

Joyce Slochower¹

Ricerca Psicoanalitica, 2002, Anno XIII, n. 1, pp. 15-34.

L'esperienza dell'interiorità nel processo analitico²

Traduzione dall'americano di Giovanna Granata.

SOMMARIO

In questo articolo prendo in considerazione lo sviluppo del sentimento di interiorità nella relazione terapeutica. La capacità di accedere alla propria interiorità e di sostenerla riflette un senso di personale solidità che dà per scontata la validità dell'elaborazione personale e la dimensione di intimità personale. Quando questa capacità non è ben sviluppata, le persone si affidano agli altri (incluso l'analista) per essere aiutati ad entrare in contatto, ad elaborare o a gestire la loro esperienza affettiva. Paradossalmente, l'indagine dell'analista sulle dinamiche e i processi intersoggettivi può oscurare anziché chiarire questa difficoltà.

Propongo due approcci alternativi alla situazione terapeutica che sono in qualche modo opposti eppure si completano. Il primo, in cui l'analista che interpreta i temi relazionali, evidenzia l'indagine "attiva" delle dinamiche nella diade. L'altro concerne la dimensione "interiore" dell'esperienza terapeutica, focalizzandosi sul bisogno che il paziente ha di sviluppare o di gestire la propria esperienza affettiva in una relativa assenza di *input* da parte dell'analista.

Vengono presentate due situazioni cliniche: la prima fornisce un esempio dell'uso del silenzio con un paziente che aveva difficoltà ad esprimere i propri sentimenti; la seconda riguarda una paziente il cui bisogno di regolazione delle emozioni la rendeva dipendente dall'analista come oggetto rassicurante.

SUMMARY

Interior experience within analytic process

In this paper, I consider the feeling of interiority as it evolves within the treatment relationship. A capacity to access and sustain one's interiority reflects a sense of personal solidity within which the validity of subjective process and privacy is taken for granted. When this capacity is relatively undeveloped, individuals rely on the "other" (including the analyst) to help them contact, elaborate, or manage their affective experience. Quite paradoxically, the analyst's active investigation of dynamic or intersubjective process may obfuscate rather than clarify this core difficulty. I suggest two alternative approaches to the treatment situation that stand in some tension and yet also complement each other. One emphasizes the "active" investigation of dynamic and dyadic process, wherein the analyst works interpretively and/or around relational issues. The other is organized around the "interior" dimension of the treatment experience, emphasizing the patient's need to develop or manage her affective process in the relative absence of input from the analyst. Two clinical situations are described, the first illustrating the use of

¹ Joyce Slochower, Ph.D. è professore di Psicologia presso l'*Hunter College* e il *Graduate Center* della *City University* di New York; è *Visiting Professor* e supervisore del *New York University Postdoctoral Program in Psychotherapy and Psychoanalysis*; docente presso l'*Object Relations Institute*, il *National Institute for the Psychotherapies* e il *National Training Program*; è *Visiting Faculty* presso il *Psychoanalytic Institute of Northern California*.

² Questo articolo è stato pubblicato in *Psychoanalytic Dialogues*, 1999, vol. 9, n. 6, pp. 789-809 con il titolo *Interior experience within analytic process*. Si ringraziano l'Autrice e l'Editore The Analytic Press Inc. per la gentile concessione..

silence with a patient whose difficulties involved affect articulation, and the second involving a patient whose need for affect regulation made her highly dependent on the analyst for soothing.

Nel mio lavoro clinico mi rendo spesso conto di due esperienze terapeutiche in qualche modo opposte. Una riguarda l'indagine "attiva", interpretativa del processo analitico; l'altra l'esperienza privata, "interiore" della relazione diadica. In questo articolo prenderò in considerazione come si sviluppa l'interiorità nel contesto analitico. Uso il termine "interiorità" come metafora della stabilità, della validità e del carattere privato dell'esperienza personale. Un sentimento di interiorità adeguato implica il sentire, sostenere ed elaborare esperienze affettive in assenza di validazione o di riconoscimento esterni, implica cioè che la propria esperienza non debba essere necessariamente riconosciuta dall'"altro". Questa interiorità è alla base della stabilità emotiva nelle inevitabili fluttuazioni dell'esperienza umana, in particolare, delle esperienze interpersonali.

In un articolo significativo, Bromberg (1991), a proposito del sentimento di "interiorità" del paziente, sostiene che sentirsi capiti, per chi abitualmente vive isolato, rappresenta un grande sollievo. Noi analisti tendiamo a colmare questa sensazione di isolamento con l'interpretazione e il dialogo, approfondendo o entrando in contatto con gli aspetti rimossi, conflittuali o dissociati del paziente. Diamo per scontato che un lavoro analitico attivo fortifica lo spazio interiore, rendendolo comunicabile e quindi diadicamente condiviso.

A volte, tuttavia, si presenta la situazione opposta in cui non è la capacità di relazioni oggettuali ad essere carente, ma l'esperienza stessa dell'interiorità. Allora, quando risulta difficile stare bene con la propria interiorità, la validità dell'esperienza soggettiva viene messa facilmente in crisi dagli stimoli esterni. Una capacità compromessa o debole di accedere e di mantenere il contatto con la propria esperienza interiore incide negativamente su quello che recentemente Slavin e Pollack (1997; 1998) hanno definito come sensazione di "essere attivi" (*sense of agency*) e "avere un genuino dialogo intersoggettivo". Sempre più mi rendo conto di quanto il lavoro interpretativo e l'attenzione all'intersoggettivo possano talmente sedurci da distoglierci dallo sviluppo e dall'elaborazione dell'esperienza interiore. A volte il solo impegnarsi nel dialogo analitico ha l'effetto paradossale di indebolire anziché di promuovere il senso della personale solidità. Può succedere che l'analista spinga il paziente ad assumere una prospettiva esterna in contrasto con l'esperienza di sé, offuscando in questo modo il suo bisogno di un processo interiore, favorito in genere dall'assenza di dialogo, cioè, dal silenzio.

La capacità di vivere e reggere la solitudine è implicita in ogni relazione. Paradossalmente, il senso di interiorità matura quando il paziente sviluppa la capacità di stare solo in mia presenza. Winnicott (1963) accostò questa dimensione importante dell'esperienza umana, all'essere soli in presenza della madre. Pur non avendone elaborato ulteriormente le implicazioni cliniche, per lui la realtà dell'individuo è "isolata, perennemente non-comunicante, perennemente non conosciuta, realmente inafferrabile" (p. 187).

Le origini della capacità di essere soli, quasi certamente, stanno nel contesto intersoggettivo madre-bambino. Ritengo che la capacità dei genitori di tollerare la solitudine promuova il nascente senso di interiorità del bambino, il suo "continuare ad essere" evolutivo. Se i genitori non permettono al bambino lo spazio per "esserci", la capacità del bambino di entrare in contatto e di reggere la propria esperienza interiore probabilmente sarà danneggiata. Una attenzione ansiosa, continua ed intrusiva sullo stato emotivo del bambino interferisce con la sua possibilità di avvertire la solitudine in presenza dell'altro. Implicitamente può prendere il coinvolgimento genitoriale a prova della propria incapacità, modellandosi sull'idea di essere incapace di sostenere la propria interiorità in assenza dello stimolo genitoriale.

Di solito diamo per scontato che i nostri pazienti abbiano più bisogno dei nostri *input* analitici che di

silenzio. I momenti saltuari di intimità o di silenzio del paziente sono, per lo più, considerati come importanti ma secondari (v. Kahn, 1974; Casement, 1985; Modell, 1991, Knoblauch, 1997 e in particolare Coltart, 1991). Bollas (1987) ha messo in luce in modo suggestivo l'uso del silenzio, nella "normale regressione alla dipendenza", quando il paziente entra in contatto con il "conosciuto non pensato", notando come tali periodi siano tipicamente seguiti da un intenso bisogno di raccontare la propria esperienza silenziosa.

Di solito, quando l'analista prende atto dei momenti o periodi di silenzio si aspetta che i suoi pazienti ne articolino il significato, visto che senza parola il senso del silenzio rimane indecifrabile. Prolungati silenzi sono considerati generalmente indicativi di paure inconsce di frammentazione, dissociazione o traumi interni e/o di evitamento della relazione.

Recentemente Bromberg (1991), Aron (1996) e Gerhardt e Beyerle (1997) hanno, tuttavia, rilevato quanto i pazienti, nel corso della relazione psicoterapeutica, sentano il bisogno di mantenere una dimensione di intimità con se stessi.¹

Ritengo che la dimensione interna dell'esperienza terapeutica sia complementare al bisogno del paziente di essere condiviso. Il bisogno di capirsi ed essere capito implica che l'analista aiuti il paziente ad articolare la sua esperienza affettiva con l'interpretazione, il dialogo e l'esplorazione. Qui, però, vorrei affrontare il valore dell'esperienza *non articolata*, esplorando come il silenzio dia luogo a complesse esperienze interiori, soprattutto in quei pazienti il cui senso di "essere" è relativamente fragile e non sviluppato.

L'esperienza di interiorità può trasformare l'isolamento, la frammentazione, il vuoto affettivo e la solitudine in uno stato ricco, complesso e persino piacevole.

Quando un mio paziente è in grado di sostenere e descrivere i propri processi emotivi senza sentirsi coartato a farlo, allora ha l'opportunità di stare in silenzio a sondare i confini dei suoi mutevoli stati interiori e quindi di appropriarsene, anche senza qualcuno che li rispecchi o li interpreti. A volte, la funzione terapeutica del silenzio non è in rapporto, ma antitetica ad una sua accurata verbalizzazione. Là dove la verbalizzazione rischia di deteriorare il processo interno di elaborazione, le esperienze non comunicate possono favorire questo senso di interiorità.

Costruzione di uno spazio interiore e relazionale.

Userò la metafora dello spazio analitico di Winnicott (1971) per descrivere i due modi in cui gli analisti affrontano il processo analitico e l'esperienza dell'interiorità.

Prima, però, voglio chiarire una critica mossa alla metafora dello spazio analitico e, per estensione, alla metafora dell'interiorità. Il mio approccio all'esperienza analitica dell'interiorità fa riferimento ad una metafora spaziale anziché temporale della teoria del processo terapeutico. Una metafora spaziale implica una visione più statica e meno fluida del contesto analitico e del sé. La nozione stessa di intimità o di interiorità suggerisce che il sé è un'entità delimitata, stratificata e permanente nel silenzio dello spazio analitico e non uno stato fluido, discontinuo nel contesto perennemente mutevole della terapia.²

Mitchell (1993) ha efficacemente approfondito la dimensione spaziale e temporale della metafora, sostenendo che l'angolazione temporale coglie in modo più esauriente l'attuale visione di un sé multiplo e discontinuo. Tuttavia ritengo che la dimensione spaziale della metafora dell'esperienza interiore, nonostante l'utilità dell'angolazione temporale, esprima meglio la mia esperienza clinica.

Non uso la nozione di interiorità pensando che quanto è percepito come interiore sia statico, stratificato o rigido. Ritengo invece che l'esperienza interiore altro non sia se non il modo in cui soggettivamente collochiamo all'interno i diversi processi affettivi che, con evidenza, originariamente non sono affatto interiori. Nella stessa linea, uso la metafora dello spazio analitico pensando che l'esperienza di questo

spazio, sia per il paziente che per l'analista, rappresenti un'esperienza in movimento e non statica.

L'ambiguità della metafora dello spazio analitico si presta a essere usata in modi differenti secondo l'orientamento teorico dell'analista e la natura dell'esperienza clinica della singola coppia analista-paziente. L'orientamento teorico comprende, spesso implicitamente, sia la dimensione interiore (privata) che quella attiva (cioè formulata esplicitamente) dello spazio analitico. Incidono sulla scelta teorica una serie di fattori che includono il complesso intreccio delle nostre opzioni teoriche, la personale preferenza per un particolare modo di lavorare e la percezione del modo specifico in cui si organizzano in ogni analisi i problemi e i bisogni dei pazienti. Probabilmente ogni analista tende, teoricamente, a collocare l'efficacia terapeutica su una particolare dimensione del processo, anche se in realtà le sue scelte cliniche si muovono fluidamente tra orientamenti diversi.

Ho preso a prestito (o più precisamente usato) i concetti di Winnicott (1966) di essere e di fare per affrontare due dimensioni centrali del processo soggettivo nello spazio analitico. Winnicott associava l'"essere" con la posizione materna di contenimento ed il "fare" con la funzione paterna attiva. Benché io separi questi concetti da ogni riferimento al genere, ritengo che il "fare" descriva il nostro impegno attivo e relazionale con i pazienti e che l'"essere" rappresenti la funzione analitica di contenimento. Fuori dal setting analitico, penso che il "fare" e l'"essere" rimandino ai sottostanti stati del sé che influenzano molte esperienze soggettive. In scritti precedenti (Slochower, 1996b, 1998), ho trattato più approfonditamente come l'accesso agli stati idealizzati del sé basati sull'"essere" e sul "fare" faciliti la creatività. Lo stato del "fare" permette l'elaborazione delle fantasie e delle idee legate agli oggetti; lo stato dell'"essere" crea un cuscinetto nei confronti del mondo degli oggetti potenzialmente minacciosi, permettendo di immergersi nella realtà della propria mente.

In questo articolo uso il concetto di essere per descrivere il senso di profondità e di plasticità alla base dell'esperienza di interiorità. Gran parte del lavoro analitico promuove sia il senso del fare che quello dell'essere. Si tratta di due dimensioni complementari dell'esperienza terapeutica sempre implicate nel nostro lavoro, qualunque sia il nostro orientamento teorico. In realtà, però, ogni analista tende a privilegiare una di queste dimensioni. Benché non siano in contraddizione, queste preferenze portano a privilegiare determinati aspetti del lavoro terapeutico.

Privilegiare la dimensione attiva, legata agli oggetti, dell'esperienza del paziente, cioè il fare, mi porterà ad accentuare l'espressione verbale dei vissuti. Ascolto e mi impegno nelle dinamiche del paziente, in particolare nel transfert, per sviluppare ed elaborare i suoi elementi inconsci conflittuali, soggettivi ed intersoggettivi. Mettere l'accento sulla dimensione del fare mi indurrà a fare emergere la natura di queste esperienze inconsce e/o co-costruite. Benché non sia necessario privilegiare un'analisi dell'esperienza del paziente attiva o verbale rispetto alla dimensione del silenzio, questa posizione teorica può distogliermi dal valore del processo interiore che si svolge in silenzio. Può anche offuscare il problema della dipendenza emotiva dalla presenza dell'oggetto come mezzo necessario per entrare in contatto, validare o dare sollievo ad un'esperienza emotiva dolorosa.

Per contrasto, l'attenzione alla dimensione dell'essere può aiutare il paziente a sviluppare la percezione di quello che accade al suo interno piuttosto che tra di noi. È questo un tipo di attenzione che rende meno probabile affrontare il processo analitico in modo attivo, poiché tende a considerare il dialogo interattivo e le interpretazioni come interferenze, piuttosto che strumenti per approfondire il lavoro.

L'attenzione al bisogno del paziente di sondare i propri pensieri, le proprie fantasie o ricordi mi porta verso una posizione più ricettiva, più silenziosa e rispettosa del desiderio dei pazienti di rimanere soli in mia presenza. Lo spazio interiore analitico viene, quindi, a privilegiare l'esperienza individuale del paziente rispetto alla dimensione verbalizzata, interpretativa o intersoggettiva. In questa ottica è meno probabile che gli venga chiesto di affrontare gli aspetti relazionali o dinamici della sua esperienza.

La mia distinzione fra atteggiamento attivo o interiore dello spazio analitico è strettamente collegata alla

definizione di Stein (1998) dei due principi del funzionamento affettivo. Stein parla di principio A o espressione degli affetti, secondo il quale il paziente e/o l'analista cercano di identificare, e quindi di tradurre in parole, l'esperienza interiore precedentemente priva di forma. In contrasto, il principio B, o condivisione degli affetti, è alla base del bisogno del paziente di contenere o nutrire inconsapevolmente i suoi stati interni, cui corrisponde la decisione dell'analista di non affrontarli e di non tendere ad esplicitare il loro significato. Collego l'atteggiamento attivo dello spazio analitico con il principio A e quello interiore con il principio B.

Teoricamente sia l'espressione degli affetti che la loro condivisione sono bisogni interiori che inevitabilmente entrano in gioco nel campo relazionale. In ogni terapia il paziente e l'analista creano insieme uno spazio relazionale sia per l'espressione che per la condivisione degli affetti. Il paziente può attestarsi nello spazio analitico interiore o per sospendere l'espressione degli affetti (cioè tendere alla condivisione degli affetti) o per impegnarsi nell'espressione degli affetti nel caso manchi il dialogo diadico. Nel secondo caso, l'indagine relazionale del processo affettivo è più problematica della semplice espressione dell'affetto. Mi sembra, cioè, che l'espressione degli affetti possa essere ulteriormente sdoppiata in interpersonale e diadica o privata e soggettiva.

Secondo me, l'espressione diadica e privata delle emozioni ha luogo solo in uno spazio relazionale connotato dalla mia partecipazione implicita o esplicita che sia.

Il mio paziente ed io collaboriamo nel creare uno spazio che gli consenta di entrare in contatto ed esaminare la propria esperienza: in questo senso, il processo interiore viene anche co-costruito. Adottare una posizione "più silenziosa", vuol dire rispondere a complessi indizi verbali e non verbali da parte del mio paziente che, a sua volta, risponde al mio essere disponibile a questo tipo di esperienza.

A livello teorico, l'esistenza di uno spazio analitico interiore distinto da quello intersoggettivo è stato efficacemente formulato da Ogden con il concetto di "terzo analitico". Il terzo analitico è lo spazio intersoggettivo dove la soggettività del paziente e quella dell'analista si incontrano e si trasformano (Ogden, 1994, 1997). Un concetto brillante e interessante che coglie un aspetto essenziale del processo analitico, ma dubito che colga la dimensione soggettiva, esperienziale di molti momenti clinici in modo esaustivo. Spesso siamo inconsapevoli della complessa sovrapposizione dei due insiemi soggettivi. La comprensione del paziente, in genere, avviene inconsciamente e/o intuitivamente, incentrando la nostra attenzione sulla dimensione interiore o su quella attiva dello spazio analitico, ignari del terzo analitico fino a quando non esaminiamo quei momenti retrospettivamente.

Contenere l'interiorità del paziente

L'esperienza di interiorità si sviluppa, nel processo analitico, nella misura in cui l'analista risponde alla comunicazione inconscia del paziente del suo bisogno di rimanere solo in presenza dell'analista. Se l'analista riconosce che questo bisogno può essere disturbato anziché approfondito dalle interpretazioni o dal dialogo relazionale, è portato ad adottare una posizione più silenziosa e più riflessiva (cfr. Bollas, 1987; Coltart, 1991). Altrove ho suggerito di adottare la posizione di *holding*, sostenendo che nella teoria relazionale esiste lo spazio per questo concetto (Slochower, 1996a). Uso la metafora dell'*holding* per descrivere un tipo di intervento che si rivela utile quando il paziente è incapace di sopportare che io sia un soggetto separato da lui, ossia quando non è in grado di sostenere uno scambio collaborativo. Considero l'*holding* un'esperienza affettiva reale, una metafora dello sforzo dell'analista di fornire un contesto emotivamente contenuto a facilitazione dell'esperienza di sé del paziente. Nel processo di *holding*, il paziente è protetto, benché non completamente, da quegli aspetti della soggettività dell'analista (ad es. una prospettiva diversa), che potrebbero risultare disturbanti in quanto legati alla realtà dell'analista come entità distinta.

L'esperienza di *holding* è proposta dall'analista e accettata implicitamente dal paziente e quindi è co-costruita. Analista e paziente, insieme, attuano il processo di *holding* mettendo fra parentesi gli stimoli esterni discordanti che potrebbero essere disturbanti. Perché il processo di *holding* sia terapeutico è essenziale che l'analista metta fra parentesi e non dissoci o neghi le sue risposte soggettive. Solo così si può stabilire quell'illusione di sintonizzazione analitica, che crea la sicurezza e la risonanza emotiva necessarie all'espressione di stati affettivi variegati. In contrasto con il punto di vista tradizionale sull'*holding* winnicottiano, ritengo che esso non implichi affatto dipendenza, ma una varietà di stati emotivi quali narcisismo, crudeltà e odio.

I momenti di *holding* emergono in genere in situazioni terapeutiche difficili e, in particolare, quando il paziente è poco disponibile allo scambio intersoggettivo collaborativo. Tuttavia, come sfondo, se non come figura, sono potenzialmente presenti in tutte le esperienze terapeutiche, anche quando i pazienti si impegnano nel dialogo intersoggettivo.

Per reggere l'*holding*, l'analista è necessariamente coinvolto in un *self-holding*. Poiché la nostra emotività non è mai assente e raramente è concordante con quella del paziente, dobbiamo sperimentarla pienamente e contenerla anziché comunicarla. Un *self-holding* continuo. L'analista contiene quasi sempre qualche aspetto della propria esperienza soggettiva. Ciò avviene in particolare quando, nei momenti di *holding*, mettere tra parentesi gli aspetti potenzialmente disturbanti della propria soggettività, diventa inevitabile a causa della reattività emotiva del paziente.

Ho parlato finora di quanto sia importante prestare attenzione all'esperienza oggettuale propria e del paziente. Ho sottolineato l'utilità del processo di *holding* nell'aumentare lo scambio collaborativo se l'analista rimane un oggetto separato. L'attenzione sulla dimensione relazionale dell'*holding* ha in qualche modo oscurato, però, l'esplorazione della percezione che il paziente ha di sé o della propria interiorità. Introducendo una prospettiva differente sull'*holding*, mi occuperò ora di come questo fenomeno possa permettere di approfondire l'esperienza di interiorità piuttosto che la relazione oggettuale. A volte, l'*holding* può facilitare la tolleranza della solitudine permettendo al paziente di entrare in contatto, elaborare e contenere intensi stati emotivi non elaborati interpersonalmente, un processo che consente un maggiore accesso all'esperienza interiore, agendo sia come forma di auto-protezione sia come mezzo per l'auto-comprensione.

Penso che troppo spesso trascuriamo il bisogno dei nostri pazienti di entrare in contatto e sostenere processi interiori legati alle emozioni senza passare necessariamente attraverso una loro elaborazione verbale. È solo evitando di introdurre nella terapia la soggettività dei nostri pensieri che lasciamo ai pazienti lo spazio di sondare i limiti della loro interiorità. In questo senso, l'*holding* aiuta i miei pazienti a sviluppare la capacità di contenere se stessi in modo integrato e non difensivo.

Torno ora al concetto di *self-holding*. Winnicott (1960) ha associato il *self-holding* con la difesa del falso sé del paziente dai fallimenti dell'analista. Egli credeva che la funzione di *self-holding* potesse gradualmente venire meno quando il paziente era sul punto di entrare in contatto con il "vero sé". Dal mio punto di vista, invece, il contenere se stessi non rappresenta necessariamente una difesa nei confronti della dipendenza o dell'intrusione. A volte la capacità dei pazienti di contenere se stessi rappresenta un'integrazione non difensiva della funzione di *holding*, un'integrazione che costituisce una vera conquista ed è espressione della capacità di accedere e contenere l'esperienza emotiva quando l'altro non è in grado di ricevere, tollerare o elaborare quello stato interiore.

Interiorità e attività nel processo analitico

Quando consideriamo l'importanza dell'esperienza interiore inespressa, la comprensione della resistenza diventa ulteriormente complicata. Benché la resistenza possa esprimersi con il silenzio, è anche

possibile che un'espressione verbale apparentemente utile veicoli resistenza all'esperienza interiore. In che modo questa complessità incide sulla scelta tra la dimensione interiore o quella attiva del processo analitico? Se accentuiamo il valore e la ricchezza dell'esperienza interiore, saremo portati ad adottare il silenzio per aumentare il sentimento di interiorità. In effetti, le nostre scelte cliniche non sono influenzate solo dalla nostra idea del processo terapeutico e dalla comprensione dei problemi e dei bisogni dei pazienti, ma anche dalle nostre stesse complesse dinamiche. La pressione dei nostri bisogni e delle nostre resistenze influenza inevitabilmente la scelta dei nostri interventi. Così, per esempio, sottolineando il bisogno del mio paziente di sviluppare un sentimento di interiorità, potrei suscitare una resistenza alle pressioni e alle difficoltà legate all'interazione interpretativa. Potrei anche essere spinta ad adottare una modalità relazionale caratterizzata da attività per evitare inconsciamente l'ansia che il silenzio suscita in me e nel mio paziente.

Ogni scelta clinica è una scelta dinamica, perché riflette inevitabilmente il complesso mondo conscio ed inconscio dell'analista.

Il silenzio suscita sempre, in qualche modo, disagio nell'analista. Un paziente che sta zitto o che evita di affrontare le dimensioni dinamiche della propria esperienza suscita molti pensieri e sentimenti, spesso confusi, a causa della tensione intrinseca al silenzio. Come faccio a pensare e a lavorare senza un'esperienza condivisa? Il paziente è impegnato in un processo interno o stiamo sprecando del tempo? Stiamo sfuggendo, il mio paziente ed io, ad una difficoltà o a un conflitto? Il paziente sta aspettando che entri in contatto con lui, o il farlo disturberebbe la sua esperienza interna, danneggiandola più che sostenerla? Sto permettendo il permanere del silenzio per mie preoccupazioni inconscie, per l'effetto negativo che sta avendo su di me? Provo piacere nel nostro silenzio per la sintonia che avverto tra la mia interiorità e l'elaborazione personale del mio paziente? Come posso distinguere un senso di benessere autentico dalle mie fantasie sul silenzio del paziente? Posso fidarmi delle mie intuizioni sui bisogni del paziente se sono incerta sul loro significato?

Indipendentemente dalla nostra ansia per il silenzio, è poco probabile che si risponda in modo non conflittuale al ritiro del paziente nell'esperienza interiore. Dopo tutto, come possiamo fidarci dell'effetto terapeutico di emozioni non comunicate? È molto più probabile sentirsi in ansia, frustrati, impotenti o esclusi e quindi fortemente spinti a portare il nostro paziente silenzioso in un dialogo attivo o, come minimo, ad interpretare il suo silenzio. Eppure facendo così, rischiamo di essere intrusivi, simili a genitori non tolleranti del desiderio di intimità del bambino.

Secondo la mia esperienza, sono due i problemi clinici che portano le persone ad usare l'analisi per sviluppare la propria esperienza interiore.

Per alcuni, l'accesso all'esperienza interiore è in parte atrofizzato e/o non articolato. In questo caso il paziente tende ad appoggiarsi molto agli stimoli ed agli oggetti esterni per avere informazioni sulla propria esperienza emotiva. E questo appoggiarsi allontana il paziente dal senso di validità e di realtà della propria esperienza interiore.

Per altri, si rende necessario stabilire un senso di interiorità non perché, fino ad allora, sono stati incapaci di accedere ai processi interiori, ma piuttosto per un estremo grado di dipendenza dall'oggetto analitico vissuto come rassicurante. Queste persone tendono ad usare le relazioni oggettuali, in modo quasi compulsivo, per gestire e regolare emozioni intense (Silvermann, 1998).

Presenterò due situazioni cliniche che gettano luce su questi aspetti.

L'elaborazione dell'interiorità affettiva

Quando l'esperienza affettiva è poco definita, il paziente può aver bisogno di usare lo spazio analitico dapprima per entrare in contatto e poi per elaborare gradualmente la propria esperienza emotiva. In

questo caso il lavoro analitico esclude il dialogo relazionale ed il processo interpretativo: il paziente si contiene da solo perché ha bisogno di non sapere e di non sentire più del dovuto. Si crea cioè un clima di sicurezza interiore all'interno del quale i processi emotivi possono essere sviluppati organicamente, vissuti interiormente e perfino rimanere in parte sconosciuti. Non comunicando i processi emotivi, il paziente evita diversi pericoli, come, paradossalmente, il rischio di essere capito prematuramente e quello di essere frainteso. Il silenzio funziona come difesa temporanea contro l'intrusione esterna che si dissolve gradualmente con il rafforzarsi della solidità interiore.

Samuel era cresciuto in casa di genitori che tendevano a confondere il ruolo clinico con quello genitoriale. Erano ipersintonizzati sui sentimenti dei loro figli, tanto che dicevano spesso a Samuel quello che stava provando prima che egli stesso lo sapesse. Probabilmente, dal momento che i suoi genitori erano in buona fede e molto sensibili nei suoi confronti, Samuel non riusciva a rifiutare o a protestare contro le loro continue intrusioni nella sua interiorità, adattandosi alle loro affermazioni e ai loro consigli. Egli crebbe, così, sentendosi confuso sulla realtà della propria interiorità affettiva e personale, come se fosse trasparente. Tuttavia questa confusione non era sempre evidente. Samuel era molto abile nell'usare dati esterni per descrivere la propria esperienza, adottando le affermazioni degli altri come se fossero sue.³

Nel contesto analitico trovavo il paziente abbastanza facile da capire. Durante il primo anno d'analisi, aveva iniziato molte sedute descrivendo in modo incerto e vago la sua giornata o il suo week-end, per concludere, spesso, che si sentiva confusamente "turbato" o "a disagio". Provai ad aiutarlo a mettere a fuoco la sua esperienza e a definirla, chiedendogli, per esempio, com'erano questi sentimenti di disagio o di turbamento, dove li sentiva nel suo corpo, in quali altre occasioni li aveva sentiti. Samuel sembrava genuinamente perplesso, incapace di produrre più di quello che aveva già detto, incerto sulla forma precisa del suo vago disagio. Di solito era altrettanto incerto sui motivi della sua reazione, facendo cenno a molte possibilità ma a nessuna "con precisione". Quando formulavo un'ipotesi anche vaga che permettesse di capire il suo disagio, vi si aggrappava affannosamente, come fosse la soluzione di un *puzzle* apparentemente insolubile.

All'inizio, trovavo normale aiutare Samuel ad organizzare la sua esperienza e a darle un significato. Lo spingevo ad esprimere le dinamiche della sua esperienza, senza rendermi conto di quanto il mio "sapere" riproducesse quello dei suoi genitori. Solitamente Samuel accoglieva le mie affermazioni, incentrate spesso sul suo bisogno di compiacere gli altri a discapito della sua soggettività, cioè, per conservare l'amorevole relazione con i genitori, con sentimenti di riconoscenza e di sollievo. Gradualmente, però, divenni consapevole di quanto il mio sforzo fosse inutile, perché Samuel non era in grado di utilizzare la mia comprensione per approfondire la sua. La risposta di Samuel ai miei interventi era di passività. Rappresentavo l'oggetto parentale, funzionando da portavoce emotivo degli stati interiori di Samuel, e perciò spegnevo il suo capirsi da solo.

Samuel tuttavia sembrava disperatamente alle prese con i propri sentimenti e con le domande che gli facevo. Questa sua impotenza non suscitava in me frustrazione, ma un rinnovato desiderio di offrirgli un ambiente per capirsi. Cercai di spiegargli che fra di noi avveniva una riattualizzazione alla base della sua impotenza emotiva. Samuel si dichiarò d'accordo. Capì quello che dicevo, ma non che cosa ci si potesse fare e quindi aspettava che, in un modo o nell'altro, ci pensassi io. Così, anche interpretando la nostra relazione, ricreavo la posizione di colui che sa, mentre lui continuava a porsi passivamente. Il mio tentativo di analizzare l'*enactment* lo riproduceva e Samuel rimaneva in una dipendenza compiacente nei confronti della mia intelligenza analitica, accompagnata da un crescente sentimento di confusione emotiva.

Cominciai a pensare a quanto i miei stimoli interferissero con la sua interiorità. Forse dando più spazio alla sua esperienza interiore, riducendo i miei stimoli esterni, Samuel avrebbe potuto entrare in contatto con la propria soggettività. Avvertivo tutta la sua pressante richiesta di essere salvato dalla sua confusione emotiva e non ero affatto certa che, adottando una posizione più riflessiva e tranquilla, non avrei fatto

sentire Samuel abbandonato.

Fu con trepidazione che, consapevolmente, chiesi a Samuel che cosa ne facesse dei suoi sentimenti, evitando di riempire il silenzio successivo. Samuel reagì con ansia e rabbia a questo mio ritiro. Riconoscevo i suoi sentimenti, ma evitavo di tradurre in parole la sua esperienza, non andando al di là di quanto diceva lui. Lentamente, Samuel cominciò, all'inizio delle sedute, a scivolare nel silenzio. Trovavo difficile tollerare quei silenzi, perché non capivo come Samuel li usasse. Mi chiedevo se si fosse ritirato nel silenzio per compiacere la mia idea o per esplorare, invece, la sua soggettività. Di tanto in tanto, reagivo al mio disagio esprimendo questi pensieri ed altre idee sulle dinamiche di Samuel. Tutte le volte che lo facevo il mio sentimento iniziale di sollievo e di efficacia si trasformava nell'amara consapevolezza che Samuel, accettando passivamente il mio intervento, si ritirava ancora una volta da se stesso e mi ricollocava nel ruolo di arbitro dei suoi stati interiori.

Impercettibilmente, nel corso dei mesi, Samuel cominciò a stare sempre più a suo agio nel silenzio. Me ne accorsi lentamente, notando un cambiamento nella sua posizione sul lettino. Prima stava disteso in modo rigido ed impacciato con la testa leggermente inclinata verso di me, come aspettando un mio stimolo. Adesso si metteva sul lettino in modo più rilassato. Un giorno notai che non era più girato verso di me, ma guardava un acquerello sulla parete di fronte raffigurante un lago. Cominciò a riflettere su quel dipinto grigio e blu, dalla tonalità indefinita. Stava per arrivare una tempesta o per rasserenarsi? Chi stabiliva il senso del dipinto, il pittore o l'osservatore? Sorprendentemente, Samuel non mi chiese una risposta, ma continuò parlando del ricordo della tempestosità delle ferie con la sua famiglia. Fu la prima seduta in cui Samuel fu in grado di pensare ed esprimere i suoi sentimenti, convinto di conoscere la sua interiorità meglio di me.

In quel periodo, Samuel si rifugiava in uno stato quasi onirico, creando un cuscinetto fra lui e me. Riflettere su chi o che cosa avesse provocato i suoi sentimenti minacciava ora di spostare il suo stato soggettivo verso il mondo, distogliendolo da sé. Solo quando Samuel fu in grado di entrare in contatto e di esprimere soggettivamente la sua esperienza interiore, l'autoanalisi fece la sua comparsa nel rapporto analitico. Molto lentamente, cominciò a interrogarsi sulle sue reazioni e ad esplorare la nostra reciproca esperienza. Credo che questo cambiamento esprimesse quel senso consolidato della propria interiorità, prerequisito di ogni relazione genuina, che Samuel aveva acquisito. Compresi che il cambiamento comprendeva l'uso degli aspetti interiori e relazionali (espressi) del processo analitico. All'interno dello spazio costruito intersoggettivamente, Samuel ed io identificammo e denominammo insieme gli elementi della riedizione dell'onniscienza dei suoi genitori.

Samuel, tuttavia, fu incapace di utilizzare la conoscenza acquisita fin tanto che si servì del processo analitico per confermare il senso della sua interiorità stando in silenzio e sentendosi vivo solo in mia presenza. Il bisogno di silenzio di Samuel rifletteva il suo rinunciare all'affettività (Stein, 1998), era un mezzo per padroneggiare le esperienze emotive dolorose. Aveva bisogno di esprimere la sua esperienza emotiva nello spazio analitico interiore, fuori dal rapporto diadico. Se il nostro lavoro si fosse fermato all'ambito interpretativo, molto probabilmente, Samuel avrebbe utilizzato solo superficialmente il processo analitico, non avrebbe affrontato la sua profonda difficoltà di identificare e allargare la propria esperienza emotiva.

Interiorità e sviluppo della funzione di contenimento

Altre persone non fanno fatica ad esprimere i propri stati emotivi, ma non riescono a tollerarli senza un oggetto che li rispecchi. In questo caso i processi analitici relazionali e interpretativi rischiano di diventare un eccessivo affidarsi all'oggetto consolatorio come difesa rispetto all'esplorazione interiore. Il paziente tiene a bada l'ansia orientandosi verso l'oggetto consolatorio. Nel processo analitico, il lavoro sugli aspetti

transferali e sul dialogo interpersonale può, così, far passare in secondo piano il bisogno dell'esperienza interiore. In tal caso, il *self-holding* non può essere usato per stabilire un confine affettivo che tiene al riparo l'analista, ma per contenere, esaminare ed attenuare gli stati emotivi del paziente.

Di professione pittrice, Martha rivelò doti di intuizioni degne di una psicologa relazionale: voleva un'analisi in cui la nostra interazione fosse al centro del dialogo terapeutico. Sin dall'inizio volle che affrontassi e riconoscessi l'influenza che avevo su di lei, chiedendo, inoltre, che esplicitassi le mie reazioni. Regolarmente mi rimandava la mia incoerenza, i miei momentanei ritiri o altre inadempienze; in altri momenti mi esprimeva timidamente il suo affetto.

Martha ed io lavoravamo in modo davvero intersoggettivo. Era molto sintonizzata su di me e non era disposta a "lasciar correre" niente di ciò che avveniva tra di noi. Il suo interesse per me si poteva capire sapendo della sua esperienza precoce con genitori giovani ed egocentrici, molto critici e piuttosto immaturi, che spesso la facevano sentire sola ed inadeguata. Martha riscopriva e cercava di compensare quella sua solitudine con me. Era per lei particolarmente importante che accettassi e riconoscessi esplicitamente l'effetto negativo che avevo su di lei e che prendessi in considerazione il modo in cui avevo contribuito al suo disagio. Accettando la sua richiesta, venivo a rappresentare un oggetto diverso dai suoi genitori, incapaci di tollerare il suo bisogno di intimità o i suoi sentimenti negativi. Tuttavia Martha mi percepiva simile a loro perché, come sua madre, in ultima analisi, ero autocentrata. Per lei, infatti, uscivo allo scoperto solo quando aveva bisogno di me; rivolgevo la mia attenzione ad altri pazienti o alla mia vita personale, meritando così la sua rabbia e la sua diffidenza. Martha era molto attenta a come la vivevo. Per esempio, notava, molto accuratamente, che trovavo faticoso essere costantemente analizzata da lei, ma che mi piaceva anche l'intensità del suo coinvolgimento.

Negli ultimi sei anni, i rapporti di Martha sono diventati più profondi e complessi. Era più consapevole della presenza della rabbia e dell'invidia nei suoi rapporti più intimi. Spesso veniva in seduta angosciata e, di solito, se ne andava più sollevata. Ritengo che la disponibilità a mettere in gioco la mia soggettività e specialmente i miei errori abbia rappresentato per lei un evento molto importante. Tuttavia, Martha presentava ancora un'intensa vulnerabilità alle critiche ed un grande bisogno di una relazione genitoriale intensa ed accettante.

Questa constatazione mi portò a verificare la funzione di un lavoro attivamente interpretativo o relazionale, perché sospettavo che questo tipo di intervento proteggesse Martha dall'esperire la sua interiorità emotiva ed avesse perciò una funzione difensiva. Martha aveva costantemente bisogno di me per essere aiutata a elaborare e padroneggiare i suoi sentimenti di rifiuto, vulnerabilità, invidia e rabbia. Solo quando ascoltavo, interpretavo e/o contenevo la sua emotività, trovava una conferma soddisfacente della sua influenza sugli oggetti. Più precisamente, l'urgenza della sua emotività trovava sollievo nell'evidenza esplicita che avevo colto e capito le fonti della sua angoscia e che non era sola ad affrontarla. In pratica, la difficoltà a tollerare l'esperienza di interiorità e la solitudine che essa comporta, problema principale di Martha, si radicava nel nostro impegno intersoggettivo.

Il nostro lavoro interpretativo ed interattivo non aveva affrontato il problema terapeutico più importante perché Martha usava lo scambio analitico per allontanare il dolore della solitudine. Per lei la solitudine era tormentosa ed assoluta. I suoi sentimenti la schiacciavano e la spaventavano; si sentiva totalmente incapace di gestire ansia ed angoscia, diventando frenetica finché non trovava qualcuno che l'ascoltava empaticamente. La sua tolleranza dell'esperienza interiore era limitata, poiché la gestione dei suoi stati affettivi dipendeva dal mio riconoscimento e dalla mia convalida. In questo senso Martha aveva bisogno di sviluppare la capacità di fare esperienza e di vivere interiormente i propri sentimenti in assenza di un oggetto che li convalidasse. Senza questa possibilità, sarebbe stata sempre dipendente dagli altri la cui presenza era necessaria a tollerare e attenuare il peso della sua soggettività.

Poco prima dell'interruzione estiva, Martha iniziò una seduta riflettendo sul complesso dei suoi svariati

sentimenti. Poi la sua voce andò scemando e, per la prima volta, divenne silenziosa. Il suo silenzio mi colpì, perché, benché se ne stesse tranquilla sul lettino, l'intensità dei suoi sentimenti era leggibile nel suo viso e nel linguaggio corporeo. La ricchezza emotiva di quel silenzio era tale che non riuscivo a pensare di interromperlo. Non c'era altro da fare per accedere al suo significato. Insolitamente rimanemmo in silenzio per il resto della seduta. Quando dissi che il tempo a nostra disposizione era finito, Martha si mise a sedere, mi guardò con grande intensità e, in modo del tutto nuovo, uscendo mi disse: "Grazie". Martha non parlò più di questa seduta, ma cominciò ad affrontare la nostra separazione con minor ansia. Ero consapevole del mio desiderio di chiederle qualcosa su quella seduta trascorsa in silenzio, ma sentivo che era meglio non farlo a discapito della chiarezza sul suo significato.

Quando ricominciammo in autunno, le sedute di Martha iniziarono e finirono con un silenzio di circa dieci minuti. Ogni tanto, le chiedevo come viveva il silenzio. "Ho bisogno di stare tranquilla con Lei, è bello stare con Lei immersa nei miei sentimenti". Di solito dice poco di più. La ricchezza di quei momenti mi permette di vivere abbastanza piacevolmente il suo silenzio, nonostante il mio desiderio di "entrare" e sapere che cosa sta succedendo. Sento un livello più profondo e più genuino di contatto con lei, come se Martha usasse me e gli altri in modo più libero e meno come specchio. Sono anche consapevole che Martha conta meno su di me per regolare i suoi affetti. Ora mi porta la sua esperienza, a volte elaborata, permettendomi di lavorare sul suo significato anche al di là dell'esperienza transferale. Sembra che Martha usi il silenzio per creare momenti di tenuta emotiva. Si permette di sentire e di contenere le sue forti emozioni senza usare me per validarle o rassicurarsi. Così, tollera la sua esperienza emotiva in mia presenza senza coinvolgermi come suo oggetto o come suo testimone. È ovvio che rappresento un testimone silenzioso. Martha si sente sola in mia presenza, non sola in assoluto. Le dimensioni relazionale e interiore del processo analitico sono reciproche ed intrecciate, poiché è stato il nostro lavoro intersoggettivo e interpretativo a chiarire il suo bisogno di sviluppare la sua interiorità. Spero che proprio questo lavoro consenta a Martha di stare in una relazione oggettuale partendo dalla propria interiorità.

Ci possiamo chiedere se avrei dovuto porre a Samuel e a Martha la questione del significato dei loro silenzi. Avrei potuto chiedere in che misura i silenzi erano frutto del dialogo analitico, quali erano i loro significati dinamici e come parteciparvi. Però, se il paziente ha bisogno dell'esperienza emotiva di starsene da solo, allora introdurre una richiesta, benché utile ad un certo livello, pone un problema non indifferente. So benissimo che rimane da vedere se riuscirò, alla fine, con Samuel e Martha a decostruire quei momenti di silenzio.

Ho centrato la mia attenzione sul problema clinico posto da persone la cui difficoltà riguarda l'espressione e la regolazione degli affetti; anche chi riesce, però, più facilmente a legittimare i propri processi interiori e può ritrovare la tranquillità da solo, a volte ha bisogno dell'intimità dell'esperienza interiore nell'ambito del setting. Come ha detto Winnicott, gli aspetti non conosciuti, non comunicati dell'esperienza umana sono dappertutto. In certi momenti, il solo atto di verbalizzare i nostri processi soggettivi li diluisce e li svuota della loro ricchezza e della loro consistenza. Proteggiamo quello che è nostro e privato non perché temiamo la perdita dell'oggetto, ma perché la nostra interiorità in quel momento ha più importanza dello scambio intersoggettivo condiviso. Credo che questo valga sia per noi che per i nostri pazienti.

È comunque auspicabile che il lavoro interiore ad un certo punto giunga allo scambio analitico. In effetti paziente e analista spesso anticipano il dialogo relazionale anche nello spazio analitico interiore, a espressione del complesso intrecciarsi di queste due dimensioni dell'esperienza. Credo che la nostra capacità di entrare rispettosamente nel processo analitico, usando sia lo spazio analitico interiore che costruendone uno attivo, sia indispensabile per integrare un solido senso di interiorità con la capacità di esplorazione e di dialogo intersoggettivo.

NOTE

- ¹⁾ In una discussione sulla psicoanalisi infantile, Fonagy e Target (1998) hanno descritto la funzione riflessiva del bambino e notato che la capacità del bambino di capire o “leggere” la mente delle altre persone riflette la consapevolezza della propria esperienza psichica. Fonagy e Target hanno sottolineato la “mentalizzazione” come traguardo evolutivo e la sua importanza nel contesto relazionale. La mia opinione è che la capacità di usare la funzione riflessiva è strettamente correlata ad un profondo senso della realtà e validità dell’esperienza interiore.
- ²⁾ Cushman (1990, 1995) ha ulteriormente criticato il concetto di sé della psicoanalisi contemporanea sostenendo che il sé vuoto che aspetta di essere riempito è una costruzione del pensiero occidentale contemporaneo e quindi ampiamente culturale.
- ³⁾ Una risposta all’intrusività genitoriale simile a quella che cito qui è stata descritta da Kohut (1977, pp. 146-151) quando parla del suo lavoro con i figli di psicoanalisti. Kohut ha descritto l’esperienza del sentirsi capiti empaticamente da genitori in buona fede che dicevano di “conoscere i pensieri, i desideri, i sentimenti dei propri figli più dei figli stessi”. In analisi questi pazienti accettano allo stesso modo gli interventi dell’analista. Mentre io sottolineo il bisogno di intimità di questi pazienti, Kohut raccomanda che l’analisi affronti questo problema con interpretazioni che riguardino il bisogno del paziente di proteggersi dall’esperienza di invasione per promuovere il consolidamento del sé. Sono grato al Dr. Franco Paparo per avermi segnalato questo materiale.

BIBLIOGRAFIA

- Aron L. (1996) *A meeting of minds* Hillsdale, The Analytic Press, NJ.
- Balint M. (1968) *Il difetto fondamentale* in *La regressione* trad. it., Cortina, Milano, 1983.
- Benjamin J. (1995) *Soggetti d’amore* trad. it., Cortina, Milano, 1996.
- Bollas C. (1987) *L’ombra dell’oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato* trad. it. Borla, Roma, 1989.
- Bromberg P. (1991) *On knowing onès patient inside out: the aesthetics of unconscious communication* Psychoanal. Dial., n. 1, pp. 399-422.
- Casement P. J. (1985) *Learning from the patient* Guilford, New York.
- Coltart N. (1991) *The silent patient* Psychoanal. Dial., n. 1, pp. 439-454.
- Cushman P. (1990) *Why the self is empty* Amer. Psychol., n. 45, pp. 599-611.
- Cushman P. (1995) *Constructing the self constructing America* Addison-Wesley, New York.
- Fonagy P., Target M. (1998) *Mentalization and the changing aims of psychoanalysis* Psychoanal. Dial., n. 8, pp. 87-114.
- Gerhardt J., Beyerle S. (1997) *What if Socrates had been a woman? The therapist’s use of acknowledgement tokens as a nonreflective means of intersubjective involvement* Contemp. Psychoanal., n. 33, pp. 367-410.
- Kahn M. (1974) *The privacy of the self* International Universities Press, New York.
- Knoblauch S. H. (1997) *Beyond the word in psychoanalysis* Psychoanal. Dial., n. 7, pp. 491-516.
- Kohut H. (1977) *The restoration of the self* International Universities Press, New York.
- Mitchell S. (1993) *Speranza e timore in psicoanalisi* trad. it., Boringhieri, Torino, 1995.
- Modell A. (1991) *Resistance to the exposure of the private self* Contemp. Psychoanal., n. 27, pp. 731-737.
- Ogden T. (1994) *Soggetti dell’analisi* trad. it., Dunod-Masson Milano, 1999.
- Ogden T. (1997) *Rêverie and interpretation* Aronson, Northvale, NJ.
- Silverman D. (1998) *The tie that binds: affect regulation, attachment and psychoanalysis* Psychoanal. Psychol., n. 15, pp. 187-212.
- Slavin J., Pollack L. (1997) *The poisoning of desire: the destruction of agency and the recover of psychic integrity in sexual abuse* Contemp. Psychoanal., n. 3, pp. 573-593.
- Slavin J., Pollack L. (1998) *The struggle for recognition: disruption and reintegration in the experience of agency* Psychoan. Dial., n. 8, pp. 857-873.
- Slochower J. (1996a) *Holding and psychoanalysis: a relational perspective* Hillsdale, The Analytic Press, NJ.
- Slochower J. (1996b) *Holding and the evolving maternal metaphor* Psychoan. Rev., n. 83, pp. 195-218.

- Slochower J. (1998) *Illusion and uncertainty in psychoanalytic writing* Internat. J. Psycho-Anal., n. 79, pp. 333-347.
- Stein R. (1998) *Two principles of functioning of the affects* Amer. J. Psychoanal., n. 58, pp. 211-230.
- Winnicott D. W. (1960) *Ego distortions in terms of true and false self* in *The maturational processes and the facilitating environment* International Universities Press, New York, 1965.
- Winnicott D. W. (1963) *Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites* in *The maturational processes and the facilitating environment*. International Universities Press, New York, 1965.
- Winnicott D. W. (1966) *The split-off male and female elements to be found in men and women* in *Psychoanalytic explorations* Harvard University Press, Cambridge, MA, 1989.
- Winnicott D. W. (1968) *Gioco e realtà* trad. it., Armando, Roma, 1974.