

Inaugurazione Inizio training, Roma 2017-18.

Irene Ruggiero - Il percorso diagnostico: il terzo occhio.

Premessa.

Fare diagnosi, in senso generale, significa leggere gli indizi allo scopo di farne una valutazione e acquisire una conoscenza maggiore e migliore di un determinato fenomeno. La peculiarità del lavoro psicoanalitico è data dal fatto che, in esso, momento conoscitivo e intervento trasformativo coincidono e costituiscono due facce del medesimo processo.

Vignetta clinica tratta da una supervisione.

Questo breve stralcio clinico ci mostra come una delle funzioni del supervisore sia quella di facilitare nell'analista quel distanziamento necessario per pensare a quanto accade nel paziente, in se stesso e nella loro relazione. Nella corso della supervisione, il terzo occhio, reale ed esterno, dovrebbe essere progressivamente interiorizzato, fino a costituirsi come funzione interna autonoma, garante di un costante monitoraggio dell'assetto analitico, attuato grazie ad una funzione diagnostico-osservativa che accompagna il lavoro analitico fin dalle prime battute e prosegue lungo il corso del processo analitico, costituendone il momento conoscitivo, compagno inseparabile di quello trasformativo.

L'accresciuta attenzione alla relazione analitica (AAVV, 1981; Nissim-Robutti, 1992; Rossi e Ruggiero, 2016), conseguenza delle importanti trasformazioni avvenute negli ultimi decenni nella teoria e nella pratica psicoanalitica, ha avuto un'inevitabile ricaduta sulla concezione della diagnosi psicoanalitica, che, inizialmente centrata sul paziente e inerente soprattutto alla sua struttura di personalità, alla qualità del suo assetto pulsionale, alla estensione e alla rigidità/plasticità delle sue difese, alla intensità e natura della sua sintomatologia, alla forza del suo Io, si è andata via via trasformando in una *diagnosi centrata principalmente sulla relazione tra paziente e analista*: la presa in carico di un paziente per un'analisi, che poggiava classicamente sui cosiddetti criteri di analizzabilità, centrati soprattutto sulle caratteristiche del paziente, tende attualmente a focalizzarsi *soprattutto sulle caratteristiche della coppia analitica coinvolta nella situazione specifica*: potranno quei due lavorare insieme? Questa è tendenzialmente la modalità preconsocia con cui avvengono oggi gran parte degli invii oggi.

Gli indici ai quali prestare attenzione nel corso del processo analitico.

- L'ascolto del testo del paziente.

L'ascolto delle parole del paziente, la registrazione delle interruzioni, dei blocchi nella sua comunicazione, l'attenzione alle modalità in cui le sue associazioni si susseguono, l'ascolto del tono e della prosodia sono altrettanti elementi che - considerati più che come indici di fatti accaduti a monte, che li producano all'interno di un determinismo causale, come elementi prospettici, segnali di potenzialità in divenire - permettono all'analista di farsi un'idea del funzionamento della mente del paziente e delle sue capacità di simbolizzazione, e di valutare come esse si trasformino nel corso del tempo, prestando attenzione alle variazioni nella sua capacità di dare rappresentazione ai propri affetti. L'analista potrà osservare, per esempio, come evolve una specifica tematica nel corso di vari sogni successivi o come si accresce lo spessore simbolico dei racconti del paziente. Tra gli elementi che conferiscono specificità e spessore all'ascolto analitico, gioca un ruolo cruciale la presenza di una dimensione terza aperta all'insaturità dell'inconscio e alla pregnanza sovradeterminata della (potenziale) dimensione simbolica insita nel discorso del paziente, che conferisce alle sue parole (come anche alle azioni) una valenza non meramente concreta

ma aperta ad ulteriori possibili significazioni, come se fossero il testo di un sogno: un treno non è soltanto un treno, una persona non rappresenta soltanto se stessa, e così via. Mi riferisco qui ad un lavoro di costruzione che l'analista, *indipendentemente dalla decisione di interpretare o meno*, opera nella propria mente a partire dal discorso concreto del paziente, immaginando una possibile trama di affetti e significati, grazie alla sua reverie (Bion, 1962) e alla sua immaginazione elaborativa (Bonaminio, 2012).

- L'attenzione a gesti e azioni.

Come sappiamo, il "testo" del paziente non include soltanto le parole: il paziente comunica anche attraverso i gesti, le azioni e attraverso il flusso delle identificazioni proiettive, cioè attraverso quelli che costituiscono gli strumenti di comunicazione privilegiati durante le fasi precoci, preverbal, dello sviluppo e che continuano a rappresentare un importante mezzo di comunicazione anche quando sono presenti capacità di simbolizzazione più sviluppate, offrendo una via di passaggio a contenuti ancora informi per i quali il paziente cerca nella mente dell'analista un'accoglienza che possa fornire loro una aurorale rappresentazione (Ruggiero, 2011; 2016; Guerrini, 2016). L'analista dovrebbe quindi disporre di una ricettività ampia e profonda alla comunicazione inconscia, così da poter offrire al paziente un canale che affondi le sue radici nel dialogo primario madre-bambino, attraverso il quale comunicare da inconscio a inconscio, saltando l'io (Freud, 1913; 1915; 1921) e prescindendo dallo strumento verbale, quando esso non sia (sufficientemente) utilizzabile. Anche quando il linguaggio e le capacità simboliche sono sviluppati, non viene meno l'importanza della componente sensoriale della comunicazione, senza la quale le parole sarebbero vuote, prive di spessore affettivo e non si riduce mai del tutto la funzione fondamentale dei canali fusionali di comunicazione che - vie privilegiate dell'intersichico (Bolognini, 2008) - consentono all'analista di diventare almeno per un po' l'altro (Ferenczi, 1932; Borgogno, 2015), *sentendo dall'interno quanto accade nel paziente attraverso la percezione e l'ascolto di quanto accade in se stesso*.

- L'attenzione al controtransfert.

Quello di controtransfert è un concetto controverso che denota un'ampia gamma di fenomeni non sovrapponibili, uno di quei tanti concetti psicoanalitici che dovrebbe essere definito prima di utilizzarlo. Spazia da una concezione ristretta - sostanzialmente in linea con quella freudiana - secondo la quale è inteso come evento delimitato e circoscritto, come manifestazione di un'inconscia resistenza dell'analista, espressione dei suoi bisogni e dei suoi conflitti inconsci (Semi, 1998) ad una concezione allargata a tutti gli affetti consci e inconsci che l'analista prova nei confronti del paziente. Nella prima ottica, che ne enfatizza la natura di ostacolo alla comprensione dell'analista, esso costituisce un'emergenza transitoria tanto indesiderata quanto inevitabile; nella seconda, che sottolinea il ruolo positivo degli affetti dell'analista nella comprensione del paziente (Heimann, 1950) e gli elementi di inevitabile interazione insiti nella dinamica transfert-contro-transfert, è concepito come una trama ubiquitaria del processo analitico ed è considerato una importante via di accesso ad elementi non ancora rappresentabili operanti nella relazione analitica (Di Benedetto, 1991; 1998; Vallino Macciò, 1992).

Nonostante sia innegabile che in molti casi il contro-transfert costituisca un irrinunciabile punto di partenza per un processo figurativo e elaborativo e rappresenti una preziosa via di accesso al non ancora rappresentato del paziente, non per questo cessa di essere un ostacolo. L'analista dovrebbe pertanto riservare una grande attenzione ai propri vissuti controtransferali, che, solo se adeguatamente elaborati, possono diventare una risorsa preziosa per la comprensione del paziente; l'osservazione e l'ascolto di se stesso costituisce la precondizione per una comprensione del paziente che tenga conto della inter-influenza e della inter-induzione che si crea nella coppia analitica (Cahn, 1998); una comprensione che non costituisca un mero esercizio intellettuale e cognitivo, ma che sia fondata sul sentire condiviso e sulla sensorialità e rappresenti pertanto una esperienza intima e autentica. Per accedervi, l'analista deve essere sufficientemente ricettivo da farsi improntare, accogliendo e prestando attenzione anche ai propri stati psicofisici che non sono ancora diventati emozioni e pensieri definiti e definibili. In questa prospettiva, è

stata sottolineata, in tempi relativamente recenti, l'importanza del valore conoscitivo attribuito alle esperienze sensoriali, una sorta di controtransfert sensoriale (De Marchi. A, Pozzi F., Zanocco G., 2006; Bonfiglio B.- De Toffoli C., 2014). Non è facile riconoscere e tollerare il proprio controtransfert (Carpy, 1989; Manfredi Turillazzi, 1994), soprattutto se i sentimenti in gioco sono dolorosamente in contrasto con l'Io Ideale analitico, ma l'analista deve imparare a convivere con la consapevolezza che le emozioni sono tanto imprevedibili quanto indecidibili e che si può soltanto cercare di riconoscerle e dare loro un senso che le renda utilizzabili nell'ascolto del paziente.

- L'attenzione alla qualità della relazione.

Tra gli indizi a cui l'analista dovrebbe prestare attenzione assumono una speciale rilevanza gli indici rivelatori della qualità della relazione, della sua temperatura, della sua evoluzione. Per ogni coppia analista-paziente esiste nella stanza d'analisi un'atmosfera specifica, costituita di contenuti sensoriali non mentalizzati, indicibili, a cui contribuiscono, perlopiù senza saperlo, analista e paziente, un'atmosfera che l'analista dovrebbe non solo sentire e condividere, ma anche potersi rappresentare. Il testo del paziente, il materiale onirico, le associazioni saranno ascoltate anche come indicatori dello stato della relazione tra analista e paziente e delle sue evoluzioni.

I pazienti che presentano importanti disturbi di simbolizzazione e che comunicano le loro esperienze traumatiche primitive non solo attraverso quello che dicono ma anche (talvolta soprattutto) attraverso quello che fanno sentire e che fanno (l'identificazione proiettiva e l'agito nelle sue molteplici forme), che stentano a dare un senso alla propria esperienza emotiva - che essi tendono a vivere proiettivamente nell'interlocutore - manifestano le loro angosce e bisogni prevalentemente sul confine della relazione, nel luogo di scambio tra analista e paziente. Essi coinvolgono pertanto l'analista al di qua della parola, inducendo in lui sensazioni corporee, reazioni psicosomatiche, sogni di controtransfert, talvolta percezioni allucinatorie, enactment o/e agiti e cimentandone il funzionamento mentale, con conseguenti ricadute sul controtransfert e sul transfert del paziente; in un'ottica che concepisce l'analista come co- costruttore di quanto si crea nello spazio analitico (Ogden, 1994; Ferro, 2002, 2007), il transfert viene concepito come un processo che non parte soltanto dal paziente, come ripetizione di sue esperienze pregresse proiettate sull'analista, ma che può presentare anche una componente attuale reattiva agli affetti dell'analista.

Immergersi/emergere nella (dalla) relazione.

Il processo diagnostico-osservativo lungo il corso del trattamento analitico richiede dunque che l'analista presti attenzione a molteplici indici, con un monitoraggio disciplinato, costante e attento, del transfert del paziente, dell'andamento della relazione analitica e del proprio assetto interno.

Come si concilia questo tipo di attenzione con il fatto che l'analista si trova inevitabilmente immerso, che lo voglia o no, che lo sappia o no, in una relazione alla quale partecipa affettivamente? L'analista si trova in una posizione apparentemente paradossale: da una parte, è inevitabilmente coinvolto nella relazione con il paziente, dall'altra occorre che se ne distanzi, almeno a tratti, per potere riflettere su quanto accade tra lui e il paziente (oltre che in lui e nel paziente): deve muoversi tra l'avvicinamento e il distanziamento, l'incontro e la separatezza, la coincidenza e la differenziazione. Per comprendere il paziente dall'interno, l'analista deve immedesimarsi in lui, diventando temporaneamente il paziente; deve poi distanziarsi da questa situazione di coincidenza per recuperare una alterità e una separatezza che gli permettano di riflettere su quanto ha condiviso e sperimentato, di rappresentarlo e darvi un senso. Senza che si formino aree di coincidenza, non è possibile una comprensione autentica e profonda; senza momenti di separatezza non c'è reale comprensione ma sovrapposizione confusiva. In questa oscillazione tra aree di coincidenza e aree di differenziazione, tra momenti di fusione e momenti di separatezza e di riflessione si situa uno degli

elementi cardini di quella comprensione raffinata e complessa che Bolognini (2002) ha definito empatia psicoanalitica.

Questo alternarsi di fusionalità e separatezza presenta una significativa analogia con la relazione primaria in cui la madre è, fin dall'inizio, fin dalla fase della preoccupazione primaria *anche* un po' altro e un po' altrove ed è questo che rende la comunicazione madre/infante una comunicazione che mette a contatto ma che nel contempo differenzia anche, perché la madre non è tutta e completamente coincidente. Come sappiamo, è questo *altro* (la sessualità materna, la relazione con il padre, l'inconscio della madre...) a giocare un ruolo cruciale nell'avviare il desiderio e lo sviluppo psichico.

Da una parte dunque l'analista dovrà essere capace di attenzione fluttuante, di capacità associativa, di reverie, di ricettività profonda, di immersione nei flutti delle sensazioni e delle emozioni che l'incontro con il paziente (e con se stesso di fronte al paziente) suscita, dall'altra dovrà disporre di capacità negativa, di pazienza, di tolleranza delle necessarie pause tra la stimolazione sensoriale e affettiva e il tempo necessario per avviare una rappresentazione e, successivamente, un'eventuale interpretazione (Birksted Breen, 2005). [La capacità negativa riveste una importante funzione conoscitiva, in quanto permette all'analista di aspettare, astenendosi da interventi prematuri o eccessivamente saturanti, che spesso hanno la funzione di rassicurare soprattutto l'analista; è una capacità che si acquisisce con il tempo e con l'accrescersi della fiducia nello strumento analitico e nelle proprie capacità di utilizzarlo]. La fretta di capire, come quella di interpretare, o anche solo semplicemente di restituire qualcosa, costituiscono perlopiù il segno che il distanziamento necessario per una pausa di riflessione non si è protratto per un tempo sufficiente da consentire una adeguata metabolizzazione.

Vignetta clinica tratta da un'analisi

Ostacoli al processo diagnostico-conoscitivo

Gli ostacoli al processo diagnostico-conoscitivo sono legati, in generale, ad un uso difensivo di tutti gli strumenti finora individuati nella loro valenza positiva: esso, nel contatto con l'inconscio del paziente, può attivarsi nell'analista.

Come già detto, il controtransfert non può essere pensato come uno strumento tecnico di facile utilizzazione, in quanto contiene i resti non analizzati dell'analista (Russo, 1998; 2003). Un suo uso non automatico e superficiale presuppone una sorta di lavoro diagnostico-osservativo e interpretante che l'analista svolge nei confronti di se stesso: esso dovrebbe essere rivolto da una parte agli affetti che l'analista consapevolmente prova nei confronti del paziente, da mettere in relazione sia con il transfert del paziente che con un eventuale transfert dell'analista sul paziente; dall'altra, alle componenti inconscie del controtransfert, individuabili solo a partire dai suoi derivati, in *après coup*, per ridurre l'impatto difensivo delle macchie cieche (Freud, 1910, 1912; Guignard, 2015) che interferiscono con la comprensione che l'analista ha del paziente. In questa prospettiva, il lavoro autoanalitico rappresenta un compito imprescindibile per arginare il rischio che il flusso delle identificazioni proiettive si inverta (Ferro, 1987), determinando il passaggio dall'analista al paziente di elementi indifferenziati e/o tossici che possono avere a che fare con il funzionamento dell'analista, con la sua storia o anche con elementi transgenerazionali di cui non è consapevole. E' dunque cruciale che l'analista presti attenzione a qualunque indizio possa fornirgli elementi sulle proprie identificazioni inconscie (una sorta di controcanto all'ascolto dell'ascolto raccomandato da Faimberg (1996): sensazioni fisiche, immagini mentali, associazioni, emozioni controtransferali, reazioni incongrue, ecc., in una auto-osservazione autoanalitica in funzione del paziente (Bollas, 1987). Non sempre questo può avvenire all'interno dello spazio della seduta: talvolta capita che

l'invasione confusiva di materiale informe ecceda le capacità elaborative dell'analista, che ne viene emozionalmente (e talvolta somaticamente) invaso, perdendo la propria funzione diagnostico-osservativa e rischiando di fare "un naufragio senza spettatori", per dirlo con la bella metafora di Riolo (1998). In questi casi, l'elaborazione non può che avvenire successivamente, in una riflessione a posteriori con interlocutori affidabili, con un collega, con un gruppo di colleghi o in un dialogo interno.

L' "atteggiamento professionale".

Il materiale clinico presentato all'inizio mostra come l'analista di Giorgio abbia recuperato un assetto interno più adeguato attraverso un lavoro di analisi delle proprie emozioni controtransferali che ha favorito il ripristino di quello che Winnicott chiama atteggiamento professionale, che consiste "nel lavoro che egli fa con l'intelletto" (Winnicott, 1960, 208) e che gli costa "uno sforzo mentale lieve ma avvertibile", almeno con i pazienti nevrotici, in quanto, con quelli che oggi chiamiamo borderline, mantenere un atteggiamento professionale richiede all'analista uno sforzo sensibilmente maggiore. Proprio con questi pazienti, tuttavia, è particolarmente importante che l'analista rimanga vulnerabile, cioè profondamente, autenticamente ricettivo alle emozioni del paziente ed è cruciale che il paziente senta le emozioni dell'analista (Winnicott, 1947). Nel difficile compito di partecipare affettivamente alla esperienza del paziente, attuando nel contempo una scissione funzionale che garantisca un buon funzionamento di un io di lavoro con compiti diagnostico-osservativi, l'analista deve mantenere una disciplina interna che gli permetta di oscillare tra momenti di permeabilità emotiva e di ricettività interspichica e momenti di recupero di un atteggiamento professionale, partecipando con una soggettività modulata alla creazione e al mantenimento del processo analitico. Credo che l'analista dovrebbe essere autentico ma non spontaneo, mantenendo attiva e costante una funzione autointerpretante che introduca una terzietà e permetta una oscillazione tra relazione e riflessione, tra dimensione duale e dimensione triadica, conseguita attraverso un dialogo con interlocutori interni che consentano il mantenimento (o il recupero) di una dimensione edipica della mente (Di Chiara et A., 1985).

Questo doversi costantemente interrogare per ripristinare un assetto analitico minacciato internamente ed esternamente costituisce una delle fatiche maggiori del nostro lavoro, ma anche una delle maggiori fonti della sua bellezza. Credo che ogni analisi cambi un po' anche l'analista.

Bibliografia

- AAVV. (1981). La relazione analitica. Borla
- Albarella C.- Donadio M. (1998) (a cura di). *Il controtransfert*, Liguori. Napoli.
- Bion W. (1962). *Apprendere dall'esperienza*, Armando. Roma, 1973.
- Birksted Breen (2005). Il tempo e *l'après-coup*. In Ferro A. et Al. (a cura di). *L'annata Psicoanalitica Internazionale*. Roma. Borla, 2005.
- Bolognini S. (2002). L'empatia psicoanalitica. Boringhieri. Torino, 2001.
- Bolognini S. (2008). *Passaggi segreti*, Boringhieri. Torino, 2008.
- Bollas C. (1987). L'ombra dell'oggetto. Borla. Roma, 1989.
- Bonaminio V. (2012). Elaborazione immaginativa. Richard e Piggie, 2012,1,26-43.
- Bonfiglio B. – De Toffoli C. (2014): *Transiti corpo-mente. L'esperienza della psicoanalisi*. Angeli.Roma.
- Borgogno F. (2016). "Venire da lontano" e "diventare temporaneamente il paziente a propria insaputa": due assunti della mente psicoanalitica di Ferenczi al lavoro. In F. Borgogno (a cura di), *Rileggere Ferenczi oggi*, Contributi italiani,, Borla, Roma, 2015, 11-26.
- Cahn R. (1998), *L'adolescente nella psicoanalisi*, Roma, Borla, 2000.
- Carpy D.V. (1989) Tollerare il contro-transfert: un processo mutativo. *Gli Argonauti*, 46, 173-186.
- De Marchi A., Pozzi F.

De Toffoli

- Di Benedetto A. (1991). Contro-transfert: sentire, ricreare, capire. *Riv. Psicoanal.* 37, 94-131.
- Di Benedetto A. (1998). Sperimentare un pensiero che verrà. *Riv. Psicoanal.* 44, 5-22.
- Di Chiara G. – Bogani A. – Bravi G. – Robutti A. – Viola M. – Zanette M. (1985). Preconcezione edipica e funzione psicoanalitica della mente. 1985,3, 327-341.
- Faimberg H. (1996). Listening to listening. *Int. J. Psycho-Anal.* 77, 667-677.
- Ferenczi S. (1932), *Diario clinico*, Cortina, Milano, 1988.
- Ferro A. (1987). Il mondo alla rovescia. L'inversione del flusso delle identificazioni proiettive. In *Riv. Psicoanal.* 33, 59-77.
- Ferro A. (2002). *Fattori di malattia fattori di guarigione*. Cortina. Milano, 2002.
- Ferro A. (2007). *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Freud S. (1910). Le prospettive future della terapia psicoanalitica. O.S.F.,6
- Freud S. (1912). Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico. O.S.F., 6
- Freud S. (1913). La disposizione alla nevrosi ossessiva. O.S.F.7.
- Freud S. (1914). Ricordare ripetere rielaborare. O.S.F. 7.
- Freud S. (1915). L'Inconscio. O.S.F.8.
- Freud S. (1921). Sogno e telepatia. O.S.F.
- Heimann P. (1950). On Countertransference. *Int. J. Psychoanal.* 31, 81-84. [Sul contro-transfert. In Albarella C. e Donadio M. (a cura di). *Il contro-transfert*. Liguori. Napoli, 1998, 73-79.
- Guerrini degli Innocenti (2016). Dall'azione alla rappresentazione. Potenzialità figurativa della coppia analitica. In Rossi N. - Ruggiero I. (2016). (a cura di) *La relazione psicoanalitica*. Angeli. Roma.
- Guignard F. (2015). *Quelle psychanalyse pour le XXIe siècle?*. Tome1. Ed Itaque.
- Nissim Momigliano L., Robutti A., (1992), *L'esperienza condivisa*, Cortina, Milano.
- Riolo F. (1998). Naufragio senza spettatori. *Riv. Picoanal.* 44, 283-294.
- Rossi N. - Ruggiero I. (2016). (a cura di) *La relazione psicoanalitica*. Angeli. Roma.
- Ruggiero I. (2011), Comunicazione inconscia e lavoro di controtransfert. Riflessioni sulla consultazione con un adolescente, *Riv. Psicoanal.*, 2011, LVII,1.
- Ruggiero I. (2016). Quale posto per l'azione nella relazione analitica? Rossi N. - Ruggiero I. (2016). (a cura di) *La relazione psicoanalitica*. Angeli. Roma.
- Russo L. (1998). Sul contro-transfert. *Riv. Picoanal.* 44, 283-294.
- Russo L. (2003). Autoanalisi e contro-transfert. *Riv. Picoanal.* 49, 811-822.
- Semi A. (1998). Il contro-transfert nell'ottica freudiana. *Riv. Picoanal.* 44, 319-328.
- Turillazzi Manfredi S. (1994), *Le certezze perdute della psicoanalisi clinica*, Cortina. Milano.
- Vallino Macciò D. (1987). Il campo psicoanalitico e il giardino segreto: una metafora dello sviluppo del pensiero vivente. In Gaburri E. (a cura di). *Emozione e interpretazione*. Boringhieri. Torino, 1997.
- Winnicott D. (1947), " L'odio nel contro-transfert". In Albarella C., Donadio M. (a cura di). *Op. Cit.*, 119-130.
- Winnicott D. (1960), " Il contro-transfert", in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1977.
- Zanocco G., De Marchi A., Pozzi F (2006). Sensory empathy and enactment. *Int J. Psychoanal.*, 87,146-158.