

LO PSICODRAMMA IMMAGINALE NELL'ANALISI DUALE, UN CASO DI DISTURBO OSSESSIVO, VERSO UNA NUOVA CATEGORIA DI SCENE VIRTUALI

(di Cristiano Bono e Giulio Gasca)

Nell'introdurre la tecnica dello psicodramma immaginale e delle scene virtuali, riteniamo interessante una premessa relativa all'importanza delle dimensioni espressive e relazionali che caratterizzano queste tecniche ed il loro effetto catartico come integrazione e completamento della comunicazione verbale. Sappiamo quanto nella pratica analitica siano rilevanti le parole e quanto l'interpretazione, preceduta dalle libere associazioni, sia la tecnica più antica e conosciuta. Negli ultimi anni il dibattito psicoanalitico è stato spesso centrato sulla pratica interpretativa; molti psicoanalisti relazionali hanno definito la sola interpretazione verbale come "vuota" e, dunque, priva dell'esperienza interpersonale, considerata la vera responsabile della comprensione profonda e del cambiamento.

Donald B Stern, (1997) sostenne l'importanza del considerare la relazione e l'interpretazione come elementi non separabili e integrati tra loro, sottolineando come, spesso, i significati relazionali trasmessi con l'interpretazione, siano più rilevanti dei contenuti stessi dell'intervento interpretativo. L'interpretazione diventa dunque interazione, come sottolineano Fonagy e Target (2003), passando dalla Talking cure all'Experience cure.

Secondo Mitchell (1997) il problema di fondo della concezione classica dell'interpretazione è che con essa si vogliono tirare fuori i pazienti dalla patologia, ma le interpretazioni sono sperimentate attraverso gli stessi schemi patologici che vorrebbero "curare" e trasformare: questo è paradossale come volersi sollevare da soli tirando i lacci delle scarpe.

La sola interpretazione verbale, infatti, rischierebbe di essere vissuta dal paziente attraverso le stesse modalità relazionali che vorrebbe modificare; per esempio, con un paziente affetto da paranoia, potrebbe essere più utile proporre una relazione in cui non si senta

minacciato o umiliato, piuttosto che informarlo dell'irragionevolezza delle sue convinzioni. Quest'ultimo atteggiamento determinerebbe una ripetizione dello schema che si intende curare.

Secondo Bromberg (1994, 1998 b), un'interpretazione è la traduzione ed il riflesso della visione personale che lo psicoterapeuta ha del paziente, la quale rappresenta una delle tante possibili versioni della realtà. Così il potenziale rifiuto dell'interpretazione da parte del paziente non è soltanto la negazione difensiva di un possibile punto di vista su di sé, ma è anche il rifiuto del punto di vista dello psicoterapeuta; il paziente sperimenta lo psicoterapeuta come se egli gli stesse chiedendo di sostituire, senza sufficiente negoziazione, la sua soggettività con la propria.

Questa premessa ci permette dunque di introdurre uno degli aspetti che Gasca ritiene fondamentale in relazione alla tecnica psicodrammatica: attraverso lo psicodramma, quale espressione del proprio teatro interno, il paziente diventa il protagonista e, dunque, l'interprete di sé stesso. Ciò non solleva chiaramente l'analista conduttore dal proprio ruolo, piuttosto lo pone nella condizione di facilitare l'emergere dei contenuti inconsci, dei quali il protagonista farà esperienza, giungendo alla propria soggettiva interpretazione.

Abbiamo accennato in precedenza agli aspetti "relazionali" della nuova concettualizzazione interpretativa; nello psicodramma, e nel caso specifico in quello immaginale, la relazione si produrrà, oltre che all'esterno con il conduttore, anche reciprocamente tra gli stati inconsci emergenti del paziente, e tra questi ed il protagonista. Se dunque intendiamo la relazione in questi termini, ovvero entrare in contatto dialogico con i propri stati del sé, potremmo meglio comprendere il motivo della catarsi interpretativa prodotta dalla tecnica immaginale.

Il processo relazionale di esplorazione dell'esperienza traumatica, permette, ad esempio, agli stati dissociati del sé, di trovare legittimazione di esistenza, le parti rimosse o dimenticate assumono così coscienza. Sarà dunque il contatto con gli stati del sé a produrre il cambiamento e non tanto la scoperta della loro esistenza. (Bromberg, 2004).

Continua Bromberg, (1993, 1998 b), gli stati del sé dissociati produrrebbero una difficoltà del paziente nello “stare tra gli spazi”.

Confinando l’idea del sé soltanto a ciò che viene agito esplicitamente, quando saranno i livelli inconsci del sé ad assumere rilevanza, si correrà il rischio di non riconoscersi. La mancanza di confidenza con tali ruoli interni e la mancanza di connessione con essi, potrebbe produrre un’assenza di significato delle relazioni in cui si vive.

Per avvicinarci alla tecnica dello psicodramma immaginale introdotta da Gasca, potremmo ancora citare autori quali: Beebe, Lachmann, 2002; Stern 1998, i quali sottolineano l’importanza dei due livelli del processo terapeutico, quello implicito e quello esplicito, dove la simbolizzazione del livello (implicito) dell’interazione, diventa uno dei principali obiettivi terapeutici, specie sul trauma. Ciò accade nello psicodramma immaginale, non solo giungendo a conoscenza degli stati del sé impliciti e/o dissociati, ma anche producendo un’esperienza affettiva e kinestetica (Gasca, 2019).

Tutto ciò di cui abbiamo trattato nella cornice teorica in premessa, potrebbe essere riassunto nel concetto di inconscio junghiano; l’inconscio sarebbe il luogo dei personaggi interni, dei modelli relazionali interiorizzati, essi costituiscono una sintesi tra gruppalità interna e i complessi autonomi. Gli stati del sé proposti da Bromberg, il concetto di modelli operativi interni e dunque di ruoli interiorizzati, potrebbero essere considerati parte dei complessi autonomi junghiani, inoltre, tornando ai due livelli della psicoterapia, scrive Gasca: “lo psicodramma analitico individuativo considera anche tratti relazionali (ruoli esterni), consci e preconschi (aspetti della persona), ma fondati su esperienze e modelli preesistenti e nel presente non consci (inconscio pre-riflessivo e script transgenerazionali), portare alla coscienza i quali comporta la conquista di un maggior grado di libertà (Gasca, 2019), forse potremmo ipotizzare che il “maggior grado di libertà” inteso da Gasca, corrisponda alla capacità di “stare tra gli spazi” di Bromberg.

Quanto emerso fino ad ora è stato concettualizzato da Gasca attraverso il termine di “drammatizzazione implicita” con riferimento alla teorizzazione del controtransfert introdotta da Jung, secondo il quale, l’atteggiamento inconscio del paziente produrrebbe reazioni

nell'analista, il quale, grazie all'aver stabilito una relazione dialogica con il proprio inconscio ne diviene cosciente.

La drammatizzazione implicita, produce dunque sull'analista, la proiezione di parti inconse del paziente, di modelli relazionali interiorizzati o vissuti in passato, diventando così il motore dell'analisi. (Gasca, 2019).

Ciò che è stato definito "Enactment" nell'ambito dell'analisi relazionale, potrebbe dunque essere il naturale sviluppo del concetto di controtransfert junghiano, il quale assume aspetti propriamente dinamici nella drammatizzazione immaginale dei complessi autonomi (ruoli interni del paziente), pre-esistenti nell'inconscio.

Lo psicodramma immaginale si rivolge dunque all'inconscio del paziente diventando la tecnica attraverso la quale sarà il paziente stesso a dare vita alla drammatizzazione, potrà così entrare in contatto con i propri ruoli interni e sarà egli stesso interprete di tale relazione e di tale significato.

In alcune occasioni abbiamo definito in modo interscambiabile il concetto di "ruoli interni" e di complessi autonomi. *I ruoli interni del paziente, o anche stati del sé dissociati, assumono, a volte, una propria autonomia affettiva, risultando una presenza viva ma non conosciuta nella vita psichica, potremmo forse definirli fantasmi che infestano la psiche piuttosto che abitarla.*

Nello sviluppo della teoria dei "ruoli progetto", Gasca, ha ben definito e chiarito la differenza fondamentale tra il concetto di mondo interno della teoria delle relazioni oggettuali, rispetto a quella junghiana (1912), la quale ci consente di avere una antica e dettagliata cornice teorica allo sviluppo dello psicodramma immaginale. Riportiamo fedelmente un passaggio dell'opera di Gasca (2003).

"Non possiamo non riconoscere come tale molteplicità di personaggi interiori, sia pure con connotazioni un po' diverse, sia già stata incisivamente intuita e descritta da Jung (1912).

La concezione junghiana, a differenza dei posteriori schematismi sviluppati dalla psicoanalisi delle relazioni oggettuali, piuttosto meccanici, semplicistici e stereotipati, coglie in pieno l'essenza di tali personaggi (e non oggetti) interiori, che ci si presentano come dotati

di una propria vita, gravidi di intenzionalità, che nella pratica della psicologia analitica e come narrato nella stessa autobiografia di Jung – permette un vero e proprio dialogo con tali figure. E parimenti nel nostro modello è fondamentale che attraverso i cambi di ruolo nel gioco drammatico si dia voce ai personaggi interni si dà portarli a confrontarsi e integrarsi tra loro e col nucleo di ruoli dominante in cui l'individuo coscientemente si riconosce.

E di qui è breve il passo ad un'altra immagine junghiana in cui lo psicodramma si riconosce appieno: il sogno visto come un dramma (Jung 1916-1948; Jung 1934, Hillman 1983, Whitmont e Brinton Pereira 1991).

In questo senso la teoria dei ruoli progetto nata dallo psicodramma si spinge più in là, considerando la stessa psiche nella sua totalità come un dramma in cui gli attori recitano per sé stessi, parte sul palcoscenico della coscienza, parte dietro le quinte nel labirinto di stanzette corridoi e sotterranei dell'inconscio.

Hillman (1975) del resto ritiene tale concezione già implicita in Jung “utilizzando il sogno come modello della realtà psichica e ideando una teoria della personalità basata sul sogno, noi immaginiamo la struttura basilare della psiche come un panorama interiore popolato di immagini personificate ... questa struttura implica che la psiche presenta le proprie dimensioni immaginali, opera senza bisogno di parole ed è costituita da personalità multiple “

In relazione a tale concetto di mondo interno, quale luogo abitato da personaggi dotati di vita e di intenzioni, lo psicodramma immaginale nella tecnica duale, diventa lo strumento privilegiato per accendere i riflettori su tali “personaggi in cerca d'autore”

“tale tecnica è simile all'immaginazione attiva usata da Jung (1936). Il paziente per approfondire il senso di un sogno, o di un episodio da lui ricordato, viene invitato a visualizzarlo e riviverlo nel suo spazio interiore.

L'analista, come il conduttore di un gruppo di psicodramma, può doppiarlo (parlare come se fosse la voce della coscienza del paziente, portandolo a riferire sui suoi sentimenti o a porsi domande) e gli suggerisce al momento opportuno di cambiare ruolo,

immedesimandosi nell'uno o nell'altro dei personaggi della scena evocata.” (Gasca, 2003).

In riferimento all'inconscio, Jung, introdusse una fondamentale differenza rispetto alla concettualizzazione freudiana, l'inconscio non sarebbe semplicemente un contenitore del rimosso, dell'inaccettabile, egli sarebbe anche il luogo del “*potenziale*”, del “*mai vissuto*”, per questo motivo, i personaggi del nostro mondo interno, non corrisponderebbero necessariamente ad un copione già scritto ma, piuttosto, tenderanno a muoversi anche in riferimento a ciò che sarebbe stato possibile scrivere. Ecco allora che assume particolare significato una nuova innovazione teorico/pratica portata da Gasca allo psicodramma; le scene virtuali.

“Le scene virtuali: rappresentano la più significativa innovazione sviluppatasi nello PAI, in quando non esistono tecniche corrispondenti, negli altri modelli di psicodramma. Spesso i male informati le hanno assimilate alla plus-realtà moreniana, che invece è cosa totalmente diversa: la plus-realtà infatti vuol essere un “ponte” che porti il drammatizzante “a superare e trascendere la limitata realtà della vita quotidiana, per entrare in rapporto più profondo con l'esistenza e avvicinarsi il più possibile alla forma più alta di incontro di cui è capace”. In altre parole, fare esperienza, centrata sul momento, di ruoli che, nella realtà quotidiana, non può vivere, per arricchire così, la sua personalità, sperimentando nuove possibilità.

Tra l'altro alcuni psicodrammatisti freudiani accusano, non del tutto a torto, ammettiamo, le scene plus-reali di essere talora una banale soddisfazione di desideri, simile ai sogni ad occhi aperti. Ma quando non sia così, la plus-realtà moreniana è un ottimo trampolino di lancio per realizzare la propria creatività, nei termini di Moreno, “Dare all'uomo il coraggio di sognare ancora”. Ma le scene virtuali che hanno lo scopo di perseguire una conoscenza analitica, sono tutt'altra cosa. E, similmente, sottolineiamo che non hanno nulla a che fare con certe scene, suggerite o imposte dal conduttore, quindi non nate dalla psiche del protagonista, miranti a superare i lutti o esorcizzare discordie attraverso suggestivi (nel senso letterale del termine), rituali, quali allontanamento o dialogo pacificante con una persona morta, che sembrano una combinazione tra rito sciamanico e seduta spiritica (questa pratica, oltre che in certi psicodrammi, è assai

comune nelle sessioni assai emozionanti e coinvolgenti e altrettanto superficiali della pratica chiamata Costellazioni Familiari). No, le scene virtuali non hanno nulla a che fare con questo: esse infatti, anche se mettono in scena eventi che il protagonista non ha vissuto nella realtà storica concreta, sono strutturate in modo, grazie a particolari accorgimenti che abbiamo sviluppato nel tempo, da far emergere (come certi sogni), qualcosa che esiste già nell'inconscio del protagonista, portandolo alla luce della coscienza. Ne sono, al momento, state sviluppate tre categorie:

*a. **Le scene future**, (rappresentanti un evento non ancora accaduto che preoccupa o spaventa il protagonista) e quelle **alternative** (in cui il protagonista avrebbe voluto e potuto fare qualcosa, ma per motivi a lui ignoti, non l'ha fatto). Queste scene, attraverso il cambio di ruolo con l'altro "antagonista", fanno emergere il timore inconscio che ha frenato il protagonista.*

*b. **Le scene raccontate**, fanno emergere la ricostruzione che, a livello preconcio o inconscio, il protagonista ha elaborato di eventi di cui ha solo sentito parlare, senza essere presente. Esse sono particolarmente utili a evidenziare script transgenerazionali, con le corrispondenti dinamiche della matrice familiare, interiorizzata dal protagonista.*

*c. **Le scene partecipate**, nelle quali si rappresenta il contenuto di un'opera teatrale, cinematografica, televisiva o di un libro, un mito, spesso deformati dal ricordo del protagonista, e, persino, sogni non suoi, ma di persone a lui legate, che lo hanno colpito. Il protagonista impersonerà prima il personaggio in cui si identifica, ma poi, cambiando ruolo, gli altri personaggi (spesso il primo è vicino all'Ideale dell'Io, gli altri a parti in conflitto, magari all'Ombra). Si evidenzia così una rete di personaggi interni e istanze conflittuali proiettati sullo scenario che ha colpito il protagonista, che sarà fertile terreno per giochi successivi." (Gasca, 2003)*

Tuttavia, nella pratica clinica dello psicodramma immaginale, ci siamo resi conto di come le tre tipologie di scene virtuali non completino la casistica osservata. Esistono situazioni nelle quali il mondo interno del paziente si arricchisce di personaggi fantastici come sostituti dell'angoscia. Ciò potrebbe sembrare peculiare di un esordio psicotico, tuttavia, non sempre la parziale perdita dell'esame

di realtà di un pensiero corrisponde alla psicosi, è questo il caso di un grave disturbo ossessivo. Potremmo ipotizzare e definire la presenza di un pensiero “quasi delirante” di tipo ossessivo, differenziandolo dal delirio psicotico. Nel pensiero quasi delirante ossessivo, come da noi inteso, l’angoscia percepita dal soggetto in relazione al pensare risulta reale, pur riconoscendo, spesso, quanto l’evento causale risulti bizzarro e probabilmente inesistente. Tale concetto potrebbe essere confrontato con il concetto di “idea fissa secondaria accidentale” descritta da Janet (2016). Il paziente ha spesso bisogno di trovare conferme riguardo alla bizzarria della sua preoccupazione, o meglio, riguardo al fatto di poterla escludere, in genere non lo farà fino a che non gli verranno concretamente fornite le ragioni dell’esclusione. Questa dinamica, generalmente, si ripete all’infinito traendo energia dai nuovi dubbi che alimentano l’angoscia del paziente. Tutto ciò, rende il delirio ossessivo differente dalla convinzione psicotica, la quale perde aderenza con ogni possibile giustificazione di realtà.

Il pensiero ossessivo risulta particolarmente difficile da trattare, in ragione della perdita di ogni connessione con la causa originaria, il nucleo patologico risulta dunque molto lontano dalla coscienza del paziente.

Un sintomo da conversione, come ad esempio la tendenza al vomito in presenza di un contesto relazionale specifico, potrebbe essere considerata come il rifiuto di una determinata situazione; la fantasia alla base del pensiero ossessivo, invece, potrebbe aver perso ogni riferimento con lo stato del sé con il quale ha preso vita.

La connotazione difensiva del pensiero quasi delirante di tipo ossessivo potrebbe essere un estremo tentativo retrospettivo di salvare una relazione e dunque un personaggio interno significativo, al costo della dissociazione di un proprio stato del sé.

Riportiamo di seguito il caso di Mariano.

Mariano è un ragazzo di 21 anni, è seguito dal servizio di psichiatria ed è in trattamento farmacologico da circa tre anni per un grave disturbo ossessivo compulsivo. Vedo Mariano da due anni ed ho avviato con lui una psicoterapia ad orientamento analitico, tuttavia, nonostante la costanza e l’impegno di entrambi, non abbiamo osservato particolare successo nella cura dei sintomi. Nel corso del

tempo abbiamo ottenuto una buona compensazione creando una cornice di contenimento, riducendo l'ansia e migliorando l'umore; nonostante ciò i pensieri ossessivi di Mariano ritornano ciclicamente e richiedono la nostra totale attenzione.

Tralascierò in questa sede la descrizione specifica del caso di Mariano, dedicandomi all'aspetto più pertinente a questo lavoro; da segnalare, al fine della descrizione del caso, l'orientamento bisessuale del ragazzo con preferenze omosessuali.

L'ossessione prevalente nell'ultimo periodo si associa ad una fantasia del paziente che assume carattere di realtà affettiva. Mariano riferisce di essere preoccupato per un evento che sarebbe accaduto tre anni prima. "Rientravo da una festa, erano circa le quattro del mattino ed ero ubriaco, ho percorso in macchina il tragitto che mi separava da casa e sono andato a dormire. Al risveglio non ricordavo più nulla, quella mattina potrebbe essere successo di tutto, ho paura di aver investito un uomo e di averlo ucciso, mi angoscia il pensiero di averlo privato della sua vita e della sua famiglia".

Dopo aver escluso razionalmente l'incidente, ci siamo dedicati agli aspetti propriamente psicodinamici.

Negli ultimi mesi Mariano sente il bisogno di dedicarsi compulsivamente ai racconti di guerra, in particolare alle torture subite dai prigionieri ed ai racconti relativi alle esperienze dei testimoni dell'evento. Dedichiamo alcune sedute a questi risvolti. Ipotizziamo che l'angoscia alla base delle ossessioni possa trovare ragione all'interno di traumi relazionali infantili. Mi convinco che l'alcolismo del padre ed i suoi comportamenti violenti possano aver determinato una base traumatica dissociativa ed un'identificazione con l'aggressore. Tuttavia, questi aspetti della sua vita, sembrano essere piuttosto coscienti ed accessibili, Mariano appare consapevole e dimostra di aver molto riflettuto su questi eventi e sulla relazione con il padre, ho invece l'impressione che il paziente mostri resistenza al tentativo di comprendere il significato sottostante al suo pensiero ossessivo.

Propongo uno psicodramma immaginale e chiedo a Mariano di descrivere nel dettaglio il suo pensiero ossessivo: *"la mia preoccupazione è che un uomo camminasse indisturbato lungo il*

ciglio della strada assorto nei suoi pensieri; io potrei aver perso il controllo della macchina ed averlo travolto, essendo ubriaco, potrei non essermi accorto di nulla. Temo di averlo lasciato agonizzante in un campo ed aver così provocato la sua morte, potrei averlo privato della sua vita ed averlo privato ai suoi famigliari”.

Propongo a Mariano di chiudere gli occhi e provare ad immedesimarsi con il pedone investito descrivendone i pensieri. *“Cammino tranquillo per strada, rifletto sulla mia vita, sui miei desideri, all’improvviso vedo i fari di una macchina avvicinarsi velocemente”.*

Gli chiedo di immedesimarsi con l’autista della macchina.

Soliloquio: *“Sto tornando da una festa, mi sono divertito molto, ora torno a casa e me ne frego di tutti”.*

Chiedo a Mariano di tornare nel ruolo del pedone.

“La macchina mi travolge, non ho nemmeno tempo di pensare a cosa fare, sento l’urto e rotolo agonizzante in un campo, sono solo”.

Interrompo l’immaginazione e chiedo immediatamente di associare un momento della sua vita in cui si è sentito travolto.

Il paziente riferisce una serie di associazioni per le quali lui stesso si stupisce: *“Mi vengono in mente fatti che avevo dimenticato, il più recente è relativo alla scelta della scuola superiore. Mio padre è arrivato a casa e mi ha imposto la scuola alla quale iscrivermi, prima ancora mi ha imposto la palestra, io odiavo la palestra. Ora mi torna in mente quando mi ha comprato il primo motorino, a me non importava della moto, lui mi ha imposto un Quaad, scelto da lui e come piaceva a lui”.*

Probabilmente questa moto ha rappresentato la virilità del padre che ha investito il figlio.

Mariano continua dicendo: *“Mentre parlo di questo, mi affiora alla mente il fatto più doloroso: frequentavo le scuole medie, ricordo che mi piaceva un professore, mi piaceva il suo taglio di capelli a caschetto e volevo essere come lui, così sono andato dal parrucchiere, mi sono fatto lo stesso taglio e sono tornato a casa. Alla sera, mio padre, mi ha scoperto mentre mi osservavo allo specchio, mi ha*

colpito e mi ha tagliato i capelli a zero imponendomi, da quel momento, di mantenerli così”.

Mariano scoppia in lacrime, non capisce cosa succede, riferisce di sentirsi nudo, scoperto, mi dice di sentirsi come il pedone.

“Nella mia vita sono sempre stato travolto, una parte di me non ha mai vissuto”.

Riferisce di provare tanta angoscia ma di sentirsi più leggero. Per la prima volta, dopo due anni, sento il paziente connesso con le emozioni e non con il solo pensiero.

Lo psicodramma immaginale ha permesso alla personalità travolta e squalificata di Mariano di svelarsi; il paziente è riuscito a dare un nome alla propria angoscia, un terrore senza nome che ha trovato riconoscimento, ma non solo questo, anche la parte repressa della sua identità, ha trovato la luce.

CONCLUSIONE

Mi risuona a questo punto la risposta di Chouang Tze nel dialogo tra lui ed il maestro Houei Tze, riportato da Gasca nel suo articolo *“La gioia dei pesci”*: “ Sapevi che io sapevo: perché eravamo assieme sul ponte del ruscello “

Io e Mariano eravamo insieme dentro il suo pensiero ossessivo, lui insieme a sé stesso, era là, nel luogo dell’angoscia mascherata da incidente, un incidente che sopprimeva parte della sua personalità che ora ha riscoperto.

In questo caso lo psicodramma immaginale ha prodotto, su di me e sul paziente, un effetto catartico molto forte, entrambi, abbiamo contemporaneamente compreso la forza dello strumento utilizzato.

In un caso come questo, con diagnosi di disturbo ossessivo compulsivo, appare chiara la differenza tra una tecnica verbale ed una tecnica psicodrammatica: con la prima non abbiamo mai realmente superato le resistenze della coscienza, con la drammatizzazione è avvenuto il contrario. Probabilmente, una

tecnica non esclude l'altra, è ipotizzabile che senza la terapia verbale non saremmo mai giunti all'utilizzo dello psicodramma immaginale. La scena dello psicodramma analitico si concretizza attraverso le dinamiche inconsce e non attraverso il pensiero, questo ci permette di giungere velocemente ai complessi che determinano il disagio.

La quarta (*d*) scena virtuale si concretizza dunque sul pensiero "quasi delirante", potremmo forse definirlo "ideazione prevalente" di un'ossessione, dunque, non un'invenzione, ma l'esplicitazione di un nucleo inconscio a tonalità affettiva. L'aderenza alla realtà, mantenuta dal paziente, ci permette di lavorare su tale pensiero come uno stato reale del sé. Abbiamo ipotizzato, in questi casi, la presenza di una "dissociazione ossessiva"; mentre uno stato del se mantiene il contatto con la realtà, l'altro, viene coinvolto nell'ideazione prevalente.

Secondo la logica analitica, connettendo la scena immaginale dell'ossessione ai ricordi di vita, è possibile giungere al nucleo patologico altrimenti troppo lontano dalla coscienza.

Ciò che rende questa pratica una scena virtuale, è l'imprescindibile prerogativa dell'esistenza di un complesso autonomo ad intensa tonalità affettiva già presente nell'inconscio del paziente. Questo aspetto rende le scene virtuali differenti da quelle definite come "plus realtà" moreniana: in queste ultime è un desiderio del paziente ad essere rappresentato, oppure, un ruolo interno che viene potenziato attraverso uno scopo pedagogico. È chiaro quanto queste tipologie di scene siano utili nella loro applicazione ma appare piuttosto chiara anche la differenza nella loro finalità: il carattere della scena virtuale, infatti, è più propriamente analitico.

Come precedentemente esposto nel caso riportato, la rappresentazione del "quasi delirio" o "ideazione prevalente" nella scena immaginale, determina i vissuti affettivi dai quali il paziente non può distaccarsi. Emerge dunque il contenuto affettivo rimosso dal paziente ed il suo collegamento con le esperienze traumatiche dissociate. Il paziente può dunque immedesimarsi nel sentimento e nel complesso autonomo rimosso, superando la forte razionalizzazione imposta dal disturbo ossessivo.

BIBLIOGRAFIA

BEEBE B., LACHMANN F.M., 2002, *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*, Raffaello Cortina, Milano 2003.

BROMBERG P.M., 1983, *The Mirror and the Mask: On Narcissism and Psychoanalytic Growth*, in Id., *Standing in the spaces. Essays on Clinical Process, Trauma, and Dissociation*, The Analytic Press, Hillsdale 1998.

BROMBERG P.M., 1993, *Shadow and Substance : A Relational Perspective on Clinical Process*, " *Psychoanalytic Psychology*", 10, pp. 147-68

BROMBERG P.M., 1998b, *Standing in the Spaces. Essays on Clinical Process, Trauma, and Dissociation*, the analytic Press, Hillsdale.

CHEFETZ R.A., BROMBERG P.M., 2004, *Talking with "Me" and "Not me"*, "Contemporary Psychoanalysis", 40, 3, pp. 409-64

FONAGY P., TARGET M., 2003, *Psicopatologia evolutiva. Le teorie psicoanalitiche*, Raffaello Cortina, Milano 2005

GASCA G., 2003, *Psicodramma Analitico, Punto di Incontro di Metodologie Psicoterapeutiche*, Franco Angeli, Milano.

GASCA G., 2012, *Lo Psicodramma Gruppo analitico*, Raffaello Cortina, Milano.

GASCA G., 2019, La Gioia dei Pesci, 2019

GASCA G., 2019, PAI e Analisi Verbale, 2019

MITCHELL S.A., 1997, Influence and Autonomy in Psychoanalysis, The Analytic Press, Hillsdale.

MORENO J.L., 1946, Manuale di Psicodramma, Astrolabio, Roma.

STERN D.B., 1997, Unformulated Experience, The Analytic Press, Hillsdale.

STERN D.N., SANDER L.W., NAHUM J.P., HARRISON A.M., LYONS-RUTH K., MORGAN A.C., BRUSCHWEILER-STERN N., TRONICK E.Z., 1998, Non-interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy. The “Something More” than Interpretation, “International Journal of Psycho-Analysis”, 79, pp. 903-21

HILLMAN J., 1975, Re-Visione della Psicologia, Adelphi, Milano.

HILLMAN J., 1983, Le Storie che Curano, Cortina, Milano.

JANET P., 2016, Trauma Coscienza, Personalità, Scritti Clinici, Raffaello Cortina, Milano.

JUNG C.G., 1912, Simboli della Trasformazione, Opere, vol. V, Boringhieri, Torino.

JUNG C.G., 1916, Considerazioni Generali sulla Teoria del Sogno, Opere, vol.VIII, Boringhieri, Torino.

JUNG C.G., 1934, L'applicabilità Pratica dell'Analisi nell'ambito dei sogni, vol. VIII, Boringhieri, Torino.

JUNG C.G., 1936, Il Concetto di Inconscio Collettivo, Opere vol. IX, Boringhieri, Torino.