

## ***Neuropsicologia dell'inconscio di Efrat Ginot. Considerazioni individual psicologiche***

SECONDO FASSINO

*Summary* – NEUROPSYCHOLOGY OF THE UNCONSCIOUS OF EFRAT GINOT. INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CONSIDERATIONS. The article and the book by E. Ginot report a up-to-date and critical review of neurophysiological research and evidence regarding the concept of the unconscious. This today represents one of the theoretical-technical cornerstones of psychodynamic psychotherapy. The conception in favor of a continuum between conscious and unconscious functioning emerges that goes beyond traditional psychoanalytic thinking. Considering how the deep dynamics of the process of change mainly concern the unconscious aspects, we observe how unconscious habits often exceed the intention and motivation. Enactments, intended as representation and en-action of unconscious emotional functioning, favor new hypotheses on consolidated concepts such as resistance and transference and countertransference mechanisms. These evidences appear usable and very fertile for the Individual Adlerian Psychology that identifies the articulation in the clinician between Lifestyle and Therapeutic Style, in the interactions of the therapist and patient and counter attitudes as the main tool of change.

*Keywords:* INCONSCIO, NEUROPSICOLOGIA, PSICODINAMICA, CAMBIAMENTO

### *I. Introduzione*

Psicoterapia e neuroscienze sono state a lungo considerate discipline distanti, se non antagoniste, all'insegna di vecchie dicotomie. Oggi però nuove evidenze scientifiche si impongono: da un lato le ricerche della psicologia dello sviluppo mostrano l'importanza della intersoggettività e della "relazionalità" come matrice della stessa organizzazione del mondo psichico; dall'altro i costanti progressi nell'ambito della ricerca scientifica neurofisiologica, in particolare tramite *brain imaging*.

Soprattutto a riguardo del concetto di inconscio -cardine teorico-tecnico della psicoterapia psicodinamica- le evidenze neurofisiologiche documentano l'esistenza di un continuum tra funzionamento conscio e quello inconscio che supera il tradizionale pensiero psicoanalitico. Nuove formulazioni teorico-cliniche come quello di enactment -*la manifestazione e messa in atto dell'inconscio*- ricevono conferme sul piano neurop-

sicologico e costituiscono strumento fondamentale e processo intersoggettivo di comprensione. Ecco perché è possibile parlare oggi di recupero dell'unità a lungo perduta tra mente e corpo e di "nuova alleanza" tra psicoterapia e neuroscienze.

Integrando la neuropsicologia con il pensiero e l'esperienza psicoanalitica, il contributo di E. Ginot su questo numero della Rivista offre una nuova prospettiva del complesso tema dell'inconscio assai arricchita rispetto alle tradizionali formulazioni psicodinamiche e psicoanalitiche. Questo articolo propone alcune innovative caratteristiche neuropsicologiche dei processi inconsci. Viene poi discussa la modalità di evoluzione dei sistemi consci ed inconsci soprattutto in riferimento alla costruzione delle mappe neuronali e gli stati del sé.

*L'inconscio enacted* [14] per Ginot assume una valenza decisiva per il cambiamento durante le psicoterapie: questo processo si svolge implicitamente, nonostante risponda a stimoli provenienti dal mondo esterno. Anche tramite un caso clinico l'autrice approfondisce come i vissuti relativi agli altri siano espressione dei sistemi dell'inconscio proprio del terapeuta. Queste nuove acquisizioni neurobiologiche, concernenti la relazione tra strutture corticali e sottocorticali, appaiono fruibili per accedere alle radici dei comportamenti ripetitivi soprattutto per la centrale questione dell'efficacia dei trattamenti e la presunta (im)possibilità del cambiamento.

II. *Dall'articolo al volume Neuropsicologia dell'inconscio-Integrare mente e cervello nella psicoterapia di E. Ginot*

L'articolo di Ginot costituisce una stimolante sintesi, quasi una guida alla lettura e studio del successivo volume più ampio e articolato della stessa autrice *Neuropsicologia dell'inconscio-Integrare mente e cervello nella psicoterapia*, edito in Italia da Raffaello Cortina Editore.

L'opera rappresenta una pregevole sistematizzazione argomentata delle più recenti scoperte delle neuroscienze sul tema, arricchita dalla lunga esperienza clinica psicoterapeutica di Efrat Ginot. L'autrice svolge attività di psicoanalista e psicoterapeuta a New York, dove insegna all'Institute for Contemporary Psychotherapy.

Nelle sue pubblicazioni scientifiche ha costantemente articolato neuroscienze e psicoanalisi, e già nel 2002 aveva ricevuto il premio Gradiva Award della National Association for the Advancement of Psychoanalysis, assegnato ogni anno negli Stati Uniti alla saggistica psicologica. Il filo conduttore del libro, ricco di documentazioni bibliografiche puntuali ed esaustive, concerne l'importante e costante influenza dei processi inconsci sui nostri comportamenti e sui nostri stati mentali.

Questa nuova prospettiva si basa sul concetto di unità funzionale del sistema cervello-funzionamento mentale, ed è portatrice di innovative implicanze cliniche pratiche. I processi inconsci non sono più ritenuti espressione della mente soltanto, bensì di

mente-cervello-corpo. Attingendo alla teoria degli affetti, alle neuroscienze cognitive e alla sua prolungata attività clinica, Efrat Ginot analizza la propensione del cervello-mente a percepire l'ambiente interno ed esterno sulla base di mappe inconse preesistenti, e a mettere in atto in maniera automatica pattern profondamente radicati di emozioni, comportamenti e processi cognitivi, anche quando inappropriati o dannosi. Poiché l'interazione tra processi inconsci e consapevolezza riflessiva è al centro dei percorsi di cura proposti, nel volume particolare attenzione è rivolta alle conseguenze terapeutiche di questi assunti che hanno ora importanti conferme neurofisiologiche.

a) *Le dinamiche profonde del processo di cambiamento riguardano principalmente gli aspetti inconsci*

Il *profondo* è l'inconscio rimosso e pure quello non rimosso -come le memorie implicite procedurali- del funzionamento mentale [16]. L'inconscio, principale concetto/struttura/funzione, fondativo per l'approccio diagnostico e terapeutico psicodinamico, non è più considerato soltanto come espressione della mente. Numerose ricerche recenti nell'ambito delle neuroscienze sostengono un modello integrato cervello-mente-corpo di tipo neuropsicologico che vede un continuum tra conscio/inconscio [14].

Mentre l'emisfero destro è dominante per l'affiliazione, l'appartenenza, il cervello sinistro è coinvolto nella motivazione al potere, la competizione, l'autonomia. I gangli della base sono fondamentali per l'apprendimento procedurale, mentre il cervelletto è la sede dell'azione inconscia [15] e permette comportamenti rapidi e automatizzati in vari contesti. L'inconscio non rappresenterebbe quindi tanto un luogo statico e oscuro del nostro funzionamento psichico, ma comprende soprattutto quei processi che partono dal cervello e arrivano al funzionamento mentale e che rappresentano la gran parte di ciò che *siamo* e come funzioniamo abitualmente.

Numerosi studi, riportati criticamente da Ginot, hanno proposto che il cervello sinistro regoli le funzioni esplicite della coscienza, della consapevolezza, della propria consapevolezza, del linguaggio, dell'attenzione e della memoria dichiarativa. Il cervello destro sarebbe, invece, caratterizzato dal funzionamento implicito, non verbale: substrato biologico profondo dell'inconscio umano dei meccanismi relazionali emisferici destri che sarebbero i principali meccanismi del cambiamento terapeutico [25]. Questo nuovo modello sottolinea la propensione del pattern cervello-funzionamento mentale a rappresentare automaticamente determinati pattern comportamentali.

Tale approccio, soprattutto, è fruibile per dare senso a quegli ostacoli -resistenze e difese- che si incontrano quando terapeuta e paziente provano a cambiare determinati pattern sintomi psicopatologici al fine del raggiungimento di un benessere maggiore. L'inconscio inteso come insieme di strutture e reti corticali e sottocorticali contiene le radici dei comportamenti ripetitivi: i sistemi deputati ai propri processi inconsci si ripetono quando l'influenza delle regioni subcorticali supera l'influenza delle aree corticali di livello superiore.

Quando questo accade, i messaggi neurali inibiscono la corteccia prefrontale per interpretare le percezioni in maniera inflessibile e basata su vecchie mappe e modelli: le nuove informazioni pertanto non vengono elaborate [15]. Si potrà quindi meglio comprendere perché i cambiamenti relazionali e una determinazione conscia ad agire in modo diverso e nuovo per il paziente spesso possano condurre a cambiamenti favorevoli e stabili.

b) *Le abitudini inconse superano l'intenzione e la motivazione*

Le funzioni di ordine superiore della corteccia prefrontale forniscono l'autonomia dai comportamenti veloci e automatici, ma per migliorare la capacità di ignorare l'automatismo, abbiamo bisogno di reclutare le capacità consapevoli più riflessive.

Tuttavia, sostiene e documenta Ginot nel suo volume, non siamo semplicemente condannati a ripetere vecchi modelli! Questa capacità di cambiare può essere particolarmente efficace quando gli aspetti consapevoli si interfacciano con esperienze emotive.

Per molti pazienti, a meno che non si esercitino in maniera consapevole in mezzo alla disregolazione emotiva, l'attivazione automatica delle reti subcorticali può *predominare* sulla corteccia prefrontale più lenta e riflessiva [17]. Comprendere le forze della ripetizione e della resistenza e allo stesso tempo tentare di sensibilizzare i pazienti verso una maggiore consapevolezza, può avere senso decisivo da un punto di vista terapeutico.

Ci sono molte evidenze, si è detto, per le quali l'inconscio sta nelle funzioni del cervello destro. L'elaborazione inconscia delle emozioni avverrebbe per lo più all'interno di una via corticale destra: le memorie emotive inconse sono conservate nell'emisfero destro ritenuto fondamentale per le funzioni inconse associate al mantenimento di un senso di sé coerente e continuo [17, 25]. Questo emisfero è correlato con le comunicazioni di attaccamento all'interno dell'alleanza terapeutica, come pure e specialmente le comunicazioni transfert-controtransfert vi sono qui attivate: gli enactment reciproci di funzionamenti emotivi inconsci sono decisivi per il cambiamento terapeutico [25].

Gli enactments sono una potente espressione del processo interpersonale nel setting, *espressione percepibile messa in atto agita ma non impulsiva* di materiale emotivo inconscio di stati emotivi complessi in larga misura inconsci [15, 25]. Nei momenti di *contatto profondo* tra terapeuta e paziente la condivisione delle emozioni tramite una risonanza limbica biopsicologica provoca una crescita di intensità e di durata nel tempo [25].

c) *Gli enactments reciproci di funzionamenti emotivi inconsci di terapeuta e paziente*

Gli enactments di paziente e terapeuta di funzionamenti emotivi inconsci sono decisivi per l'elaborazione nella mente del terapeuta delle comunicazioni transfert-controtransfert e quindi per il cambiamento terapeutico [25]. Questo complesso degli agiti non impulsivi tra terapeuta e paziente consente di mettere il conscio al posto

dell'inconscio, quanto meno nella ricostruzione interiore che il terapeuta fa di ogni accadimento nel setting: non sempre può essere opportuno al fine del miglioramento/maturazione del Sé del paziente un *esplicito disvelamento* interpretativo. Questo, per la Individual Psicologia (IP) è efficace se accompagnato da una trasformazione incoraggiante dello stile di incontro, dell'alleanza di lavoro [23].

Per Ginot “gli enactment non costituiscono semplicemente un processo di transfert-controtransfert inconscio e incontrollabile, ma potrebbero rappresentare i *meeting moments* di Stern [27], momenti di incontro in cui due soggettività sono completamente immerse, anche se in maniera temporanea, nelle aspettative e nei bisogni dell'altro. (...) Gli enactment potrebbero così essere l'unico modo per comprendere i pazienti a livello emotivo e per fare davvero esperienza di alcuni ricordi e racconti emotivi. In tal senso gli enactment sarebbero l'unico *autentico* strumento per riportare alla luce pattern affettivi e relazionali impliciti, come spesso avviene nelle nostre relazioni intime” (15, p.130).

#### d) *Finzioni ed esperienze autentiche*

Nel gioco dei tentativi intenzionali di sintonia, *attunements* [13], della relazione terapeutica come si articolano, si sovrappongono, si annullano finzioni [8] ed esperienze autentiche nelle dinamiche dell'alleanza di cambiamento? In considerazione del fatto che “il trattamento coinvolge e trasforma sia il medico che il paziente” [1, 2] la relazione terapeutica non è mera riedizione di pregressi modelli relazionali, variamente influenzati da finzioni negative, ma dovrebbe costituire un *nuovo* prototipo di relazione autentica, in cui le finzioni prevalenti del terapeuta e del paziente dovrebbero essere positive, finalizzate allo sviluppo socialmente utile del Sé [32].

Oltre alle finzioni del paziente, occorre sottolineare, secondo Rovera [32], anche quelle del terapeuta connesse per lo più a non ottimali articolazioni di Sentimento Sociale e Volontà di Potenza occasionali o strutturali nella motivazione alla professione [22].

La relazione terapeutica è intesa come revisione e ricostruzione *incoraggiante* dello stile di vita [21], negli aspetti microscopici del momento presente. L'attitudine all'ascolto, al ricordo regressivo, alla ricerca e riformulazione di senso della linea direttrice, propri della fase esplorativa, sono propedeutici per gli agenti specifici di cambiamento nel percorso psicoterapeutico, come esperienza in vivo di appartenenza e cooperazione. L'*identificazione empatica* si presenta espressione avanzata del Sentimento Sociale del terapeuta [7] che dovrebbe contagiare implicitamente anche il paziente.

L'interpretazione e lo *smascheramento delle finzioni*, come mete inconscie che danno senso -direzione e significato- ai sintomi permangono a lungo implicite nella mente del terapeuta e non sempre occorre che siano esplicitate [8]. Lo psicoterapeuta in tal modo si situa nell'area “dell'essere con” (appartenere) e “fare con” (cooperare), un

modello identificatorio per accogliere il deficit, il sentimento di inferiorità verso una compensazione creativa socialmente utile [24].

Si è detto come l'emisfero destro sia correlato con le comunicazioni di attaccamento all'interno dell'alleanza terapeutica. La *relazione terapeutica* inclusiva in cui i processi di attaccamento si ripetono e si allentano, in cui si rompe e continuamente si ricrea l'alleanza di lavoro [23] è dare quanto più spazio possibile alle esperienze dei pazienti e prestare attenzione non solo a ciò che dicono, ma soprattutto a ciò che non dicono, ma esprimono con altri mezzi non verbali.

Per attivare gli agenti trasformanti è necessario che il terapeuta offra un valido, autentico e non fittizio, riconoscimento e una risposta sintonica alla vasta gamma di comunicazioni, soprattutto implicite, che i pazienti trasmettono anche con le parole, ma soprattutto *tra le righe* attraverso il modo di parlare, il tono prosodico, le pause, lo sguardo, il corpo, le emozioni. I modi di fare, di essere presenti con il paziente, i modi della mimica, i toni di voce concorrono implicitamente a prefigurare dei modelli fruibili per l'imitazione embodied [13].

In realtà, osserva Ginot, “il processo di *simulazione incarnata* genera una comprensione diretta, non mediata quasi viscerale dell'altro, permettendo alla fine sia al paziente sia all'analista un modo di riconoscere e meglio comprendere le proprie narrazioni autobiografiche dissociate nei propri pattern relazionali, e di integrarli in un Sé più riflessivo e coeso. Entrambi partecipano al processo e ne vengono influenzati, ed entrambi hanno la possibilità di imparare qualcosa su di sé.” (15, p. 131).

III. *Per la Individual Psicologia adleriana (IP) lo “strumento” principale del terapeuta è il suo proprio Sé-Stile di Vita: virtù psicodinamiche ed enactment*

La argomentata rivisitazione neuropsicologica di E. Ginot delle funzioni dell'inconscio favoriscono nuove riflessioni a riguardo del concetto di cambiamento nei setting terapeutici IP adleriani.

La psicoterapia psicodinamica, non solo, e oggi sempre di più, anche la psichiatria psicodinamica a partire dal pionieristico saggio di Parenti & Pagani del 1986 [18], al classico manuale di Gabbard del 2017/2015 [11] fino al recente trattato di psichiatria neuro psicodinamica di Boeker, Harwitz e Northoff del 2018 [5] al fine della cura, vuole comprendere -attraverso un'osservazione attenta e partecipante- *cosa* influenza e *difende* il sintomo psicopatologico, la sua doppia funzione di espressione della sofferenza profonda del paziente e la sua funzione di *inconscia e automatica difesa*.

In questo senso assumono importanza le dinamiche inconscie della personalità del paziente, che precedono e mantengono il sintomo, sia le dinamiche relazionali del paziente a partire da quelle *qui e ora* col terapeuta (cfr. concetto di transfert).

La competenza del terapeuta adleriano richiede molto più che l'acquisizione di un insieme di conoscenze teoriche e di una serie di capacità tecniche [8, 10, 24]. Quali sono i tratti della personalità, modi di fare e di essere dei clinici psicodinamici? Si richiede l'acquisizione di una serie di atteggiamenti, *virtù di mente e cuore, virtù psicodinamiche* nell'accezione di Radden & Sadler [20] e di Brenner & Khan [6].

Essi sono incorporati nella persona e nel carattere del terapeuta: sottile e richiedente empatia, attitudine ad accettare e confermare, curiosità e confidenza con i significati sottostanti, umiltà a fronte di incertezze e ambiguità, apertura a coinvolgimenti trasferali, capacità a provare gratificazioni per piccole cose etc. L'attitudine del clinico a provare e trasmettere secondo recenti acquisizioni neurobiologiche [3] la *speranza* regola i meccanismi neurofisiologici della fiducia e dell'aspettativa del paziente.

L'amigdala è la struttura biologica del vissuto di inaffidabilità: la sua maggior attività correla con un più marcato giudizio di inaffidabilità sul terapeuta, mentre l'ossitocina aumenta la fiducia accrescendo il legame tra questa e i suoi recettori e inibendone l'attività. Esiste una correlazione negativa tra l'attivazione dei recettori della serotonina nella corteccia prefrontale dorsolaterale e il grado di mancanza di speranza [3, 4]. Le parole del terapeuta possono modellare lo sviluppo di percorsi biochimici: la dicotomia tra farmaci e parole tra psicologia e farmacologia sta progressivamente svanendo...[4].

Nel tentativo di rendere la professionalità più quantificabile, si potrebbero erroneamente usare abilità ed esercizi come surrogati della virtù! I training di apprendimento della psicoterapia esplicitamente si propongono di promuovere e supervisionare lo sviluppo e l'interiorizzazione di questi atteggiamenti virtuosi... incoraggiando l'opportunità di apprendere dal proprio mondo interiore [22]. Mentre gli istituti di formazione mirano a produrre una maggiore maturità e flessibilità nel pensiero dei medici, essi spesso favoriscono la regressione e la gerarchia, osservava anni fa Kernberg [12].

L'empatia, come noto, include una componente cognitiva e una componente affettiva [7]. Recenti studi brain imaging hanno evidenziato come ci siano tre specifiche e distinte reti neuronali per i comportamenti ispirati a teoria della mente, empatia e compassione. La condivisione di stati affettivi con un'altra persona (empatia), preoccupazione per un altro (compassione) e ragionamento sullo stato della mente di un'altra persona (teoria della mente) sono separabili a livello concettuale, comportamentale e delle sottostanti reti neuronali [19]; soggetti con forte empatia non sono necessariamente capaci di mentalizzare e ciascun aspetto può essere selettivamente alterato in disturbi come autismo o psicopatia.

Una originale risposta empatica alla sofferenza degli altri può portare a una risposta di disadattamento, tuttavia l'angoscia empatica può essere corretta imparando come trasformare l'empatia in compassione [19, 26].

La compassione risulta una strategia di regolazione emotiva che attenua l'effetto negativo attraverso la generazione attiva di effetti positivi che si basano sulla gratificazione di circuiti cerebrali correlati all'affiliazione [19].

Queste evidenze confermano come al terapeuta psicodinamico siano richieste non solo capacità empatiche, ma soprattutto la virtù [6] della compassione. Essa non solo rende sopportabile l'angoscia empatica, ma avvia attraverso l'attivazione nel terapeuta del Sé Creativo, tipicamente considerato dall'IP [1, 7, 24], verso la *riparazione* del Sé e trasformazione delle difese/compensazioni psicopatologiche...

La componente cognitiva dell'empatia comporta l'essere in grado di concettualizzare l'esperienza interna del paziente, mentre la componente affettiva implica saper risuonare emotivamente con i sentimenti del paziente. Ogni terapeuta sa come sia necessario tollerare ambiguità o chiusura incompleta per periodi di tempo prolungati, accettare punti di vista alternativi del mondo, e sopportare e contenere le esperienze di impotenza, confusione e solitudine che non di rado caratterizzano alcuni periodi del lavoro analitico.

L'inclinazione per l'identificazione empatica [22] potrebbe essere accentuata in supervisione di psicoterapia, dove lo specializzando sta attivamente imparando a usare la sua intera persona come strumento di cura. Le ricorrenze profonde tra Stile di vita e stile terapeutico dell'analista sono profonde e concorrono come fattori primari alla costituzione della relazione terapeutica nell'ambito del *patient-therapist matching* [24] e quindi dell'alleanza terapeutica, fattore comune e trasversale alle diverse tecniche psicoterapeutiche [23, 36].

#### IV. *Gli aspetti inconsci e impliciti del Sentimento Sociale del terapeuta*

Il ruolo e funzione del terapeuta nella costruzione dell'alleanza terapeutica, le influenze della sua personalità sulla qualità dell'alleanza stessa sono stati di recente studiati e approfonditi da Ferrero [7] in rapporto ai processi e agli esiti dei trattamenti.

Le caratteristiche personologiche del terapeuta sembrano infatti costituire un elemento di grande rilevanza tra le variabili di processo e di esito dei trattamenti psicoterapeutici. Le ricerche che oggi cercano di indagare la qualità relativa di questi processi interattivi in trattamenti di pazienti con patologie differenti sottolineano come le caratteristiche personologiche del terapeuta correlano in modo significativo non solo con le difficoltà presentate del paziente, ma anche con le opzioni tecniche che sceglie di assumere. Emerge, complessivamente, la funzione di uno psicoterapeuta più partecipante, che può in certi casi agire all'interno del setting (enactment), fino a rivelare e mettere in gioco delle parti di sé (self-disclosure).

Tra le attitudini del terapeuta con formazione adleriana il Sentimento Sociale [2] istanza da cui si alimentano gli atteggiamenti di partecipazione e appartenenza del

terapeuta (cfr. le virtù psicodinamiche di Brenner & Khan [6] - costituirebbe il fattore di per sé riattivante per embodied simulation il Sentimento Sociale del paziente [9] specialmente tramite enactments e comunicazioni implicite. Nella relazione terapeutica si articolano, sovrappongono, annullano *finzioni* [8] più o meno consapevoli e esperienze autentiche di alleanza e di cambiamento.

Quando la relazione terapeutica si caratterizza da continue e reciproche imitazioni, tra paziente e terapeuta, allora è probabile che la imitazione dell'espressione modificata dal terapeuta dell'esperienza del paziente stesso svolga funzioni terapeutiche regolatrici [13]. È come se il paziente "*vedesse, sentisse*" nel terapeuta una versione più gestibile di ciò che il paziente stesso sta sperimentando. Il processo di cambiamento si alimenta quindi delle sequenze riverberanti di contagi e di trasformazioni reciproche, come premessa/frutto dell'alleanza.

I moments of meeting sono di per sé incoraggianti. L'embodied simulation del paziente verso il terapeuta e viceversa comporta che al paziente passino per via mirror neurons [13] non tanto le parole, ma soprattutto gli atteggiamenti [24] gesti, pause, posture etc. : espressioni non verbali non consapevoli specialmente di quanto *veramente* il terapeuta sente, prova, teme, spera, etc..

Su questi enactment è (ri)costruita una complementare "struttura di accoglimento di sé" nel paziente. Il *come* il terapeuta reagisce al paziente diventa protesi (utile o dannosa), un pezzo nuovo del sé del paziente. L'esempio, come pure la testimonianza, procedurale, è più incisivo della parola, dichiarativa! [9].

La comprensione empatico-compassionevole è il cuore dell'incoraggiamento. Il contagio profondo di fiducia, sfiducia, angoscia, delusioni, speranze, oltrepassa, rinforza o annulla, o confonde i messaggi verbali e gestuali intenzionali delle strategie consapevoli dell'incoraggiamento [21]. Ne risultano accresciute -nell'interazione/matching- le responsabilità etiche del terapeuta, che sostengono uno sviluppo continuo del suo Sentimento Sociale [24].

#### V. Per una conclusione

"L'inevitabile integrazione delle neuroscienze nelle nostre nozioni cliniche connesse alla mente umana non dovrebbe essere vista come una guerra di territorio, ma come un modo per massimizzare il nostro ruolo di clinici e i benefici potenziali per i pazienti", osserva Ginot (15, p. 303). "Comprendere le proprietà stabili, pervasive e automatiche dei sistemi inconsci costringe (...) noi clinici a ripensare alcuni concetti ben consolidati come la resistenza, l'ansia narcisistica e le difficoltà di transfert e controtransfert" (15, p. 316).

La revisione neurofisiologica dell'inconscio a riguardo dei meccanismi di empatia/compassione, delle conoscenze relazionali e delle memorie implicite, rende eviden-

te come gli scambi reciproci tra terapeuta e paziente i contagi emotivi inconsci di speranza/disperazione, condivisione/rifiuto, appartenenza/solitudine rappresentino di gran lunga i momenti cruciali di trasformazione e cambiamento: un'implicita *partecipazione affettiva virtuosa del terapeuta* piuttosto che schermo vuoto, dal momento che le sue *virtù psicodinamiche* agiscono anche, soprattutto, per via inconscia/implicita.

Lo stile appassionato e chiaro dell'Autrice rende l'esposizione sempre articolata con la clinica coinvolgente e ricca di spunti fruibili per il lettore attento: l'opera è guidata dal filo conduttore della relazione tra processi consci e inconsci, rivista alla luce di rivoluzionarie evidenze neuropsicologiche.

Queste oggi non possono essere ignorate da una pratica clinica scientificamente fondata e rispettosa dei valori etici! L'ignoto in azione, l'inconscio messo in atto, la connessione continua tra percezione e azione, i sistemi del Sé e i meccanismi impliciti, le narrazioni su di sé e il disvelarsi di processi inconsci, sono solo alcuni degli snodi argomentativi che l'Autrice, alla luce delle evidenze neuropsicologiche, svolge per affrontare il problema del cambiamento stabile e duraturo in psicoterapia: le nuove acquisizioni rendono ragione del continuo articolarsi di processi espliciti e impliciti, tra ripetizioni e resistenze.

Rispetto alla precedente clinica psicodinamica, infatti, il *concetto di cambiamento*, e quindi il tema dell'efficacia delle cure psicoterapeutiche, si è sviluppato verso la prevalenza delle emozioni sulle cognizioni, dal controllo dei sintomi allo sviluppo del sé-stile di vita [1, 24], della qualità della vita.

Viene valorizzata soprattutto l'autentica partecipazione emotiva del terapeuta (cervello destro) rispetto alla sua competenza confrontativa/interpretativa (cervello sinistro). Il Sentimento sociale del terapeuta ri-attiva per contatto profondo quello del paziente, risultando alla fine prioritario, risultando alla fine prioritario l'*essere* sul *fare*.

\*

Raccomando vivamente agli psicoterapeuti adleriani, medici e psicologi, specialisti e allievi in formazione non solo la lettura, ma lo studio attento del volume di E. Ginot, arricchito dalla utilissima prefazione di A. N. Schore. L'effetto di questa lettura approfondita, oltre al sicuro aggiornamento tramite la vasta mole di ricerche scientifiche esaminate, sarà quello di un *implicito* incoraggiamento, che lo psicoterapeuta sperimenterà, ad un ulteriore impegno quotidiano e ad un'accresciuta fiducia nella straordinaria forza curativa della nostra professione.

## Bibliografia

1. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il Senso della Vita*, De Agostini, Novara 1990.
2. ADLER, A. (1935), The fundamental view of Individual Psychology, *Int. J. Ind. Psych.*, 1: 5-8.
3. BENEDETTI, F. (2013), Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship, *Physiol. Rev.* 93: 1207–1246.
4. BENEDETTI, F., PIEDIMONTE, A. (2019), The neurobiological underpinnings of placebo and nocebo effects, *Semin. Arthritis Rheum.*, Dec; 49(3S): S18-S2. doi:10.1016/j.semarthrit.2019.09.015.
5. BOEKER, H., HARWITZ, P. NORTHOFF, G. (2018), *Neurpsychodynamic Psychiatry*, Springer, Cham, CH.
6. BRENNER, A., KHAN, F. (2013), The Training of Psychodynamic Psychiatrists. The Concept of “Psychodynamic Virtue”, *Psychodyn. Psychiatry*, 41(1): 57-74.
7. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-65.
8. FASSINO, S. (2010), Finzioni e processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 59-79.
9. FASSINO S. (2017), Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 29-53.
10. FERRERO, A. (2017), Processi ed esiti in psicoterapia: il ruolo della relazione terapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 55-68.
11. GABBARD, G. O. (2014), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, tr. it. *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2015.
12. KERNBERG, O. (2000), A concerned critique of psychoanalytic education, *Int. J. Psychoanal.*, 81:97-120.
13. GALLESE, V., EAGLE MORRIS, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional Attunement: Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55; 131-76.
14. GINOT, E. (2017), The enacted unconscious: a neuropsychological model of unconscious processes, *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 1-6.
15. GINOT, E. (2015), *The neuropsychology of the Unconscious. Integrating Brain and Mind in Psychotherapy*, tr. it. *Neuropsicologia dell'inconscio. Integrare mente e cervello nella psicoterapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2017.
16. KANDEL, E. R. (2005), *Psychiatry, Psychoanalysis and the New Biology of Mind*, tr. it. *Psichiatria psicoanalisi e nuova biologia della mente*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
17. LANE, R. D., RYAN, L., NADEL, L., GREENBERG, L. (2015), Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New Insights from brain science, *Behav. Brain Sci.*, 38: e 1doi: 10.1017/S0140525X14000041.
18. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1986), *Psichiatria dinamica*, Centro Scientifico Editore, Torino.

19. PRECKEL, K., KANSKE P., SINGER, T. (2018), On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind, *Curr. Opin. Behav. Sci.*, 19: 1-6.
20. RADDEN, J., SADLER, J. (2008), Character virtues in psychiatric practice, *Harv. Rev. Psychiatry*, 16, 373-380.
21. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
22. ROVERA, G. G. (1988; 2016), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 31-39.
23. ROVERA, G. G. (2014), Le alleanze terapeutiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 3-31.
24. ROVERA, G. G. (2015), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-45.
25. SCHORE, A. N. (2014), The right brain is dominant in psychotherapy, *Psychotherapy*, Sep. 51 (3): 388-397.
26. SINGER, T., KLIMECKI, O. M. (2014), Empathy and compassion, *Curr. Biol.*, 24 (18): 875-878.
27. STERN, D. N. and THE BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2012), *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
28. WAMPOLD, B. E. (2015), How important are the common factors in psychotherapy? An update, *World Psychiatry*. Oct; 14 (3): 270-7.

Secondo Fassino  
Via Milazzo 2  
I- 10133 Torino  
E-mail: secondo.fassino@unito.it