

Paola Cavalieri

Fenomenologia del primo incontro.
Vissuti di estraneità e capacità
di improvvisare del terapeuta

Introduzione

Partendo da alcune osservazioni cliniche, tenterò di elaborare delle riflessioni che potrebbero essere utili nel lavoro quotidiano con i nostri pazienti. Mi soffermerò su ciò che accade nel primo incontro, con uno sguardo rivolto in particolare ad alcuni vissuti indotti dai primissimi scambi intersoggettivi. La mia attenzione si focalizzerà su questo tema nel tentativo di rispondere, sebbene in modo assolutamente parziale, a delle domande banali che spesso mi pongo: cosa contribuisce alla riuscita del primo incontro e, di conseguenza, del rapporto terapeutico? Perché alcuni pazienti restano per anni e altri vanno via dopo qualche mese o subito dopo il primo incontro? Sappiamo bene come il paziente e il terapeuta sviluppano, già prima dell'incontro reale, l'uno delle fantasie, conscie e inconscie, a volte sogni, su come sarà l'incontro e su come sarà il terapeuta, l'altro delle fantasie sul paziente, stimulate dall'anticipazione di un collega invitante o da un contatto telefonico diretto. In alcuni casi queste anticipazioni porteranno il terapeuta verso riflessioni preliminari a sfondo diagnostico, che dovranno essere sospese nel momento in cui egli incontrerà realmente il paziente. Tenderanno dunque a verificarsi, rispettivamente nel paziente e nel terapeuta, delle configurazioni anticipatorie di transfert e di controtransfert. Nel momento del contatto, si attiverà una relazione transferale del paziente, prodotta dall'incontro con il terapeuta reale, e una reazione controtransferale nel te-

rapeuta, secondaria al contatto con il paziente reale.¹ In questo lavoro, non entrerò in merito alle diverse questioni che gravitano intorno a tali eventi, questioni che richiederebbero uno sviluppo che eccede i limiti di questo contributo, ma focalizzerò l'attenzione esclusivamente sui vissuti di estraneità e di familiarità, percepiti rispettivamente dal terapeuta e dal paziente durante il primo incontro, e sulla capacità di improvvisare del terapeuta, e mi chiederò se quanto percepisce il terapeuta riguardo a tali tematiche possa fornire delle indicazioni prognostiche sull'evoluzione della relazione.

Ogni volta che si apre uno spazio per incontrare l'altro, un vissuto di estraneità irrompe nella coscienza ancor prima dell'incontro effettivo, un vissuto che si palesa con un senso di inquietudine che ci strappa all'atmosfera abituale, familiare e confortevole in cui siamo immersi. Come ricorda Waldenfels,² «se prendiamo le mosse dal sé corporeo, il quale non è padrone in casa propria», possiamo affermare che il vissuto di estraneità comincia già in noi stessi e non fuori di noi. Un esempio riportato da Waldenfels, preso dalla vita quotidiana, può aiutarci a riconoscere il vissuto di estraneità: l'esperienza dello sguardo nello specchio, nel quale ci vediamo con occhi estranei, provoca in noi un senso di spaesamento legato a un momentaneo non riconoscimento. Il senso di estraneità ci si presenta come un'inquietudine, poiché veniamo colpiti da qualcosa che non riusciamo ad afferrare nella sua concretezza, che si sottrae a ogni inclusione nel familiare, e che mette in discussione le intenzioni già date e presenti. Il disorientamento conseguente all'esposizione a ciò che viviamo come estraneo, e all'allontanamento da ciò che ci è proprio e familiare, può farci collassare dentro l'oscurità, paralizzando ogni nostra capacità di risposta. Oppure, laddove riusciamo a mantenere in noi lo stato di tensione relativo alla contemporaneità dei due vissuti, diviene possibile disporci su un piano di ricezione in cui accogliere e riconoscere l'estraneità. Quindi, la tensione costitutiva tra questi due vissuti, embricati nell'esperienza soggettiva, non è finalizzata a un'appropriazione del senso di estraneità o a un suo superamento che lo includa in ciò che ci è familiare o proprio, bensì a una convivenza delle due dimensioni che ci permetterà di essere aperti all'esperienza inedita e ci fornirà la possibilità di accedere all'altro.

Con questo stato d'animo inquieto ci accingiamo a incontrare il paziente. Se è vero che, da un lato, l'estraneità dell'altro ci sopraffà e ci sorprende disturbando le nostre intenzioni ancor prima che possiamo comprenderle,³ è anche vero che quando incontriamo l'altro sperimentiamo un moto di ricerca del nostro simile, di ciò che ci è familiare e noto, ed è tale atteggiamento che ci permetterà una prima sintonizzazione. L'altro è già da sempre presente, come struttura *a priori*, nell'esperienza di ciascuno di noi: questa osservazione fenomenologica è supportata oggi da un correlato biologico forte, dalla teoria dei neuroni specchio. Il nostro sistema neuronale è organizzato per individuare nell'altro delle somiglianze, in modo da rendercelo familiare; è attraverso questo passaggio che, secondo la concezione fenomenologica, originerebbe la possibilità di osservare l'estraneità dell'altro. Questa ricerca delle somiglianze è il presupposto che consentirebbe il comportamento empatico che è alla base dell'intersoggettività: come ci ricorda Edith Stein l'empatia è «un rendersi conto» di ciò che accade all'altro, è un sentire dentro l'altro, quindi è un atto complesso, che non avviene né per imitazione, né per analogia, né per associazione, in cui faccio esperienza del vissuto di una coscienza altrui.

Considerando questo modello di riferimento intersoggettivo, e qui arriviamo alla seconda questione su cui porrò la mia attenzione, il terapeuta potrebbe sviluppare come sua specifica competenza la capacità di improvvisare, intesa come capacità di lasciare spazio all'estraneità e di collocarsi in aree poco familiari. L'inatteso e l'imprevisto rendono possibile l'improvvisazione (dal latino *improvisus* come inaspettato, non meditato). Come scrive Spati,⁴ l'improvvisazione si può riscontrare in qualsiasi azione della vita quotidiana: improvvisano l'oratore, il predicatore, il politico, l'insegnante, si improvvisa nella vita quotidiana, nelle organizzazioni e nel management. Penso, dunque, che anche l'incontro con il paziente sia un contesto in cui può essere particolarmente importante la capacità d'improvvisare. Quando improvvisiamo, ci muoviamo al limite "tra" ciò che conosciamo e ci è familiare e ciò che ignoriamo e ci è estraneo,⁵ distogliamo l'attenzione dagli aspetti abituali e ci lasciamo attraversare da quelli inediti, per poi integrare le parti in una forma che potrà esitare in una scoperta per il paziente, o forse an-

che in nessuna. Il fine dell'improvvisazione in questo caso è generare continui inizi e spunti per il paziente e per il terapeuta, con la possibilità di aprire nuove prospettive. Durante il primo incontro, il terapeuta presterà attenzione a ciò che viene introdotto dal paziente, decentrando la propria presenza e predisponendosi a modificare la propria condotta in risposta a tali indicazioni, mettendo tra parentesi quanto a lui già familiare e prestando attenzione, in un secondo momento, agli effetti del proprio operato. In tal senso, improvvisare non è certo un atto di spontaneità, ma si basa da un lato sui modi di interagire con il paziente, dall'altro rimanda a un metodo già acquisito, a delle regole che riflettono l'esperienza passata del terapeuta, ossia la sua tradizione, che in questo contesto non rappresenta tanto un vincolo, quanto l'armamentario che egli utilizza per improvvisare.⁶ Il terapeuta che improvvisa mette in gioco se stesso in un processo complesso e rischioso, in cui non c'è spazio per il ripensamento: è implicita dunque nell'esperienza la possibilità del fallimento, ossia che nulla di interessante avrà luogo nell'ambito della relazione con il paziente. Tutto ciò, in alcuni casi, condurrà all'interruzione del rapporto terapeutico. Prestare attenzione a queste esperienze nell'ambito del primo incontro potrebbe fornire delle indicazioni prospettiche sulla relazione terapeutica che si sta configurando e permetterà al terapeuta, qualora percepisca il sentore di un possibile fallimento, di modificare la propria condotta, laddove questo sia possibile.

Il primo incontro

Rientra nella consuetudine del mio lavoro incontrare l'altro. Generalmente, il paziente si affaccia al rapporto direttamente, telefonandomi, formulando una richiesta farmacologica o psicoterapeutica, o indirettamente, perché un collega, sommariamente, mi anticipa la situazione. Ciò che accomuna tutte le persone che arrivano è il vissuto di sofferenza che si palesa nell'evento inatteso di un sintomo, che li strappa alla loro vita abituale, creando una discontinuità nella loro quotidianità. Nonostante la consuetudine, ogni incontro con il paziente mi genera in prima battuta, ancor prima di vederlo, uno

stato d'animo anticipatorio, un misto tra curiosità e ansia del nuovo. È come se in quell'attesa tentassi un controllo delle fantasie su come sarà l'incontro. In quelle fantasie intravedo il bisogno di assimilare il paziente a qualcosa che mi è già noto e familiare e, nell'inquietudine dell'attesa, il tentativo di tenere a bada l'estraneità della situazione. Per cui, già prima di ogni incontro, mi viene da pensare che si affacci l'esperienza dell'estraneità che ci appartiene, che ci concerne nel modo più diretto e che in una fase successiva sarà sperimentata nell'incontro con l'altro.

Ci sono diversi registri su cui mi muovo, che convivono dentro di me. Fin dal primo contatto nella sala d'attesa, all'interno di quella che Bion definisce «tempesta emotiva»⁷ tra terapeuta e paziente, c'è un prestare o negare attenzione a ciò che mi viene incontro. Simpatia, antipatia, sensazione di rigetto immediato, paura, seduzione sono i sentimenti intersoggettivi che mi colpiscono, che si insinuano nel rapporto fin da subito e dei quali dovrò tener conto durante l'intero colloquio, disponendomi a farli diventare qualcosa di utile. C'è lo sguardo reciproco che ricerca delle somiglianze e delle analogie: e sono proprio queste che, secondo me, permetteranno l'instaurarsi della relazione, come se, nell'incontro con l'altro, fosse prioritaria la necessità di coglierlo come proprio doppio, riconoscendosi in qualche modo in lui. Nella mia limitata esperienza clinica, mi è parso di cogliere che il tentativo d'immedesimazione, il volermi riconoscere nelle caratteristiche del paziente, siano esse vissute dal paziente in quel momento come familiari o estranee, è ciò che consente una sintonizzazione e l'avvio della relazione. È opportuno sottolineare che, in questa conoscenza in prima persona, la ricerca delle somiglianze è qualcosa di ben diverso dal riconoscimento proiettivo di parti di sé nell'altro, perché in quest'ultimo caso verrebbe meno il vissuto di alterità e la disponibilità, da parte del terapeuta, ad aprirsi agli stati d'animo altrui. Allo stesso tempo, quanto più ciò che io vivo come estraneo nel paziente domina nell'esperienza intersoggettiva, tanto più io dovrò tollerare l'inquietudine della mia estraneità per consentire una comunicazione. Ho rilevato che tutto questo accade con le tipologie più variegata di pazienti, indipendentemente dalle loro manifestazioni psicopatologiche acute, psicotiche o nevrotiche, dalle loro caratteristiche di personalità, dalla loro storia vissuta e narrata,

dalla loro rete di credenze. Penso, dunque, che, nel facilitare o impedire lo stabilirsi di una relazione, non sia tanto importante l'elemento da cui si genera il senso di estraneità, quanto la qualità di quell'esperienza di confine in cui i vissuti di familiarità ed estraneità si confrontano nei due partecipanti alla relazione. Difficile definire cosa accade in questa dimensione del *tra*, che unisce e separa al tempo stesso, su un piano sia intrasoggettivo che intersoggettivo. Ciò che è estraneo risulta essere irrapresentabile, però genera degli effetti che possono diventare contenuti della coscienza, attraverso la provocazione che il vissuto perturbante rappresenta per la coscienza stessa. Quel vissuto di inquietudine di cui parlavo, e che spesso mi accompagna per tutta la durata del colloquio, *a posteriori* ha cominciato ad assumere nella mia mente un significato prospettico per quanto riguarda l'andamento della relazione. Ho osservato che quanto più il rapporto tra i vissuti di estraneità e familiarità tra me e il paziente è sbilanciato a favore di un'estraneità per me non tollerabile, minore sarà la possibilità che il rapporto duri nel tempo; laddove si superi questo sbilanciamento, come vedremo più avanti, e il terapeuta sia poco competente rispetto una capacità d'improvvisazione, ugualmente l'esito del rapporto potrà essere negativo.

Riporto tre stralci clinici, relativi al primo incontro, che possono essere significativi in tal senso; i primi due sono finalizzati all'avvio di una psicoterapia, il terzo è invece finalizzato a un trattamento farmacologico.

E. ha quarantadue anni, mi è stato inviato da un collega psichiatra per una psicoterapia. Laureato, occupato parzialmente nell'azienda di famiglia, non è sposato, ha un figlio di 5 anni. Nella sua anamnesi psichiatrica c'è una storia di elettroshock, trattamenti farmacologici inefficaci e pregresse psicoterapie. Incontro E. nella sala d'attesa, è seduto, la postura curva e rigida, lo sguardo rivolto verso il basso, i capelli sale e pepe arruffati, la barba incolta, le basette lunghe. Subito la mia fantasia viaggia verso le immagini del lupo mannaro, però quando mi rivolge un breve sguardo fugace colgo in lui la paura; la sensazione che ho è che si senta braccato. Le braccia sono protese in avanti, le mani sopra le ginocchia, anche gli abiti sono trascurati però puliti. Lo chiamo per nome dandogli del lei e lo invito a seguirmi nel mio

studio, lui si alza e subito mi segue. La prima sensazione che mi genera è di simpatia e curiosità e quel senso di inquietudine iniziale, che aveva anticipato il nostro incontro, si affievolisce. Si siede mantenendo la posizione della sala d'attesa, è ricurvo, con lo sguardo evitante, manierato, fa continue smorfie con la bocca, e con gli occhi. Ogni tanto, furtivamente, quando ho volontariamente lo sguardo abbassato, mi guarda; sento quello sguardo e lascio che mi osservi. La gamba si muove, tutto il corpo si muove in un dondolio che produce un cigolio della poltrona che risuona in tutta la stanza, ma lui non sembra accorgersene. Non prende iniziativa nel parlare, sono io che gli pongo le prime domande per cercare di metterlo a suo agio. Mi dice, con un tono di chi è stato speranzoso di un risultato ma è rimasto deluso, che ha già effettuato delle psicoterapie ma che non sono servite, oggi viene perché la madre e lo psichiatra glielo hanno suggerito. Racconta velocemente, quasi potessero ascoltarlo, che gli altri hanno ostilità nei suoi confronti. Ogni tanto il suo sguardo corre in direzione della finestra alla ricerca di un occhio persecutore in grado di insinuarsi tra le pieghe della tenda. Probabilmente, penso tra me, quello sguardo persecutorio che lo insegue veicola un riconoscimento, ed è la condizione per avere un'identità. Nonostante i silenzi e l'eloquio spontaneo assente, il tempo dell'incontro trascorre velocemente. Ci accordiamo sul prossimo appuntamento e, nonostante lui quasi fugga dalla stanza senza neanche guardarmi, ho la sensazione che ritornerà.

F. ha quarantuno anni, è sposato, ha una figlia di due anni, laureato, anche lui ha alle spalle decennali terapie farmacologiche e tentativi di psicoterapia. Mi viene inviato da un collega psichiatra per una psicoterapia. È seduto composto nella sala d'attesa, curato nell'aspetto, visibilmente imbarazzato. Un imbarazzo che alimenta la mia inquietudine e che, come posso rilevare a posteriori, ha creato una distanza tra me e il paziente. Mi dice che ha effettuato fino a qualche mese fa degli incontri con un altro psicoterapeuta, incontri che ha poi sospeso perché pensava fossero inutili. Viene oggi perché i suoi familiari e lo psichiatra vogliono che segua un percorso, ma lui ha dei dubbi. È prevalentemente focalizzato su una sintomatologia fisica e cognitiva che gli impedisce di svolgere il suo lavoro in modo appropriato. Il tono della voce è privo di qualsiasi flessione. Sembra che non abbia altro da dirmi. Alla

mia domanda su come trascorre le sue giornate, mi risponde elencandomi le diverse attività e tra queste include il suo bisogno di leggere ogni giorno i quotidiani alla ricerca di notizie di cronaca che poi si autoriferisce, e che è accompagnato dalla sensazione costante di essere osservato, anche in seduta. A una mia domanda di chiarimento, sollecitata da una mia curiosità rispetto alla compulsione a controllare i quotidiani, come se dovesse verificare che è vivo, subito risponde, con una velata aria di mistero, che non vuole più parlare. Io, dal canto mio, mantengo uno stato di disagio e mi fermo a un'acquisizione di conoscenze che mi tengono lontano. Concludo il colloquio con una scarsa partecipazione emotiva.

Che cosa è accaduto con questi due pazienti? Ancor prima che E. ed F. snocciolino i loro sintomi e la loro storia narrata, accade qualcosa a livello precognitivo, che consente o meno una sintonizzazione. Nel primo caso, il senso d'inquietudine percepito in modo fiavole e il sentimento intersoggettivo di simpatia da me provata si pongono nell'interfaccia tra me e il paziente. Al termine del colloquio sento che il paziente tornerà la prossima volta e che si potrà iniziare un lavoro psicoterapeutico. Così è stato, e il paziente è da due anni in psicoterapia. Nel secondo caso il disagio percepito colora in modo ineluttabile l'intero colloquio. Al termine dell'incontro, sento che il paziente forse non tornerà. Il paziente è tornato portando avanti la terapia a singhiozzi per tre mesi e interrompendola dopo cinque mesi. In questo caso, la ricerca delle somiglianze naufraga dentro un profondo vissuto di estraneità sollecitato dal paziente, vissuto che giunge come un'inondazione disorientandomi e impedendomi di sviluppare qualcosa che vada oltre l'ordinario.

Continuando con ciò che accade nel primo incontro, vorrei soffermarmi ora su un altro livello. Avendo anche una formazione psichiatrica, opera costantemente in me un'attenzione ai sintomi e alle griglie diagnostiche di riferimento, soprattutto se devo agire anche farmacologicamente. Per cui mi ritrovo durante il primo incontro a formulare delle domande chiuse in cui l'altro ha la possibilità di scegliere solo tra due risposte, in modo da potermi orientare lungo un algoritmo interno che mi consente, in quei novanta minuti che ho a disposizione, di trovare un razionale alla terapia farmacologica che

alla fine prescriverò, laddove ci sia questa richiesta e l'altro lo prenda per una mia competenza. Naturalmente, seguire quell'algoritmo interno è un po' come avere una visione anticipatrice sul paziente, è un po' come conoscere in anticipo – e qui prendo in prestito un'immagine di Sparta – ogni singola nota di un brano musicale, cosa che, se da un lato risulta essere rassicurante, dall'altro mostra tutta la sua superficialità e limitatezza. Se ci si abitua a dipendere da uno spartito – da una diagnosi criteriologica per lo psichiatra, da modelli teorici di riferimento per lo psicoterapeuta – la qualità dell'esperienza vissuta s'impoverisce. Allo stesso tempo, quindi, c'è anche un'attenzione alla dimensione vissuta dei sintomi, «una rappresentazione della persona, dei suoi disturbi e della storia di questo rapporto»,⁸ ed è su questo registro che comincia il tentativo di elaborazione della diversità. Nell'attenzione all'esperienza vissuta dei sintomi, il terapeuta dovrà sviluppare una competenza che potremo definire come una vera e propria capacità di improvvisare. In questo caso l'improvvisazione riguarda la capacità di cogliere gli indizi generati dal paziente e venuti fuori nel corso del colloquio e trasformarne alcuni in sollecitazioni. Il terapeuta potrebbe disporsi a riorientare il suo sguardo, allontanandosi temporaneamente da ciò che è già tematizzato per lasciare spazio all'inatteso, allo straordinario, per poi rielaborarlo alla luce di ciò che è già stato appreso nel corso della sua esperienza e delle sue letture, dando così vita a un prodotto originale che potrebbe risultare determinante per l'avvio e il prosieguo della terapia.

D. ha cinquantasette anni, celibe, occupato nell'editoria, mi viene inviato da un collega psicoterapeuta per un trattamento farmacologico. Le brevi notizie riassunte dal collega mi generano uno stato di apprensione non meglio definito ancor prima di vedere il paziente. Il giorno dell'incontro, D. si presenta puntuale all'appuntamento, la sua vista non mi desta particolari sensazioni, per cui mi accingo alla visita con uno stato d'animo senza una coloritura particolare, in attesa di cogliere qualche elemento in più. È quando si siede e colgo meglio il suo linguaggio non verbale che percepisco una sorta di fastidio, che non si era manifestato a prima vista, che va ad alimentare quello stato d'inquietudine generatomi dalle notizie anticipatrici del collega. G. racconta

che questo è il primo incontro con uno psichiatra e che da cinque mesi è tormentato da un pensiero fisso su una relazione affettiva, con idee di gelosia, controlli, e un'alterazione dell'umore che stanno compromettendo il suo funzionamento lavorativo e relazionale. Durante l'incontro sento che sono focalizzata molto su un'ipotesi diagnostica perché dovrò prescrivere un farmaco però, allo stesso tempo, c'è un'attenzione alla dimensione vissuta dei sintomi. Vivo con fatica e disagio tutto questo mio fare e ascoltare, tant'è che al termine della visita e della prescrizione ho l'impressione di aver avuto scarsa presa sul paziente. A conferma di ciò, il giorno successivo arriva una telefonata un po' aggressiva del paziente che ha difficoltà a reperire un farmaco per il sonno che gli ho prescritto, e nonostante la mia ostentata sicurezza rispetto alla banalità dell'episodio, sento che quella telefonata concluderà il nostro rapporto terapeutico. Così è stato.

In questo terzo caso, il senso di estraneità interna da me percepito prima della visita non trova riscontro fin da subito, anzi apparentemente è affievolito da una sensazione intersoggettiva, priva di coloritura affettiva, che probabilmente avrebbe dovuto mettermi in allerta. Quando il paziente si siede e inizia il colloquio, il senso di estraneità reciproco si smaschera e, nonostante il mio sforzo di tenerlo a bada e accogliere l'estraneità di D. cercando di fornire nuovi spunti, fallisco e il paziente mi allontana.

Le previsioni sull'andamento della terapia dei tre primi incontri proposti sembrerebbero delle intuizioni, scaturite dalle percezioni sorte durante quegli incontri, percezioni che, a chi fa il nostro mestiere, capita spesso di avere. Però, come scrive Bion,⁹ ricorrendo a una frase di Kant, l'intuizione lasciata a se stessa perde il suo valore, se non vi si innesta un concetto attorno. Così, oggi tendo a collegare quella che inizialmente è soltanto un'intuizione alle sensazioni preliminari, percepite nel rapporto con l'altro, che in questo modo costituiscono una sorta di bussola. È importante, dunque, che il terapeuta ponga attenzione a queste prime percezioni, che possono rappresentare degli indicatori rispetto il prosieguo della terapia e potrebbero essere un elemento necessario e vitale per la riuscita dell'incontro.

Commento conclusivo

Provando a rispondere alle domande iniziali sulla base di quanto descritto finora, mi verrebbe da dire che l'esperienza di estraneità e la capacità di improvvisare del terapeuta potrebbero condizionare in gran parte l'esito del primo incontro. Si tratterebbe di porre maggiore attenzione, prima di tutto, al mutuo riconoscimento tra il terapeuta e il paziente, processo durante il quale la ricerca delle somiglianze non deve mai annullare il riconoscimento dell'alterità: come ricorda Ricoeur,¹⁰ in questa bipolarità si costituisce una dissimmetria che protegge dalle insidie fusionali, in quanto ciò che estraneo preserva la diversità tra me e l'altro. L'attenzione ai vissuti di estraneità esperiti dal terapeuta nell'incontro con il paziente potrebbe rappresentare un fattore terapeutico aspecifico nella relazione e risultare un veicolo per il cambiamento nell'atteggiamento del terapeuta. La sintonizzazione e il contenimento di un vissuto di estraneità in rapporto all'altro potrebbero essere dunque propedeutiche per lo sviluppo nel terapeuta di una competenza, che ho indicato come capacità d'improvvisazione, che potrebbe contribuire a modificare almeno parzialmente l'evoluzione del rapporto. Mi sembra importante ribadire come sia difficile sviluppare questo tipo di competenza, che presuppone l'aver già appreso a gestire il rapporto con la propria e l'altrui estraneità in modo da non esserne perturbati a tal punto da bloccare qualsiasi tipo di azione. Inoltre, il terapeuta che improvvisa deve conoscere molto bene la propria disciplina per permettersi di variarla e allo stesso tempo deve reagire ai cambiamenti prodotti nel corso del colloquio. L'improvvisazione non è quindi né spontaneità, né libertà, ma rinvia, almeno implicitamente, al materiale tradizionale già acquisito, a una sorta di canovaccio su cui operare dei cambiamenti, rimanendo sempre in relazione all'altro, ossia cogliendo e modulando i continui *feedback* provenienti dal paziente. È dunque un atto che riguarda in parte il terapeuta, in parte la relazione, nella misura in cui il terapeuta si lascia permeare nella propria esperienza ordinaria dall'incontro con l'estraneità, lasciandola risuonare di nuovi significati.

Note

- ¹ Si veda al tal proposito A. Suman, A. Brignone, *Transference, countertransference, society and culture: before and during the first encounter*, «British Journal of Psychotherapy», Vol. XVII, 2001.
- ² B. Waldenfels, *Fenomenologia dell'estraneo* (2006), trad. it. Cortina, Milano 2008, p. 98.
- ³ Ivi, p. 99.
- ⁴ D. Sparti, *Suoni inauditi. L'improvvisazione nel jazz e nella vita quotidiana*, Il Mulino, Bologna 2005, p. 19.
- ⁵ D. Sparti, *L'identità incompiuta. Paradossi dell'improvvisazione musicale*, Il Mulino, Bologna 2005, p. 72.
- ⁶ D. Sparti, *Suoni inauditi. L'improvvisazione nel jazz e nella vita quotidiana*, cit., pp. 31 e 123-133.
- ⁷ W.R. Bion, *Seminari clinici. Brasilia e San Paolo*, Cortina, Milano, p. 23.
- ⁸ G. Foresti, M. Rossi Monti, *Esercizi di visioning. Psicoanalisi, psichiatria, istituzioni*, Borla, Roma 2010, p. 111.
- ⁹ W.R. Bion, *Seminari clinici. Brasilia e San Paolo* (1980), cit., p. 234.
- ¹⁰ P. Ricoeur, *Percorsi del riconoscimento* (2004), Cortina, Milano 2005, p. 289.