



DISPORSI ALLA DISPONIBILITA'

di Marcella Fazzi

La storia della Psicoanalisi, come ci ricorda la Prof. Hooke, è una vicenda di cambiamenti, di lente trasformazioni, talvolta di svelamenti e di scoperte. Potremmo affermare che ciò che è accaduto alla Teoria non è altro che la “rappresentazione al contrario” di ciò che accade all'interno delle nostre stanze nel corso della terapia con i pazienti. Se storicamente la Psicoanalisi si è svolta a partire dalla centralità dell'interpretazione verso una sempre maggiore attenzione allo sviluppo dei pensieri, il lavoro clinico è il prodotto di lenti cambiamenti che avvengono (talvolta in modo impercettibile) nel corso di iniziali e lunghi periodi di contenimento, e di successivi momenti di chiarificazione e comprensione affidati a rari interventi interpretativi.

In questo *disequilibrio* tra contenimento e interpretazione è esperienza nel trattamento dei pazienti gravi che il contenimento abbia un forte vantaggio sull'interpretazione delle fantasie inconscie, non solo in termini di quantità, ma anche, e soprattutto, rispetto alla possibilità di favorire la continua costruzione del setting, unico e vero contenitore dell'incontro con il paziente e la sua sofferenza.

Ma 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*” (Hooke, 2011). Nella funzione di contenitore il terapeuta è esposto alla violenza delle proiezioni del paziente, è costantemente sollecitato nell'intimità delle proprie esperienze ed emozioni, si sviluppano in lui pensieri e riflessioni su se stesso e sul proprio lavoro, che diventano oggetto di tutto quell'invisibile lavoro che la mente del terapeuta è chiamato a fare tra una seduta e l'altra: il “lavoro del controtransfert”.

“Ci siamo accorti della contro traslazione, che nasce nell'analista per effetto dell'influenza del paziente sui suoi sentimenti inconsci, e siamo inclini a sostenere l'analista debba riconoscere l'esistenza in se stesso di questa contro traslazione e superarla. [...] nessun analista va più avanti di quanto non glielo permettano i suoi complessi e le sue resistenze

interne” (Freud, 1910).

Nella sua prima formulazione del concetto di controtransfert (contro traslazione) Freud sottolinea dunque l’ineluttabilità per il terapeuta di occuparsi di ciò che accade nel suo inconscio, sebbene ciò possa apparire come un materiale pericoloso e instabile: *“Ma quando si è mai interdetto al chimico l’uso di sostanze esplosive che gli son necessarie per l’opera sua, a cagione della loro pericolosità? ...la psicoanalisi... non tema di maneggiare i moti più pericolosi dell’anima e di dominarli nell’esclusivo interesse del malato”*.

Nei *“Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico”* (1912), Freud raccomandava al curante di *“rivolgere il proprio inconscio verso l’inconscio del paziente come un organo ricevente è rivolto verso quello trasmittente”*. In tal modo le emozioni, i pensieri inconsci e gli acting che il mondo interno del paziente suscitano nel terapeuta non possono essere trascurati, né tanto meno accantonati poiché, specie nel momento in cui il processo terapeutico rischia di entrare in una situazione di stallo, un accurato lavoro di elaborazione di questi elementi può produrre una ripresa della cura.

I pazienti gravi sono in grado di attivare nel terapeuta emozioni intense, spesso insostenibili anche perché spaventose, rappresentando *“un fardello emozionale pesante per coloro che li assistono”* (Winnicott, 1949). Ciò rischia di rendere estremamente difficoltoso per il terapeuta assolvere al compito di creare un ambiente che abiliti il pensiero, che renda possibile l’espressione delle emozioni, l’affioramento dei contenuti inconsci e, successivamente, la loro elaborazione. Anche quando tutto questo sembra essere ben avviato e l’alleanza sembra essere abbastanza solida per contenere la coppia al lavoro, è sempre alto rischio che il terapeuta reagisca agli aspetti controtransferali con rigidi meccanismi difensivi. La rabbia, la violenza, il maltrattamento, aspetti emotivi importanti per molti nostri pazienti, restano nel corso della terapia fortemente proiettati, a volte per lunghissimi periodi e possono suscitare nel terapeuta anche odio, rifiuto, ricerca di rassicurazione, desiderio di vendetta. Maneggiare sentimenti tanto lontani dall’ideale del proprio mandato professionale è difficile, spesso è fonte di sofferenza e può addirittura condurre il curante a una messa in discussione della propria scelta professionale. Se, come dice Winnicott (1949), *“il paziente può apprezzare nell’analista solo ciò che egli stesso è capace di sentire”*, bisognerà necessariamente trovare una via che consenta al terapeuta di rendersi pienamente cosciente di questi sentimenti rozzi e brutali, sebbene questo poi, per lungo tempo, non possa essere utilizzato.

A volte, nel corso della terapia, ci possiamo trovare a confronto con la fatica di sopportare la terapia stessa e, a quel punto, ad essere insostenibile non è più una specifica emozione oppure un contenuto o una modalità relazionale, ma è la perdita di senso del lavorare insieme. Attraverso questi vissuti possiamo talvolta avvicinarci a comprendere l'esperienza del paziente di trovarsi a vivere una vita sentita "senza senso", una vita che espone l'individuo al volere e al potere dell'altro o a una vita che ancora non è diventata tale; possiamo ipotizzare che la sensazione di non poterne più, di non avere più le forze di mantenere in vita la terapia, sia talvolta l'incarnazione dei pensieri suicidari del paziente, del suo desiderio di sottrarsi a un'esistenza insopportabile.

La frustrazione di restare per lungo tempo in una situazione impossibile, la paura di controversie legali, la difficoltà di avere a che fare con la disperazione dei pazienti, rendono il mestiere di curante non solo, come dice Scarfone, un "privilegio" (Scarfone, comunicazione personale 2010), ma anche un lavoro pieno di insidie e di rischi, per il quale ci vuole il coraggio di uscire dall'isolamento. Abbattere la barriera della tutela del setting privato-intimo a tutti i costi, sfidare la legge psicoanalitica per cui "*è la mente analizzata dell'analista*" (Gaddini, 1983-1985 in AAVV, 2009) che rende abilitato alla professione un individuo, non significa violare il diritto alla privacy dei pazienti né negare la necessità di una propria analisi e formazione che abiliti al lavoro di terapeuti, ma significa tentare di trovare un terreno in cui muoversi con sicurezza, in cui lasciare crescere e maturare i nostri pensieri, condividere e comprendere le frustrazioni e le paure e imparare a padroneggiarle. Shapiro afferma non solo che "*Tentare di fronteggiare da soli le pressioni che ci derivano dai pazienti non è realistico*" (Shapiro, 1995), ma chiarisce anche che il bisogno di condivisione con i colleghi non può essere colmato da "*supervisor che sanno tutto e che ti dicono cosa devi fare*"; il compito dei colleghi e dei supervisor, invece, potrebbe essere quello di sostenere gli sforzi e di incoraggiare il terapeuta a mantenere il rapporto con il paziente; di offrire un luogo dove esporre le loro esperienze emotive nella relazione col paziente e, più generalmente, che si occupino del controtransfert (Brito, 1999).

Nesci, quando sollecita a considerare che è già un atto terapeutico non rifiutare pazienti così sofferenti e afferma che probabilmente non è necessario fare altro (Nesci, comunicazione personale 2008), in realtà sottolinea quanto è necessario interrogarsi sulla propria reale disponibilità ad accogliere la malattia mentale. Come anche la Hooke afferma, l'opportunità di creare attorno ai terapeuti un gruppo di contenimento e di supervisione è fondamentale;

noi possiamo anche pensare a questo come a un tentativo di trovare un modo per ampliare la nostra “disposizione alla disponibilità” per i pazienti e di poter continuare ad esserci nonostante gli attacchi .

Ma come si impara ad essere disponibili? Come si diventa psicoterapeuti?

Come ricorda Resnik formazione significa dare forma, cioè “*creare le condizioni e lo spazio adeguato perché un certo tipo di apprendimento possa svilupparsi dinamicamente come movimento stimolante che permetta la crescita*” (Resnik, 1986) e quindi “formazione” non può voler dire “insegnare” o “inducere”; formare (dare forma, lasciar crescere) è E-ducere, tirar fuori, lasciare che l’altro possa venire alla luce, che possa emergere nella sua identità.

Allora nella supervisione, che ha lo scopo principale di ampliare la comprensione del paziente da parte del terapeuta, “*non si tratta tanto di insegnare qualcosa a qualcuno, quanto invece di riaprire e riscoprire le possibilità creative della mente e dunque, trovare un modo di fronteggiare le situazioni emotive*” (Tagliacozzo, 1989) perché da questo discende la capacità di osservazione dello psicoterapeuta. La possibilità di diventare terapeuti della psiche è strettamente legata alla consapevolezza che la propria mente sia profondamente influenzata dalle emozioni e dalle comunicazioni del paziente, e dalla disponibilità a vivere situazioni fortemente emotive senza rifiutarle, al fine di renderle pensabili a se stesso e, di conseguenza, al paziente (Bion, 1961).

L’esperienza dei gruppi di formazione/supervisione nel corso della formazione alla psicoterapia possono essere pensati come lo sforzo di creare quel “*«luogo» -in cui - l’essere in formazione trovi accoglienza, aiuto a trasformarsi*” (Gentile, 2006), in cui lo sguardo è rivolto verso l’interno, piuttosto che l’esterno. Ciò permette all’allievo in formazione di contattare “*le sue emozioni più profonde, i blocchi e le ostruzioni che hanno contribuito a far di noi ciò che oggi siamo*” (Gentile, 2006).

Dunque, all’interno del processo formativo il gruppo dei colleghi può giocare un ruolo positivo, permettendo all’individuo di entrare in contatto con parti molto primitive della sua mente (Corraro, 1983, 1985). L’esperienza di un gruppo al lavoro sulla clinica rende dunque possibile la comprensione di quelle proprie dimensioni mentali prototipiche di cui ciascuno è portatore e che, altrimenti rimarrebbero inaccessibili alla coscienza. La dimensione grupale, infatti, permette di tentare di rendere pensabile quanto si propone a noi come impensabile, permette di familiarizzare con quegli aspetti scissi del paziente che vengono deportati nel terapeuta e di “*bonificarli attraverso la condivisione e l’uso tra pari della*

comune attività onirica della veglia” (Poliseno, 2009). Così nasce una “*un’equipe sognante, alimento e aiuto al terapeuta in difficoltà con il suo paziente*” (Poliseno, 2010).

Ciò offre al terapeuta la possibilità di ritornare ogni volta all’incontro con il paziente con una nuova disponibilità a riprendere un lavoro che, similmente a quanto attivato nel gruppo di lavoro clinico, non sia un processo a chiudere il discorso in una forma definitiva, ma a riaprirlo e a sostenerlo nelle sue molteplici forme.

BIBLIOGRAFIA

Bion W. R., (1961) *Esperienze nei gruppi*, Armando Editore, Roma, 1971;

Brito C. L. S., (1999), A transmissão do conhecimento psicanalítico através da supervisão. Tesi per il master in Psicologia Sociale e della Personalità, in Zaslavsky, Nunes, ... *Approccio al controtransfert nella supervisione psicoanalitica*;

Corrao F., 1983, *Il gruppo esperienziale: fondamenti epistemologici*, in *Il piccolo gruppo: verso una fondazione epistemologica*, Di Maria F. Lo Verso G. (a cura di) Bulzoni;

Corrao F., 1985, *Funzione analitica del piccolo gruppo*, in *Funziona analitica e formazione alla psicoterapia di gruppo*, Croce E., B. (a cura di), Borla, Roma;

Freud S., 1912, *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, in *Opere*, Boringhieri, Torino;

Freud S., 1910, *Prospettive future della terapia psicoanalitica*, in *Opere*, Boringhieri, Torino;

Gaddini E., 1983-1985 *Comunicazione personale*, in Nesci, Poliseno, Squillaciotti, Linardos in AAVV, a cura di De Luca, 2009, *Verso una psicologia fenomenologica ed esistenziale*, Edizioni ETS;

Gentile C. M., 2006, *Il gruppo e la formazione psicologica degli operatori*, in KOINOS, *Gruppo e funzione analitica*, Anno XXVII, n. 1;

Hooke M.T., 2012, *L’atteggiamento interno dell’analista al lavoro: dall’Attenzione Liberamente Fluttuante (FREUD) alla Reverie (BION)*, Doppio-Sogno, Rivista Internazionale di Psicoterapia e Istituzioni, n. 12, dicembre 2011.

Poliseno T. A., 2009, *Commento al lavoro di Dominique Scarfone “L’esame di realtà: una storia d’amore”*, Doppio-Sogno, Rivista Internazionale di Psicoterapia e Istituzioni, n.9, dicembre 2009;

Poliseno T. A., 2010, *L’equipe sognante*, [Doppio-Sogno](#), Rivista Internazionale di Psicoterapia e Istituzioni, n. 10, giugno 2010;

Resnik S., 1986, *Osservazioni sulla formazione*, *Quaderni di Psicoterapia di gruppo*, n. 4

Shapiro D., (1995), *Parlare con i pazienti – Tecnica e istinto nello scambio terapeutico*, Astrolabio, Roma, 1997;

Tagliacozzo R., 1989, *La supervisione*, in Trattato di psicoanalisi, a cura di A.A. V. V., Semi A. A., Vol. II, La Clinica, Raffaello Cortina Editore, Milano;

Winnicott D. W., (1949), *L'odio nel controtransfert*, In *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Feltrinelli, 1975.