

VERGOGNA → SISTEMI MOTIVAZIONALI
INNAI

2 METACOGNIZIONE

Giovanni Liotti

Discussione dell'articolo di M.Shane, E.Shane, M.Gales:
"Sesso, sessualizzazione e il 'feargasm'"

Parole chiave: aggressività; attaccamento; attaccamento adulto; Bowlby; esperienza emotiva correttiva; interpretazione; introspezione; Modello Operativo Interno MOI; sistema motivazionale agonistico; sistema motivazionale dell'attaccamento; teoria dell'attaccamento.

Da molti anni mi interesso alle applicazioni cliniche della teoria e della ricerca sull'attaccamento. Ho avuto il privilegio di discuterne personalmente con John Bowlby, per lunghe indimenticabili ore. In questo articolo ho avuto il piacere di incontrare una forma nuova, ed assolutamente impeccabile dal punto di vista della teoria dell'attaccamento, di uso clinico delle idee di Bowlby. Credo di poter affermare che Bowlby sarebbe stato altrettanto entusiasta nell'incontrarla. Bowlby amava la reciproca fecondazione delle idee, e fu un maestro nella integrazione del pensiero psiconalitico con quello evoluzionista, etologico e cognitivista. In questo articolo abbiamo una ulteriore, importante forma di pensiero integrativo, fra psicologia del sé e teoria dell'attaccamento: credo che sia un tributo intellettuale di grande rilevanza tanto al genio di Bowlby quanto a quello di Kohut.

Vorrei soffermarmi, in questa discussione, su tre aspetti: un aspetto di teoria clinica, uno di teoria della cura, e uno metapsicologico. Iniziamo dalla teoria clinica.

Il ricordo, che i coniugi Shane e la Gales propongono, fra pattern di attaccamento e tipi di esperienza sessuale, è illuminante e profondamente condivisibile in termini di teoria clinica delle disfunzioni sessuali. L'attaccamento sicuro fra i partner di un rapporto sessuale, suggeriscono i nostri relatori, è una precondizione necessaria perché l'esperienza sessuale sia vissuta in maniera libera, piena e non-conflittuale. Diverse forme di attaccamento insicuro fra i partner di un rapporto sessuale costituiscono invece il fondamento di esperienze sessuali insoddisfacenti o incomplete, perché il sesso è utilizzato come sostituto di altri bisogni relazionali, non-sessuali, o perché ogni piacere sessuale è inibito da ingovernabili emozioni dolorose (paura, collera, dolore mentale) connesse al sistema dell'attaccamento. Va qui sottolineato che non è tanto o soltanto l'originario Modello Operativo Interno (MOI) [Internal Working Model, IWM] di un attaccamento precoce della paziente, quanto l'attuale funzionamento del sistema dell'attaccamento nella relazione fra i due partner adulti di una relazione sessuale, a facilitare, ostacolare o inibire l'esperienza soggettiva dell'intimità e del piacere sessuale. Solo se nel rapporto attuale fra i due adulti viene confermato il MOI di un precoce attaccamento insicuro si verificherà il previsto ostacolo all'esperienza sessuale piena e felice. Ciò pone alcuni spunti di riflessione, che mi piacerebbe venissero approfonditi. Anzitutto, che rapporto esiste fra MOI delle prime relazioni di attaccamento e MOI dell'attaccamento implicati in relazioni successive, con partner diversi dalle figure di attaccamento primarie? In che misura è possibile, ad esempio, che una persona con un attaccamento precoce insicuro sviluppi un attaccamento sicuro nei confronti di una compagna o di un compagno che ha avuto precocemente - e dunque ripropone nelle relazioni successive - esperienze di sicurezza nell'attaccamento? E' questo, evidentemente, il tema della plasmabilità dei MOI di attaccamento nelle nuove relazioni, un tema di fondamentale importanza per ogni teoria della cura. Un secondo, e correlato, spunto di riflessione riguarda la necessaria implicazione del sistema dell'attaccamento in ogni relazione umana, in ogni incontro umano, incluso naturalmente l'incontro sessuale. Sono convinto che il sistema motivazionale dell'attaccamento interviene in ogni relazione umana, e non solo nelle relazioni di cura o nelle relazioni fra figli e genitori: esiste una implicazione dell'attaccamento nelle relazioni fra allievo e insegnante, fra amici, fra coniugi, fra partner sessuali. Come possiamo concettualizzare queste implicazioni dell'attaccamento nelle diverse relazioni umane? Gli autori ci hanno offerto alcuni spunti di riflessione sull'argomento, che suggeriscono che il sovrasistema mentale destinato a mediare fra attaccamento e forme diverse di intersoggettività sia il sé, considerato nella sua dimensione di coesione o frammentazione. Forse sarebbe possibile elaborare ed approfondire questo suggerimento.

CARLI

Il tema della teoria della cura che vorrei sottolineare per il nostro dibattito riguarda il cambiamento del MOI all'interno della relazione terapeutica. Per gli autori, ciò può avvenire se, nella relazione transferale, il paziente può transitare da configurazioni relazionali "antico-antico", attraverso configurazioni "antico-nuovo", a configurazioni "nuovo-nuovo". L'esperienza emotiva correttiva, più che l'introspezione mediata dall'interpretazione, sembra costituire il veicolo principale di queste trasformazioni delle configurazioni relazionali. Ho compreso correttamente questo punto? Se sì, che posto è assegnato, nella teoria della cura che gli autori ci propongono, alla crescita, nel corso del processo psicoterapeutico, delle capacità metacognitive della paziente, o delle sue capacità di mentalizzazione, o, se volete, della sua Teoria della Mente? Weiss e i suoi collaboratori del San Francisco Psychotherapy Research Group sostengono che la transizione da vecchie a nuove configurazioni relazionali è di regola accompagnata, nel paziente, da aumento delle

! 0

capacità di introspezione. È questa anche l'opinione dei nostri autori? E se sì, come giustificano, nella loro teoria della cura, questa correlazione stretta fra introspezione e cambiamento della configurazione relazionale? Weiss, come sappiamo, spiega la correlazione fra introspezione e cambiamento di configurazioni relazionali in termini di superamento del test è mediato a volte da un'interpretazione, a volte da un atteggiamento, da una scelta clinica o persino da un comportamento non verbale del terapeuta. Il test superato consiste nel cambiamento di una "credenza patogena" che prima ostacolava tanto l'introspezione quanto la sicurezza dell'attaccamento. Vi è qualcosa di simile nella teoria della cura proposta dagli autori?

Infine, vorrei accennare ad un tema meta-teorico, che riguarda la concezione antropologica sottostante il modello clinico proposto. Shane, Shane e Gales sostengono che l'aggressività è primariamente reattiva alla frustrazione e alla deprivazione. Ciò è vero, a mio avviso, per l'aggressività che compare come fase operativa del sistema dell'attaccamento, ad esempio nella protesta del bambino durante le fasi di separazione della *Strange Situation*. Ma può essere affermato lo stesso principio per l'aggressività che compare durante l'attivazione di altri sistemi motivazionali?

In un altro sistema motivazionale, altrettanto primario e dotato di fondamenti innati quanto il sistema dell'attaccamento, l'aggressività che compare non è a mio avviso secondaria alla deprivazione o frustrazione. Il sistema motivazionale che gli etologi chiamano agonistico, e che è finalizzato a definire il rango di dominanza-subordinazione nelle interazioni competitive, ha basi innate nei primati e nell'uomo quanto il sistema dell'attaccamento ed il sistema sessuale. Se si accetta la teorizzazione di Bowlby sull'attaccamento proprio perché è fondata su solide basi etologico-evoluzioniste, allora bisogna anche accettare l'esistenza di un sistema agonistico innato, che l'etologia ampiamente illustra. Ora, l'aggressività del sistema agonistico è primaria, e non secondaria alla deprivazione. È l'aggressività della sfida, della contesa per un bene limitato, l'aggressività della gelosia e dell'invidia. Anche le persone con un attaccamento sicuro possono provare ed esprimere questo tipo di aggressività quando i loro valori o i loro obiettivi sono seriamente sfidati. In altre parole, non tutte le persone con attaccamento sicuro e sé integrato e coeso sono necessariamente convinte pacifiste. La filosofia Gandhiana della non-violenza *non* è l'inevitabile sequela di una completa sicurezza nell'attaccamento. Questa considerazione dell'aggressività come diversamente riconducibile a due distinti sistemi motivazionali innati - attaccamento (dove è secondaria a frustrazione e deprivazione) ed agonismo (dove è primaria) - è, oppure no, compatibile con l'interessantissima teoria integrativa che Shane, Shane e Gales ci presentano?

Lascio questi interrogativi al futuro dibattito con gli autori e con i colleghi.

CONTROLLARE WEISS