

Bolognini S. (2005). Proposta per una rassegna alternativa dei fattori terapeutici .In margine a "Ripensare l'azione terapeutica" di G.O. Gabbard e D.Westen. Gli Argonauti, 104, 51-68.

L'articolo di Gabbard e Westen scelto dagli "Argonauti" per un confronto sugli sviluppi della prospettiva terapeutica nella psicoanalisi contemporanea si presta bene allo scopo, dato il carattere ampio, bilanciato, e per certi versi intenzionalmente "ecumenico" della rassegna proposta dagli autori. Ne ho apprezzato la chiarezza espositiva e l'accuratezza della ricognizione.

Va detto però, preliminarmente, che si tratta di un articolo pregevole, ma "regional", assolutamente nord-americano, come si può notare dai riferimenti bibliografici, che sono quasi tutti relativi ad autori dell'area, anche se l'articolo inizia con un deciso riconoscimento del pluralismo attuale. Probabilmente autori di altra costellazione teorico-culturale (francesi, inglesi, italiani, sud-americani) avrebbero proposto panorami e percorsi ricognitivi diversi, prendendo in esame altri sviluppi della psicoanalisi contemporanea.

E' certo, però, che Gabbard e Westen tracciano un quadro necessariamente parziale, ma anche ricco, stimolante, e piuttosto "laico" dal punto di vista delle appartenenze scolastiche, che invita alla riflessione e al commento in un clima piacevole di libertà: non ci sono insofferenze o preclusioni implicite (come il far intendere tra le righe che "solo questo è psicoanalisi") o esplicite (l'anatema "questo non è psicoanalisi !") troppo restrittive e assolutistiche; e in questo senso la scelta del loro testo come punto di partenza è senz'altro facilitante per un pensare ulteriore.

Pluralismo teorico, complessità dei fattori terapeutici, articolazione delle strategie operative e delle tecniche di trattamento, riconoscimento della diversità dei bisogni dei diversi pazienti e di uno stesso paziente in momenti e circostanze diverse, importanza della persona dell'analista e delle sue capacità di rapportarsi con gli oggetti interni del paziente (ora differenziandosene, ora sapendo coincidere con essi), rispetto per l'inter-gioco intrapsichico-interpsichico, negoziazione del clima terapeutico, attenzione al sovra-investimento difensivo di realtà interna o realtà esterna, nozione orientativa delle possibili connessioni e conferme interdisciplinari con le neuroscienze, le teorie dello sviluppo, l'etologia, le tecniche psicoterapiche non psicoanalitiche da cui pure possiamo imparare qualcosa...: tutti questi aspetti mi sembrano contemplati nel contributo dei due colleghi, che hanno compiuto uno sforzo enciclopedico per fornire un quadro riassuntivo dello stato dell'arte, dal loro vertice nord-americano.

Non potendo passare in rassegna tutti i concetti esposti, mi limiterò a tentare un contributo integrativo, che in modo assai meno ampio e sistematico riporti in campo fattori terapeutici forse da loro un po' sottovalutati, o sintetizzati in formule generali.

Dire che la mia scelta sarà del tutto personale, è dire poco.

D'altra parte, ogni botte dà il vino che ha, ed ogni collega canterebbe una canzone diversa da quella degli altri, perché diversi sono la sua storia e i suoi percorsi, perché è diverso lui.

E nemmeno potrò approfondire adeguatamente gli argomenti citati, perché bisognerebbe scrivere un libro, o focalizzare la propria attenzione su uno solo di essi, come ha fatto Meissner con il tema del lettino.

La mia sarà dunque l'espressione di un'opinione personale ad ampio spettro.

COSA AGGIUNGEREI?

Del tutto arbitrariamente, io sento opportuno e realistico segnalare come particolarmente importanti i seguenti passaggi terapeutici nel trattamento analitico:

- 1) Instaurare il setting.
- 2) Consentire l'esperienza della regressione.
- 3) Costruire una certa alleanza terapeutica e condividere il riconoscimento della realtà psichica.
- 4) Conoscere progressivamente il paziente e imparare a sintonizzarsi con lui.
- 5) Imparare a lavorare insieme.
- 6) Favorire la coesione del Sé se è carente.
- 7) Creare spazio interno se non c'è.
- 8) Acquisire familiarità con il preconscious e con l'area transizionale.
- 9) Fare esperienza dell'esistenza dell'inconscio.

- 10) Riconoscere e bonificare le relazioni con gli oggetti: integrare le scissioni, tollerare le ambivalenze e la separatezza.
- 11) Far percepire come possibile una prospettiva evolutiva personale.
- 12) Accettare progressivamente separazione e perdita, diventando e rimanendo se stessi.

Voglio segnalare come alcuni di questi "passaggi" siano di per sé anche "provvedimenti", "azioni", "strumenti" e "fattori" terapeutici: nel senso che, corrispettivamente: a) descrivono fasi del trattamento, b) riguardano una cura progettuale metodica, c) richiedono una serie di interventi concreti favorevoli da parte dell'analista, d) costituiscono un dispositivo tecnico, e) funzionano come forze trasformative.

E' il caso del **setting**: è una situazione in cui il paziente finisce per trovarsi inserito (*passaggio*), ma è anche un contesto operativo che riteniamo utile e opportuno (*provvedimento*), che decidiamo di notificare e di applicare concretamente con una comunicazione deliberata (*azione*), che usiamo con cognizione tecnica (*strumento*), e che opera già di per sé in vari modi (ad esempio come originale fattore contenitivo e regolativo, ancor prima che come standard capace di evidenziare le emergenze intemperanti dell'inconscio).

Del resto, "la funzione materna del setting, silenzioso supporto di base al lavoro associativo/ interpretativo e ancor più silenzioso ricettacolo delle psicosi e dei bastioni della coppia analitica, da 50 anni è ben nota a tutti noi" (Berti Ceroni, 2004).

Dobbiamo a Winnicott (1954) la descrizione dettagliata (egli riporta 12 elementi fondamentali) del setting come *funzione ambientale facilitante*.

Non mi addenterò, naturalmente, in un *réportage* sulla letteratura successiva in materia, ricca di contributi anche assai elaborati, come quello davvero accurato di Meissner (2004), appunto dedicato all'uso del lettino.

Ciò che voglio qui ricordare è che il setting è anche un fattore terapeutico strutturante, portatore di sviluppi e spesso di benefici fin dall'inizio del trattamento, capace di indurre trasformazioni strutturali a lungo termine soprattutto per quei pazienti che non hanno conosciuto un'esperienza primaria regolativa, e viceversa fonte di crisi quando viene significativamente alterato in regime di perdurante regressione.

Intrinsecamente correlata al setting e favorita da esso, la **regressione**, a sua volta, non si configura solo come un fenomeno che fa parte di un processo, ma risulta essere anche, nella sua versione benigna e funzionale, *un fattore terapeutico in sé*: come ci hanno mostrato molti autori (Balint, 1959; Winnicott, op. cit.; Kohut, 1976, 1984; Searles, 1979), il fatto stesso di prendere contatto con propri stati primitivi o infantili rimossi nell'inconscio o staccati dal Sé con dissociazioni precoci, disponendo però dell'assistenza analitica e del supporto elaborativo di un Io attuale più attrezzato, conduce già ad una trasformazione e ad un allargamento del senso di Sé.

L'enorme potenziale terapeutico della regressione è evidente soprattutto in quei casi in cui le difese dissociative che hanno tenuto a lungo staccato l'Io centrale dal Sé vengono travolte dalla marea montante del vissuto che chiede di essere ri-sperimentato dal soggetto come proprio: un Io attonito e a volte sgomento deve riconoscere di "avere in sospeso" un'esperienza del Sé (ad es.: un lutto, una potenzialità vitale eliminata come colpevole, un antico furore di gelosia, ecc.) che risulta paradossalmente a-sintomatica quando non rimossa (Bolognini, 2003), e che solo il regime di regressione consente di ricontattare efficacemente.

Tecnicamente parlando, non è affatto scontato che l'analista riesca a favorire e a consentire la regressione del paziente, dato che a volte gli analisti (specialmente i più giovani) sono spaventati dalla piega apparentemente negativa, infantilizzante e preoccupante presa dai movimenti interni del paziente, e più o meno inconsapevolmente si oppongono alla regressione con qualche percepibile irrigidimento.

E non meno spaventato è il paziente: tanto che molto spesso potremmo aiutarlo segnalandogli che *sta riuscendo* a riprendere contatto con certi vissuti, passando per un sentiero che aveva evitato fino ad allora ma che chiedeva di essere ripercorso, magari con l'aiuto di qualcuno capace di condividere l'esperienza e la ricerca del suo senso personale profondo.

Entra allora in scena la costruzione di un' **alleanza terapeutica**.

Che è, sì, un passaggio del processo analitico, un provvedimento intenzionale attuato dall'analista con una serie di interventi mirati che sono utilizzati anche come strumenti; ma è anch'essa un fattore terapeutico assolutamente efficace a vari livelli: si potrebbe dire che non è solo "un'alleanza per effettuare una terapia", ma che è "un'alleanza che è terapeutica".

Sgombrato opportunamente il campo dalle "pseudo-alleanze" nevrotiche e psicotiche ben descritte da Greenson e Wexler (1969) e da Rabih (1981), con tutto il loro campionario di falsa collaborazione, ipocrisia, compiacenza e ragionevolezza posticcia, la costruzione progressiva dell'alleanza di lavoro consente il recupero di valenze perdute o insature del modello di suzione-interazione del lattante con il seno (Etchegoyen, 1986), del desiderio cooperativo del bambino con l'adulto (Sandler, 1980), fino alla esplorazione di livelli avanzati di cooperazione analitica che possono rendere naturale l'esperienza di un dialogo tra parti adulte della coppia analitica (Meltzer, 1967), di un confronto intersoggettivo ed interpersonale franco e persino duro, purché fondato sulla fiducia in un lavoro comune (Renik, 1998), di una collaborazione genitale evoluta tra due persone (Lopez, 2004).

Molti autori concordano sul fatto che l'alleanza di lavoro sia più il frutto di un assetto di fondo che non di un programma conscio intenzionale, e che i livelli cooperativi inconsci (Segal, 1994) attivati dall'analisi siano al tempo stesso effetto e causa del progresso terapeutico.

L'esperienza simmetrica di una collaborazione contenuta nella a-simmetria della relazione analitica permette inoltre di dosare in modo naturale e progressivo i gradienti di convivenza con oggetti-Sé o con l'area del "non-Sé" (Kohut, 1971), secondo le tolleranze individuali che variano sensibilmente da paziente a paziente.

Tutti gli autori concordano poi sul fatto che la terapeuticità dell'esperienza cooperativa in analisi dipende fortemente dalla capacità del paziente di introiettare in modo autentico e profondo tale esperienza, acquisendola strutturalmente come propria in modo da poterla riprodurre anche in situazioni extra-analitiche.

Gabbard e Westen dedicano alcuni paragrafi (pagg. 129-130) al processo di interiorizzazione di funzioni e di modalità dell'analista che possono diventare col tempo, nel paziente, memorie procedurali degli aiuti terapeutici ricevuti. Credo che questo sia vero in linea di massima, ma aggiungerei che gli specifici livelli di internalizzazione (Grinberg, 1967) dell'oggetto-analista e del suo modo di funzionare (incorporazione, che produce controllo e imitazione; interiorizzazione, che porta un oggetto nel mondo interno, ma non lo collega adeguatamente al Sé e non ne metabolizza le componenti utili; introiezione profonda, che consente invece questi ultimi passaggi trasformativi e costitutivi) sono cruciali, e la conoscenza di essi non è una fisima dottrinale, ma uno dei punti-chiave nel monitoraggio del lavoro in corso.

Ho dedicato alcuni contributi (Bolognini, 1997, 2001, 2002, 2004) al tema specifico della indecidibilità dell'empatia, per smentire una versione mielosa, buonistica e volontaristica di questo concetto che ha invece una sua dimensione psicoanalitica complessa, articolata e conflittuale.

In una prospettiva legata al vero lavoro analitico quotidiano, il compito di **conoscere progressivamente il paziente, imparare a sintonizzarsi con lui**, al di là di ogni pretesa empatistica intenzionale e del chiaro senso di ovvietà che potrebbe a prima vista suscitare, rientra a pieno titolo nella serie dei "*passaggi*"-"*provvedimenti*"-"*azioni*"-"*strumenti*" e "*fattori*" terapeutici che sto esaminando.

Questa progressiva conoscenza è frutto di una prolungata convivenza psichica, e richiede che l'analista sappia andare oltre l'universalità del processo analitico e della teoria per riconoscere la specificità personale del paziente.

Gabbard e Westen citano opportunamente la sintetica formulazione di Mitchell (1993): "Non c'è soluzione o tecnica universale, perché ogni soluzione, per sua propria natura, deve essere cercata su misura" (pag. 58): in un certo senso, no al letto di Procuste, sì alla personalizzazione basata sulla conoscenza specifica caso per caso.

E' un fatto della vita, che va ben oltre l'analisi: ogni genitore, ogni istruttore, ogni allenatore, persino ogni allevatore (spero che nessuno si scandalizzi; chi ama i cani capirà) deve oscillare alternatamente tra i concetti generali sugli sviluppi evolutivi e formativi da un lato, e il riconoscimento mirato, il *concern* ad personam, e i progressivi *ingranamenti* (Racamier, 1992) relazionali con la peculiarità dell'individuo, dall'altro lato.

E se le cose vanno sufficientemente bene, ciò finisce per realizzarsi con un certo piacere e con la dose fisiologica di investimento libidico e narcisistico che eutrofizza l'oggetto e la relazione con esso.

L'azione terapeutica della conoscenza progressiva del paziente da parte dell'analista si sviluppa infatti, a mio parere, perlomeno su due direttrici: a) producendo una crescente *appropriatezza nell'interazione analitica*. b) producendo *l'effetto eutrofico* sul paziente e sulla relazione.

Si potrà obiettare che questa è tendenzialmente una dimensione del tipo "*one person analysis*", e che sto forse trascurando il reciproco, vale a dire gli effetti di una progressiva conoscenza dell'analista da parte del paziente.

Ma su quest'ultimo aspetto non oppongo particolari resistenze: credo anch'io, come molti, che il paziente finisca per conoscere abbastanza spesso il suo analista qualunque cosa questi faccia o non faccia, dica o non dica, anche se sono restio a generalizzare troppo perché in qualche caso ho avuto anche sorprendenti prove del contrario.

Credo che la potenza dei bisogni profondi, delle proiezioni residue, a volte persino di una relativa inaccettabilità o inautenticità dell'oggetto reale condizionino -in certi casi in misura sconcertante- il grado di conoscenza dell'analista da parte del paziente; ma questo discorso, che ci porterebbe lontano, non va assolutizzato, e credo che la frase finale del romanzo di Ferdinando Camon "La malattia chiamata uomo" (:"Quest'uomo, io non lo conosco."), pensata dal protagonista che è andato a trovare il suo analista qualche tempo dopo la conclusione del trattamento, non sia in realtà rappresentativa del vissuto di molti pazienti o ex-pazienti. Informazioni biografiche escluse, ci si conosce reciprocamente abbastanza bene, di solito, in analisi: "l'analizzando "sa" molte cose di noi (ovvero tutto quello che esprimiamo nella relazione), ma fa uso solo delle cose che gli restituiscono qualcosa di se stesso" (Thanopoulos, 2003).

E questo -proprio se non vi sono esibizionismi caratterologici o perversi da parte dell'analista- fa parte secondo me di un processo naturale del tutto compatibile con una rispettosa riservatezza dell'analista, dedicata soprattutto al lasciare spazio alla specificità e ai bisogni del paziente (Bonaminio, 2003) più che non alla difesa narcisistica e auto-idealizzante di una mitologica imperscrutabilità dell'analista stesso.

Anche la self-disclosure, campo di battaglia di elezione per molti analisti di differente formazione e prospettiva teorica, è un evento che si ridimensiona parecchio se viene considerato con sufficiente serenità critica.

Per i casi della vita, mi è capitato di essere "discussant" di Owen Renik (1995; vedi Sechaud, 2000) per ben tre volte, in occasione di convegni in cui si affrontava questo tema, e devo dire che pur divergendo **in parte, all'inizio**, riguardo all'orientamento tecnico di base, dopo una lunga e articolata discussione si finiva per convergere su alcuni punti significativi.

Un primo punto riguardava l'attenzione al fatto che tale operazione fosse comunque attentamente e onestamente incentrata sui bisogni del paziente e non su quelli dell'analista: il che screma una consistente parte di opzioni troppo frequenti, probabile frutto di tendenze dell'analista stesso più che di opportunità terapeutiche.

Un secondo punto chiamava in causa la focalizzazione sulla rivelazione del vissuto controtrasferale: un'operazione certo non comune, ma nemmeno così esclusiva degli intersoggettivisti, se si pensa alle considerazioni di Winnicott in "L'odio nel controtransfert" (1947), o all'utilità di ri-immettere consapevolmente nel campo un elemento emotivo scisso che l'analista si trova a dover subire dentro di sé senza che se ne possa parlare (in situazioni del tipo "*Il re è nudo!*"), operata da molti autorevoli analisti di altra epoca e di altra scuola (penso ad esempio al Meltzer di "L'interpretazione di routine e l'interpretazione ispirata"(1977) quando comunica al paziente il proprio stupore e la propria perplessità per la sua apparentemente incongrua associazione con un proprio sogno dedicato ad un quadro di Velasquez; o al Winnicott di "Esplorazioni psicoanalitiche" (1969), che dice al paziente: "Vedo una ragazza!").

Solo che loro non la chiamavano "self-disclosure".

Il vero problema riguarda il quanto, il quando e il come si può fare uso di questo provvedimento tecnico, in relazione ai possibili effetti terapeutici o anti-terapeutici di esso; e questo, secondo me, ci riporta al punto di partenza della conoscenza progressiva del paziente, di come funzioniamo insieme, e di cosa è utile o dannoso in quella particolare analisi date le specificità in campo, tenendo anche conto -in modo integrativo ma non integralista- dei criteri teorici generali cui ci ispiriamo nel nostro lavoro.

Quando Renik, in un faccia a faccia intersoggettivo arduo da concepire per noi europei, si confronta anche duramente con il giovane Robert (1999) per smantellare **con felice efficacia** una difesa caratterologica che paralizza la sua vita e che tiene in scacco anche l'analista, non descrive nel suo *réportage* un aspetto della sua disposizione clinica che, nella discussione, ho potuto invece scoprire operante in lui; solo che lui lo dava per implicito, almeno durante il suo lavoro con Robert, mentre io, ritenendolo un aspetto cruciale e non scontato, penso vada dichiarato come condizione necessaria per potersi eventualmente procedere ad uno scambio interpersonale così incisivo.

Mi riferisco **all'attenzione alla coesione del Sé** del paziente.

Questo è a mio avviso un ulteriore, fondamentale fattore terapeutico, che regola in modo armonico l'andamento dell'analisi in quanto permette all'analista di non richiedere all'Io del paziente quello che l'Io non può dare o tollerare nel lavoro analitico, se non supportato da condizioni basali del Sé che gli consentano di funzionare adeguatamente.

Il concetto di Sé è stato esplorato e sviluppato da autori che hanno valorizzato maggiormente il versante autorappresentativo (Jacobson), oggettuale interno (M. Klein), narcisistico (Kohut e i successivi epigoni della Self-Psychology), relazionale-libidico (Winnicott, Masud Khan, Bollas), e corporeo (Gaddini), e non è lontano, a mio avviso, il momento di una possibile integrazione delle diverse prospettive, dal momento che ognuna di esse individua e segnala qualcosa di profondamente autori e certi loro concetti, che in quel momento e in quella situazione calzano a pennello con quanto emerge, ha assunto per me, nel corso degli anni, un valore orientativo assolutamente prezioso.

Nello specifico, per quanto riguarda l'attenzione alle condizioni di coesione complessiva del Sé ai fini del procedere del lavoro analitico, è certo che noi oggi dobbiamo molto alle osservazioni di Kohut: anche non concordando pienamente -come è nel caso mio- con alcuni aspetti a-conflittuali della sua visione complessiva dell'essere umano, trovo prezioso il suo costante tener conto delle condizioni di base del Sé del paziente nel regolare il passo dell'esplorazione analitica in corso.

I rapporti funzionali che intercorrono tra l'Io e il Sé del paziente e dell'analista sono stati oggetto di studi (Jacobs, 1991; Bolognini, 1991) finalizzati a stabilire l'opportunità delle scelte tecniche (potremmo chiederci ad esempio, con Loredana Micati (1993), "quanta realtà può essere tollerata?"), e utili ad individuare "punti di coincidenza" e di contatto esperienziale tra l'Io e il Sé dei due interlocutori (Fonda, 2000): questi punti di coincidenza e di contatto sono determinanti affinché si produca un cambiamento profondo, e non solo una acculturazione informativa e cognitiva a livello dell'Io.

Ma, appunto, bisogna avere il polso della situazione, e comprendere ciò che il paziente è in grado di accettare ed elaborare in quel dato momento.

Per questo dedico il punto successivo ad un fattore operante in una condizione iniziale di impossibilità elaborativa.

Creare uno spazio interno se non c'è è una necessità imprescindibile in tutti quei casi in cui la pressione persecutoria interna (che può essere occasionale e reattiva) o, più malauguratamente, una disposizione caratterologica strutturale narcisistico-evacuativa di base impediscono qualsiasi introiezione: in tutte quelle situazioni, cioè, nelle quali il paziente non può semplicemente prendere dentro niente che gli provenga dall'analista.

E l'attenzione specifica dell'analista a questo parametro funzionale (che corrisponde poi ad una organizzazione strutturale interna del paziente, temporanea o cronicizzata) esita in un particolarissimo fattore terapeutico di cui non si ha spesso una adeguata consapevolezza.

Al recente Congresso FEP di Helsinki (aprile 2004), una collega ha presentato in un gruppo clinico il testo di alcune sedute, riportate con precisione e con apprezzabile sincerità.

Una seduta in particolare, svoltasi in prossimità di una separazione, presentava uno schema a mio avviso assolutamente tipico, che si può ritrovare in molte situazioni consimili, e che io decido di riassumere così:

- il paziente attacca con veemenza l'analista e l'analisi, sperimentati soggettivamente, in quel momento, come presenze negative e inutili.

- l'analista tenta di collegare il vissuto del paziente alla circostanza di separazione, e all'esperienza infantile corrispondente, per dare un senso comprensibile all'esperienza emotiva attuale.

- il paziente rifiuta le parole dell'analista, e la travolge progressivamente con critiche sarcastiche e con un sentimento complessivo di cupa sfiducia nel lavoro svolto.
- l'analista, dopo un paio di piccoli, sfortunati abbozzi ulteriori di scambio, profondamente toccata dal senso di svalorizzazione funzionale e di mortificazione personale riportate, rinuncia lì per lì ad intervenire attivamente, e lascia che il paziente prosegua nel suo sfogo.
- dopo una ventina di minuti di accanita denigrazione, il paziente mostra un viraggio: appare "svuotato" e, a quel punto, estremamente depresso, anzi disperato.
- l'analista sente che è il momento di dirgli "qualcosa", e interviene in modo modulato con un'osservazione intenzionalmente generica (quasi a comunicare: " Sono ancora viva! E anche la nostra relazione è ancora viva!"); ma in modo indiretto e discreto).
- il paziente appare subito confortato, ma soprattutto segnala col tono più tranquillo e interlocutorio della sua reazione di essere disponibile ora a ricevere qualcosa dall'analista.
- l'analista propone un collegamento sostanzialmente simile a quello formulato senza successo all'inizio.
- il flusso associativo del paziente riprende, accettando e producendo legami significativi fra gli elementi presentati.

Si può apprezzare, secondo me, la presenza di una componente spaziale in questo lavoro analitico collegato al "porre" ("positivo"), cioè al dire/dare qualcosa al paziente perché lo prenda al suo interno e possa farne uso: si "pone" se vi è spazio in cui porre qualcosa, se c'è (etimologicamente) un "posto" ("positum", "positio", ecc.).

In questo senso il "negativo", in analisi, non è tanto ciò che viene negato, cancellato nelle percezioni e nelle rappresentazioni; è piuttosto, in un'altra accezione, la componente catabolica, tossica, mortifera dei contenuti interni, delle connotazioni relazionali e dell'esperienza di sé e del mondo. Qualcosa che occupa lo spazio interno, e che impedisce la nutrizione mentale e la trasformazione.

La collega, alle prese con il suo paziente che non ascoltava, che non "prende dentro" niente, ha dato spazio al negativo, come una madre che ha compreso che il bambino non può prendere dentro alcun cibo se prima le sue turbolenze viscerali non sono state evacuate.

L'analista non può e non deve "negare il negativo", pretendendo di forzare il positivo (sia nel senso di "porre" qualcosa in generale, sia nel senso di proporre cose vitali e "positive", come interpretazioni, associazioni rappresentazionali, ecc.) dentro alla mente del paziente, se non vi è spazio in essa. Più precisamente: ritengo si possa parlare di una "pressione interna" del negativo, che va riconosciuta e a cui non ci si deve opporre; l'accoglimento della sua "*ex-pressione*" fa parte del processo della cura, prima dell'interpretazione.

Lo spazio/laboratorio analitico, intra- ed interspichico, necessario per l'elaborazione rappresentazionale, per l'integrazione e per le successive interpretazioni, non è una componente pre-garantita della coppia analitica al lavoro, e sempre più spesso richiede, nella nostra clinica, un lungo lavoro per la sua costituzione, in parte basato in modo specifico proprio sulla condivisione dell'esperienza, quando questa funzione non sia stata svolta primariamente in misura sufficiente da chi ha allevato e formato funzionalmente il bambino. Una volta costituito questo spazio, diventa possibile l'entrata in campo del fattore che vado a descrivere in successione.

La familiarizzazione con il preconscious è una méta fondamentale dell'analisi, e non mi dilungherò su questo aspetto che molti autori (e tra i più convinti e convincenti proprio Davide Lopez, in tutta la sua opera) ci hanno insegnato a privilegiare.

Vorrei qui evidenziare la vitale azione terapeutica esercitata in analisi dal lavoro che l'analista svolge con il preconscious, negli aspetti più diretti del rapporto con il paziente. Intendo dire che lo stile mentale dell'analista -quando è capace di utilizzare con freschezza e con un certo rispetto per l'altro la propria inizialmente superiore fluidità associativa e la più ampia praticabilità dei canali preconscious anche nel dialogo analitico- finisce per comunicare *esperienzialmente* al paziente un modo di funzionare, in un certo senso un modo di essere, che alla lunga potrà "contagiarlo" con successo.

Considero questo un importante fattore terapeutico, basato più sul vissuto interspichico condiviso (Bolognini, 2004) che sul dialogo Io/Io conscio tra i due che parlano in seduta. Certo, l'analista non deve esibirsi smaccatamente e non deve schiacciare l'altro con la propria eventuale libertà evocativa, intuitiva

e rappresentazionale, per non demoralizzare l'altro nel confronto o per non indurgli un eccesso di invidia che uccida il desiderio emulativo.

Come nel mostrare un buon rapporto col proprio Sé (Bollas, 1987), l'analista deve fornire un assaggio di un praticabile clima interno, e non un saggio di virtuosismo; altrimenti è facile che risulti mortificante, oppure che induca imitazione.

In continuità con quanto esposto, considero fattori terapeutici psicoanalitici anche le **frequenzazioni condivise, rispettivamente, dell'area transizionale e della dimensione della reverie**, che io accomuno qui con consapevole eccesso di sintesi e con un accostamento del tutto improprio dal punto di vista teorico per le diversità dei livelli funzionali implicati, ma che collego alla familiarizzazione con il preconscious per il fatto che credo nel *primato della dimensione esperienziale condivisa*, ai fini dell'accesso progressivo a tutte queste fondamentali dimensioni del funzionamento intra- ed intersichico.

Ciò che mi preme evidenziare è che queste capacità funzionali non si sviluppano nel soggetto solo per gemmazione spontanea, per un processo naturale *ab interno*, magari rimesso in moto da una opportuna analisi degli elementi bloccanti e distorcenti che lo avevano fin lì impedito, e che sfrutta un potenziale intrinseco e innato da liberare intrapsichicamente; ma si sviluppano perlomeno anche - e a mio avviso soprattutto- per una esperienza formativa condivisa, che rende progressivamente sperimentabili nuovi modi di convivere con se stessi e con l'altro, e che si rende possibile, appunto, *con- vivendo*, seduta dopo seduta, negli anni dell'analisi.

Al di là delle posizioni teoriche ufficiali espresse, ritrovo sostanziosi esempi di questa *convivenza funzionale protratta* nelle descrizioni cliniche di Lore Schacht (2001), per quanto riguarda l'area transizionale, e di Nino Ferro (2002), per quanto riguarda l'attività di reverie.

UN INTERMEZZO ACQUATICO.

Nella mia immaginazione, molti pazienti giungono al trattamento in condizioni simili a quelle di un individuo che, stando in spiaggia, non abbia mai messo un piede in acqua. La seduta analitica è, per il paziente, *"entrare in acqua"*.

Il problema è imparare a lasciarsi andare, iniziando *l'ambientamento* (gli istruttori di nuoto chiamano così la prima fase di contatto col nuovo contesto) e imparando a confidare nel fatto che si può galleggiare.

Il primo grande ostacolo, per i neofiti, è *fidarsi a fare il morto*: bacino in alto e orecchie sott'acqua sono in netta controtendenza con il bisogno spasmodico dell'io difensivo di tenere sotto controllo la situazione, e il soggetto tira a mantenersi verticale dal collo in su, usando la testa come un periscopio.

In questa fase è decisiva l'assistenza di base dell'istruttore, che si sintonizza con percezione empatica con il livello di allarme dell'allievo, e -un po' con l'esempio, un po' con le dritte del caso- gli consente di giungere un po' alla volta ad una certa confidenza con la praticabilità del medium acquatico.

Se il corso ha successo, dopo qualche tempo l'allievo è in grado di immergersi, di nuotare, e di esplorare l'ambiente subacqueo per qualche metro di profondità, *scendendo e salendo con un certo piacere*; alcuni saranno capaci di andare anche un po' più giù, mentre i grandi abissi resteranno interdetti all'esplorazione diretta, e potranno essere conosciuti dall'interno di un sommergibile o di un batiscafo, *da dietro un vetro*.

Mi piace ricorrere a questa allegoria per rappresentare ciò che io penso del nostro differente rapporto rispettivamente con il preconscious e con l'inconscio: io credo che l'essere umano, facendo **esperienza dell'esistenza dell'inconscio** attraverso i sogni, i lapsus, i sintomi, e attraverso lo sguardo retrospettivo della ri-costruzione, acquisisca il senso maturativo della profondità e della complessità del mondo interno.

Ciò lo renderà pensoso, aperto all'interrogazione e all'ascolto, e interessato alla conoscenza possibile alla luce dell'io: *da dietro un vetro*.

Nell'inconscio profondo nessun nuotatore muoverà mai, esperienzialmente e in presa diretta, le sue bracciate tenendo insieme l'io e il Sé; troppo buio, troppo freddo, troppo peso da sopportare per la sua limitata struttura fisica e mentale.

Ma vedere il fondo marino ad alcuni metri dalla superficie è già di per sé un grande evento, che cambia completamente le prospettive e apre a nuovi mondi.

Appreziamo questa possibilità, e godiamocela per come possiamo.

Nell'ampio capitolo che riguarda **il riconoscimento e la bonifica delle relazioni oggettuali interne**, seleziono come specifico fattore terapeutico della psicoanalisi contemporanea **la disponibilità/rassegnazione dell'analista a ritrovarsi coinvolto nei vissuti scissi** relativi al rapporto con gli oggetti interni del paziente.

Mi riferisco al nuovo e più complesso ruolo di *interprete* che spetta all'analista, inevitabilmente chiamato ad impersonare figure del mondo interno non solo come supporto figurale di proiezione, ma anche come **attivo co-interprete spesso inconsapevole, ma soggettivamente coinvolto, di una scena interna che viene vissuta interpersonamente con pieno pathos** e riproposta spesso nell'enactment.

Il grande "svantaggio" di questa funzione risiede nell'elevata probabilità che l'assetto psicoanalitico ottimale dell'lo di lavoro dell'analista venga temporaneamente scombussolato dall'immersione nel vissuto del paziente, vissuto scisso che chiede di essere ri-sperimentato questa volta insieme ad un oggetto competente: il nostro "istruttore di nuoto" (l'analista) si ritrova a far capriole involontarie sott'acqua, trascinato dall'allievo e da un vortice esperienziale che lo travolge almeno un po'.

Non si tratta più di starsene comodamente e correttamente a bordo-piscina, attribuendo con lucidità al paziente le "proiezioni" che toccano l'analista solo in superficie, evidenti produzioni disfunzionali di un Io da avvertire delle proprie sviste.

L'analista contemporaneo è sempre più disposto (e per fortuna, a mio parere, competente) a fornire una ri-visitazione condivisa di scene ed aree interne non metabolizzate, di cui non si tratta più soltanto di segnalare ricostruttivamente l'esistenza nel profondo, ma di effettuare il recupero esperienziale utilizzando il potente effetto della regressione.

Attenzione, però: sto segnalando come fattore terapeutico una capacità di immersione e di riemersione che non corrisponde il più delle volte al potersi mantenere elegantemente in assetto in qualunque fase di questi processi, che sono in realtà necessariamente caotici e che si svolgono perlopiù in acque piuttosto limacciose.

La infrequente possibilità di ascoltare resoconti clinici abbastanza fedeli del materiale di seduta durante le riunioni scientifiche, spesso lamentata dai colleghi di ogni latitudine, dipende a mio avviso molto spesso dal fatto che esiste uno scarto imbarazzante tra l'ideale di estetica tecnica analitica e la realtà delle cose per come esse sono: secondo me gli analisti contemporanei si tuffano spesso in profondità e sono mediamente piuttosto bravi nel ritornare a riva *in qualche modo* con il paziente, ma il *réportage* integrale della sequenza mostrerebbe (sempre rifacendoci alla metafora del salvataggio in acqua) tutto un campionario di brancolamenti, urti, sbagli di direzione, strattoni e bevute d'acqua tali da spoetizzare un pubblico desideroso di configurazioni assolute, eleganti e stilizzate.

Solo che così, secondo me, oggi si soccorrono e si salvano -almeno ogni tanto- anche naufraghi borderline e psicotici che un tempo sarebbero stati lasciati al loro destino. Beninteso, non sto facendo l'apologia dello spontaneismo coraggioso ma pressapochistico: per avventurarsi nelle acque che descrivo bisogna essere fior di nuotatori e avere una tecnica di base assolutamente rigorosa e collaudata.

Bisogna però avere anche il coraggio di rischiare, sapendo che molto probabilmente con il paziente non si andranno a inscenare manualistiche figure di nuoto sincronizzato, e che potrà capitare di tornare a riva abbastanza stravolti e bisognosi di un po' di riposo, o quantomeno di poter raccontare a qualche collega la propria avventura, riflettendo utilmente su quanto accaduto.

Bene: secondo me oggi questo si verifica abbastanza spesso, gli analisti stanno capendo i vantaggi di poter far parte di una "cooperativa rielaborativa" collegiale, e pur con le difficoltà e i ritegni summenzionati si stanno abituando ad utilizzare l'aiuto degli altri colleghi-bagnini traendo vantaggio dalle discussioni cliniche, che sono quasi sempre molto utili.

Riguardo al **far percepire come possibile una prospettiva evolutiva personale**, voglio proporre un fattore terapeutico minimalista e dichiaratamente parziale: **la capacità dell'analista di percepire, apprezzare ed evidenziare in modo accettabile e credibile i progressi del paziente** non tanto nella sua vita esterna all'analisi, che il più delle volte non compete a noi giudicare, quanto **nell'acquisizione e nello sviluppo delle funzioni analitiche** in seduta e anche fuori, quando è solo con se stesso.

Noi abbiamo la competenza per valutare tali progressi, e la constatazione misurata ma esplicita che il paziente *"...è riuscito a..."* o *"...sta riuscendo a..."* (ad es.: associare, ricordare, comunicare efficacemente,

stabilire una connessione, riconoscere un collegamento possibile, avvertire qualcosa di doloroso o di sgradevole, concedersi una soddisfazione, ammettere una paura, ecc.) ha un potente effetto di incoraggiamento e di fiducia nella possibilità di procedere in senso evolutivo personale.

Gabbard e Westen menzionano qualcosa di simile in modo un po' generico tra le strategie secondarie *facilitative* (pag. 135), ma secondo me il fattore terapeutico che sto descrivendo va tenuto in ancora maggior conto.

Nel famoso "Lo Zen e il tiro con l'arco" di Herrigel (1953), il Maestro osservava un po' distrattamente l'allievo che armeggiava in modo sforzato e velleitario per piegare l'arco alle sue intenzioni coscienti; quando l'io difensivo dell'allievo, stremato ed esasperato, allentò il controllo e una freccia partì finalmente passando dal cuore alle mani senza passare per il cervello, il Maestro ebbe un sobbalzo di interesse, si alzò, e si inchinò in modo celebrativo nei confronti dell'evento, dicendo: "*Oggi si è tirato*".

Il "*si è*", pur celebrando appunto un accadimento che andava oltre la persona, non ridimensionava il merito dell'allievo, che riceveva così un forte spinta a credere nella possibilità di una ulteriore crescita.

Io ho potuto constatare che saper fornire al paziente al momento giusto, con parsimonia ma anche con sincerità, un riconoscimento dei passi compiuti (di solito tra mille conflitti e con notevole fatica) produce un beneficio sostanziale per il lavoro analitico.

Proprio il "terzo analitico" (nel senso nord-americano di Ogden, 1994, della co-creazione di nuova una soggettività condivisa e combinata analista-paziente) è "celebrato" e confermato da un simile riscontro.

In senso più europeo, il "terzo" (come equivalente paterno con funzioni separative e propulsive verso il riconoscimento della realtà) entra in scena in seduta, secondo me, soprattutto quando il paziente percepisce la presenza di un autentico sodalizio interiore genitoriale tra l'analista e la psicoanalisi, un sodalizio che gli preesiste, ma che è orientato a favorire la sua crescita; e anche quando il paziente si sente raggiunto in modo rispettoso, non paternalistico e non seduttivo, da una conferma che non è rivolta al suo narcisismo, ma al suo lavoro.

Infine, per quanto riguarda il fatto di accettare progressivamente separazione e perdita, diventando e rimanendo se **stessi**, io credo che il fattore terapeutico più importante sia costituito dal fatto che *l'analista conservi buona memoria di quel che ha vissuto lui, nell'analisi come nella vita, durante tali passaggi*.

Questa memoria, tra l'altro, gli impedirà di atteggiarsi a "grande saggio" nei confronti di chi si arrabatta alla meno peggio o si difende con insipienza in quelle circostanze, evitando così di aggiungere al suo carico anche il gravame di un oggetto indefinitamente idealizzato che mostra di credere fino in fondo a questa idealizzazione e di goderne compiaciuto, proiettando sul paziente il sé pregresso precario e tribolato, invece di dargli una mano.

Né si può risparmiare al paziente, in modo pietistico, la sofferenza sana che egli ha cercato di evitare.

Non credo che l'analista possa sostituirsi alla vita nel consentire il processo naturale di constatazione e di accettazione dolorosa delle separazioni e delle perdite, ma credo possa fare molto per individuare le difese specifiche che vengono adottate strada facendo e che comportano molto spesso un'altra grave perdita, spesso non avvertita o sottovalutata dal paziente: quella di elementi della propria identità e del contatto con se stessi e con il mondo interno.

L'esperienza dell'analista registrerà il "fuori-giri" maniacale, le identificazioni con l'oggetto sostitutive del Sé, i dinieghi massicci, le cadute nelle buche malinconiche in cui si desidera raggiungere l'oggetto morto per non disgiungersi da esso, e via via tutte le versioni maligne della sofferenza del vivere connessa alla separazione: e ne proporrà l'analisi, misurando i tempi e i modi sulle possibilità elaborative del paziente.

L'analista *capace di buona memoria* ripercorrerà col paziente alcuni sentieri della sua stessa via evolutiva e formativa, compreso quello che porta ad accettare la propria naturale identità, ritrovando e facendo ritrovare al proprio compagno di viaggio il senso e il gusto dell'esistenza.

Come moltissimi colleghi -e quindi senza alcuna pretesa di essere originale in questo pensiero- credo che il **costante richiamo all'autoanalisi** sia il fondamentale fattore terapeutico.

Da questo assetto interno discende tutto il movimento creativo che innesca il lavoro di coppia aprendo prospettive prima impensabili, e che può produrre trasformazione e cambiamento.

Bibliografia

- Balint M., Balint E. (1959): "Thrills and regression". In: "La regressione", Raffaello Cortina Ed., Milano, 1983.
- Berti Ceroni G. (2003): "Fattori terapeutici specifici comuni (FTSC) e psicoanalisi". Relazione al Centro Psicoanalitico di Bologna, 13-12-2003.
- Bollas C. (1987): "L'ombra dell'oggetto", Borla, 198.
- Bolognini S. (1991): "Gli affetti dell'analista: analisi con l'io e analisi col sè". Riv. di Psicoanalisi, anno 37, n. 2, 1991.
- Bolognini S. (1997): "Empathy and Empathism". Int. J. Psychoan., vol. 78, 2, 279-295, 1997.
- Bolognini S. (2001): "Empathy and the Unconscious". The Psychoan. Quarterly, vol. 70, n. 2, 447-473, 2001.
- Bolognini S. (2002): "L'Empatia Psicoanalitica", Bollati Boringhieri Ed., Torino, 2002.
- Bolognini S. (2003): "Vrais et faux lousps. L'alternance du refoulement et du clivage dans les tableau cliniques complexes". Rev. Franç. Psychanal., 4, 1285-1304, 2003.
- Bolognini S. (2004): "La complexité de l'empathie psychanalytique: une exploration théorique et clinique". Rev. Franç. Psychanal., 68, 3, 877-896, 2004.
- Bolognini S. (2004): "Intrapsychic-Interpsychic". Int. J. Psychoan., 85, part 2, 337-357, 2004.
- Bonaminio V. (2003): "La persona dell'analista: interpretare, non-interpretare e controtransfert", in "Forme dell'interpretare. Nuove prospettive nella teoria e nella clinica psicoanalitica", a cura di P. Fabozzi, Franco Angeli, Milano, pagg. 25-52.
- Camon F. (1981): "La malattia chiamata uomo". Garzanti, Milano.
- Etchegoyen H. (1986): "I fondamenti della tecnica psicoanalitica". Astrolabio, Roma, 1990.
- Ferro A. (2002): "Fattori di malattia, fattori di guarigione". Raffaello Cortina, Milano.
- Fonda P. (2000): "La fusionalità e i rapporti oggettuali". Riv. Psicoanal., 3, 429-449.
- Gabbard G., Westen D. (2003): "Ripensare l'azione terapeutica". In "Argonauti", 101, 113-141.
- Greenson R., Wexler M. (1969): "La relazione non traslativa nella situazione psicoanalitica". In Greenson "Esplorazioni psicoanalitiche", Boringhieri, Torino, 1984.
- Grinberg L. (1967): "Teoria de la identificacion". Paidòs, Buenos Aires.
- Herrigel E. (1953): "Lo Zen e il tiro con l'arco". Adelphi, 1975.
- Jacobs T. (1991): "The use of the self". International University Press, New York.
- Kohut H. (1971): "Narcisismo e analisi del Sè". Boringhieri, Torino, 1976.
- Kohut H. (1984): "La cura psicoanalitica". Boringhieri, Torino, 1986.
- Lopez D. (2004): "Alcune osservazioni critiche sul lavoro di Gabbard e Westen "Ripensare l'azione terapeutica". Gli Argonauti, XXVI, 102, 291-308.
- Meissner W.W. (2004): "Sdraiarsi o non sdraiarsi (lettino o non lettino): questo è il problema". "Gli Argonauti", 102, 213-260.
- Meltzer D. (1967): "Il processo psicoanalitico". Armando, Roma, 1971. (1977): "L'interpretazione di routine e l'interpretazione ispirata. Il loro rapporto con il processo di svezzamento nell'analisi". In "La comprensione della bellezza", Loescher, Torino, 1981.
- Micati L. (1993): "Quanta realtà può essere tollerata?". Riv. Psicoanal., 39, 1, 153-163.
- Mitchell S. (1993): "Influenza e autonomia in psicoanalisi". Bollati Boringhieri, Torino, 1999.
- Ogden T. (1994): "The analytic third: working with intersubjective clinical facts." Int. J. Psychoanal, 75, 3-20
- Rabih M. (1981): "La pseudoalleanza terapéutica. Algunas de ses manifestaciones clinicas." Psicoanalysis, 3, 169-191.
- Racamier P.C. (1992): "Il genio delle origini". Raffaello Cortina, Milano, 1993.
- Renik O. (1995): "The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure." Psychoanal. Q., 64, 466-495.
- Renik O. (1998): "Extreme self-disclosure". Relazione al Congresso IPA 1999, Santiago del Cile.
- Sandler J. (1980): "La tecnica della psicoanalisi infantile. Seminari con Anna Freud". Boringhieri, Torino, 1983.
- Schacht L. (2001): "The capacity to be surprised". Richard e Piggie, 9, 117-130.
- Searles H. (1979): "Countertransference and related subjects". International University Press, New York. Tr. It. "Il controtransfert", Bollati Boringhieri, Torino, 1994.

- Sechaud E. (2000): "Discussion in the panel: "Self-disclosure by the Analyst", IPA Santiago Congress (1999)". *Int. J. Psychoan*, vol. 81, n. 1, 164-165, 2000.
- Segal H. (1994): "Phantasy and reality", in Schafer R. (a cura di) "The contemporary Kleinians of London", International University Press, New York, 1997.
- Thanopoulos S. (2003): "L'interpretazione tra fantasma e interfantasmizzazione nello spazio analitico". In "Forme dell'interpretare. Nuove prospettive nella teoria e nella clinica psicoanalitica", a cura di P. Fabozzi, Franco Angeli, Milano, pagg.125-164.
- Winnicott D.W. (1947): "L'odio nel controtransfert". In "Dalla pediatria alla psicoanalisi", Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D.W. (1954): "Gli aspetti metodologici e clinici della regressione nell'ambito della situazione analitica", in "Dalla Pediatria alla psicoanalisi", Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D.W. (1966-1969): "Esplorazioni psicoanalitiche". Raffaello Cortina, Milano, 1995.