017)*.
- Maturana H. R., Varela F. J. (1980). *Autopoiesi e cognizione. La relazione del vivente*, Venezia, Marsilio, 1985.
- McLaughlin J.T. (1991). Clinical and theoretical aspects of enactment. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 39, 3, 595-614.
- McLaughlin, J.T., Johan, M. (1992). Enactments in Psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 40:827-841.
- Mitchell S. (1988). *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi*, Bollati-Boringhieri, Torino 1993.
- Ogden Th. (1989). *Il limite primigenio dell'esperienza*, Astrolabio, Roma 1992.
- Ponsi, M. (2012). Evoluzione del pensiero psicoanalitico. Acting out, agire, enactment. *Riv. di Psicoanal.*, 58:653-670.
- Reik T. (1935). *Le psychologue surpris*, Paris, Denoël, 1976.
- Renik O. (2006). *Psicoanalisi pratica per terapeuti e pazienti*, Cortina, Milano, 2007.
- Riefolo G. (2015). Freud e Janet: sua maestà l'Io e il soggetto plurale (possibili suggerimenti di Pierre Janet a un analista), seminario al CdPR, Roma, 16.10.2015  
da Sandler (1976; 1993)
- Sandler j., Dare C., Holder A. (1973). *The patient and the analyst. The basic of the analytic process.*, Allen & Unwin, London, trad. it. *Il paziente e l'analista*, Bollati Boringhieri, Torino, 1974.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role responsiveness *Int. J. Psychoanal.* 3:43-47.
- Sapisochin, G. (2013). Second Thoughts on Agieren: Listening to the Enacted. *Int. J. Psycho-Anal.*, 94, 5:967-991
- Skelton, R. (Ed.). (2006). *The Edinburgh International Encyclopaedia of Psychoanalysis*.
- Smith, H.F. (1995). Analytic listening and the experience of surprise. *Int. J. Psycho-Anal.*, 76:67-78.
- Stern D.B. (2003). *L'esperienza non formulata*, del Cerro, Tirrenia, 2007