

Maria Luisa Tricoli¹

Ricerca Psicoanalitica, 2009, Anno XX, n.2, pp. 191-198

METTERSI IN GIOCO NEL LAVORO CON IL PAZIENTE. L'ANALISI DELLA RELAZIONE COME METODO²

Commento alla relazione di S.H. Cooper

SOMMARIO

Partendo dal significato che Cooper dà al termine *privacy*, che “a differenza dell'uso comune che se ne fa in italiano”, esprime non solo l'aspetto privato della vita dell'analista ma anche la percezione della propria interiorità, una percezione immediata, pre-riflessiva, legata ad emozioni, sentimenti, vissuti antichi strutturati di cui possiamo essere del tutto inconsapevoli o consapevoli solo in parte, l'Autrice si chiede: “Se ciò che avvertiamo è sempre legato al nostro inconscio, ai modelli operativi interni che abbiamo inconsciamente strutturato nelle relazioni primarie, come è possibile che il terapeuta ne faccia un uso “obiettivo” nella relazione?”. Interessante la risposta dell'A.: “Non è più necessario pensare ad un terapeuta che conosca la verità o che tenda a scoprire una verità. È necessaria invece la disponibilità ad ascoltare se stessi e l'altro in una interazione che coinvolge con la stessa intensità l'interiorità di entrambi”. Di qui il valore della *rêverie* che indica il contatto con se stessi, un contatto senza memoria e senza desiderio, ma d'altra parte ben caratterizzato dalla nostra soggettività e dalla nostra storia. Ciò che viene co-costruito non è tanto un frammento di verità che amplia la conoscenza di sé e del paziente fornendo nuovi contenuti, quanto la scoperta della funzionalità che sia noi sia il paziente abbiamo attribuito a certe strutture relazionali. Una funzionalità attribuita nei momenti precoci della nostra vita che, irrigidendosi, diventa disfunzionale e fonte di sofferenza, ma che può essere colta e trasformata nella processualità del lavoro analitico.

SUMMARY

Be involved with the patient

The analysis of the analytic relationship as a methodology

The A. distinguishes the meaning that Cooper gives to the concept of privacy from the current Italian use of it.

1 Maria Luisa Tricoli, psicologa e psicoanalista IFPS, è analista didatta e supervisore della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), membro dell'Advisory Board dello IARPP, International Editor della rivista *Psychoanalytic Dialogues*. Email: mltricoli@libero.it

2 Questo articolo è stato pronunciato al Seminario di Steven H. Cooper all'Istituto della Scuola in Psicoanalisi della relazione di Roma il 15 novembre 2008.

Cooper's concept emphasizes the peculiarity of the term privacy i.e. a private aspect of the life of the analyst which is the perception he has of his own interiority, an immediate perception, pertaining to the pre-reflexive field. It is linked to emotions and feelings which may be completely unconscious or partially conscious. The question that the A. poses is: "If what we perceive is always linked to our unconscious through the internal patterns we have unconsciously organized in the early relations, how can the analyst make an objective use of them in the relation?" It is interesting to consider the A.'s answer: "It is no longer necessary to think of an analyst who knows the truth or tends to know it. It is necessary to listen to oneself and the other in an interaction which engages them both with the same intensity". Here arises the importance of *reverie* and the emphasis Cooper gives it. *Reverie* signifies to be in touch with one's own, a touch without memory and desire, but well defined by one's subjectivity and history. What is co-constructed is not a fragment of the truth that enlarges the dyads' awareness offering new contents, but it is the discovery of the functionality that both the patient and the analyst give to their own idiosyncratic structures. A functionality that is attributed in the early moments of our life and which becomes rigid, dysfunctional and source of suffering, but which may be recognized and transformed within the analytic process.

Steven Cooper nella sua relazione ha parlato di concetti che hanno gradualmente acquistato importanza negli ultimi decenni. La *privacy* dell'analista, come ambito più ampio per definire la neutralità, la *rêverie*, l'*enactment* e la *disclosure*.

Non si tratta di concetti che riguardano solo la tecnica dell'intervento o semplicemente la clinica, quanto piuttosto di tematiche che affondano le loro radici nella teoria psicoanalitica, a testimonianza del cammino compiuto dalla psicoanalisi negli ultimi decenni del '900.

L'interesse per l'argomento trattato mi spinge ad inquadrare questi concetti nell'ambito più ampio e più unitario del metodo d'intervento della Psicoanalisi Relazionale di cui mi sembra utile delineare a grandi linee i punti salienti di sviluppo, a confronto con la psicoanalisi classica.

Nell'ottica freudiana, dopo il superamento del metodo della suggestione, la *neutralità* è una conquista. Nei *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico* (1912), Freud denuncia come negativi "l'orgoglio terapeutico" e "l'orgoglio educativo" e considera come "controindicato dare direttive al paziente, come per esempio raccogliere i propri ricordi, pensare ad un certo periodo della sua vita, ecc..". L'analista al pari di un chirurgo, deve avere un solo obiettivo: "Portare a buon fine la sua operazione nel modo più abile possibile". L'operazione che ha in mente Freud è quella chirurgica di estirpazione del ricordo rimosso dall'inconscio, con il suo conseguente ingresso nella coscienza. Nell'ottica classica, i giochi si svolgono all'interno del sistema chiuso "individuo". Ciò avviene per fedeltà al concetto di scienza dominante alla fine dell'800, una scienza di marca positivista tesa ad affermare l'imparzialità dell'analista-osservatore (*observing scientist*). In accordo con questa *Weltanschauung*, le emozioni, gli affetti, i significati soggettivi sono elementi di disturbo, mentre la neutralità è garanzia di rispetto per il paziente che non deve divenire preda dei valori morali, religiosi e sociali dell'analista. Ma tutto ciò che in Freud è istanza morale e normale adesione alle fedi epistemiche del tempo si trasforma nei suoi continuatori in rigide e inderogabili prescrizioni tecniche secondo le quali l'analista che entra in un rapporto più diretto con il paziente tradisce il suo ruolo e per di più "fa" psicoterapia e non psicoanalisi. La Tecnica prende così il posto del Metodo e della Teoria, divenendo spesso una morta prescrizione.

Continuando l'esame dell'evoluzione del concetto di neutralità, possiamo arrivare ad un'altra osservazione significativa: Freud (1915) aveva attribuito l'influenza del paziente sull'analista al transfert del

paziente. Da parte dell'analista, il controtransfert non padroneggiato portava alla perdita della neutralità e quindi dell'incisività del trattamento. Negli anni '50 la posizione classica si amplia giungendo a chiamare "transfert dell'analista" la risposta patologica data al paziente a causa di "difficoltà" nevrotiche dell'analista stesso (Orr, 1954), oppure attribuendo il termine controtransfert ai suoi conflitti inconsci non risolti (Reich, 1951).

È questo un primo spostamento teorico legato al farsi strada della consapevolezza che l'analista partecipa alla relazione con tutto il peso della sua realtà personale, una realtà che non può essere portata a coscienza semplicemente con una operazione di autoanalisi. Si intravede che non è possibile separare la funzione analitica dalla persona nella sua interezza. Viene affermato che la "funzione analitica" è una funzione inconscia dell'io sulla quale si ha scarso potere (Kramer, 1959).

Un secondo passo si può riconoscere nell'intuizione, prima esitante e poi sempre più sicura e ricca di sviluppi, che vissuti, fantasie, associazioni dell'analista o *rêverie*, con un termine che molto bene esprime il mondo interiore nel suo continuo presentarsi alla mente, piuttosto che essere controllati, possono essere utilizzati per comprendere ciò che avviene nel trattamento.

Questo spostamento di prospettiva è però il segnale di un rivoluzione epistemica che era avvenuta lentamente nel corso del XX sec. con il passaggio da una concezione di scienza di tipo corrispondentista ad una di tipo costruttivista (De Robertis, 2001). Nel campo psicoanalitico ciò segna il passaggio da una visione monopersonale ad una bipersonale della psicoanalisi, dalla preminenza delle "ricostruzioni" a quella delle "costruzioni" nell'intervento, il passaggio cioè ad una visione relazionale della psicoanalisi.

I fondamenti teorici di questa nuova visione sono presenti in molti teorici e correnti nord-americane: nel modello costruttivista (Gill e Hoffman), nell'intersoggettivista post-kohutiano (Stolorow, Atwood e Fosshage), nel modello di Renik e in particolare in Mitchell (1988) con il suo concetto di "matrice relazionale". È la relazione con gli oggetti d'accudimento significativi che, suscitando esperienze costanti di organizzazione del sé, induce la strutturazione di percezioni del sé stabili da cui dipendono le configurazioni relazionali ripetitive che l'individuo usa per affrontare il mondo interpersonale.

Il transfert viene concettualizzato non tanto come riproposizione di rappresentazioni arcaiche oggettuali, quanto come processo relazionale in cui si incontrano due menti in una interazione dinamica (Stolorow e Atwood, 1992; Aron, 1996). L'analista è un partecipante alla relazione che reagisce con tutto il suo mondo affettivo al mondo affettivo del paziente. "L'esperienza del paziente nella sua totalità, incontrandosi con l'esperienza dell'analista, è considerata per la prima volta materiale d'esplorazione. L'intero campo esperienziale è ora il campo dell'investigazione psicoanalitica" (Walstein, 1983). Viene così messo in crisi il mito dell'analista oggettivo (Stolorow e Atwood 1992), interprete impersonale della realtà psichica del paziente e in possesso della verità su di lui. Si scopre l'influenza esercitata dalla soggettività dell'analista sui dati d'osservazione, la natura intersoggettiva dello scambio clinico e la sua relativa indipendenza dai criteri di evidenza e di oggettività (Gill, 1994; Hoffman, 2000; Renik, 1998; Jacobs, 1999; Mitchell, 1997; Aron, 1996; per una disamina dell'argomento cfr. Moccia, 2002).

Al centro dell'interesse non è più lo studio dei meccanismi intrapsichici nei loro nessi causali, ma quello delle strutture di significato formatesi nella relazione; il benessere non coincide con l'ingresso nella coscienza di contenuti rimossi, ma con l'ampliamento dei significati rimessi inevitabilmente in gioco nella relazione terapeutica.

Per esprimere la nuova realtà da un punto di vista clinico, viene coniato il termine *enactment* che sottolinea "la dimensione relazionale ed empirico-esperienziale dell'incontro analitico rispetto a quella intrapsichica, individuale, alla luce di 'eventi' che possono accadere durante il percorso del trattamento" (De Marchi, 2000). Gli *enactment* riconosciuti divengono momenti di drammatizzazione che hanno effetti di chiarificazione sulla coscienza. Tutti gli elementi di soggettività, che dovevano prima essere banditi dal

trattamento, acquistano ora non solo diritto di cittadinanza, ma diventano il campo stesso in cui l'intervento viene giocato.

Se questo da una parte libera la clinica psicoanalitica dalle strettoie in cui soprattutto la Psicologia dell'Io l'aveva ridotta, dall'altra, estendendo l'ambito di osservazione dal paziente ad entrambi i partecipanti alla relazione terapeutica, apre il problema della decodifica e dell'uso della soggettività dell'analista nel processo, dal momento che l'analista viene a ricoprire il ruolo di osservatore e di osservato.

Il termine *privacy*, usato da Cooper, ha un significato denso e complesso. Nell'uso che ne fa, esprime, a differenza dell'uso comune che se ne fa in italiano, non solo l'aspetto privato della vita dell'analista ma anche la percezione della propria interiorità, una percezione immediata, pre-riflessiva, legata ad emozioni, sentimenti, vissuti antichi strutturati di cui possiamo essere del tutto inconsapevoli o consapevoli solo in parte, ma le cui radici non potranno mai essere del tutto consce perché affondano nelle relazioni primarie strutturate prima della comparsa della riflessività.

Ma qui torniamo al problema su cui ho pensato di incentrare la mia discussione. Se ciò che avvertiamo è sempre legato al nostro inconscio, ai modelli operativi interni che abbiamo inconsciamente strutturato nelle relazioni primarie, come è possibile che il terapeuta ne faccia un uso "obiettivo" nella relazione? Se la soggettività dell'analista è sempre in qualche modo "inquinata", che spazio darle nel rapporto terapeutico?

Il problema che qui si apre riguarda la possibilità di trasferire alla clinica le conquiste epistemiche che si sono andate affermando nel corso del '900 con il conseguente cambiamento di paradigma.

Rinunciare all'idea che la mente umana possa cogliere la verità obiettiva, significa spostare l'interesse sul soggetto, sulla matrice relazionale in cui si è strutturato e sulla inevitabile riproposizione degli schemi affettivi, cognitivi e comportamentali individuali in ogni relazione significativa.

Il passaggio da una verità cosiddetta obiettiva ad una verità soggettiva non implica affatto il totale relativismo. Implica invece il passaggio ad una visione della realtà processuale in cui qualsiasi "verità" è inevitabilmente soggetta a modifica e sviluppo ed è quindi co-costruita all'interno della relazione in un sollecitante gioco di rimandi e di specchi. Non è più necessario pensare ad un terapeuta che conosca la verità o che tenda a scoprire una verità. È necessaria invece la disponibilità ad ascoltare se stessi e l'altro in una interazione che coinvolge con la stessa intensità l'interiorità di entrambi.

Di qui il valore della *rêverie* che indica il contatto con se stessi, un contatto senza memoria e senza desiderio, ma d'altra parte ben caratterizzato dalla nostra soggettività e dalla nostra storia. Per *rêverie* possiamo intendere con Ogden (1997) "i più banali, quotidiani e riservati pensieri, sentimenti, fantasie, ruminazioni, sogni ad occhi aperti e sensazioni corporee, ecc. che solitamente appaiono totalmente scollegati da quello che il paziente dice e fa in quel momento". Ma anche, io credo, tutto ciò che, traendo origine da quello che il paziente dice, ci porta in contatto con il nostro mondo interiore nei suoi aspetti dimenticati o diversamente contestualizzati.

Voglio qui sottolineare un'altra fondamentale acquisizione clinica della Psicoanalisi Relazionale, che consegue da quanto detto prima. Ciò che viene co-costruito non è tanto un frammento di verità che amplia la conoscenza di sé e del paziente fornendo nuovi contenuti, quanto la scoperta della *funzionalità* che sia noi sia il paziente abbiamo attribuito a certe strutture relazionali. Una funzionalità attribuita nei momenti precoci della nostra vita che, irrigidendosi, diventa disfunzionale e fonte di sofferenza, ma che può essere colta e trasformata nella processualità del lavoro analitico. In questo modo la soggettività, non più elemento di disturbo da tenere sotto controllo, entra a pieno diritto nel metodo psicoanalitico, divenendo elemento di comprensione e di cura.

A questo punto si inserisce bene il concetto di Cooper di "immaginazione etica dell'analista", espressione con cui egli intende "la tranquilla consapevolezza che qualsiasi cosa io abbia capito di aver agito con il paziente può suscitare ancora agiti, anche dopo averla assunta consapevolmente, dal momento che è correlata a processi inconsci".

L'immaginazione etica non è un punto di partenza, ma una conquista che si realizza e si consolida nel tempo, così come è una conquista il superamento della tendenza ad ancorarsi di preferenza a verità chiare, distinte e possibilmente immutabili.

Ciò che viene co-costruito insieme da analista e paziente e un pensiero autoriflessivo in cui l'io-soggetto guarda se stesso come oggetto in una consapevolezza sempre maggiore mediata dal linguaggio. La peculiarità dell'esperienza analitica è che ciò avviene *insieme* nell'analista e nel paziente, anche se i tempi possono essere sfalsati. Lo sguardo, sempre inizialmente confuso e non dettagliato con cui l'analista guarda il paziente, si trasforma attraverso la *rêverie* in uno sguardo su stesso, che poi torna con più chiarezza sul paziente, e così via in processo continuo di ampliamento di consapevolezza di entrambi. Per questo Cooper afferma che curare il paziente significa curare se stessi. In questo senso la *rêverie* è, come la definisce Ogden (1997), la principale forma di ri-presentazione dell'esperienza inconscia, sempre intersoggettiva, dell'analista e dell'analizzando. Ma, come ri-presentazione, nel nuovo contesto intersoggettivo dell'analisi, si trasforma in una nuova costruzione. Non si tratta infatti di portare alla coscienza un inconscio costituito da contenuti rimossi o dissociati, ma di contestualizzare significati irrigiditi attribuiti ad esperienze arcaiche in un contesto nuovo più ampio e più duttile.

Come ultima considerazione sulla relazione di Cooper, vorrei aggiungere che, se possiamo considerare come metodo dell'analisi della relazione portare alle estreme conseguenze la comprensione di ciò che viene co-costruito nella relazione sulla base di determinanti inconsci dei due partecipanti, nell'ambito del rispetto di questo metodo, tutte le tecniche finalizzate al suo raggiungimento possono essere considerate valide. Vale a dire il metodo prevale sulla tecnica, che ne deve essere illuminata.

Quindi, prendendo, ad esempio, in considerazione una delle tecniche più discusse in questi ultimi anni, la *self-disclosure*, nel caso in cui si tratti di una espressione indiscriminata del sé dell'analista e di una violazione dello spazio potenziale della situazione analitica (Cooper, 1998) non è da perseguire perché viola il metodo. La *disclosure* dell'analista, secondo la chiarificazione di Cooper (ib.), tesa a favorire la comprensione dell'influenza reciproca del significato costruito insieme nella relazione analitica, diventa invece espressione diretta del metodo. Questa considerazione riguardo alla prevalenza del metodo sulle tecniche sembra semplificare le cose e tagliare tante discussioni capziose, in realtà le rende più complesse perché, in luogo di una casistica di norme, si propone la continua attenzione a se stessi e all'altro, eticamente impegnati nella costruzione di una realtà di sempre maggiore consapevolezza e rispetto.

BIBLIOGRAFIA

- Aron (1996) *Menti che si incontrano* trad. it., Cortina, Milano, 2004.
- Cooper S.H. (1998) *Disclosure e soggettività dell'analista* trad. it., Ricerca Psicoanalitica, 2001, 3: 277-298.
- Fosshage J. (1992) *The self and its vicissitudes within a relational matrix* in Skolnick N. e Warshaw S. *Relational perspectives in psychoanalysis* Analytic Press, Hillsdale, N.J.
- Gill M.M. (1994) *Psicoanalisi in transizione* trad. it., Cortina, Milano, 1996.
- Mitchell S. (1997) *Influenza e autonomia in psicoanalisi* trad. it., Boringhieri, Torino, 1999.
- Hoffman I.Z. (1991) *Discussion toward a social-constructivist view of the psychoanalytic situation (Discussion of a paper by Aron L., Modell A. and Greenberg J.)* Psychoan. Dialog., 1: 74-105.
- Hoffman I.Z. (1998) *Rituale e spontaneità in psicoanalisi* trad. it., Roma, Astrolabio, 2000.
- Moccia G. (2002) *Soggettività e oggettività dell'analista. Su alcune modificazioni della tecnica nella psicoanalisi nord-americana* Riv. di Psicoanalisi, 3: 675-689.
- Ogden Th. H. (1997) *Rêverie e interpretazione* trad. it., Astrolabio, Roma, 1999.

- Ogden Th. H. (1997) *Rêverie e metafora* trad. it., Ricerca Psicoanalitica, 2001, 2: 185-204
- Stolorow R., Atwood G. (1992) *I contesti dell'essere* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1995.
- Tricoli M.L. (2001) *Dal controtransfert alla self-disclosure: la scoperta della soggettività dell'analista* Ricerca Psicoanalitica XII, 3: 229-246.
- Walstein B. (1983) *The pluralism of perspectives on countertransference* Cont. Psychoanal., 1983, 19: 506-521