



**L'ATTEGGIAMENTO INTERNO DELL'ANALISTA AL LAVORO:
DALL'ATTENZIONE LIBERAMENTE FLUTTUANTE (FREUD)
ALLA REVERIE (BION)**

Maria Teresa Savio Hooke

(traduzione della Dr.ssa Federica Luciani, rivista dal Dr. Domenico A. Nesci)

Emily siede nella sala d'attesa. Questa è la prima seduta dopo un'interruzione dovuta al fatto che l'analista si è presa tre giorni di pausa lavorativa. Emily ha 45 anni. Si alza velocemente e segue l'analista nella studio. Mette la sua borsa sul pavimento e inizia a parlare subito dopo essersi tolta il cappotto.

P. "Prima che cominciamo vorrei avvertirla che non potrò venire Venerdì. Devo recarmi a Brisbane per lavoro..." E prosegue fornendo dettagli sui suoi importanti impegni lavorativi.

L'analista sente che la paziente sta cercando di rassicurarla sul fatto che la sua assenza è dovuta a ragioni di lavoro importanti, nello stesso tempo si accorge che la sua mente subisce un'accelerazione e le sovviene il ricordo di come, anche in supervisione, era stata avanzata un'ipotesi sul fatto che dopo ogni interruzione da parte sua Emily stabilisse una propria pausa dalla terapia e di come fosse stato difficile per l'analista accorgersene e non pensare piuttosto ad una semplice coincidenza. Questa volta il nesso tra la pausa imposta dall'analista e quella immediatamente successiva annunciata dalla paziente appare invece abbastanza chiaro.

Emily continua

P. "Dopo la nostra seduta di Mercoledì ho avvertito un tale senso di abbandono che sono andata via da qui piangendo... non mi sono mai sentita così prima..." (L'analista non si sente emotivamente coinvolta)

A. "Ma lei è entrata qui e la prima cosa che ha detto è che non potrà venire alla seduta di Venerdì..."

P. "mm... MM..."

Silenzio

P. "Ho rimosso da me stessa quel sentimento, quindi?"

A. "Ho notato che ogni volta che mi assento o parlo di una mia assenza, nella seduta successiva mi espone il bisogno di prendere lei una pausa."

P. (sorpresa e con un tono diverso) "Davvero è così? E' già successo altre volte?"

A. "Dopo l'ultima pausa mi ha detto che si sarebbe assentata a Settembre. Dopo l'assenza di Gennaio mi ha detto della sua assenza di Febbraio..."

Pausa

P. *“Quindi lei pensa che faccio la stessa cosa di quando mia madre si allontanava da me... e cioè che rimuovevo tutto, che mi distaccavo? E’ questo che pensa?”*

Pausa

P. *“Pensa a una simile dinamica?”*

A. *“Forse lei si sente sopraffatta quando dico che mi assenterò. E’ stata un’esperienza terribile essere lasciata sola, senza controllo, e per questo ha pianto.”*

P. *“Mi sono sentita abbandonata”*

L’analista continua a parlare di come ci si sente ad essere abbandonati e così via... La paziente continua a parlare di tutte le cose belle che ha fatto durante il weekend e la questione dell’interruzione viene lasciata cadere.

Emily è un tipo di paziente che si incontra di frequente: adulta, molto intelligente, con un’aria di maturità e normalità, apparentemente cooperativa e desiderosa di cambiare, ma in realtà molto difficile ad entrare in risonanza emotiva e tenace nel mantenere le parti della personalità più bisognose, e potenzialmente più sensibili e recettive, scisse e fuori dalla portata dell’analista.

Parla molto, con una modalità che suona introspettiva e che sembra volta a comunicare con l’analista ma nei fatti le parole vengono usate in maniera difensiva per respingere l’analista, per creare una barriera piuttosto che per aprire canali comunicativi con quest’ultima.

C’è un momento in questa vignetta clinica in cui l’analista è riuscita a mettersi in contatto con lei e questo avviene quando Emily risponde, con tono sorpreso, “Davvero? E’ già successo prima?” Ma subito dopo la paziente riprende il controllo e si allontana dal suo sentimento di shock e dalla presa di coscienza che ne deriva. Quando dice: *“Quindi lei pensa che faccio la stessa cosa di quando mia madre si allontanava da me... e cioè che rimuovevo tutto, che mi distaccavo. E’ questo che pensa?”* noi vediamo in azione una paziente altamente competente che però si serve di una comprensione pseudo-analitica per ristabilire il suo equilibrio difensivo dopo essere stata “toccata” per un minuto dalla sua analista.

Quando l’analista risponde dicendo “forse ti senti sopraffatta quando ti dico che mi assenterò” naturalmente ha ragione, ma sta parlando come se avesse di fronte a lei nella stanza una paziente in grado di ascoltarla, il che non è; l’analista non affronta quello che sta accadendo nell’*hic et nunc* della seduta, e quindi il potenziale momento di contatto viene lasciato cadere ed è andato perso.

In questo modo si ripete uno scenario familiare caratterizzato dalla distanza, e la paziente mantiene difensivamente il controllo della seduta.

L’analista così è stata spiazzata dal suo atteggiamento analitico e ha risposto alla pressione emotiva della paziente colludendo con il suo sistema difensivo ed evitando di entrare nell’area del suo disturbo.

Questo è solo per darvi un esempio, sappiamo tutti in realtà che nei momenti più “caldi” della seduta potrebbe non essere possibile continuare a pensare, e che è solo alla fine della seduta che si riesce a riflettere su quello che è accaduto.

Con questa vignetta clinica, vorrei dire due cose:

1. Il nostro modo di lavorare è diventato più complesso. Oggi sappiamo molto di più e teniamo conto del fatto che i pazienti comunicano con noi non solo con le parole ma anche attraverso

le loro proiezioni affettive, la pressione emotiva che esercitano su di noi durante le sedute, e il ruolo che ci chiedono di recitare impersonando i personaggi che abitano il loro mondo interno.

2. Che l'atteggiamento analitico non è un concetto statico ma è un concetto in costante evoluzione, che ha incorporato durante gli anni nuovi avanzamenti teorici e nuove conoscenze. Nella mia vignetta clinica, lo sviluppo teorico nuovo è quello che si riferisce all'introduzione del concetto Kleiniano di identificazione proiettiva e quindi ad un modo di lavorare che è quello dei neo-Kleiniani.

Siamo arrivati così a chiudere il cerchio: dalla famosa metafora Freudiana dell'analista come chirurgo – “che mette da parte tutti i suoi sentimenti, incluso quello dell'umana simpatia” - al modello di Bion, in cui l'analista con la sua personalità, carattere, sensibilità, integrità morale, funzionamento o malfunzionamento – diviene parte integrale del sistema.

BACKGROUND STORICO

Nel 1885 Freud, giovane, scrisse alla sua fidanzata, da Parigi: “tornerò a Vienna, ci sposeremo e aprirò uno studio per curare gli incurabili”.

Aveva 29 anni, aveva solo due o tre pazienti al giorno, e non pagavano molto. Ben presto però, pazienti e alunni cominciarono a venire dall'Europa e dagli USA e ad alloggiare in un piccolo hotel vicino Berggasse 19, la casa dove Freud viveva. Freud aveva fiducia nel procedimento terapeutico del suo nuovo trattamento ed intuiva che le sue idee potevano essere accolte con sospetto dal mondo accademico. Si rendeva anche conto del fatto che ogni analista avrebbe incontrato enormi difficoltà perché la tecnica psicoanalitica era complessa, difficile da imparare e da applicare.

La “*talking cure*” (cura attraverso la parola) come veniva ormai chiamata la terapia psicoanalitica, offriva però un messaggio di speranza in contrasto al pessimismo proveniente dalle teorie dell'epoca, che consideravano la malattia mentale ereditaria o diretta conseguenza di un danno organico, di una degenerazione cerebrale. Come sappiamo, Freud fu il primo a occuparsi del problema delle persone che soffrivano “interiormente” e trattò questi pazienti non più come corpi da curare ma piuttosto come menti da comprendere.

Una parte importante del metodo psicoanalitico – di quella tecnica psicoanalitica che Freud aveva già descritto in quei giorni come complessa e difficile da apprendere ed applicare – è l'atteggiamento interno dell'analista. Talvolta quest'atteggiamento viene confuso con il distacco e la freddezza, mentre per me si tratta di un atteggiamento di recettività, disponibilità emotiva, capacità di entrare in sintonia e di lasciarsi coinvolgere emotivamente all'interno del processo ma anche al di fuori di esso quel tanto che basta per essere in grado di osservare e pensare a quello che sta accadendo.

Come ho detto, nel XIX secolo, le malattie mentali e le nevrosi venivano considerate di natura prettamente organica ed erano viste con sospetto e repulsione dalla professione medica. E' possibile (Racker) che tali atteggiamenti erano originati dall'ansia che tali malattie provocavano nei medici, incapaci di comprenderle. L'ansia e la repulsione, d'altra parte, ne rendevano impossibile la comprensione.

Freud è stato in grado di rompere questo circolo vizioso affrontandole non con repulsione o ansia ma con uno spirito di indagine scientifica. Stiamo già vedendo qui un atteggiamento che è

caratteristico di Freud, e che è il precursore dell'atteggiamento interno dell'analista: uno spirito di osservazione, una mente scientifica indagatrice, una partecipazione e un interesse uniti alla capacità di mantenere una certa distanza.

Quando andò da Vienna a Parigi per studiare le malattie nervose con Charcot, famoso neurologo del tempo – che ha usato l'ipnosi per dimostrare l'origine psichica dell'isteria – Freud fu particolarmente colpito dal suo metodo di lavoro e dalle sue osservazioni scientifiche.

Freud disse di lui:

“Charcot era solito osservare ripetutamente le cose che non comprendeva, per approfondire giorno dopo giorno l'impressione che aveva di loro, fino a che non gli appariva una comprensione chiara di esse”

Questo metodo fu molto usato anche da Freud ed è interessante notare come lo abbia influenzato: portarsi dentro impressioni e pensieri, nel profondo della mente, fino a che tutti gli elementi apparentemente scollegati si uniscono e si è colpiti da una nuova comprensione.

Quando nel 1886 Freud aprì il suo studio privato a Vienna usò egli stesso il metodo dell'ipnosi per curare l'isteria ma questa tecnica gli risultò insoddisfacente, anche perché stava cercando l'origine della malattia non solo l'alleviamento dei suoi sintomi.

Qui entra in scena Breuer che fu di fondamentale importanza nell'evoluzione della tecnica psicoanalitica e dell'atteggiamento psicoanalitico. Breuer era un medico, amico e collega di Freud. Parlò a Freud del trattamento di una sua paziente, Anna O. che soffriva di paralisi isteriche. Breuer notò che Anna si liberava dai suoi sintomi quando poteva PARLARE delle sue fantasie ed emozioni.

Anche Breuer usava l'ipnosi, e mentre Anna era sotto ipnosi invece di darle istruzioni, le chiedeva di parlare liberamente, di dirgli cosa la turbava e cosa la faceva soffrire. Da sveglia, Anna O non era in grado di spiegare l'origine dei suoi problemi, ma durante l'ipnosi era in grado di connettere i suoi sintomi agli eventi della sua vita che li avevano causati, e i sintomi scomparivano. Questo segnò la nascita di quella che lei stessa ha chiamato “cura attraverso la parola” (“*talking cure*”).

Comunque Breuer alla fine abbandonò il trattamento perché non riusciva a gestire i potenti sentimenti erotici che Anna O. aveva verso di lui né la gelosia della moglie verso la paziente. Freud ebbe un'esperienza simile con una paziente, ma gestì il caso in maniera diversa. Per prima cosa non fu spaventato dalle emozioni che il trattamento risvegliava nella paziente e, in secondo luogo, affrontò la questione con una mente indagatrice e un atteggiamento scientifico chiedendosi perché stava avvenendo tutto questo. Di nuovo vediamo come l'atteggiamento interno dell'analista sta prendendo forma: Freud sta riflettendo su cosa sta accadendo invece di fuggire, come aveva fatto Breuer, o innamorarsi della paziente, come hanno fatto molti dei suoi colleghi. Freud è capace di continuare a pensare, nonostante la pressione emotiva, e mostra abbastanza conoscenza di sé o modestia per credere che i sentimenti erotici evocati nelle pazienti non erano dovuti al suo fascino personale, ma che essi appartenevano – come avrebbe scoperto in seguito – alle figure del passato delle pazienti che ora venivano trasferite su di lui. Freud ora abbandonerà l'ipnosi e abbraccerà il nuovo metodo, la cura attraverso le parole, il parlare spontaneo e naturale su qualsiasi cosa viene in mente, il metodo della libera associazione.

PRIMO CAMBIAMENTO: DALL'IPNOSI ALLA LIBERA ASSOCIAZIONE.

Questo rappresenta un cambiamento estremamente significativo: con l'abbandono della suggestione e dell'ipnosi si conclude un'era storica che segna l'inizio della psicoanalisi così come la conosciamo ora.

Freud giunse ad una serie di brillanti intuizioni:

Il metodo della libera associazione invece dell'ipnosi e della suggestione.

La scoperta dell'intenso legame che si crea tra l'analista e il paziente, il transfert, inteso come una ripetizione ed una riesperienza, in analisi, della relazione conscia ed inconscia con le figure significative del passato.

L'uso di interpretazioni come modo di rendere conscio ciò che è stato rimosso, così da permettere l'estensione dei confini della coscienza.

La teoria dei sogni

Freud si sente in condizione ora di scrivere un resoconto definitivo circa la tecnica psicoanalitica. Scriverà sei saggi, che sono ora un classico, e che trattano delle maggiori questioni riguardanti la tecnica.

L'ATTENZIONE LIBERAMENTE FLUTTUANTE DI FREUD

Uno di questi saggi "*Raccomandazioni ai medici che praticano la psicoanalisi*", si occupa nello specifico dell'atteggiamento psicoanalitico. Freud propone una tecnica che è l'opposto di quella della concentrazione: "una calma, tranquilla attenzione uniformemente sospesa", la controparte della libera associazione del paziente, l'attenzione liberamente fluttuante dell'analista. Perché – cito – "non appena ci concentriamo su qualcosa diventiamo ciechi su qualcos'altro, e invece di continuare a tenere aperta la mente seguiamo le nostre aspettative ed inclinazioni. Corriamo allora il pericolo di non trovare niente di nuovo ma solo qualcosa che conosciamo già".

Freud raccomanda: "non concentrarsi su niente, non focalizzarsi, non prendere appunti durante le sedute, non avere un obiettivo in mente mentre si lavora col paziente, in quanto, i maggiori casi di successo sono quelli in cui si procede senza un obiettivo, permettendo a se stessi di essere colti di sorpresa".

Egli scrive: "L'analista deve far tendere il proprio inconscio, come un organo recettivo, verso l'inconscio emergente del paziente così che la mente inconscia dell'analista sia in grado di ricostruire l'inconscio del paziente...."

Qui Freud considera l'analisi semplicemente come un'investigazione che non dovrebbe essere intrapresa a partire da alcuna aspettativa o desiderio terapeutico. Tuttavia le cose non sono così semplici, come sappiamo, Freud desiderava anche scoprire l'origine dei sintomi.

FREUD E BION

Se facciamo un salto in avanti di 50 anni e arriviamo a Wilfred Bion, al suo noto saggio del 1967 "Appunti sulla Memoria e il Desiderio" possiamo ritrovare un atteggiamento simile a quello di Freud.

Come Freud, Bion sottolinea la capacità di sopportare uno stato di non conoscenza: “il solo punto importante in ogni seduta è l’ignoto”. Come Freud, Bion esorta gli analisti a dimenticare in seduta quello che sanno del paziente, ad accantonare le teorie psicoanalitiche e i desideri che hanno rispetto a quello che sperano di raggiungere per il paziente. Questo condurrebbe infatti a un intasamento della mente e ad una non emersione di nuove idee.

Cito: “In ogni seduta ha luogo un cambiamento. Dall’oscurità e dalla mancanza di forma qualcosa si evolve... “ Per catturare questa evoluzione, questo barlume di nuova luce all’interno della seduta, Bion afferma che l’analista ha bisogno di una “disciplina dei pensieri” e ha bisogno di seguire alcune regole: la prima è di non ricordare le sedute precedenti e la seconda è di evitare il desiderio di cura o di successo. Quindi vediamo che Bion - come Freud – ritiene l’analisi un’indagine a cui ci si deve avvicinare senza aspettative o desideri, ma di nuovo le cose non sono così semplici perché Bion – come vedremo – guarda all’atteggiamento analitico come ad un atteggiamento materno: la reverie della madre che contiene l’angoscia del bambino. Non bisogna comunque dimenticare che l’obiettivo dell’analisi è di essere terapeutica.

Voglio spendere alcuni minuti sull’idea Bioniana del “senza memoria e senza desiderio”, per la quale Bion è tanto idealizzato. C’è il rischio che tali raccomandazioni siano prese alla lettera mentre di fatto rappresentano un paradosso, qualcosa che ci si sforza di ottenere ma che non può essere raggiunto. Inoltre si tratta di qualcosa che uno si sforza di ottenere dopo avere avuto una formazione adeguata, e che altrimenti si rischia di prendere come un incoraggiamento a lavorare in modo superficiale. Naturalmente l’idea di nessuna memoria e nessun desiderio è importante – poiché è intesa come completa disponibilità e apertura al paziente. Ma anche la memoria è importante. E i pazienti sono ben consapevoli della nostra memoria, se ricordiamo e se siamo capaci di tenere insieme importanti fattori, esterni ed interni, e di metterli insieme nel momento giusto.

E per quanto riguarda il concetto di desiderio, che non dovremmo portare all’interno della seduta, mentre stiamo in realtà lavorando, non tutti sono d’accordo. Rosenfeld per esempio distingue tra desideri per il bene del paziente, per esempio il desiderio che il nostro paziente cresca, e un desiderio narcisistico per il bene dell’analista: far bene, ottenere gratificazioni, fare colpo sui nostri colleghi, eccetera. Cito: “mi sembra impossibile distruggere il nostro desiderio e la nostra intenzione senza severamente compromettere la relazione con i pazienti, poiché quando accettiamo un paziente vogliamo capirlo ed aiutarlo, e ci si aspetta che siamo interessati a lui”.

Quello che volevo dire in questo confronto piuttosto lungo tra Freud e Bion, è che c’è stata un’evoluzione del modo in cui lavoriamo, naturalmente così come la teoria cambia, anche la tecnica cambia, ma non dobbiamo avere un modello archeologico in cui le nuove civiltà seppelliscono le precedenti: i concetti precedenti non devono scomparire, qualcuno ancora sopravvive, mentre altri non sono utilizzati più e sono stati sostituiti da nuove scoperte.

Uno di questi concetti scomparsi è la metafora freudiana dell’analista come un chirurgo, che di nuovo – come sappiamo – è in contrasto con il modo di lavorare di Freud, con la sua profonda disponibilità verso i suoi pazienti, e con l’immagine appena descritta di entrare in sintonia con l’inconscio del paziente. Ma queste sono tutte le inevitabili contraddizioni che incontriamo lungo la strada, principalmente perché quello che accade nella stanza di analisi spesso è molto diverso da quello che viene teorizzato e scritto.

Questa metafora ha bisogno di essere compresa in una prospettiva storica; dobbiamo ricordare che Freud non disponeva ancora del concetto di controtransfert (del fatto cioè che i sentimenti suscitati

nell'analista dicono qualcosa su quello che prova il paziente); egli era preoccupato piuttosto che i suoi colleghi non fossero in grado di gestire la potente forza liberata dall'analisi, come accadde a molti suoi colleghi che si innamorarono delle loro pazienti. Lo stesso vale per il concetto di neutralità.

Tuttavia c'è un fondo di verità in quello che Freud afferma qui: con il lavoro analitico apriamo la mente dei pazienti e li rendiamo vulnerabili, portiamo via le loro difese; è un'operazione potente e molto delicata, e abbiamo una grande responsabilità. Freud con la metafora chirurgica e con il concetto di neutralità mostra quanto ne era consapevole.

NASCITA DELLA MODERNA PSICOANALISI

Freud morì nel 1939; Melanie Klein arrivò a Londra da Berlino nel 1926. I rifugiati da Vienna, Budapest e Berlino arrivarono subito dopo.

All'ombra dell'olocausto e del secondo conflitto mondiale, si viene a configurare un incontro particolarmente creativo – tra lei, gli analisti che migrarono da Vienna e altri pensatori formidabili radicali ed indipendenti che facevano parte della Società Inglese di Psicoanalisi durante il periodo che ha condotto alla seconda guerra mondiale: James Strachey, Susan Isaacs, Joan Riviere, Roger Money Kyrle, Ella Sharpe, John Rickman, Ronald Fairbairn, Paula Heimann, John Bowlby e Donald Winnicott.

Il dramma della seconda guerra mondiale ha avuto un'influenza profonda nello sviluppo della psicoanalisi. Il ritorno dei soldati influenzò il lavoro di Bion sui gruppi e sulle nevrosi di guerra, Anna Freud lavorò sugli asili infantili di guerra, Bowlby Spitz e i Robertson lavorarono sull'effetto che ha la separazione precoce e la mancanza di cure materne.

Il lavoro con i bambini gravemente disturbati di Klein e Winnicott, l'osservazione dei neonati della Bick e il lavoro con i pazienti psicotici di Bion, Meltzer e Rosenfeld aprirono nuove vie per la comprensione del funzionamento delle primissime fasi dello sviluppo mentale e dei pazienti gravi.

IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA

Ma, dal 1946, è l'identificazione proiettiva a diventare il concetto di maggiore importanza del nostro lavoro, aggiungendo nuovo spessore e complessità al modo in cui operiamo.

La Klein ha sviluppato l'idea dell'identificazione protettiva durante il suo lavoro con i bambini e lo ha considerato un concetto essenziale per comprendere lo sviluppo infantile. Klein spiegò che ci sono pazienti che scindono la parte buona e cattiva di se stessi e proiettano queste parti su una persona esterna in modo tale che questa persona si identifica con le parti che le vengono proiettate.

Un esempio molto comune è quando il super-Io è proiettato sull'analista, che viene visto come giudicante e critico, ed arriva realmente ad agire tale ruolo.

Un altro esempio è quello di genitori che proiettano il loro stesso senso di fallimento sui propri figli, così che questi ultimi crescono insicuri e pieni di dubbi sulle loro capacità, venendo poi visti dai loro genitori come inadeguati.

Abbiamo quindi ora un'altra dimensione che entra nel lavoro clinico: l'idea che le emozioni e i sentimenti possono essere trasmessi da una persona ad un'altra e che questa trasmissione avviene in

modo non verbale e può essere intuita con un'attenzione mirata al controtransfert, a come cioè il paziente ci fa sentire.

Stiamo parlando della proiezione di sofferenze psichiche in senso lato – un oggetto interno cattivo per esempio viene sentito come persecutorio internamente e quindi non può essere tollerato e viene scisso (intendo dire che si avverte una voce interna invalidante che dice “non sei bravo... perché farlo?... chi ti credi di essere?... non sarai in grado di farcela!... eccetera). L'identificazione proiettiva è un meccanismo difensivo per il quale quando c'è qualcosa che non tolleriamo in noi stessi lo espelliamo, lo proiettiamo dentro un'altra persona, e l'altra persona arriva ad identificarsi con tale proiezione. E' una difesa contro emozioni troppo dolorose e difficili.

Ci capita spesso di incontrare persone che ci fanno star male, o operatori che svolgono professioni in cui è centrale la relazione d'aiuto che proiettano le parti vulnerabili di loro stesse sugli assistiti in modo tale che sono tutti gli altri ad aver bisogno d'aiuto, tranne loro. Questo è il rischio incontrato da tutti coloro che esercitano una professione d'aiuto.

La comprensione dell'identificazione proiettiva ha ampliato il concetto di controtransfert, e i due concetti sono strettamente correlati in quanto è soprattutto l'identificazione proiettiva che informa il nostro controtransfert. E' solo negli anni '50 che il controtransfert viene pienamente riconosciuto come utile fonte di informazione sul paziente.

Ma l'analisi del controtransfert ha i suoi problemi quando cerchiamo di praticarla, perché la nostra introspezione è complicata dalle nostre difese per cui parte del controtransfert rimane inconscia, senza contare il fatto che c'è anche da distinguere se l'esperienza dipende dal paziente e/o proviene dalla nostra stessa personalità.

L'IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA COME COMUNICAZIONE

Al concetto di identificazione proiettiva come evacuazione, espulsione, liberazione, Bion ha aggiunto l'identificazione proiettiva come comunicazione, come qualcosa che avviene sempre e comunque in tutti noi, quindi non solo una difesa ma una modalità di espressione. I pazienti ci fanno sapere qualcosa su loro stessi, qualcosa di cui non sono consapevoli. Un esempio comune è la madre che risponde automaticamente al pianto del neonato, come se riconoscesse dentro di sé la causa di tale pianto.

Per fare un altro esempio possiamo pensare ad un paziente che può parlare della sua vita frenetica, dei suoi impegni durante il weekend, mentre l'analista si sente invece invaso da un profondo senso di tristezza. Questo è qualcosa che non viene comunicato con le parole, ma è trasmesso all'analista come emozione. Il paziente ha la tristezza in se stesso, ma non la sente affatto.

IL SETTING COME PARTE INTEGRALE DELL'ATTEGGIAMENTO ANALITICO

Il setting è parte integrale dell'atteggiamento analitico. Freud stabilì un setting composto da divano/poltrona, 50 minuti di durata della seduta, una stanza tranquilla e silenziosa priva di interferenze da parte del mondo esterno, così che l'intensità del transfert possa svilupparsi. Ma sappiamo che Freud e i primi analisti avevano una visione piuttosto ampia del setting: Freud ha invitato dei suoi pazienti a tavola, analizzò sua figlia, prestò soldi ai pazienti, e fu probabilmente

inconsapevole delle conseguenze di tali azioni. Ma questo va collocato nel contesto di quanto egli sapeva in quel momento. Stava imparando lui stesso. E' solo dopo gli anni '50, con la maggiore enfasi data al concetto di transfert/controltransfert, all'identificazione proiettiva, e alla consapevolezza della presenza del bambino nell'adulto e dell'esistenza di stadi evolutivi pre-edipici, che il setting diventa un aspetto centrale.

Il lavoro della Klein, di Winnicott e di Bion sulla somiglianza tra la relazione analista-paziente e madre-bambino giocò un ruolo determinante in questo senso. Comprendiamo ora che stiamo lavorando con emozioni, sensibilità, vulnerabilità estremamente delicate, e che piccole cose che interferiscono col setting hanno un significato importante. Conosciamo l'importanza della continuità e dell'uniformità; vediamo il setting come un'estensione della mente dell'analista e come un contenitore delle emozioni precoci.

Per esempio, l'analista che è in ritardo nell'aprire la porta al paziente può evocare sentimenti di essere stati scordati, di essere caduti dalla sua mente. Una cartella clinica lasciata sul tavolo può evocare la presenza di altri pazienti, un libro rimosso dalla libreria può evocare l'immagine di un analista che è impegnato a scrivere un lavoro scientifico, la cui mente è concentrata su altre cose. Bisogna essere consapevoli delle sfumature più lievi, per essere capaci di interpretarle, perché in queste spesso si ritrova il transfert infantile, gli aspetti infantili del paziente.

IL CONTRIBUTO DI BION

La Reverie materna – Contenere e trasformare

Bion ha introdotto dei concetti molto importanti che hanno avuto un grandissimo impatto sul modo di lavorare oggi: l'identificazione proiettiva come comunicazione, la *reverie* materna e il contenimento. Ma per comprenderlo dobbiamo tornare alle sue innovazioni teoriche, in quanto Bion era interessato al pensiero e a ciò che lo rendeva possibile. Egli pose la capacità di pensare al centro stesso della vita mentale. Non una conoscenza o un pensiero intellettuale, ma un fatto emozionale, volto alla conoscenza di se stessi e degli altri. Per Bion la capacità di pensare evolve nella prima relazione tra madre e bambino e dipende dall'introiezione di una madre capace di comprendere – mediante la sua *reverie* – l'esperienza del bambino e di dargli significato. Il classico esempio è il bambino che proietta la paura di morire sulla madre e la reintroietta in una forma resa tollerabile da quest'ultima. La *reverie* è simile all'attenzione liberamente fluttuante di Freud, un'apertura alla ricettività: pensare, riflettere, trattenere nella propria mente, lavorare internamente, avere una sensibilità, un'intuizione...

Quindi ciò che era intollerabile e indigeribile si trasforma in qualcosa di tollerabile.

Per Bion un simile processo si verifica nell'analisi tra l'analista e il paziente.

Per l'identificazione proiettiva di entrambi i tipi deve esser compreso che essa dipende dalla capacità dell'analista di essere un CONTENITORE delle proiezioni del paziente.

Nel senso usato in psicoanalisi, un contenitore è qualcuno che può ricevere e gestire le proiezioni e rimandarle trasformate al paziente. Solo se l'analista ha acquisito questa capacità, l'identificazione proiettiva viene messa in parole, si apre il dialogo e può essere compresa, e in questo modo gestita e trasformata.

ESEMPIO

Un giovane ragazzo, Mario, inizia la terapia con il fine di non ripetere con i suoi figli il modo in cui suo padre è stato con lui. Viene – una volta a settimana - in terapia. Mario è psicologicamente disponibile e perspicace. Come spesso accade, molto presto emerge una storia molto dolorosa e traumatica, ma apparentemente senza alcuna emozione avvertita da Mario.

Mario aveva un fratello con una malattia congenita, figlio preferito del padre, che impegnò anche tutte le cure della madre e che si suicidò quando lui aveva 18 anni e Mario 16. Mario comincia a riferire in terapia terribili incubi: in uno Mario sta trasportando il fratello all'interno di un sacco sopra le sue spalle. La vera ragione del perché egli necessita di aiuto ora si rivela: Mario ha bisogno di elaborare cosa si sta portando dietro emotivamente, il corpo del fratello, e quindi ha bisogno di poter piangere il lutto della sua morte. Il terapeuta che mi riferisce la seduta, in supervisione, mi dice che si sentiva come se le avessero buttato addosso una bomba. Improvvisamente avverte un'insopportabile tristezza: “mi ha colpito qui!” – dice, indicando il petto, - e comincia a piangere. Riferisce che si sforzò di contenere le lacrime durante la seduta. Questo avvenne alla fine della seduta per cui non riuscì a far molto riguardo a tutto questo, ma, mi disse: “sento che ci siamo avvicinati parlando di questo, mi sentivo come se lo stessi abbracciando”, cosa che lei, nella realtà della seduta, non fece.

Credo che questo sia un esempio dell'identificazione proiettiva come comunicazione; i pazienti vogliono che il terapeuta capisca emotivamente quello che hanno sentito, ma anche quello che al momento non hanno potuto provare perché era troppo insopportabile. Sarà compito del terapeuta contenere queste emozioni, aiutarli ad elaborare lentamente qualcosa che, in questo caso, il paziente si portava dietro da oltre 20 anni.

Alla fine il “sacco” del sogno verrà trasformato – attraverso il contenimento e l'interpretazione del terapeuta – in emozioni, affetti che il paziente sarà in grado gradualmente di esperire come colpa, tristezza, rabbia, e infine come elaborazione del lutto. Così sarà in grado di procedere con la sua vita. Questo è un lavoro estremamente delicato; se fatto troppo sbrigativamente, i pazienti possono trovarlo intollerabile e abbandonare la terapia. A volte la abbandonano comunque, poiché l'integrazione viene sentita come impossibile.

Quindi la parola “contenere” – altro concetto usato ed abusato – non implica un atteggiamento passivo per cui l'analista dovrebbe sedere in silenzio e non fare niente. Al contrario il contenimento richiede molto di più; essenzialmente l'analista deve essere preparato ad entrare in un'intensa relazione col paziente e consentire a quest'ultimo l'esperienza di entrare in lei e di stare con lei – nel mio esempio sia il terapeuta che me come supervisore – non possiamo scordarcelo, entrambe ce lo portiamo dentro. Essere capaci di porre le esperienze del paziente in parole richiede una grande quantità di pensiero attivo e la capacità di mettere il tutto insieme.

RIFLESSIONI – LA RIVOLUZIONE SILENTE

Vorrei soffermarmi un momento, dato che abbiamo parlato di molti concetti, per sottolineare come sia avvenuto un cambiamento, o una rivoluzione silenziosa, nel modo in cui lavoriamo. Naturalmente ci sarebbe molto di più, ma non c'è tempo per parlare di tutto.

Vi sarete già resi conto che l'analisi non è un processo a senso unico – se mai lo è stato – ma un'intensa relazione in cui sono coinvolti sia l'analista che il paziente, una relazione da cui

l'analista deve riemergere per recuperare il suo pensiero e "consultare il suo sé analitico" per dirlo con le parole di Britton.

Per come la vedo io – come parte del nostro atteggiamento analitico – oggi interpretiamo di meno ed esploriamo di più, con questo intendo dire che incoraggiamo il paziente ad aprirsi al materiale che emerge diventando così il lavoro analitico un mutuo processo di scoperta. Naturalmente non dovremmo idealizzare questo aspetto, dato che i pazienti hanno potenti difese contro questa scoperta, come anche gli analisti, anche se si spera che ne siano più consapevoli.

La mia sensazione è che, nell'equilibrio tra contenimento ed interpretazione, il contenimento ha preso un leggero vantaggio, in un modo che mi preoccupa, poiché considero l'interpretazione delle fantasie inconscie assolutamente fondamentale, quando ce n'è bisogno come, ad esempio, nel caso di tutte le fantasie edipiche.

Lavoriamo costantemente con il nostro controtransfert e usiamo la nostra esperienza e i nostri affetti come una parte essenziale del nostro lavoro per raggiungere la comprensione dei nostri pazienti. Questo è il motivo profondo per il quale abbiamo bisogno di un'analisi personale nella nostra formazione, per conoscere abbastanza noi stessi, per essere in grado di distinguere nel nostro controtransfert quello che proviene dal paziente da quello che proviene dalla nostra personalità, e per non proiettare i nostri affetti indesiderati e non metabolizzati sul paziente. Poiché il rischio che questo accada è sempre presente, abbiamo bisogno di confrontare e discutere regolarmente il nostro lavoro con i nostri colleghi e di tenere le orecchie aperte alla risposta che il paziente dà a quello che diciamo.

Poiché l'analista è ora coinvolto emotivamente nella relazione, la sua personalità, il suo carattere, i suoi difetti, diventano veramente importanti. Quando siamo aperti, come rispondiamo alle proiezioni, cosa evoca in noi il materiale clinico, ha molto a che fare con il tipo di persona che siamo. I pazienti naturalmente ci percepiscono molto accuratamente dal modo in cui lavoriamo. Ma – di nuovo - questo è un punto delicato – perché ci vedono anche come oggetti transferali. Il modo in cui accogliamo il transfert è un altro aspetto dell'atteggiamento analitico di cui non abbiamo però il tempo di parlare in questa sede.

CONCLUSIONI

Ho fornito una breve storia dell'atteggiamento analitico: come si è sviluppato nella mente di Freud dal suo lavoro clinico e come si è sviluppato mano a mano che arrivavamo a comprendere più in profondità il modo in cui funziona la mente umana. Vi ho mostrato come il principale cambiamento è avvenuto con la comprensione del controtransfert e dell'identificazione proiettiva e – di conseguenza – di come la mente e la personalità dell'analista siano divenute parte integrale del processo analitico.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Bion W. Notes on Memory and Desire (1981) in R. Langs Classics in psychoanalytic technique NY Jason Aronson

Bolognini S. (2006) The profession of Ferryman : Considerations on the Analyst's Internal Attitude in Consultation and in Referral, IJPA 87, 25-42

Brenman Pick I. (1985) Working Through in the Countertransference IJPA 66 157-166

Ferra A. (1999) The Bi-Personal Field, London Routledge

Ferro A. (2006) Mind Works: Technique and Creativity in Psychoanalysis, London Routledge

Freud S. (1958) Papers on Technique (1911-1915) S.E.XII

Laplanche J Pontalis J.B. (1973) The language of Psychoanalysis, London Karnac

Meltzer D.(2003) Supervision with D.Meltzer, London Karnac

Racker H.(1968) Transference and Countertransference, London Routledge

Shafer R. (1983) The Analytic Attitude, London Karnac Books

Spillius E. (2004) Comment on Owen Renik Intersubjectivity in Psychoanalysis, IJPA 85

Symington N. (1986) The Analytic Experience, London Free Association Books

Symington J and N.(1996) The Clinical Thinking of Wilfred Bion, London Routledge

Quinodoz J.M (2005) Reading Freud, London Routledge.