

Margaret Crastnopol¹

Ricerca Psicoanalitica, 2000, Anno XI, n. 3, pp. 261-286.

Il sé professionale dell'analista come "terzo"²

Traduzione dall'americano di Maria Luisa Tricoli.

SOMMARIO

L'identificazione dell'analista con la sua professione e le norme che la definiscono può avere una profonda influenza sul trattamento del paziente in modi più o meno espliciti. Un caso particolare è la risonanza che ha sul paziente il venire a sapere di essere oggetto di uno scritto dell'analista. Nell'articolo vengono presentate le reazioni di una paziente, specialmente quelle che si manifestano a livello onirico. Insieme ai problemi che sollevano, esse vengono esaminate dal punto di vista della fedeltà dell'analista alla teoria che professa e al gruppo cui appartiene che costituisce il Terzo nella relazione analitica. La prospettiva di Muller (1996), ispirata al pensiero di Lacan, è un utile contributo alla comprensione della reazione del paziente al "sé professionale" dell'analista.

SUMMARY

The analyst's professional self as a "third"

The analyst's identification with his or her profession and its ethos may profoundly influence the patient's treatment in subtle and less subtle ways. A particularly noteworthy instance of this is the impact of the patient's knowing that he or she is the subject of the analyst's writings. I present illustrative material from a patient in intensive psychotherapy who had pronounced reactions, especially evident in her dream imagery, to my having written about her. This material and the issues it highlights are discussed from the vantage point of the analyst's professional self and psychoanalytic discourse, which together constitute a "third" dimension vis-à-vis the therapeutic relationship. I consider what a Lacan-inspired perspective (Muller, 1996) might contribute to a relational understanding of the impact of the analyst's professional aspect.

Nel nostro lavoro clinico, siamo portati a seguire delle ipotesi sulla diade analitica che riteniamo vere e utili. Crediamo e incoraggiamo l'illusione che l'interazione terapeutica sia veramente qualcosa di unico ed esclusivo, come un bozzolo; che il sé dell'analista o del terapeuta sia proprio ciò che il paziente crede, un tutto unitario e unificato; che l'analista esista solo per il paziente.

Nella stanza d'analisi analista e paziente sono soli; gli stimoli esterni sono ridotti al minimo; le pareti dello studio non sono adornate dalle fotografie dei familiari; l'analista si astiene dal riferirsi a persone che

¹ Margaret Crastnopol, Ph.D. è Direttore Associato del *Northwest Center for Psychoanalysis* di Seattle; didatta presso il *Department of Psychiatry and Behavioral Sciences* e presso il *Department of Psychology* dell'Università di Washington; è supervisore di psicoterapia e docente presso il *William Alanson White Institute for Psychoanalysis and Psychotherapy* di New York. È *Contributing Editor* della rivista *Psychoanalytic Dialogues*.

² Il presente articolo, con il titolo *The analyst's professional self as a "third" influence on the dyad*, è stato pubblicato in *Psychoanalytic Dialogues*, 1999, 9 (4), pp. 445-470. Si ringrazia l'Autrice e l'Editore per la gentile concessione.

non fanno parte della vita del paziente. Concentrati su quanto viene detto o fatto, in certi momenti, possiamo addirittura perdere la consapevolezza che esista una teoria esterna che media i nostri interventi.

La condivisione di questi vissuti sembra essenziale all'instaurarsi della sicurezza ottimale e dell'intimità necessarie allo scopo analitico.

Questo modo di pensare alla diade viene messo a dura prova quando il paziente entra in contatto con l'identità professionale dell'analista, quando, cioè, intuisce l'esistenza di desideri, motivazioni, ansie e conflitti relativi alla sua funzione professionale.

Il sé professionale dell'analista viene in particolare alla ribalta in quei casi in cui l'analista decide (e rivela l'intenzione al paziente) di scrivere un articolo sul lavoro svolto insieme. Una tale eventualità pone il paziente direttamente a confronto con aspetti nuovi della soggettività dell'analista e questo può destabilizzare il clima di comprensione reciproca e di intesa nella coppia. Il paziente scopre l'esistenza di una relazione che per l'analista ha dei significati che vanno al di là di ciò che viene condiviso tra loro. Un simile vissuto sembra di per sé ripetere un aspetto del dramma, forse del trauma, della scena primaria (cfr. Aron, 1995).

L'analista che scrive un articolo utilizzando i dati del trattamento va oltre la realtà della diade, suscitando nel paziente il riferimento alla propria identità e alla propria comunità professionale, riferimento che può essere definito il "Terzo" rispetto alla relazione terapeutica. Svilupperò la mia idea del "Terzo" più avanti.

È vero comunque che la realtà extraclinica dell'analista influisce sulla relazione terapeutica e sull'andamento del trattamento, indipendentemente dal fatto che se ne scriva oppure no. Il potenziale impatto è probabilmente più forte se il paziente è un collega psicoanalista o un professionista nel campo della salute mentale. Il resoconto di Guntrip (1996) delle sue analisi con Fairbairn, Winnicott e la documentazione di Little (1990) del suo lavoro con Winnicott e Sharpe attestano le complesse dinamiche relazionali, sia interne sia esterne, che possono sorgere.

Bergman afferma che l'analizzando, anche se si tratta di un terapeuta appartenente alla comunità professionale analitica, viene "sommerso da informazioni e giudizi sulla personalità dell'analista, sulla sua vita e sul suo comportamento professionale. Fino a che punto possa esserne sommerso dipenderà dai bisogni dell'analizzando ... La conoscenza professionale [informazioni extraterapeutiche sull'analista] ha un impatto molto differente rispetto alla conoscenza occasionale, che è inevitabile in ogni analisi. Può creare inibizioni e blocchi consistenti nel flusso delle associazioni, dovuti al vissuto di colpevolezza per aver scoperto dei "segreti proibiti" e aver avuto delle fantasie su di essi. È raro che questi segreti vengano alla luce senza un messaggio chiaro dell'analista che ne incoraggi l'espressione" (Bergman, 1995, p. 532).

Bergman continua: "Dalle notizie sull'analista, l'analizzando si fa un quadro della posizione (di fondo transferale) dell'analista verso la comunità professionale, i colleghi, gli studenti. Questa immagine diviene significativa per l'analizzando, non meno significativa del comportamento relazionale concreto dell'analista ... possiamo [ipotizzare che] anche la posizione di base dell'analista, benché non ne abbiamo diretta esperienza durante la seduta, nasca da sentimenti transferali, che incorporano, naturalmente, elementi del mondo interno proprio dell'analizzando" (ibid., p. 533).

La conoscenza "occasionale", cui Bergman si riferisce, non è necessariamente meno frequente o meno rilevante nel caso in cui il paziente non sia a sua volta terapeuta. Se il paziente è egli stesso un terapeuta, le notizie sul ruolo professionale dell'analista interferiranno, io credo, con altri aspetti dell'analista e si infiltreranno nel processo analitico.¹

In questo articolo mi propongo di indagare l'influenza che hanno sul paziente l'immagine professionale dell'analista e le consuetudini dell'ambiente professionale. Mi soffermerò in particolare su un aspetto singolare di questo problema, che è l'esperienza del paziente di essere soggetto di scritti dell'analista.

Utilizzerò come materiale illustrativo il caso di una paziente in psicoterapia intensiva che ha sviluppato delle intense reazioni al fatto che scrivessi su di lei, sia nella produzione onirica sia nelle associazioni coscienti. Descriverò anzitutto come l'elaborazione di questa esperienza si sia inserita all'interno del processo analitico; successivamente, ispirandomi alla prospettiva lacaniana di John Muller (1996), estenderò la riflessione al sé professionale dell'analista in quanto Terzo nella relazione terapeutica.

Descrizione del caso clinico

Alcuni anni fa, scrissi di Nancy, una paziente che stranamente faceva dei sogni riguardanti aspetti chiaramente nascosti della mia vita privata, tra cui il fatto che ho un figlio disabile (Crastopol, 1997).

Allora, nei nostri sforzi di riconoscere e correggere i sentimenti dissociati di dipendenza e gelosia che sorgevano dalla sua identificazione competitiva con mio figlio, risultò determinante per la cura l'esplorazione della sua vita onirica. Come ho già detto in quell'articolo, Nancy è una donna di mezza età, professionista di grande successo, afflitta da una ricorrente e inspiegabile sensazione di dissociazione e paralisi, unita ad una persistente, ma ben mascherata, lieve depressione. È stata allevata da genitori adottivi: una madre narcisista e emotivamente lontana dalla figlia, un padre passivo e inaffidabile. Durante l'analisi, Nancy ritrovò la madre naturale, che si rivelò una donna gravemente depressa e disturbata. Sebbene ella fosse per certi aspetti più affettuosa e più capace di relazione della madre adottiva, aveva davvero poco da offrire alla figlia ritrovata, tanto da risultare, anziché una risorsa, un vero peso per Nancy.

L'esperienza di profonda delusione legata alla madre adottiva prima e alla madre naturale poi, aveva, secondo me, dato luogo, in Nancy, ad un conflitto inconscio tra un profondo desiderio di appartenenza ad una figura stabile, capace di nutrire il corpo e lo spirito, e a una tenace negazione di questo stesso desiderio. Nella relazione terapeutica questo conflitto si manifestava con l'evidente indifferenza al lavoro analitico, con la convinzione che nulla di valido esisteva tra noi e, parallelamente, con una partecipazione sorprendentemente puntuale alle sedute. Nancy era fisicamente presente, ma lontana e scettica sulle possibilità di un rapporto. Nella vita onirica, invece, emergeva una profonda e forte preoccupazione per la relazione terapeutica e per molti aspetti della mia persona e della mia vita fuori dalle sedute.

Il sogno del terzo ricevimento

Cominciai a sentirmi interessata e preoccupata per questo aspetto della cura e, per cercare di capirlo meglio, decisi di riordinare i miei appunti, anche in prospettiva di una pubblicazione. Quando comunicai alla paziente l'intenzione di pubblicare il caso, la prima risposta di Nancy fu quella di incoraggiare con forza il mio progetto.

La sua insistenza mi sorprese, ma la inquadrò come desiderio, che lei e altri pazienti hanno, di prendere parte agli aspetti professionali della vita dell'analista, come modo per sentirsi maggiormente uniti a me. Inoltre, penso che l'idea di diventare soggetto di uno scritto dell'analista possa essere vissuta dai pazienti come possibilità di "parlare" ad una più estesa comunità professionale, sperimentata come fonte autorevole di guarigione, come occasione di rispecchiamento e di ulteriore aiuto. A volte la comunità psicoanalitica più estesa rappresenta per il paziente "il sostegno del mondo".

Nancy ha sempre cercato aiuto nei gruppi, sia che si trattasse dello staff dei campi estivi, sia di club sportivi, di gruppi giovanili ecclesiali o di qualsiasi altra cosa. In questi gruppi lei rifioriva e gli altri si prendevano cura di lei. La partecipazione attiva al gruppo era per lei un nutrimento, laddove l'altro significativo (genitori, ex-fidanzato, ecc..) era venuto meno. Questo può spiegare la sua attrazione per il mio gruppo ed il suo desiderio di entrarvi in contatto.

Sebbene la prima risposta di Nancy al mio progetto fosse stata molto positiva, poco dopo comparve un sogno che esprimeva una forte ambivalenza. Questa la sintetica versione del sogno:

“Lei ed io eravamo nella stanza da letto, al piano superiore di una vecchia casa vittoriana, e stavamo conversando. Eravamo vicine, sedute sul letto su cui si trovavano alcuni suoi scritti professionali. Non sembrava una seduta di analisi, era qualcosa di meno formale. Un individuo - avrebbe potuto essere il senior cui facevo riferimento al college - è entrato e si è seduto ai piedi del letto. Non lo volevamo lì. Sfogliava i suoi articoli ... non erano i suoi appunti o l'articolo che lei ha scritto su di me, ma, forse, articoli che riguardavano l'analisi ... Sembrava uno studente grosso e stupido, un “tontolone”; dava fastidio, non aveva niente da darci. Subito dopo, cercavo nel seminterrato alcuni suoi appunti sull'analisi, una pagina che aveva a che fare con le sue impressioni su di me, che non si trovavano. Nella terza parte del sogno parlavo con Jennifer [la madre adottiva della paziente] che diceva: “Dal momento che questo articolo di giornale non si trova, voglio che tu smetta di vederla”. Le dicevo che non si trattava di un articolo, ma che venivo da lei perché ero stata depressa per tutta la vita. Una volta tanto mia madre appariva indifesa e presa davvero da ciò che dicevo. Sembrava triste per me”.

Nancy ed io, esaminando il sogno scena per scena, notammo che comparivano delle allusioni al fatto che io stavo scrivendo su di lei. La prima parte del sogno rivelava un sentimento di collaborazione, come se io stessi lavorando e lei fosse venuta a trovarmi nel mio studio. Suggesti che la casa poteva rappresentare l'ambiente psicoanalitico, nel quale l'avevo introdotta discutendo con lei la mia pubblicazione. (Mi chiesi se la stessi forzando con questa lettura o se la stessi semplicemente permettendo di esprimere un pensiero inconscio che altrimenti non sarebbe emerso). Rispose che il tontolone poteva rappresentare il mio pubblico, sebbene gli articoli che egli leggeva nel sogno non fossero ciò che avevo scritto su di lei. Temeva che potesse esserci una discrepanza tra ciò che il pubblico avrebbe letto e ciò che realmente accadeva tra di noi, che il nostro lavoro potesse sembrare “sterilizzato”. C'era la sconcertante possibilità di essere sì “presentata” agli altri, ma non conosciuta davvero. (Questo tema ritorna in un sogno che racconterò in seguito). Poi Nancy mi chiese di descriverla nel proseguo del lavoro, il più vicino possibile a come lei era davvero, anche se questo avrebbe lasciato trapelare delle indicazioni sulla sua identità, cosa che sarebbe stata comunque preferibile al mascheramento, causa inevitabile di distorsione, travisamento o “malinteso”.

Questo sogno complesso si presta a molte interpretazioni, inclusa quella della fantasia manifesta sulla mia vita professionale (lo scrivere) come difesa dai problemi preedipici triadici della prima infanzia. Il “tontolone” poteva essere mio figlio che, essendo il “vero” figlio, spiazzava fisicamente la paziente, mentre lei è solo la figlia “adottiva”. Questa interpretazione ci porterebbe indietro agli elementi potenzialmente traumatici nella vita di Nancy, cioè alla sua condizione di figlia adottiva (Ivri Kumin, comunicazione personale). Sebbene questa sia un'ipotesi plausibile, credo che le immagini del sogno e le associazioni della paziente, facciano riferimento anche a qualcosa di più significativo: al trauma adulto della paziente legato al rapporto con una madre insolitamente narcisista e distante e alla ricaduta di ciò sul modo in cui ella sperimenta il mio sé professionale e la comunità analitica con cui mi identifico.

Nel sogno Nancy trasforma la mia persona secondo la percezione che aveva avuto della madre in passato: sono disponibile a stare con lei, ma solo alle mie condizioni e solo sullo sfondo dei miei bisogni. Non difendo il nostro territorio (bozzolo terapeutico) e non prendo sul serio le mie impressioni su di lei. Sono disattenta e tutto sommato indifferente. È lei che preserva il nostro rapporto e difende ciò che soggettivamente speriamo e comprendo di lei. Questa sua percezione di me (simile, peraltro, a quella che aveva avuto del precedente terapeuta) contrasta con l'esperienza reale che ha di me come persona ragionevolmente disponibile e sensibile. In questa discrepanza si può cogliere l'incapacità della paziente a trovare pace e sicurezza nel trattamento e nel mondo in generale.

Sembra che Nancy proietti su di me la caricatura della madre adottiva, non dissimile da quella della madre naturale. Mi sogna distaccata e paralizzata rispetto alla comunicazione sulla natura disastrosa della mancanza di relazione tra lei e la madre. Tuttavia, e più positivamente, sperimentandomi così, crea e rinnova l'opportunità di cambiarmi, di rendermi un genitore adeguato e quindi di giustificare la sua

speranza, per quanto debole, di potere entrare in relazione con me e con altre figure importanti. Naturalmente ha anche presente quanto possa essere frustrante e deludente una relazione più stretta e così rafforza le difese contro la possibilità che il legame terapeutico si evidenzi maggiormente.

L'ultima scena del sogno contrappone implicitamente il mio scritto ad un articolo della madre adottiva su di lei (Jennifer ha scritto per un giornale locale un breve articolo sui successi professionali della figlia). L'articolo della madre sembrava un encomio, ma a Nancy era sembrato vuoto e teso solo ad accrescere l'autostima della madre. In realtà Nancy si sta confrontando con il problema dello scopo del mio scritto: scrivo a suo favore e a favore del trattamento o solo per un'affermazione di me stessa? (In questa linea mi chiedo se e a che livello l'incoraggiamento che ha dato al mio scritto sia stato un atto di complicità inconscia). La paziente sta lottando contro la convinzione che le esigenze e gli interessi personali dell'altro abbiano sempre la precedenza rispetto ai propri; mette a confronto l'investimento egocentrico della madre con il mio investimento narcisistico sul mio ruolo di terapeuta allo scopo di verificare se il mio interesse per lei è prioritario rispetto alle mie aspirazioni professionali, come vorrebbe disperatamente credere, contro la sua stessa convinzione. Di fatto non sa che cosa credere o sentire.

L'esame del sogno ci riporta alla prima scena, al significato degli scritti psicoanalitici posti sul letto. Nancy voleva sapere se le avrei permesso di penetrare negli aspetti teorici del mio lavoro o se sarebbe dovuta rimanere "senza indizi" come il "tontolone". Non era certo una domanda retorica: mi stava chiedendo di farla entrare nella mia relazione con la teoria psicoanalitica.

A quel punto divenni consapevole del contesto entro cui mi muovevo, dove coesistevano tre voci diverse: quella del mio sé analitico (il partner clinico di Nancy), quella del mio sé professionale (la psicologa-psicoanalista) e quella del mio sé personale (il mio aspetto privato). Come analista, ero portata ad indagare sulle sue domande, con l'intento di esplorare la sua psiche e l'esperienza della nostra relazione. Mi rendevo conto che lavorare a un livello più intellettuale avrebbe potuto funzionare da resistenza. Come professionista, avrei potuto attestarmi su un piano più diretto con Nancy, che era una persona colta, se pur profana di psicoanalisi, che cercava di avere maggiori informazioni e una migliore comprensione dell'impresa più importante della sua vita. Come persona, potevo interpretare la sua domanda come una richiesta di condivisione di un ambito significativo della mia vita che, come lei sapeva, senza dubbio influenzava il mio rapporto con lei.

Mentre queste voci, e in particolare l'ultima, risuonavano e si confondevano in me, decisi di rispondere alla sua domanda e vedere che cosa sarebbe successo. Descrissi in poche parole l'orientamento relazionale della sua analisi e le dissi che, secondo questo approccio, non era facile spiegare come mai avesse sognato aspetti, a lei sconosciuti, che corrispondevano alla mia realtà (era questo il tema centrale del mio scritto precedente). Nella gestione delle sue cose, Nancy era un'individualista, ed è per questo, credo, che rispose irritata, ma anche ammirata: "Rischia davvero grosso con questo scritto. Magnifico!"

Vorrei soffermarmi su un problema collaterale legato a questa situazione. Di solito si preferisce non usare termini o concetti teorici con i pazienti, in parte per evitare un'intellettualizzazione collusiva, in parte per evitare il pericolo degli *enactment* di controtransfert (dovuti per esempio a motivazioni esibizionistiche nascoste o a qualsiasi altra cosa del genere). Si tratta di una prescrizione professionale, ma certi pazienti possono ritenerla un espediente tecnico che adottiamo per evitare di rivelare gli aspetti teorici della terapia.

Trasgredendo questa prescrizione, è possibile, però, che i pazienti entrino più profondamente in rapporto con il loro mondo interno, vivendosi di più come alleati nel processo terapeutico. Permettere a Nancy di oltrepassare il limite tra una comunicazione di tipo esperienziale ed una basata su un linguaggio più tecnico sembrava, in questo caso, utile per coinvolgerla più profondamente nel lavoro terapeutico. Inoltre, il fatto che stessi violando il divieto professionale era probabilmente significativo per lei come segnale del mio coinvolgimento, della mia volontà di rispondere proprio a lei come persona, piuttosto che a

lei nel ruolo prestabilito di “paziente”. Questa mia scelta, inoltre, implicava una compromissione della mia immagine professionale a favore dei suoi bisogni. Sono convinta che in questo caso fu particolarmente significativo per lei averle permesso di vedere da dietro le quinte il mio sé analitico (metaforicamente, di guardare dietro la porta della camera da letto dei genitori).

Gli “scritti sul letto” e quanto avevo realmente scritto su lei ponevano a Nancy dei problemi complessi, ma credo che questo sia vero per tutti i pazienti. I problemi riguardano chi sono io nel mio mondo professionale e se Nancy possa o non possa, debba o non debba conoscere questi dati per arrivare a farsi un’idea (forse illusoria) di qualcosa di mio, per esempio della mia affidabilità e della mia integrità. Come analista, seguo una determinata prospettiva teorica e appartengo ad una comunità professionale (il Terzo): Nancy potrebbe esservi accolta? Nel caso di una risposta affermativa, avremmo una situazione ben diversa dall’esperienza che lei ha fatto con la madre adottiva, le cui preoccupazioni e i cui valori sembravano a Nancy in buona misura indicare un atteggiamento di rifiuto da parte sua. Nel caso contrario, il mio ruolo professionale (per la sua natura intrinseca) non avrebbe finito col riproporre a Nancy le frustrazioni già vissute a causa dello scarso investimento di sua madre? Nancy aveva bisogno di mettere alla prova le mie regole professionali e di verificare quanto spazio emotivo le lasciavano.

Credo che a volte in analisi accada che il paziente colga dei limiti nel coinvolgimento personale dell’analista, limiti derivanti in gran parte dalle prescrizioni del metodo. Il paziente sperimenta questa rigidità come una sorta di giudizio negativo o di rifiuto, che lo porta a considerare il sé professionale dell’analista come un ostacolo da sormontare o come un avversario da sconfiggere. In questo modo, a livello inconscio il paziente comincia una lotta, magari stimolando degli autosvelamenti, perché l’analista superi questi limiti. Tanto più l’analista diviene “flessibile”, vale a dire tanto più sembra accessibile a livello personale, tanto più il paziente si sente curato e accettato, riducendo così, almeno temporaneamente, la sua ansia ed accrescendo la sua autostima. Questa flessibilità nel trattamento non deve necessariamente essere ritenuta una “pseudo-cura” o “un’esperienza emozionale correttiva”, come alcuni autori sostengono. Siamo solo in presenza dell’aspirazione del paziente a essere riconosciuto, del desiderio di esplorare degli aspetti nascosti del sé dell’analista per sentirsi visto e maggiormente accettato. Ma questo tema rischierebbe di portarci troppo lontano dall’argomento in oggetto.

La paziente legge il materiale riguardante il suo caso

Riprendemmo il trattamento due mesi più tardi, dopo che Nancy aveva letto il mio articolo. “Deve scrivere meglio - mi disse - mi sono venute più domande che risposte”.

Riteneva che avessi descritto con molta precisione sia lei sia la nostra relazione, ma pensava fosse possibile migliorare la presentazione che avevo fatto di lei. In particolare, desiderava che si capisse meglio che, nel lavorare su uno dei sogni che avevo presentato, non ero stata io troppo disattenta ma lei meno accondiscendente e più ambivalente di quanto avevo scritto. Potevo anche accettare l’ipotesi di una mia difficoltà inconscia a descriverla così infastidita dal mio atteggiamento verso il sogno, come di fatto era stata. Poteva anche darsi che avessi voluto rimuovere il pensiero di averla danneggiata con la mia trascuratezza.

Inoltre voleva che capissi che non era lontana o distaccata dagli altri - o da me! - ma che in lei si svolgeva costantemente una lotta tra l’ammettere e il non ammettere a se stessa il suo coinvolgimento con me, i suoi desideri verso di me e la sua speranza nella terapia. Per di più, sebbene dal punto di vista razionale fosse in grado di cogliere l’importanza che aveva la mia decisione di scrivere su di lei, temeva di bloccarsi se avesse accettato di confrontarsi con il significato emotivo (per me, per lei e per il trattamento) del mio coinvolgimento mentre, tra una seduta e l’altra, scrivevo l’articolo. Era attratta dall’idea che quel mio coinvolgimento riflettesse una forma di dedizione nei suoi confronti, ma questa stessa idea le sembrava assurda. Non poteva prendere in considerazione questo pensiero né tanto meno sostenerlo.

Un processo ripetitivo è ovviamente sotterraneo: Nancy si rivela nello svolgersi della nostra relazione, io registro e assimilo la mia esperienza di lei e, a volte, la descrivo. Poi, attraverso delle intuizioni, delle supposizioni, dei sogni o attraverso la lettura di ciò che ho scritto, Nancy mi mette alla prova per verificare che cosa ho capito di lei e che cosa ho trascurato o perduto. In questo modo, per fortuna, possiamo precisare e condividere quanto è stato detto; io entro in maggior contatto con lei e, quindi, lentamente ma con certezza, si rafforza la sua fiducia in me.

Il sogno relativo alla pubblicazione

Continuai a scrivere. Presentai il mio lavoro durante il periodo in cui Nancy stava ancora leggendo e reagendo al primo articolo. Quando l'articolo venne accettato per la pubblicazione, Nancy riferì un sogno che sembrava rispecchiare in modo inspiegabile il mio separato, ma non poi così tanto, "sé professionale". La paziente sognò che eravamo insieme in classe e ci preparavamo a parlare ad un auditorio di studenti. Lei era l'oratore. Io presentavo il suo intervento, parlando della profondità e dell'ampiezza della sua depressione, della negazione dei suoi sentimenti e della sua straordinaria capacità di funzionare, nonostante tutto, normalmente, tanto che nessuno avrebbe mai immaginato come lei fosse davvero. (Qui emerge un dato importante: sembrava che lei sognasse di me nella mia funzione diagnostica - un altro aspetto delle mie competenze professionali - e della mia intenzione di scrivere questo lavoro). Nel sogno prendeva la parola affermando argutamente di chiedersi come con le sue difficoltà emotive sarebbe mai riuscita a portare avanti il suo intervento. Invece sorprendevo gli ascoltatori con la sua eloquenza sicura, cosa che le sembrava un grandissimo trionfo.

Esaminando insieme il sogno, arrivammo a riconoscere che, per quanto modificasse la mia descrizione introduttiva e ironizzasse su di essa, di fatto non la rifiutava. In realtà, quella fu la prima volta che, interpretando i suoi sogni, colsi Nancy non preoccupata per qualcun altro. Nel sogno, sebbene si trattasse di un discorso molto razionale, invece di una relazione piena di calore, la stavo presentando evidentemente nel modo giusto, non sottovalutando cioè il dolore nascosto in cui viveva e in qualche modo riconoscendo l'incredibile scarto tra il suo comportamento e il suo stato di paralisi interiore. (Anche durante la lettura del primo lavoro, la sua principale preoccupazione era che riuscissi ad avere delle percezioni precise su di lei). Mi colpì inoltre il fatto che Nancy, avendo cercato di liberarsi dal tormento di sentirsi non amata e deprivata, fosse sempre stata in un certo senso una mia "collega" e "collaboratrice", e questo aggiungeva un significato più profondo alla sua identificazione con la mia vita professionale.

Alla fine del sogno, gli studenti le chiedevano indicazioni sulla loro carriera professionale: una volta laureati e avviati nel mondo del lavoro, quando avrebbero avuto di nuovo del tempo libero? "Si chiama collocamento a riposo - ella rispondeva - così si è sicuri di trovare un lavoro che piaccia". Mi è sembrato un messaggio per me e per i miei colleghi analisti, che certo non facilitava il nostro compito. Con Nancy non potrò mai procedere con tranquillità, sentendomi sicura della sua relazione con me e del suo trarre giovamento dal nostro lavoro, come farei con un altro paziente (non posso collocarmi a riposo!). La cosa migliore da fare è prendere in considerazione me stessa e il mio impegno e cogliere le soddisfazioni presenti nel processo. Sebbene Nancy svalutasse i suoi bisogni nella richiesta di una relazione madre-figlia, non fece, per fortuna, la stessa cosa con la richiesta di una relazione terapeuta-paziente.

Essere soggetto di uno scritto dell'analista

La letteratura che ha per tema le ricadute sul lavoro analitico della presentazione o della pubblicazione di materiale del trattamento è relativamente scarsa, forse perché gli analisti comunicano raramente ai pazienti che stanno scrivendo su di loro (cfr. Friedlander, 1995; Pizer, 1996).²

Stein (1988a) si sofferma sui motivi meno positivi per cui l'analista arriva a scrivere o a citare un caso, ipotizzando che questa scelta sia una difesa per prendere le distanze dal trattamento o per cercare delle

autogiustificazioni o un sollievo catartico. Lo scrivere può interferire con il processo analitico, se il paziente ne viene a conoscenza, e quindi, si tende in genere a evitare questa scelta perché introduce un elemento estraneo al trattamento. Stein afferma con una vena di ottimismo: “L’interesse dell’analista a scrivere dovrebbe essere riconosciuto e, se esiste, andrebbe portato in analisi; se si scrive con il dovuto riguardo per la conduzione dell’analisi e per il benessere del paziente, bisogna fare attenzione che non si ottengano degli effetti esattamente contrari a quelli auspicati (Stein, 1988b, p. 393).

Non credo che scrivere sul paziente sia introdurre un elemento estraneo al lavoro analitico, se questa scelta dell’analista viene a far parte dell’esperienza intersoggettiva della diade, che è l’esperienza centrale della terapia. Se minimizziamo o non prendiamo in considerazione la ricaduta che il fatto di scrivere ha sul paziente, è in atto una assolutizzazione o una negazione del nostro desiderio. Anche nel caso in cui i pazienti non siano informati della nostra decisione di scrivere su di loro, non ci vuole molto perché avvertano, in seduta, una differenza nel nostro comportamento verbale o comportamentale, una differenza dovuta all’elaborazione interna dell’esperienza terapeutica tra una seduta e l’altra.

Publicare un caso

“Scrivere su” e “essere oggetto di uno scritto” sono situazioni che fanno sorgere delle domande fondamentali non solo su quella determinata relazione analista-paziente, ma anche su se stessi e sulla natura delle relazioni umane. Il paziente viene “usato” nel senso negativo e colloquiale del termine, cioè oggettivato e spersonalizzato dall’analista (cfr. Stoller, 1988; Gruenberg, 1995)? Se ne accorge? L’analista riesce ad armonizzare i vari aspetti del suo sé (cfr. Bromberg, 1993, 1994, 1996), vale a dire il sé analitico, che è in rapporto con quel determinato paziente, il sé che si esprime nelle parole e negli scritti e il sé che presenta ai colleghi? Il paziente può o deve pensare che l’analista si muova a suo agio tra tutti questi suoi aspetti? Che cos’è il tradimento in questo contesto? Il paziente viene davvero tradito?

Feiner prende esplicitamente in considerazione questi quesiti in un suo articolo intitolato “Sedotto, preoccupato, sconcertato”. Il paziente, di cui Feiner parla, non venne soltanto informato della cosa, ma gli fu anche chiesto di scrivere una valutazione personale della sua analisi da inserire nell’articolo dell’analista. Potrebbe esistere qualche altro modo più diretto di entrare nella vita dell’analista? Nel commento, il paziente presenta un sogno in cui lamenta di “essere bloccato dall’analisi”. L’analista aveva fatto emergere in lui il desiderio di essere salvato, ma non lo aveva salvato davvero, quindi il paziente aveva atteso e sperato invano. Si chiedeva se l’analisi in quanto metodo di trattamento non fosse un “terribile imbroglio” e concludeva che, sebbene l’analista non fosse un imbrogliatore, doveva essere stato lui stesso imbrogliato da quella “grande dea puttana del processo analitico ... spendendo i suoi ultimi anni intrappolato nelle stupidaggini del trattamento” (Feiner, 1996, p. 417).

Il paziente di Feiner si chiede se l’analista sia stato sedotto o truffato dalle stupidaggini della sua professione. L’analista presenta il caso e il paziente ne fa le spese. Sembra che l’esperienza dell’analista come professionista riproduca nel paziente l’esperienza infantile di essere stato emotivamente imbrogliato dalla madre. Questi vissuti sull’analista e sulla sua analisi lo aiutano a reinterpretare e rivedere il significato che hanno per lui la fiducia e il tradimento. Anche la mia paziente ha usato l’esperienza di me professionista per lavorare sulla sua sensazione di mancata sintonizzazione, non alleanza ed egoismo di sua madre. Però, il problema rimane: si sta comunque imbrogliando il paziente? E, se è così, a quale scopo?

Feiner, l’autore-analista, riconosce che ottenere e pubblicare la valutazione del paziente era stato un *enactment* di controtransfert. Con incredibile coraggio aggiunge: “La richiesta che ho fatto al paziente di un breve commento e l’averlo informato della finalità - la pubblicazione - è, nonostante la mia abituale onestà, una rottura del setting analitico ed un chiaro utilizzo del paziente da parte mia. Da dove mi era venuta questa idea? La risposta più semplice e immediata è che invidiavo le sue capacità immaginative ed espressive. Ma si trattava di arricchire l’articolo? Compiacere i miei colleghi? Era la mia pigrizia ... i dubbi

sulla mia originalità, oppure l'aver poco da dire? La scarsa capacità di ricordare i dettagli delle sedute? Che cosa aveva suscitato quell'*enactment* di controtransfert? Non ero consapevole di nessuno di questi pensieri nel momento in cui gli avevo rivolto la richiesta. Averli messi a fuoco e discussi con il paziente, ha permesso di occuparcene. Quest'ultimo punto è centrale nelle analisi interpersonali. È l'opposto della mistificazione e dell'inganno" (ibid., p. 420).

Il paziente di Feiner e, con lui, l'analista, rendono esplicito ciò che credo sia implicito in molte analisi: a volte il paziente è spinto a mettere alla prova l'analista sul piano personale per risolvere dei problemi di affidabilità, e questo allo scopo di potersi sentire pienamente accolto nella situazione analitica. Per molti pazienti questa intensa lotta con la soggettività dell'analista costituisce l'unico modo per affrontare dei problemi personali dolorosi e altrimenti inafferrabili.

Il sé e il discorso professionale come Terzo

Riprendo ora l'argomento iniziale: il bozzolo paziente-analista, per molte e ovvie ragioni, non può essere pensato come qualcosa di completamente isolato e privato. In primo luogo, il sé dell'analista ha molteplici sfaccettature che di volta in volta fanno la loro comparsa nel trattamento. Un secondo punto è che, come il paziente, anche noi riveliamo indizi dei nostri interessi esterni e portiamo in seduta le sollecitazioni che riceviamo dal mondo esterno. Infine, la relazione analitica attiva delle dinamiche indefinibili che influenzano il rapporto terapeutico. Mi sembra che il modello bipersonale - anche quello intersoggettivo in cui viene presa in considerazione l'influenza reciproca - sia insufficiente, da solo, a spiegare la complessità del processo psicoanalitico.

Allargando la discussione e spostandone un po' l'asse, potrebbe essere utile prendere ora in considerazione il pensiero di Muller (1996) sul Terzo³ come schema di riferimento per considerare le influenze della realtà esterna, e in particolare quelle del ruolo dell'identità professionale dell'analista sulla diade. Operando una sintesi creativa delle teorie di Jacques Lacan e Charles Peirce, Muller descrive il concetto di Terzo come un insieme di discorsi semiotici all'interno dei quali si situa la relazione analista-paziente. Il Terzo ha un'incidenza forte ma inespressa, che contiene e pervade la relazione analitica, un campo semiotico delle "risonanze di storia e cultura" inconsce e preconsce (Muller, 1996, p. 189), una specie di grammatica culturale. Il Terzo, come ordine simbolico che inerisce al linguaggio, struttura la relazione tra sé e gli altri e "sostiene" (*holds*) la diade. Questa prospettiva concorda con il costruttivismo sociale: analista e paziente inconsapevolmente immettono complessi sistemi di credenze socioculturali nella co-costruzione dell'incontro analitico (Hoffman, 1991, 1992).

È degno di nota che Muller e altri lacaniani usino, nei loro scritti, l'idea del Terzo con accezioni alquanto diverse. Io stessa uso il termine con molti significati sovrapposti: la comunità professionale e il suo linguaggio, come polo con cui l'analista indirettamente si identifica; ma anche, il sé professionale dell'analista, come terzo fattore nella diade analitica, che completa e si intromette costruttivamente nel modo di stare insieme del paziente e dell'analista, e infine, più difficile da spiegare, come astrazione, l'ordine simbolico che sottostà e permea le nostre vite (in accordo con la spiegazione di Muller).

La prospettiva lacaniana (cfr. Lacan, 1977; Fink, 1995; Muller, 1996; Harari e Moncayo, 1997)⁴ critica, per quel che mi sembra, le linee psicoanalitiche contemporanee (per es. Mitchell, 1993; Ogden, 1994; Aron, 1996) come pure le teorie intersoggettive e il costruttivismo sociale, perché riconoscono solo formalmente, o addirittura ignorano e negano, l'ampio ruolo del linguaggio, della cultura e della semiotica nella strutturazione delle relazioni individuali e interpersonali. Gli autori lacaniani sostengono che, se la coppia paziente-analista si concentrasse sulle specificità idiosincratiche della relazione in atto, probabilmente si avrebbe un risultato terapeutico fuorviante perché il paziente sarebbe portato a un'identificazione e a un'internalizzazione dell'analista come modello o io ideale, supposto più sano. Questo provocherebbe nel

paziente un cortocircuito nella scoperta della natura del suo desiderio (in questo contesto “desiderio” sta per “soggettività” o “individualità”).

Questa critica non mi sembra pertinente⁵, poiché sono convinta che, se è vero che la prospettiva intersoggettiva può sottovalutare l'importanza dell'analista (e alla lunga anche quella del paziente), in realtà si ascolta non solo dall'interno della diade, ma anche, al di là di essa, dal punto di vista del Terzo. Da quest'ultima posizione, assunta solo ipoteticamente come unica perché comunque i nostri punti di vista sono sempre inevitabilmente colorati da residui di soggettività o da fraintendimenti nella comprensione del linguaggio, dovrebbe essere sempre possibile prendere in considerazione quanto il sottostante linguaggio possa impercettibilmente influenzare l'esperienza che il paziente fa del trattamento e dunque la sua riuscita.

In questa linea, la poststrutturalista Jane Flax fa notare la necessità di sviluppare una “sensibilità per l'importanza che setting, analista, teoria e pratica psicoanalitica hanno per il paziente” (Flax, 1996, p. 590).

L'autrice afferma: “La produzione di ‘verità’ nei soggetti e tra i soggetti è resa possibile e in particolare viene vincolata da e in schemi di riferimento. Un aspetto importante del processo analitico, per il paziente e per l'analista, è esplicitare gli schemi di riferimento, il loro uso, i loro limiti e le loro conseguenze ... spesso l'attaccamento a questi schemi è motivato e sostanziato da intensi desideri e investimenti inconsci. Questi schemi strutturano e determinano il modo in cui una ‘nuova’ esperienza viene sentita e interpretata. In questo modo si autoconfermano e si perpetuano (Flax, 1996, p. 590).

Ci sono due “schemi di riferimento” o discorsi particolarmente attinenti a questo problema. Il primo è il discorso dell'ambito personale, l'insieme di regole e di valori alla base di tutte le relazioni intime io-tu. Il secondo è il discorso dell'ambito professionale, che regge la relazione paziente-analista, comprendendo la teoria e la tecnica analitica, gli accordi e le strategie di lavoro, la comunità analitica più estesa di cui l'analista è parte, le aspettative del paziente sull'analisi, le attività professionali extracliniche dell'analista e così via.

L'ambito professionale è estremamente vario e internamente contraddittorio. Hamilton (1996) ha realizzato una importante ricerca empirica sulle preferenze teoriche e tecniche di sessantacinque analisti inglesi e americani che seguono orientamenti diversi e che hanno una certa anzianità professionale. Ha scoperto che le convinzioni teoriche non concordano né tra analisti che condividono uno stesso orientamento teorico, né (ma questo stupisce di meno) tra quelli che seguono approcci diversi. Leggendo le risposte degli analisti intervistati, è possibile cogliere quanto sia ampio il nostro sistema di credenze e quanta contraddittorietà (che sfuma verso l'ambivalenza o l'incertezza) possa esservi nel sistema di credenze, persino in professionisti di lunga esperienza. L'incoerenza e le contraddizioni interne delle regole e della pratica professionale di un analista possono essere elemento di disturbo per il paziente (“Com'è che mi lasci decidere quando voglio usare il lettino e poi mi dai interpretazioni quando scelgo di usare la poltrona?” “Perché davi ai miei sogni più importanza tre mesi fa?”). Alcuni degli analisti intervistati da Hamilton erano stati in trattamento con un analista didatta proprio nel periodo in cui questi stava modificando le sue convinzioni teoriche. Gli ex-analizzandi riferivano che la spinta più profonda alla loro conversione era stata “non il sistema in sé, ma l'esperienza del coraggio e la forza della convinzione e della fede dell'analista didatta nel nuovo sistema di convinzioni” (Hamilton, 1996, p. 26). Questa osservazione testimonia l'importanza, per questi pazienti professionisti, ma senza dubbio anche per gli altri, della fedeltà professata dall'analista verso le proprie teorie di riferimento.

È utile quindi considerare quanto il paziente medio sia influenzato sia dal nostro ruolo professionale (che comprende il sé analitico, che il paziente vede, e il funzionamento professionale, di cui il paziente può avere qualche percezione) sia dai discorsi professionali che introduciamo (siano essi preconsoci o inconsci) per strutturare il trattamento. Per esempio, io seguo un modello analitico secondo cui i ritardi alle sedute possono essere espressione di vissuti significativi verso l'analista, siano essi delle resistenze, delle

rassicurazioni adattive o qualsiasi altra cosa. Interpreto in questo modo il comportamento di David, un mio paziente che è normalmente in ritardo di cinque o dieci minuti e che considera questa sua abitudine niente di più di un suo tratto peculiare. Pensando alle mie caratteristiche personali, egli potrebbe intendere la mia costante attenzione al ritardo come un segno di rigidità o come l'espressione di una eccessiva sensibilità al rifiuto, che ho interpretato nei suoi ritardi. Oppure potrebbe pensare al mio rapporto con il mondo analitico. Potrebbe chiedersi se io non sia semplicemente un automa, vittima della grande dea puttana del processo analitico, come dice il paziente di Feiner. E ciò potrebbe suscitare rabbia verso la mia disciplina o verso di me, che, in quella logica, metterei il valore della disciplina al di sopra della sintonia e dell'intesa con lui. Ma David potrebbe anche avvertire un tono di esitazione o di scusa nel mio atteggiamento e, di conseguenza, chiedersi se per caso io abbia una relazione conflittuale con la mia scuola di appartenenza. Di chi o di che cosa sono al servizio? Sono al servizio suo e del suo processo o sono al servizio della disciplina? Le due cose mirano allo stesso risultato? I dettami della mia disciplina saranno utili a lui?

Questi pensieri possono, evidentemente, essere espressione di una sua resistenza (uno spostamento dell'ansia legata agli elementi inconsci che causano i suoi ritardi), ma potrebbero anche avere una loro validità. Da parte mia, potrei veramente essere frustrata dalle resistenze di David alle interpretazioni del suo comportamento. Di fatto però egli si impossessa di un valore che è proprio della mia professione, quello di credere nelle motivazioni inconscie e nella possibilità di esplorarle. Qualsiasi cenno di un fastidio difensivo da parte mia finirebbe con l'influenzare la sua comprensione di questa fase analitica.

Il paziente dovrà, per prima cosa, porsi il problema di quale discorso usare, personale o professionale, per stabilire il significato della nostra interazione. Potrebbe anche giungere alla conclusione che entrambi influenzino la mia disposizione e il mio comportamento nei suoi riguardi, senza sapere in quali proporzioni. Inoltre il discorso professionale, un insieme di credenze, ipotesi e valori cui ha un accesso limitato, gli apparirà probabilmente come un buco nero. Infine potrebbe darsi che la mia insistenza nel trovare significati inconsci nei suoi ritardi - un'insistenza che avverto come assolutamente necessaria e corretta, essendo immersa nel mio Terzo professionale - potrebbe disturbare la mia capacità di empatizzare con i suoi vissuti.

La prospettiva relazionale contrasta in modo evidente con quella lacaniana. L'obiettivo dell'analista relazionale, soprattutto se segue il post-strutturalismo o il costruttivismo sociale, è di portare entrambi i partner alla comprensione delle forze inconscie in gioco, inclusi i discorsi professionali sul potere e sulla responsabilità nei confronti della relazione paziente-analista. (Per esempio, questi discorsi influenzano la visione che noi diamo del nostro ruolo e quindi l'interpretazione della puntualità o dei ritardi alle sedute). L'obiettivo per il paziente è riconoscere il suo contributo alla "disgiunzione" professionale e servirsi di questa comprensione per aumentare la propria considerazione di se stesso e il legame con gli altri.

L'analista lacaniano e l'analista relazionale sono entrambi interessati ad esaminare (o a de-costruire) la natura e il significato del discorso in atto nella terapia, ma vedono il ruolo del Terzo in modi alquanto diversi tra loro. Il lacaniano mette l'accento sulle difficoltà che il paziente incontra nel fare suo il discorso professionale (per esempio, la mia insistenza o la fiducia reiterata nella mia linea interpretativa). Il legame e la messa in atto degli aspetti professionali sono visti come Terzo che stabilisce un utile limite alla nostra relazione diadica. Il paziente in questo modo è portato a considerare che ho un'alleanza significativa al di fuori della nostra relazione. È questo che gli renderebbe possibile assumere una posizione personale autentica, libera dal desiderio di compiacermi o di conformarsi ai miei supposti desideri. In conclusione, questo "Terzo" sarebbe (dal punto di vista lacaniano) potenzialmente più utile alla crescita personale del paziente di una comprensione approfondita a livello interpersonale o persino intrapsichico.

Voglio fare un esempio. Una paziente americana era in analisi con un analista di madre lingua spagnola. La paziente, che conosceva le lingue, un giorno decise di rivolgersi all'analista in spagnolo, rivolgendosi a lui con *usted* la seconda persona plurale usata in spagnolo nel discorso formale.

Si sentì spiazzata quando l'analista le si rivolse usando anche lui la seconda persona plurale, perché si era aspettata che usasse *iltu*, cioè la seconda persona singolare propria del discorso colloquiale più intimo e affettuoso. La paziente protestò. L'analista, che aveva stabilito un rapporto caldo e intimo nel trattamento, rispose semplicemente e fermamente che intendeva fare ciò che gli sembrava giusto. Sebbene non si trattasse di un'analisi lacaniana, la posizione dell'analista era coerente con il mandato lacaniano di aiutare la paziente a riconoscere la sua esigenza d'intimità come garanzia di sicurezza. La paziente passò diverse settimane oscillando tra sentimenti di offesa, rabbia e umiliazione relative alla risposta dell'analista, ma, nel corso del trattamento, riuscì ad elaborare l'accaduto con maggior profitto rispetto al clima caldo e intimo del passato. L'atteggiamento dell'analista, più che rappresentare un rifiuto, indicava o alludeva alla presenza del Terzo, al di là della realtà diadica condivisa con la paziente, in quanto sottolineava la grande importanza della sua relazione con se stesso. L'affermazione dell'analista riguardo la propria integrità e auto-determinazione rendevano lui e la relazione ancora più preziosi perché, come la paziente ora poteva riconoscere, non poteva controllarli. Con l'aiuto sicuro e costante dell'analista, la paziente si rese conto che poteva sopravvivere e rispettare se stessa, nonostante l'analista avesse rifiutato la sua offerta di intimità.

Presento questo esempio a supporto del punto di vista di Muller secondo cui il concetto di "Terzo" è più utile, rispetto al modello relazionale bipersonale, nella comprensione della relazione analitica e dell'obiettivo della cura.

Applicazione della prospettiva lacaniana al materiale clinico presentato

La prospettiva lacaniana può aiutare a leggere il materiale clinico che ho presentato. Sin dalla nascita Nancy fu evidentemente considerata poco più che un oggetto finalizzato alla gratificazione del "desiderio" della madre adottiva (e per vari aspetti anche della madre naturale). Più di altri bambini fu "oggettivata" e "costretta" ad essere l'estensione narcisistica e la successiva incarnazione della madre. Aveva combattuto per sopravvivere in quella situazione soffocante adattandosi, ma anche cercando di cambiare sia in relazione alla madre sia in relazione al trattamento.

Nonostante le fantasie di Nancy, ella non divenne mai per me "abbastanza figlia", (proprio come io non potrei essere per lei "abbastanza madre"). Questo perché noi, esseri umani, non siamo mai abbastanza l'uno per l'altro, e non certo perché lei di per sé non fosse degna della mia accettazione. Se ci liberiamo dalla pesantezza di incarnare il "desiderio dell'Altro" possiamo sperare, assumendo il nostro desiderio, di diventare "Soggetti" a pieno titolo. È questa la natura irriducibile, stupenda e insieme tragica, dell'esistenza umana. Tutto ciò può essere capito meglio assumendo la prospettiva del "Terzo", il punto di vista "simbolico", tutto sommato esterno, che permette all'analista di esplorare e trasmettere al paziente il suo coinvolgimento nella relazione analitica.

L'esistenza del sé professionale distinto dal sé analitico spezza l'illusione del legame esclusivo madre-bambino. Un ulteriore ostacolo alla crescita di Nancy fu l'assenza di una figura paterna forte che controbilanciasse il suo totale annientamento nei bisogni della madre. Per questo ritengo sia stato un sollievo per lei cogliere come Terzo il mio mondo professionale, nonostante nei sogni la terza persona presente al nostro incontro apparisse come un "tontolone". Nancy, che spesso mi sogna in rapporto a un Terzo, come insegnante in una classe, che fotografa un gruppo di colleghi, o con mio figlio disabile, mi situa nell'"Ordine Simbolico" per vedere se il legame con l'Altro possa fare di me una persona più salda per il suo fine terapeutico.

Avevo quasi completato il presente lavoro, quando mi sono imbattuta per caso nel resoconto di un caso scritto in un'ottica lacaniana (Friedlander, 1995), che presentava delle sorprendenti affinità con la storia di Nancy. Anche Sissy, la paziente di Friedlander, combatteva, come Nancy, contro le conseguenze di un attaccamento e di una sottomissione eccessivi ad una madre controllante e ad un padre lontano e debole. Come Nancy, anche Sissy veniva descritta come incapace di riconoscere i suoi desideri o di controllarsi.

Sissy aveva protestato con forza quando Friedlander le aveva detto di avere intenzione di pubblicare il materiale clinico che la riguardava. Con tono accusatorio gli aveva detto: “Lei sta introducendo un terzo”.

Friedlander commenta: “Il Terzo, che rompeva in modo così allarmante la relazione che si presumeva necessaria al lavoro analitico, veniva a rappresentare, come dimostrerò, il fatto di esistere in una cultura basata sulla parola e sulla rinuncia alla gratificazione pulsionale che ne deriva. La protesta esasperata della paziente esprimeva l’intuizione della perdita della libertà di ingaggiare una battaglia segreta contro i costumi della vita civile ... la supposta perdita di libertà riflette un cambiamento nella struttura psichica che coincide con il passaggio dalla matrice madre-figlia, in cui era stata confinata fino ad allora, ad un nuovo schema significativamente più complesso. La capacità di una scelta riflessiva può svilupparsi solo quando il Terzo si stabilisce realmente come rappresentazione inconscia ... una ristrutturazione psichica di questo tipo si realizzò sotteraneamente nel momento in cui la paziente divenne consapevole del Terzo” (ibid., p. 19).

Sia il resoconto sia la spiegazione dell’autore presentano un forte parallelismo con la mia discussione del caso di Nancy, inclusa la spiegazione dell’autore del significato della vita professionale dell’analista come “Terzo” con cui scontrarsi per favorire la maturazione psichica e l’individuazione del paziente.⁶

Il lavoro sull’intersezione del sé analitico, il sé personale e il sé professionale

L’analista tende a non tenere presenti e a isolare i suoi aspetti personali e gli aspetti professionali extra-terapeutici durante il lavoro terapeutico. Ciò accade in parte per mantenere l’esclusività fittizia della relazione analitica e in parte perché la fedeltà alla teoria e alla tecnica ci rendono incapaci di vedere quello che siamo realmente per il paziente in analisi. Sebbene tentiamo, in buona fede, di essere i nostri migliori “secondi” sé analitici (Schafer, 1983), i nostri pazienti afferrano dei frammenti di quello che siamo, inclusi gli elementi personali e professionali. Pazienti come Nancy, che, nella relazione primaria, hanno sofferto profonde deprivazioni, hanno un bisogno particolarmente forte di riconoscere e recuperare delle parti dissociate dell’analista per creare una forte intesa con una persona intera. Questi pazienti desidereranno ardentemente, come parte del processo riparativo, scoprire ciò che l’analista fa o sente su di loro.

Una delle pazienti di Stoller descriveva così la sua esperienza di stupore riguardo a un passo che l’analista aveva scritto su di lei: “Mi trovavo a divorare ogni parola nel paragrafo che mi riguardava, alla ricerca di indicazioni sulla Sua esperienza di aver scritto su di me, sondando la distanza psichica tra di noi, cercando di immaginare i Suoi pensieri e sentimenti” (Stoller, 1988, pp. 381-382).⁷ Il paziente cercherà di allargare e forse di intensificare il legame relativamente forzato con l’analista per scoprire quali dei sentimenti “nascosti” dell’analista verso il paziente sono presenti nel lavoro professionale.

È probabile che delle incongruenze importanti tra il sé analitico e gli altri aspetti dell’analista vengano ad un certo momento intuite e sperimentate dal paziente, e qualche volta con un effetto sconcertante. Hamilton (1996), commentando la natura bifronte della nostra identità professionale, rileva che, come professionisti, ci si aspetta che operiamo con fiducia e ottimismo, mentre come teorici e ricercatori si pensa che dobbiamo essere scettici. Questa molteplicità può creare in noi una tensione che il paziente, che viene in contatto soprattutto con il nostro lato professionale, leggendo il nostro lavoro, forse non mancherà di scoprire. Nasce allora il problema per la coppia terapeutica della possibilità per il paziente di resistere alla contraddizione e di fidarsi della nostra capacità di lavorare con lui con autenticità ed efficacia nonostante le nostre incertezze.

Riflessioni conclusive

Come Terzo della coppia analitica, l’aspetto professionale dell’analista funziona nella relazione terapeutica sia da disturbo sia da fattore produttivo, protettivo e fortificante. Il pensiero lacaniano ci offre una prospettiva concettuale molto valida per considerare questi problemi. Sarebbe prezioso per i lacaniani

e per i teorici relazionali acquisire una maggiore familiarità con le reciproche prospettive, cosicché ciascuno possa davvero attingere ai contributi teorici dell'altro e trarre profitto dalle critiche, arricchendo entrambe le prospettive teoriche.

Quando l'analista scrive sul trattamento, il paziente si trova a doversi confrontare in modo più ampio con la "persona professionale" e con il legame ancora più ampio con la sua comunità professionale. Paziente e analista dovrebbero insieme diventare più consapevoli e sensibili alla sfuggente presenza del sé professionale e della comunità analitica, perché queste possono diventare personaggi delle loro rappresentazioni interne individuali e di quella che costruiscono insieme.

NOTE

¹ Nello stato di New York, per esempio, agli psicologi è richiesto per legge di fornire ai loro pazienti all'inizio del trattamento una descrizione scritta della loro formazione, dei loro orientamenti terapeutici ed anche della loro "politica" rispetto alla gestione dell'onorario e delle regole. Questa richiesta, che suscita non pochi problemi, ha tra i suoi effetti negativi (certo ce ne sono anche di positivi) quello di richiamare l'attenzione del paziente sul funzionamento professionale dell'analista. Ciò avviene a spese della centralità dell'interesse sugli accordi riguardanti il proprio trattamento, che dovranno essere poi analizzati nel loro particolare significato intrapsichico e relazionale. Il cosiddetto autosvelamento dà origine ad un nucleo attorno al quale il paziente può sviluppare una più ampia (fantasmatica) immagine di quel determinato terapeuta e di tutti gli altri potenziali terapeuti della comunità. La dichiarazione scritta diventa di fatto il manifesto professionale dell'analista, che rivela come egli si collochi rispetto alla particolare cultura professionale del luogo. Di conseguenza, sorge, secondo me prematuramente, il problema del significato della "politica" del proprio terapeuta e di quanto fedelmente egli vi aderisca con un paziente rispetto agli altri.

² Una importante eccezione è un *panel* dell'*American Psychological Association* dedicato a questo argomento, con un'eccellente presentazione di Aron (1998) e Pizer (1998).

³ Questo concetto forse si riferisce, pur differendone sostanzialmente, al "Terzo analitico" di Ogden e alla "matrice interattiva" di Greenberg. A me sembra più vicino al modello del costruttivismo sociale (Hoffman, 1991, 1992) e ai modelli del poststrutturalismo psicoanalitico (Ingram, 1994).

⁴ Ciò che trovo particolarmente utile nella prospettiva lacaniana è, primo, il concetto del Terzo e il peso che viene dato ai discorsi socioculturali; secondo, la sottolineatura del pericolo potenziale che la diade analitica si chiuda in se stessa cosicché la meta della mutualità e dello studio di sé diventi un fine in se stesso; terzo, il fatto di mirare ad aumentare il riconoscimento nel paziente della propria soggettività, compreso il senso di essere un "soggetto agente" e il riconoscimento dei propri limiti; quarto, la notevole sensibilità dei lacaniani a quanto proviene dall'inconscio e il formidabile apparato tecnico con cui lo analizzano. In realtà, il pensiero lacaniano risente della psicologia esistenzialista (May, 1959, 1958; Fromm, 1969) che giudica negativamente la nostra tendenza nevrotica a "fuggire dalla libertà" e a rimanere nel conformismo per evitare le sfide dell'essere.

⁵ Trovo problematica, nella posizione di Muller e di Lacan, la convinzione che un approccio intersoggettivo debba necessariamente dare luogo a gratificazioni così intense e automatiche da impedire inevitabilmente l'individuazione del paziente. Un senso di intimità o di comprensione reciproca non corrisponde a sentimenti di infatuazione reciproca o di totale unità. Sebbene sia d'accordo col fatto che dare troppa importanza agli aspetti particolari della relazione di un analista con un dato paziente possa essere una forma di solipsismo, non concordo con i Lacaniani quando sostengono che il miglior modo per raggiungere la consapevolezza su questo aspetto problematico del funzionamento umano sia ridurre le

potenzialità curative della mutualità della diade analitica. Penso invece che lavorare sulla relazione intersoggettiva analista-paziente fornisca una base sicura per andare oltre. Una volta che come coppia comprendiamo le particolarità della nostra relazione reciproca ed arriviamo a viverle gioiosamente, abbiamo una base più sicura per esplorare il polo contrario, che è quello della nostra fondamentale solitudine e separatezza.

⁶ Qui, però, le nostre strade si sono allontanate significativamente: per Friedlander, attenendosi alla prassi formale lacaniana, il modo più efficace per affrontare il Terzo e portare il paziente ad entrare in contatto con il “discorso dell’Altro” è stato quello di mantenere un relativo silenzio, una posizione non interpretativa e forse frustrante. Il mio approccio è stato quello di parlare apertamente di questo materiale con la paziente per indagarlo ed esplorarlo. L’ho fatto non perché ritenessi che così si sarebbe potuto eliminare il Terzo dal mondo della mia paziente, ma perché la condivisione avrebbe forse chiarito e approfondito il significato emotivo che il Terzo rivestiva per lei e per noi. Il mio resoconto e quello di Friedlander forniscono un significativo contrasto tra l’approccio relazionale e quello lacaniano sul ruolo professionale dell’analista come Terzo.

⁷ Questo episodio tocca l'imbarazzante problema della casuale scoperta, da parte del paziente, della descrizione che l’analista ha fatto di lui in qualche suo scritto. La paziente di Stoller, prima del passo citato sopra, commenta: “Do un’occhiata all’articolo, prima di metterlo via per leggerlo dopo, e mi cade sotto gli occhi la descrizione di un caso. La leggo. Sento una specie di panico. Mi si raggela il sangue. Io ero là, ero la paziente esposta (anche se con circospezione) sulla pagina stampata. Io ero là, descritta, senza che ne sapessi niente. Ero stupefatta. Non potevo, e ancora non posso, esprimere bene i miei sentimenti” (ibid., p. 381). L’esperienza di tradimento è palpabile, così come è degno di nota il contrasto tra la chiara reazione viscerale della paziente e la sua difficoltà ad esprimere ciò che ha sentito. Per un’altra paziente, si sarebbe potuto trattare di una dissociazione nell’azione. Dare nome alle proprie emozioni in questo caso sarebbe difficile perché verrebbe avvertito come un tradimento dell’analista “buono”.

La paziente citata continua: “Il mio vissuto andava dall’orrore all’oltraggio, dal piacere narcisistico all’indignazione. Provavo anche tristezza. Mi sentivo usata, ma anche particolarmente onorata. Ma perché provavo emozioni tanto diverse? Corrispondevano a me e alla mia storia? Corrisponde a ciò che sperimenta un ragazza quando viene toccata dal padre in parti proibite o, generalizzando, si potrebbe dire che è venuto meno il rispetto dei “nostri” confini. Lei ha detto che non mi ha offesa, che era giustificato perché non potevo essere identificata ... È così? Era quello il limite ai suoi sentimenti e i suoi pensieri? Come poteva saperlo non informandomi, non avvisandomi che lei stava trasgredendo i sacri confini, l’infinita fiducia che ripongo in lei?”.

BIBLIOGRAFIA

- Aron L. (1995) *The internalized primal scene* Psychoanal. Dialogues, 5, pp. 195-238.
- Aron L. (1996) *A meeting of minds: mutuality in psychoanalysis* The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Aron L. (1998) *Ethical considerations in the writing of case histories* presentato al Convegno della Division 39 dell’American Psychological Ass.
- Berman E. (1995) *On analyzing colleagues* Contemp. Psychoanal., 31, pp. 521-539.
- Bromberg P. M. (1993) *Shadow and substance: a relational perspective on clinical process* Psychoanal. Psychol., 10, pp. 147-168.
- Bromberg P. M. (1994) *“Speak that I may see you”: some reflections on dissociation, reality, and psychoanalytic listening* Psychoanal. Dialogues, 4, pp. 517-547.
- Bromberg P. M. (1996) *Standing in the spaces: the multiplicity of self and the psychoanalytic relationship* Contemp. Psychoanal., 32, pp. 509-535.

- Crastnopol M. (1997) *Incognito or not? The patient's subjective experience of the analyst's private life* Psychoanal. Dialogues, 7, pp. 257-280.
- Feiner A. (1996) *Bewitched, bothered, and bewildered: some core issues in interpersonal psychoanalysis* Contemp. Psychoanal., 32, pp. 411-425.
- Fink B. (1995) *The lacanian subject: between language and jouissance* Princeton University Press, Princeton, NJ.
- Flax J. (1996) *Taking multiplicity seriously: same consequences for psychoanalytic theorizing and practice* Contemp. Psychoanal., 32, pp. 577-593.
- Friedlander S. (1995) *The "third" party in psychoanalysis: Lacan, the signifier, and the symbolic order* Clin. Stud. Internat. J. Psycho-Anal., 1, pp.17-31.
- Fromm E. (1969) *Fuga dalla libertà* trad. it., Edizioni di Comunità, Milano, 1970.
- Gruenberg P. B. (1995) *Nonsexual exploitation of patients. An ethical perspective* J. Amer. Acad. Psychoanal., 23, pp. 425-434.
- Guntrip H. (1996) *My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott* Internat. J. Psycho-Anal., 77, pp.739-754.
- Hamilton V. (1996) *The analyst's preconscious* The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Harari R., Moncayo R. (1997) *Principles of lacanian clinical practice* Anamorphosis, vol. 1, pp. 13-28.
- Hoffman I. (1991) *Discussion: toward a social-constructivist view of the psychoanalytic situation* Psychoanal. Dialogues, 1, pp.74-105.
- Hoffman I. (1992) *Some practical implications of a social-constructivist view of the psychoanalytic situation* Psychoanal. Dialogues, 2, pp.287-304.
- Ingram D. (1994) *Post-structuralist interpretation of the psychoanalytic relationship* J. Amer. Acad. Psychoanal., 22, pp. 175-193.
- Lacan J. (1977) *Ecrits: a selection* Norton, New York.
- Little M. (1990) *Psychotic anxieties and containment: a personal record of an analysis with Winnicott* Aronson, Northvale, NJ.
- May R. (1950) *The meaning of anxiety* Norton, New York.
- May R. (1958) *Contributions of existential psychotherapy* in May R., Angel E., Ellenberger H. *Existence* Basic Books, New York.
- Mitchell S. (1993) *Speranza e timore in psicoanalisi* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
- Muller J. (1996) *Beyond the psychoanalytic dyad: developmental semiotics in Freud, Peirce and Lacan* Routledge, New York.
- Ogden T (1994) *Subjects of analysis* Aronson, Northvale, NJ.
- Pizer S. A. (1996) *Negotiating potential space: illusion, play, metaphor and the subjunctive* Psychoanal. Dialogues, 6, pp. 689-712.
- Pizer S. A. (1998) *A gift in return: the clinical use of writing about a patient* presentato al Convegno della Division 39 dell'American Psychological Ass., San Francisco.
- Schafer R. (1983) *The analytic attitude* Basic Books, New York.
- Stein M. H. (1988a) *Writing about psychoanalysis: I. Analysts who write and those who do not* J. Amer. Psychoanal. Ass., 36, pp. 105-124.
- Stein M. H. (1988b) *Writing about psychoanalysis: II. Analysts who write, patients who read* J. Amer. Psychoanal. Ass., 36, pp. 393-408.
- Stoller R. J. (1988) *Patients' responses to their own case reports* J. Amer. Psychoanal. Ass., 36, pp. 371-391.