

Malcolm Owen Slavin, Daniel Kriegman¹

Ricerca Psicoanalitica, 2002, Anno XIII, n. 1, pp. 61-88.

Verso una teoria del conflitto, della negoziazione e della mutua influenza²

Traduzione dall'americano di Maria Luisa Tricoli.

SOMMARIO

Facendo riferimento agli interessi consci e inconsci del singolo, gli Autori descrivono con profondità le motivazioni a volte divergenti presenti nella psiche dell'analista e del paziente. Ispirandosi al concetto winnicottiano di "odio" interno per l'altro, esplorano la natura degli interessi individuali, che a vicenda creano un conflitto mutuo, inevitabile, ma normativo tra analista e paziente.

SUMMARY

Why the analyst needs to change: toward a theory of conflict, negotiation, and mutual influence in the therapeutic process

Malcolm Slavin and Daniel Kriegman use their understanding of a person's conscious and unconscious self-interest to give texture and depth to the sometime-diverging motivations residing within the psyches of analyst and patient. The authors draw on Winnicott's keen articulation of internal "hatred" toward the other to explore the nature of the individual's self-interested bias, which in turn creates a mutual, inevitable, but normative conflict between analyst and patient.

Se ci addentriamo nei meandri dei vissuti dei pazienti, inciampiamo nel grosso ostacolo dei nostri interessi e lo stesso ostacolo ci si presenta quando tentiamo di capire il desiderio dell'altro (McLaughlin, 1995).

Lo scopo di questo articolo è di fare luce su un aspetto fondamentale del processo terapeutico, un aspetto che ne costituisce il nucleo più profondo ed è contemporaneamente centrale in tutte le relazioni umane: l'esperienza e il ruolo del conflitto interno e del conflitto interattivo (interpersonale) del paziente e dell'analista. Non possiamo, tuttavia, parlare di conflitto senza occuparci nello stesso tempo della presenza dell'inganno e dell'auto-inganno quali esperienze strettamente inerenti al problema. Cercheremo di affrontare il conflitto, l'inganno e l'auto-inganno in una prospettiva generale che vada al di là del linguaggio specifico della tradizione psicoanalitica. Il nostro punto di vista sarà così più comprensibile e accettabile per quei lettori che non condividono più l'assunto classico che il conflitto e la difesa derivino da strutture pulsionali e che non considerano più il transfert e la resistenza unicamente come distorsioni individuali e intrapsichiche della realtà. Oltrepassando l'ottica relazionale e intersoggettiva proporremo, però, delle considerazioni sulla natura del conflitto differenti anche dall'usuale punto di vista di quegli studiosi che

¹ Malcolm Owen Slavin, Ph.D. è presidente del *Massachusetts Institute for Psychoanalysis* in cui è analista supervisore e docente. È, inoltre, *Director of Training* presso il *Tufts University Counseling Center*.

Daniel Kriegman, Ph.D., è docente del *Massachusetts Institute for Psychoanalysis*. È fondatore e coeditore della rivista psicoanalitica *Self & Other: Critical Debates* e fondatore del *Psychoanalytic Institute for Couple and Family Therapy*.

² Questo articolo è stato pubblicato, in una versione più ampia, in *Psychoanalytic Dialogues*, 1998, 8, 2, pp. 247-284 con il titolo *Why the analyst needs to change: toward a theory of conflict, negotiation, and mutual influence in the therapeutic process*. Si ringraziano gli autori e l'Editore, The Analytic Press, per la gentile concessione.

lavorano con paradigmi relazionali, intersoggettivi e costruttivisti. In particolare, tratteremo il tema del conflitto nella relazione terapeutica facendolo derivare da interessi (identità e bisogni) intrinsecamente divergenti dell'analista e del paziente. Descriveremo l'inganno e l'auto-inganno come fenomeni inerenti al conflitto e il complesso processo di negoziazione necessario per affrontarli.

Il conflitto come costituente essenziale dell'essere in relazione

Consideriamo l'incredibile affermazione di Winnicott (1950): "La madre odia il bambino fin dall'inizio" (p. 73). Winnicott non parlava di madri cattive o non adeguate, ma di madri dedite, "abbastanza buone". Non crediamo che abbia mai parlato semplicemente di "odio" (affetto o stati affettivi) in quanto tale; certamente non di "un istinto distruttivo" primario. Crediamo, invece, che alludesse alla dimensione affettiva di una realtà più ampia e fondamentale delle relazioni umane: il conflitto d'interesse assolutamente ineludibile e presente anche tra due persone che condividono la più intima e mutua delle relazioni in cui la naturale empatia e l'amore costituiscono il legame affettivo predominante. Nell'introdurre il termine "conflitto d'interesse", "interesse per se stessi" intendiamo dire semplicemente che, come esseri sociali, *abbiamo sviluppato un complesso progetto naturale di costruzione di noi stessi sulla base di una raffinata sensibilità per l'affermazione dei nostri interessi all'interno della matrice dei legami e delle tensioni suscitati dagli interessi degli altri*. Questo aspetto del nostro disegno umano, funziona, consciamente e inconsciamente, da principio motivazionale superiore che governa l'organizzazione di molti nostri desideri ed emozioni (vedi Slavin e Kriegman, 1992).

Nell'articolo, *Hate in the countertransference*, in cui afferma l'esistenza dell'odio della madre per il bambino, Winnicott non parla solo dei rapporti tra madre e bambino, ma anche dell'analista affermando: "L'analista deve considerare se stesso nella stessa posizione della madre con il neonato" (p. 73). Winnicott introduce qui il concetto di "controtransfert obiettivo", con cui si riferisce a quegli aspetti dei sentimenti del terapeuta nei confronti del paziente che non derivano da una patologia del terapeuta, né da una patologia del paziente e neppure dal particolare carattere del terapeuta o dallo stile con cui egli interagisce con il carattere e lo stile del paziente. Il cosiddetto "controtransfert obiettivo" sembra riferirsi semplicemente a sentimenti, spesso paura e odio, che coesistono con l'amore. La paura e l'odio, che secondo Winnicott sono alla base delle relazioni umane, sembrano dipendere da ciò che appare come un "risucchio psichico" tra due esseri distinti che interagiscono intimamente.

Con una determinazione spesso inconscia, ognuno dei due tenta di usare l'altro attraendolo nel suo mondo soggettivo e nello stesso tempo resiste andando nella direzione opposta. Ognuno di noi ha bisogno di "usare" l'altro per costruire la propria identità e pertanto vuole, e non può non volere, interessarsi alla soggettività dell'altro. Ma ognuno tenta di ridefinire l'altro in funzione propria (e insieme di accettare e resistere alla ridefinizione di sé da parte dell'altro). Definiamo queste tensioni, universalmente presenti nelle relazioni "risacca", perché come la forza della risacca è presente al di sotto dei movimenti della marea, allo stesso modo queste tensioni operano inesorabilmente al di sotto di tutti i comportamenti umani.

Winnicott osserva, inoltre, che: "C'è un nucleo profondo della personalità che non comunica con il mondo degli oggetti percepiti e che l'individuo sa... non poter essere mai comunicato o influenzato dalla realtà esterna" (p. 187).

Questo "nucleo profondo" non si riferisce solo ad un inevitabile sforzo di proteggere gli aspetti vulnerabili del sé, ma anche a una capacità adattiva di creare e sostenere il sé di fronte a conflitti, deviazioni e inganni normalmente presenti nella comunicazione e nei rapporti che, nonostante la mutualità, includono sempre interessi significativamente competitivi. Esiste nel normale mondo relazionale una continua tensione, una rete di scopi conflittuali e condivisi sostenuti e amplificati, come nota Havens,

dalla nostra capacità umana di: “usare il linguaggio [non solo per esprimersi e comunicare, ma anche] con lo scopo di nascondere i nostri pensieri... rendendoli conformi ai vari pregiudizi. Ogni incontro umano è per questo uno scontro di punti di vista diversi in cui il linguaggio connette o cancella le differenze” (1997, p. 526).

Come Winnicott (1963) dice ancora: “Le persone sane comunicano e godono del comunicare, ma è ugualmente vero che ogni individuo è un essere isolato, che non comunica mai e rimane sconosciuto, in realtà non trovato” (p. 187).”

Ancora una volta Winnicott (ed Havens), nonostante la presenza di autentiche finalità condivise, descrive la tendenza fondamentale dell’essere umano a costruire le comunicazioni inconsce in modo da salvaguardare inevitabilmente i propri interessi, dando altrettanto naturalmente per scontato che le comunicazioni degli altri siano ugualmente caratterizzate dalla stessa tendenza.

Il nucleo profondo di cui parla Winnicott, quindi, non è una roccaforte muta o irrigidita, ma un aspetto adattivo della configurazione del sé, che dall’interno, naturalmente, ci sollecita con un messaggio di questo tipo: “Controlla ogni comunicazione, ogni relazione; nonostante l’apparente coincidenza, il mio interesse personale è unico e solo in parte condivisibile; gli altri, anche se mi amano, tenderanno ad agire più nei loro interessi che nei miei”.

Il “nucleo profondo”, secondo la nostra opinione, non è una “cosa” o un contenuto fisso e immutabile dentro di noi. È una metafora che cattura l’essenza di un processo attraverso il quale organizziamo ogni esperienza interattiva, codificando selettivamente le comunicazioni in uscita e decodificando le comunicazioni in entrata. Questo processo limita il potere modellante e l’influenza che l’esperienza interattiva (sociale) potrebbe avere sulla plasticità della psiche umana. Il “nucleo profondo” fa emergere la natura paradossale dell’adattamento umano al mondo relazionale: per creare e mantenere un senso del sé, incluso il senso dei nostri interessi, dobbiamo continuamente apprendere e incorporare aspetti del mondo relazionale. Dobbiamo essere influenzati e accettare questa influenza per diventare noi stessi. Eppure il mondo relazionale, intrinsecamente ambiguo, tenderà, anche nelle migliori circostanze, a fare i suoi interessi, a rappresentare le sue costruzioni come reali, a delineare dei fini e dei legami molto più vicini e in apparenza altruisticamente rispondenti ai nostri interessi di quanto in realtà non sia.

Le osservazioni di Winnicott sull’“odio” presente “fin dall’inizio” e sul “nucleo profondo che non può essere mai comunicato o influenzato dalla realtà esterna” si riferiscono ad aspetti fondamentali della nostra realtà psicologica, essendo costituenti vitali della relazione. Dal nostro punto di vista, Winnicott non si riferiva ad una sintonizzazione con la realtà del conflitto riducibile a “pulsioni interne che hanno bisogno di scarica” in senso freudiano o kleiniano, sebbene la sua formazione kleiniana lo rendesse certamente sensibile all’esistenza di un conflitto intrapsichico iniziale. Non si riferiva nemmeno a risposte difensive di odio nei confronti dei fallimenti ambientali come sostengono la prospettiva della psicologia del sé e l’indirizzo intersoggettivo (Kohut, 1972; Stolorow et al., 1987). E neppure si riferiva a quelle reazioni rivolte alle inevitabili vicissitudini e delusioni relazionali che sono sottolineate dalla prospettiva relazionale (Mitchell, 1988). Crediamo che si riferisse, invece, alla dialettica universale tra individuo e mondo relazionale, che: a) è fondata sull’esistenza di un implicito conflitto d’interesse; b) riguarda affetti fondamentali come l’odio, relativi a un nucleo profondo intimo del sé; c) è vitalmente legata alle complesse strategie che impieghiamo per “usare” il mondo relazionale al fine di creare e mantenere la nostra individualità.

Clinicamente la dialettica del conflitto interiore e interpersonale, presente nelle modalità intime di relazione, opera fin dall’inizio “...in miriadi di forme e innumerevoli modi ingannevoli”. Il nostro mondo soggettivo e i nostri interessi sono quindi inevitabilmente in conflitto con quelli dei nostri pazienti.

Il nucleo di questo conflitto è stato teorizzato in modalità diverse, se pure non necessariamente in un’ottica di spiegazione causale: 1) la patologia del paziente, proiettata o spostata sul terapeuta quale

schermo neutro o affettivamente partecipante, come sostengono gli psicoanalisti tradizionali o gli analisti classici contemporanei; 2) la risposta controtransferale alla patologia del paziente, l'esperienza evocata dall'identificazione proiettiva nel ruolo di altre persone del passato in relazione conflittuale con il paziente, come i teorici delle relazioni oggettuali e gli interpersonalisti sostengono; 3) gli errori del terapeuta nell'empatizzare o sostenere una sintonizzazione con la realtà soggettiva del paziente, come gli psicologi del sé affermano.

Come in qualsiasi altra situazione tra due individui (estranei, parenti stretti, amici intimi, amanti, genitori e bambini), terapeuta e paziente operano attraverso mondi, bisogni, programmi e, in ultima analisi, interessi soggettivi che, in qualche modo, sono sempre divergenti e che inevitabilmente a volte si scontrano. Sotto la copertura delle motivazioni più affettuose e generose (indipendentemente dal ruolo professionale) ogni individuo organizza, e non può non farlo, il suo mondo soggettivo per comunicare e promuovere i suoi interessi. Dalla nascita in poi la nostra soggettività è naturalmente rivolta a realizzare le nostre esigenze vitali. In un mondo di interessi conflittuali, è questa una disposizione fondamentale adattiva alla base delle motivazioni umane, che opera in modo conscio o inconscio.

La resistenza ad essere influenzati come atteggiamento adattivo. La situazione analitica aumenta l'esperienza del conflitto e dell'inganno

Il trattamento analitico è un processo nel quale a un individuo sconosciuto (non un membro della propria famiglia o un amico intimo) viene conferito un accesso straordinario e privilegiato ai livelli profondi della propria mente, insieme al potere di influenzarli. In relazione a questa prospettiva relazionale, è probabile che sia presente un intrinseco "scetticismo adattivo" tra paziente e analista, suscitato dallo stabilirsi di un transfert intenso e dalla possibile ri-negoziazione dell'identità. Dal nostro punto di vista, lo scetticismo del paziente è una capacità adattiva naturale che serve a bilanciare l'altrettanto vitale capacità della "volontaria sospensione della sfiducia" e a valutare la coincidenza e la divergenza degli interessi (le identità) di paziente e analista. Ciò significa che il paziente, pur trovandosi in una relazione sicura e promettente, deve tenere conto della possibile attivazione comune di desideri arcaici e di altri aspetti repressi o rifiutati.

È probabile che i pazienti cerchino di salvaguardare ciò che sperimentano come un fondamentale e irrinunciabile senso del sé (e dei propri interessi) ed è anche probabile che si permettano di "usare" (o di essere influenzati da) il loro analista quando lo sperimentano davvero alleato con i loro interessi (vedi anche Weiss e Sampson, 1986). Eppure esiste una gamma di situazioni in cui gli interessi del paziente e dell'analista regolarmente si scontrano. L'intrinseca tendenza di ogni uomo a costruire la propria esperienza e a comunicarla in modo soggettivo implica che il paziente senta l'analista alleato con i suoi interessi solo saltuariamente.

Di conseguenza, riteniamo che un aspetto centrale dell'azione terapeutica consista in un continuo processo di negoziazione bidirezionale attraverso il quale i pazienti arrivano a sperimentare, e poi inevitabilmente a dubitare, perdere, cercare e ricreare la sensazione che l'analista vuole ed è capace di allearsi adeguatamente con i loro interessi.

Al di là della sfiducia patologica che il paziente a volte porta nella relazione analitica, rimane il fatto che, in tutte le normali relazioni umane, il "potere di influenzare", riconosciuto a coloro che sono fuori delle più strette relazioni familiari, normalmente dipende dalla convinzione di una tangibile reciprocità avvertita come reale, duratura e stabile. Possiamo cambiare molto e profondamente nell'ambito di un matrimonio, di un'amicizia intima di vecchia data e, a volte, di una relazione con un insegnante, con un gruppo o in un rapporto d'affari. Eppure, in ciascuna di queste relazioni, è presente un investimento importante e/o forti rischi. In ogni sfera della vita, operiamo attraverso una reciprocità sperimentata, accuratamente controllata e valutata (Trivers, 1971). Eppure l'analista è un individuo estraneo che chiede al paziente di pagare, a volte

molto, per qualcosa che è stato sempre sperimentato (a volte persino dai pazienti più riconoscenti) come un investimento relativamente piccolo in termini di costi visibili da parte dell'analista. Infatti, gli scambi reciproci con l'analista sono poco tangibili; i risultati, per lunghi periodi, sono di solito ambigui e di lieve entità.

Prendiamo in considerazione in questa luce, quindi, il messaggio implicito che inviamo ai nostri pazienti: "Sebbene come analista ti dia qualcosa di tangibile e ti chieda di pagarmi, mi aspetto che ti fidi di me, che ti apra alla mia influenza, comunicandomi le tue fantasie e i tuoi desideri. Rimane implicito che il potere di ri-negoziazione interpersonale, dipendente dall'attivazione delle tue comunicazioni, qualora si realizzasse, ci condurrà alla fine alla tua riorganizzazione in modalità più consone ai tuoi reali interessi di quanto tu possa ora immaginare (e di quanto, in questo momento, possiamo realmente sapere)".

Il transfert terapeutico come "imitazione" della relazione tra genitore e bambino

Prendiamo ora in considerazione alcuni significati importanti per l'analista che si propone di suscitare un intenso attaccamento transferale e una regressione. Ci aspettiamo che si sviluppi il transfert: creiamo il setting e le modalità di relazione affinché il paziente possa rivivere aspetti delle prime esperienze nel contesto delle quali ha costruito chi è lui e che cosa si può aspettare dalle interazioni con gli altri. La relazione analitica è designata ad essere soprattutto una imitazione, come se fosse l'unico ambito di accesso agli aspetti emotivi e all'influenza che i primi legami familiari esercitano sul bambino. Attraverso questa "imitazione" il transfert crea una situazione umana fortemente emotiva in cui è possibile rivedere qualcuna delle conclusioni iniziali su se stessi e sul mondo.

Dal momento che viviamo e respiriamo ogni istante della nostra vita nella dimensione evolutiva della nostra specie, non dovremmo dare per scontato che i bambini "permettano" facilmente ai loro genitori e all'ambiente familiare di esercitare, quali presenze internalizzate (introiezioni), la loro influenza e il loro potere sull'organizzazione del sé infantile, per esempio nella definizione infantile di sé e del proprio interesse. Eppure, nonostante "l'odio per il bambino [che la madre prova] fin dal primo momento", vale a dire gli interessi conflittuali e la risacca psichica tra genitore e bambino, ci si può aspettare che i genitori condividano profondamente gli interessi dei figli e, in prospettiva, investano su di loro molto più di chiunque altro (Trivers, 1974). Per questo la "personalità profonda" (in senso winnicottiano) del bambino è in realtà predisposta a permettere una comunicazione e un'influenza maggiori di quanto non avvenga in qualsiasi altro momento del suo ciclo vitale. La relazione terapeutica di transfert imita le relazioni evolutive seppur molto differenti dalla situazione analitica. È quindi impensabile che i nostri pazienti non colgano che l'intensificarsi del transfert, delle aspettative e dei desideri li espone in qualche modo a inganni e a autoinganni pericolosi. Kindler (1995) si riferisce al "diritto all'intimità" del terapeuta e Friedman (1991) al concetto di "seduttività" intrinseca della situazione analitica.

Pensiamo naturalmente al significato e alla funzione del transfert: il paziente può riprodurvi la possibilità di un investimento reciproco, seduttivamente simile a una relazione naturale ed evolutiva. Eppure, nonostante nella relazione analitica ci sia molto di sincero e genuino, il transfert non è la stessa cosa. La sofferenza di dover pagare per l'interesse dell'altro, il costante ricordo, alla fine di ogni ora, dei limiti del coinvolgimento del terapeuta sono tutti segnali di una realtà più significativa della situazione analitica: la relazione terapeutica non comporta un investimento sugli interessi del paziente simile a quello della parentela o delle altre relazioni naturali. Il paziente e il terapeuta devono negoziare i modi in cui il paziente può arrivare a sperimentare che, nonostante la sua dolorosa "irrealtà", la relazione analitica è in effetti abbastanza reale da giustificare il pieno coinvolgimento del paziente (Slavin, 1996b).

Qual è in realtà l'investimento dell'analista sul paziente? In riferimento al contesto familiare di odio e amore in cui è normale che la "personalità profonda" del bambino sia più esposta ad influenze, fin dove

può arrivare l'investimento dell'analista? Gli analisti non si preoccupano molto di definire i propri interessi rispetto alla personalità e agli interessi di uno specifico paziente.

Consideriamo l'esperienza del terapeuta e del paziente rispetto all'interruzione dell'analisi. In relazione ai rischi che essa comporta per il paziente e alla relativa sicurezza dell'analista, è difficile immaginare un'altra situazione umana che implichi maggiormente conflitto e inganno. Nonostante questa evidenza, l'analista tende spesso a ritenere che il suo punto di vista sia la realtà e che costituisca anche un vantaggio per il paziente.

Il "naturale" scetticismo del paziente

Tutti i pazienti tendono, in fin dei conti, a farci prendere atto che, nella struttura relazionale della situazione analitica, c'è qualcosa che li rende sospettosi.

Di fronte alla complessità davvero unica del transfert e del controtransfert, tendiamo ad ignorare che il processo di negoziazione terapeutica porta la naturale capacità umana di auto-revisione ad un estremo insolito e, forse, in un certo senso, innaturale. Ciò avviene perché si attiva, nella maggior parte dei pazienti, qualcosa che si potrebbe definire un "naturale" scetticismo nei confronti di un estraneo che offre deliberatamente se stesso come veicolo per influenzare e modificare profondamente l'identità dell'altro. Questo scetticismo adattivo è lo sfondo su cui inserire tutte le discussioni sulla "resistenza". Si riferisce a un nucleo profondo, presente in tutte le forme di resistenza, che va distinto (sebbene vi sia spesso intrecciato) dal "timore" di ripetere (Ornstein, 1974) particolari, dolorosi scenari relazionali che hanno ostacolato lo sviluppo in passato.

Secondo noi, questo naturale scetticismo del paziente è un fenomeno adattivo, quello stesso che Winnicott tenta di descrivere come "quel nucleo che non deve mai essere influenzato". Esso rimanda a quella forma fondamentale e universale di "resistenza all'influenza dell'altro" che non mira affatto a impedire tutte le influenze, ma, piuttosto, a sottoporle ad un test relazionale: qual è la coincidenza e la divergenza tra l'interesse dell'altro e il mio? Questa relazione si adatta a sufficienza ai miei interessi così da risvegliare i miei più profondi desideri? L'analista è capace di adattare la relazione in favore dei miei interessi più autentici ed è in grado di mantenere l'attenzione su di me in modo che io possa far emergere quegli aspetti della mia esperienza e dei miei desideri più profondi che in passato ho pensato che non fosse sicuro esporre all'influenza dell'altro?

In effetti analista e paziente avvertono profondamente, poiché l'analista è Altro, che qualsiasi cosa possa offrire sarà sempre mediata da ciò che egli è, dai suoi bisogni, dalla sua identità, dalle sue inclinazioni. Inevitabilmente, nel processo di adattamento obbligato all'analista, il paziente perderà parti di sé, farà compromessi sui suoi interessi e verrà ferito.

Il transfert come investigazione adattiva

Lo sviluppo e l'uso interattivo del transfert può condurre ad esprimere e investigare la possibilità di riconoscere e negoziare l'ambigua mescolanza, nelle relazioni umane, di conflitto e mutualità.

Il terapeuta deve prestare una delicata attenzione all'autoinganno e all'evitamento dell'inganno. La relazione analitica è caratterizzata dalla stessa complessità di conflitto e inganno propria di tutti i legami umani, ma essa deve, in ultima analisi, perseguire la sua efficacia senza lo stesso tipo di investimento reale che il paziente vive naturalmente negli altri legami reciproci. La negoziazione tra paziente e analista serve a trasformare continuamente la parte ingannevole della relazione, quella non reale, nella sua forma positiva; si tratta di qualcosa che viene sperimentato come gioco e illusione creativa (Winnicott, 1969). In pratica l'analista deve essere il più reale possibile nelle sue parole e nei suoi modi (Greenberg, 1986) così da giustificare il fatto che il paziente lo usi per porre interrogativi e rivedere le proprie conclusioni su se stesso

e sui suoi modi di interazione.

Uno dei modi con cui il terapeuta respinge il paziente è l'uso di strategie di autoinganno per proteggere o favorire i propri interessi facendo credere di voler favorire gli interessi del paziente. Secondo noi, il pericolo che molti pazienti avvertono in questa "confusione di interessi" è il ripetersi di esperienze traumatiche legate alla confusione di confini maggiore del passato. In molti inganni della vita di ogni giorno c'è la possibilità di un'ulteriore perdita e diminuzione della capacità vitale di definire, conoscere e promuovere i propri interessi. La tendenza a generare la confusione di interessi è, forse, l'aspetto centrale di molti ambienti familiari traumatizzanti e patogeni. Purtroppo non è inconsueto che questa tendenza sia presente in molte terapie camuffata da ciò che i terapeuti codificano come "tecnica".

Edward e la sua analista

Edward era l'individuo più gravemente e tenacemente depresso che la sua analista avesse mai incontrato. Tentativi di cura con praticamente tutti i farmaci conosciuti si erano rivelati quasi totalmente inefficaci.

Dopo alcuni anni di trattamento, l'analista si accorse che di tanto in tanto c'erano piccole e momentanee schiarite nel suo umore, brevi periodi di migliore concentrazione e, di tanto in tanto momenti di interesse, forti emozioni ed *insight*. In questi momenti sembrava alla sua analista notevolmente più vivo.

I momenti positivi, i barlumi di speranza e di entusiasmo erano legati ai persistenti tentativi dell'analista di rimanere fortemente sintonizzata col mondo soggettivo di Edward, di ricordare cioè a se stessa che, più di ogni altra cosa, egli aveva bisogno di stabilire e riparare continuamente la sensazione che qualcuno potesse capire la sua esperienza di morte e l'impossibilità, l'intrappolante inconsistenza in cui costantemente viveva. Erano arrivati a costruire un quadro della sua vita, del suo essere cresciuto come bambino non voluto, figlio di una madre lontana e depressa e di un padre distante e critico, un figlio che esisteva solo per corrispondere e convalidare qualsiasi aspettativa su di lui. Era torturato da un irresolubile dilemma: sebbene avesse un gran desiderio di intimità, di relazioni strette, invariabilmente finiva col sentirsi perduto, intrappolato in ciò che egli chiamava "buco nero", l'esperienza della perdita di significato, del senso di sé, di essere reale e vivo.

Sebbene la relazione analitica fosse diventata per lui una specie di legame di mantenimento in cui si sentiva più capito di quanto non gli fosse mai successo in altre relazioni, Edward ritornava sempre ad una sensazione profonda di disperazione mortale. Sentiva che non avrebbe mai potuto provare quel senso di vitalità che provavano gli altri. Né avrebbe mai potuto tollerare l'illusorietà, l'ipocrisia, l'ingannevole "meccanico rituale sociale" che con molto acume scorgeva nella vita degli altri. E quanto più si allontanava dagli "insignificanti contatti sociali", tanto più si sentiva solo.

Col passare del tempo, l'analista di Edward si rese conto di un forte timore anticipatorio che si portava dentro, il timore di ciò che lei avvertiva come eliminazione e disprezzo per tutti i buoni sentimenti.

All'inizio di una seduta, Edward sembrava combattere contro l'orribile sensazione di scivolare nella disperazione. Per un istante l'analista colse la tacita sintonia con cui avvertiva lo sforzo di Edward di non scivolare una volta ancora in uno stato di rabbiosa disperazione. Si sforzò invece di seguire attentamente l'esposizione di un problema di lavoro come sempre frustrante. Man mano che il tempo passava, divenne chiaro, però, che la disperazione di Edward stava arrivando al massimo. Niente era d'aiuto. Qualsiasi cosa potessero arrivare a capire, egli era come morto.

"Non si accorge che muoio ogni giorno un po' di più? Tutto è inutile" disse.

Mentre parlava, l'analista ebbe l'impressione che qualcosa dentro di lei cominciasse a parlare. Sentì se stessa che diceva:

"A volte, come in questo momento, sento che tutto quello che posso fare è essere qui con lei nella sua

disperazione.” Quando si accorse di ciò che aveva detto, aggiunse: “Sì, c’è qualcosa di più. Forse più importante. Io... devo cercare di entrare in rapporto con quella parte di me che non vuole sentirla.”

La seduta successiva, Edward disse che qualcosa di strano era accaduto: “La Sua immagine ha dato un senso differente a tutto. Differente dai modi in cui penso di solito a noi... a Lei come persona che sopporta la disperazione... ciò la mette dentro l’immagine più che fuori. Comprende quello che dico?”

“Credo di sì.”

“Da una parte ci sono io disperato, dall’altra lei che tenta di capire che fare e io con la mia convinzione che lei non possa fare nient’altro che condividere la mia disperazione. Probabilmente questo è l’unico conforto che lei possa darmi.”

In molti momenti come questo diveniva chiaro all’analista che i suoi solleciti ma ardui tentativi di rimanere in sintonia con il mondo soggettivo di Edward si scontravano dolorosamente con il proprio senso di vita e di speranza. Ad un livello molto profondo la speranza per Edward si radicava nel suo bisogno di mantenere una visione fondamentalmente positiva di se stessa e della vita, ed insieme di nutrire speranza nell’analisi stessa. Nella misura in cui Edward sembrava avvertire questo loro conflitto e, in particolare, la tendenza dell’analista ad ingannare se stessa su chi fosse l’oggetto della speranza, la sua disperazione e la sua rabbia si intensificarono. Da notare che “chi fosse l’oggetto della speranza” è di per sé un’espressione molto ambigua, persino paradossale. L’analista di Edward sentiva il bisogno di nutrire speranza nell’analisi in un modo che la portava a riconoscere che lo faceva per se stessa; l’analisi era parte della sua identità. Eppure sentiva anche una esigenza etica che non poteva mancare di attribuire ad una identificazione proiettiva (o ad una spinta verso un *enactment*) permettendo alla disperazione e al senso di inutilità di Edward di riempirla: non avrebbe ingannato il suo paziente se avesse perduto la speranza? Una grande, paradossale ambiguità minacciava profondamente la sua identità, aggiungendosi alle difese che già aveva contro la sua disperazione nei riguardi dell’esistenza umana.

Si andava configurando un conflitto molto complesso tra due realtà: 1) il bisogno di Edward che l’analista rappresentasse per lui la possibilità di decentrarsi da sé e che potesse sperimentare la legittimità della propria soggettività (la sua disperazione); 2) il bisogno dell’analista di trovare la via per uscire dalla disperazione.

Quando l’analista si permise di confrontare questi due aspetti del conflitto reale (superando la tendenza a tenere il conflitto fuori dalla coscienza) poté “sentire se stessa” dire qualcosa al paziente che risuonava in lei in maniera molto differente dalla sua solita attenzione empatica, per quanto attenta e costante. In questo modo riuscì a comunicare al paziente la battaglia che stava combattendo per rimanere unita a lui in modo da non patologizzare né lui né se stessa. Il suo intervento fu spontaneo ed autentico perché rifletteva il loro conflitto; riuscì a trasmettere qualcosa di significativo rispetto alla capacità e alla volontà di essere toccata, cambiata da lui, nonostante la tendenza opposta che avvertiva dentro di sé.

Di fondo aveva dimostrato la sua volontà di affrontare la lotta interna tra speranza e disperazione, il conflitto interiore che, in parte, era suscitato dal conflitto tra loro.

Aveva bisogno di impegnarsi ancora per fare i conti fino in fondo con il dolore e la disperazione che aveva provato nella sua vita. Il prezzo da pagare per avere una relazione autentica con Edward era stato quello di immergersi nuovamente nelle realtà dolorose per cui aveva già trovato una soluzione operativa. Aveva trasmesso ad Edward la sua disponibilità e volontà di abbandonare qualcosa che si era sedimentato nella sua identità.

Approfondire i conflitti relativi all’identità dell’analista

Nonostante questi momenti di maggiore “realtà” psicologica, Edward avvertiva che quanto più la loro relazione diveniva stretta, tanto più si sentiva condannato a provare un desiderio amaro e frustrato di

appartenere alla vita dell'analista, alla sua vita reale, come le persone "reali" della sua vita, la sua famiglia e i suoi amici. Era particolarmente doloroso riconoscere e parlare del suo bisogno di essere sostenuto, pur sapendo che l'analista non poteva sostenerlo davvero.

Il suo più antico ricordo era di essere tra le braccia di sua madre, indistinta e distratta. Sua madre lo teneva, ma egli sentiva che non voleva realmente tenerlo.

La problematica dell'analista lo rendeva ora più penosamente convinto che, come in ogni relazione precedente, poteva avere qualcosa, ma non ciò che realmente voleva. Lei si aggrappava, ma lei aveva la sua vita reale e lui le era soltanto al fianco.

Era però anche vero che, se lei lo avesse realmente (fisicamente) accolto, ciò avrebbe distrutto la sua vita. Così l'unico modo in cui avrebbe potuto sentirsi sostenuto da lei consisteva nell'ammettere e accettare la sua disperazione, la loro comune disperazione, vale a dire la disperazione nei confronti dell'analisi e della vita stessa. Dovevano smettere di impegnarsi in un processo inutile. Che cosa poteva raggiungere con la comprensione analitica? Non aveva una sua realtà. L'analista non si accorgeva che stava morendo un po' di più ogni giorno? Voleva morire. Capiva, quando glielo sottolineava, che questo circolo vizioso era il problema centrale che finiva con lo sperimentare ogni volta, il "buco nero" di tutte le relazioni? Aveva disperatamente bisogno di sentire la propria autenticità, ma avrebbe potuto sentirla solo se lei avesse accettato la sua realtà, la sua convinzione che l'analisi fosse inutile. Se lo avesse fatto, la loro relazione sarebbe finita.

L'analista sapeva che si trattava di un circolo vizioso, di un paradosso legato al conflitto tra i loro bisogni: il bisogno del paziente che lei avvertisse la sua disperazione e il bisogno opposto di mantenere contemporaneamente la propria speranza, così da sostenere anche quella del paziente. Doveva riconoscere il conflitto interno del paziente, ma doveva anche comprendere il conflitto reale, non sorvolare sul fatto che realmente l'analisi è una seduzione che porta a sperimentare intensamente i propri bisogni senza peraltro fornire quel reale sostegno affettuoso di cui si ha bisogno.

Lentamente, con il passare degli anni, l'analista si rese conto che quel rapporto comportava grandi rischi ai quali il suo *training* e la sua lunga e positiva analisi personale non l'avevano preparata. I rischi e i pericoli a volte sembravano esterni. Quando il paziente sembrava più disperato ed emergevano tendenze suicide, temeva di essere accusata, continuando a proporre un trattamento analitico ad una persona che non sembrava sopportarlo, di spingere Edward alla follia. Sapeva che alcuni dei colleghi che stimava di più o dei suoi insegnanti l'avrebbero probabilmente incolpata di voler continuare un trattamento analitico intenso con una persona così disturbata. Un conflitto che si configurava sia come mancanza di lealtà (il distacco da loro e dai loro insegnamenti) sia come danno nei propri confronti (la sua reputazione professionale e la sua fonte di sostentamento). Non solo avrebbe potuto fallire nel suo intento di aiutarlo, ma avrebbe potuto danneggiarlo e anche danneggiare profondamente se stessa.

Attraverso innumerevoli riproposizioni di questo tema l'analista giunse ad una lacerante e profonda comprensione di ciò che Edward stava cercando di farle vedere. In numerose occasioni provò a comunicargli ciò che cominciava a capire. Da una parte non voleva dargli ciò di cui aveva bisogno: sostenerlo, facendo sì che diventasse una parte "reale" della sua vita. Il suo metodo analitico non glielo permetteva. Dall'altra non poteva neppure accettare la disperazione di Edward, né fondersi empaticamente con la sua disperazione. Fin tanto che fosse stata la sua analista non avrebbe mai accettato che il loro lavoro analitico fosse inutile. Queste erano certamente limitazioni dipendenti dal suo metodo, non si trattava solo di una sua incapacità di adattarsi o di un suo fallimento a sintonizzarsi direttamente e stabilmente con il paziente. La realtà della sua vita e il suo modo di lavorare creavano dei limiti nella loro relazione. La vita di Edward avrebbe potuto non migliorare e i desideri suscitati dall'analisi avrebbero potuto essere così insopportabili che egli avrebbe potuto uccidersi.

In diverse occasioni Edward le aveva comunicato che avrebbe sentito accettazione e sollievo se avesse

riconosciuto la disperazione e l'inutilità del loro lavoro: "Mi darebbe un vero sollievo la sensazione di essere impegnata in qualcosa che mi porta vantaggio, mentre forse la danneggia e porta a Lei (e a me) molto dolore e poco guadagno. Ma in certi momenti sento la vita in Lei, qualcosa che mi risponde e suscita un sentimento di vita in me e, quando lo sento, non vedo solo disperazione e inutilità. Non posso ignorare questa sensazione di vita, nonostante la mia incertezza sull'esito finale."

Queste penose considerazioni, che venivano trasmesse al paziente dall'analista man mano che arrivava a capirle, le davano la sensazione che ingannava meno se stessa e che questo era importante per lui. Dopo questo tipo di comunicazioni, l'analista scorgeva, all'inizio della seduta, un insolito sorriso sul volto del paziente, un sorriso che immediatamente egli reprimeva. Una volta che gli chiese di parlargliene, Edward disse:

"Mi affaccio sulla porta, guardo nei Suoi occhi e vedo che Lei sorride, allora è come se fossi nel suo sorriso. Se io non "sono nel Suo sorriso", non ho nulla da dire. Se io "sono nel Suo sorriso" e sorrido anch'io, allora mi perdo in Lei. Ma se non La vedo sorridere, allora sono completamente solo e perduto."

Attraverso questi episodi, l'analista arrivò a comprendere che, al di là della frustrazione legata al fatto che i limiti professionali e personali venivano mantenuti, la stessa vita, i sentimenti, la speranza, i bisogni, erano per Edward pericolosi. Aveva un disperato bisogno di sentire l'analista viva e, contemporaneamente, questo diventava una minaccia di furto di se stesso, di essere ucciso. Esisteva in lei un continuo, inevitabile autoinganno sulla sua tendenza inconsapevole a confondere i loro interessi, che lo gettava in una trattenuta, ma forte disperazione. L'aperta comunicazione che ogni volta faceva al paziente della sua comprensione recuperava il senso di realtà e di autenticità della loro relazione.

Verso il settimo anno di analisi, in una seduta Edward osservò che l'analista aveva cominciato a muovere le mani molto di più. Solo dopo l'analista si rese conto di non essersi accorta di questo cambiamento.

"È vero?" chiese Edward.

"Sì. Ora che lo dice, me ne accorgo."

"Che significa?"

L'analista rispose che si sentiva come se, al buio, cercasse a tentoni lui e se stessa, che cercava di esprimergli cose che in realtà non capiva, che ci stava provando.

In seguito Edward cominciò a far notare all'analista tutte le volte in cui ella si tirava indietro. Disse di desiderare che lo "sollecitasse di più".

"Forse Lei non sa che fare per sollecitarmi di più?"

"Sento che La sto sollecitando quando Le rispondo manifestandole la mia fiducia nell'analisi, ma Lei sente che ciò che le dico vale per me, non per Lei". Sorprendentemente, sembrò che Edward a quel punto non si preoccupasse più del problema.

"Spesso - gli disse - sembra che una sollecitazione sia per Lei ed io capisco che è, invece, per me. E ce n'è un'altra che mi fa sentire di correre dei rischi per me stessa."

"Per Lei? Che intende con rischio?"

A questo punto muovere le mani l'aiutò molto. Edward distolse gli occhi, come se non potesse sopportare di vederla fare un passo falso.

"Qualche volta sento di preoccuparmi perché facciamo le cose che devo fare, ma che per Lei potrebbero essere troppo. Posso capire quanto ciò sia crudele, quanto La ferirà, La farà "regredire", La renderà meno capace di lavorare e funzionare. Il rischio arriva quando mi dico di non lasciare che questo timore prenda il sopravvento. Mi dico, sempre più, che ciò che faccio è di fondo giusto. Mi dico di essere più attiva, di andare avanti, di esprimere ciò che sento, di provare qualsiasi cosa. Credo che quando assumo il rischio di ferirla, avvenga qualcosa che sembra una buona sollecitazione."

Il volto di Edward si andava aprendo man mano che l'analista parlava. Egli annuì. Era chiaro che qualcosa stava avvenendo, come però avveniva spesso. Dopo una pausa, esplose:

“Quindi, in tutti questi anni, ho pensato che Lei se ne stava seduta lì pensando a me... e in realtà Lei stava pensando a se stessa!”

Entrambi risero di cuore.

“Questa è una relazione proprio strana - disse - siamo qui per capire me, ma dobbiamo capire Lei per capire me.”

Lentamente, nel tempo, attraverso questo tipo di comprensione negoziata, Edward cominciò a sviluppare un senso di realtà nella relazione che, per la prima volta, sembrava durare nonostante l'annichilente attrazione del “buco nero”. Riferiva di sentire che qualcosa di più solido fosse entrato nella sua esperienza e di pensare che forse aveva scelto di vivere.

La relazione tra Edward e la sua analista era carica di profonde esperienze di conflitto e della continua scoperta di una rete di inganni ed auto-inganni non voluti. Nessun dubbio che la patologia di Edward, la fragilità dell'organizzazione del suo sé e le sue consolidate implacabili credenze sulla pericolosità delle relazioni e l'impossibilità di crederci, contribuivano pesantemente all'estrema difficoltà di raggiungere una maggiore vicinanza con lui. Era però altrettanto vero che alcuni aspetti della battaglia che combatteva la sua analista derivavano da rigidità e punti ciechi nell'organizzazione del suo sé. In realtà alcuni aspetti significativi del conflitto, dell'inganno e dell'auto-inganno, non erano attribuibili di per sé alla patologia del paziente, né ad ostacoli controtransferali o a significative errori tecnici dell'analista.

Edward e la sua analista sfidavano a molti livelli e reciprocamente le loro identità. Il transfert risalente alle relazioni precoci, sia negli aspetti patologici, sia in quelli adattivi creava e manteneva una serie di implacabili sfide all'identità dell'analista. Sfide che erano e dovevano essere proprio reali, nel senso che comportavano un profondo e continuo interrogarsi sul modo in cui egli organizzava il suo mondo personale e su come operare una conseguente revisione. Solo nel corso del rapporto continuamente negoziato con Edward questi aspetti della sua identità assunsero il significato di “ostacoli controtransferali” da superare. In altre parole, questi aspetti della sua identità personale e analitica avevano bisogno di essere riaperti, non perché fossero particolarmente problematici nella sua vita personale o professionale, ma per negoziare una relazione autentica con Edward.

Searles (1975) ha provato ad esprimere il processo di cambiamento nel terapeuta sostenendo che il paziente ha bisogno di “curare” il terapeuta. Ma, come abbiamo visto, il problema non è la malattia o la patologia del terapeuta. La nostra idea è che il cambiamento nell'analista va posto al di là dell'ambito dell'elaborazione degli ostacoli rappresentati dal controtransfert patologico, anche perché questa ottica probabilmente porterebbe ad una posizione “neutra” e idealizzata dell'analista. Il problema del mutuo cambiamento è più ampio del concetto di “cura”, sia per il paziente sia per l'analista. Si tratta di una negoziazione necessaria che riguarda le inevitabili differenze e i conflitti presenti in tutte le relazioni umane.

Pizer (1992, 1996) ha sviluppato una prospettiva interessante in cui la negoziazione e l'“aggiustamento mutuo” sono elementi centrali nel processo analitico. Il suo interesse verte sul processo di negoziazione dei molti aspetti paradossali dell'esperienza tra paziente e analista. Crediamo che la “negoziazione del paradosso” si riferisce a un processo soggettivo che invariabilmente ha luogo all'interno del più ampio contesto della negoziazione degli interessi in conflitto.

La sfida e la negoziazione nel trattamento di Edward non erano semplicemente un *enactment* nel senso di una ripetizione dello scenario relazionale patologico indotto o riacutizzato per identificazione proiettiva nella mente dell'analista. La negoziazione andava al di là del conflitto reale tra l'identità di Edward e l'identità personale e professionale dell'analista, un conflitto reso più acuto dalla naturale, fortissima seduttività (Friedman, 1991) e dalla possibilità di inganno legate alla situazione analitica. Si trattava di un conflitto indispensabile per il processo di negoziazione significativa.

Implicazioni

Abbiamo dedicato la prima parte di questo articolo a presentare il conflitto interno e intersoggettivo come qualcosa di radicato in una normale tendenza adattiva della nostra soggettività, inevitabilmente in contrasto con la soggettività degli altri. Questo “conflitto esistenziale evoluto” è un aspetto antico e attuale dello sviluppo umano e della vita adulta. Esso spiega l’esistenza della concomitante tendenza a nascondere (agli altri e a noi stessi) aspetti delle nostre tendenze soggettive sebbene anticipiamo e valutiamo le tendenze motivate nella soggettività degli altri. In effetti, siamo designati ad aprirci (ma solo parzialmente e selettivamente) all’enorme potere plasmante, del rapporto con il mondo relazionale.

Abbiamo deliberatamente scelto di parlare di conflitto, inganno e auto-inganno da un punto di vista che sta un po’ fuori dal linguaggio e dagli schemi abituali di transfert-controtransfert, *enactment*, identificazione proiettiva, ecc. in cui gli analisti contemporanei sono soliti discutere la complessa intersezione del mondo soggettivo di analista e paziente. Da questa prospettiva più ampia, solleviamo questioni davvero fondamentali sulla relazione terapeutica, intesa come qualcosa verso cui l’essere umano tende. Questi problemi sono trattati in molti degli scritti contemporanei relazionali e intersoggettivi, eppure, ci sembra, il linguaggio delle nostre abituali narrazioni teorico-cliniche ci trattiene dall’arrivare a questa più ampia realtà relazionale. Il problema è quello di tradurre ciò che abbiamo fin qui descritto in un linguaggio piuttosto nuovo, in concetti analitici e in un linguaggio più familiare.

La nostra visione del conflitto, dell’inganno e dell’auto-inganno diverge da quella che riteniamo sia l’attenzione classica al conflitto (in ultima analisi pulsionale) che proviene da distorsioni motivate della realtà. Ma ci muoviamo anche ben al di là del modello relazionale e intersoggettivo che attribuisce il conflitto esclusivamente alle sfortunate vicissitudini dell’esperienza relazionale problematica del singolo.

Pensiamo che la nostra prospettiva permetta di focalizzare l’attenzione sul tema del conflitto e dell’inganno inevitabile e motivato, presenti in tutte le relazioni, incluso il trattamento analitico. Accentriamo la nostra attenzione su un aspetto del conflitto che è funzione della soggettività reciprocamente influenzata di paziente e analista. Sempre invischiati come siamo nei significati derivati dall’esperienza passata (transfert) e nel controtransfert, perdiamo un elemento centrale di questa situazione di conflitto e inganno reali quando lo riduciamo a: 1) “responsività di ruolo” (Sandler, 1976), *enactment* dell’antica realtà patogena del paziente, attraverso la necessaria considerazione dell’inevitabile controtransfert; 2) complessità e difficoltà per il terapeuta di trattare i propri bisogni di oggetto sé (Bacal e Thomson, 1996; Stolorow e Atwood, 1993) nello sforzo di sostenere un punto di vista empatico, sufficientemente orientato sull’altro.

Passiamo, quindi, in rassegna alcune implicazioni derivanti dal considerare i consueti concetti analitici di identificazione proiettiva, *enactment*, empatia e autenticità secondo questa visione più ampia e universale del conflitto, dell’inganno e dell’auto-inganno che chiamiamo conflitto esistenziale di secondo livello.

Identificazione proiettiva e *enactment*

Si parla spesso di dinamiche relazionali in cui il conflitto è indotto nell’altro come “identificazione proiettiva”. Per noi il termine è problematico se si riferisce a un processo attraverso il quale certe esperienze del sé o di conflitti profondi sono “messe dentro” il terapeuta o anche semplicemente finalizzate a suscitare una risonanza affettiva nella vita personale del terapeuta. Simili esperienze, e la responsività di ruolo che inducono (Ogden, 1995; Sandler, 1976), possono certamente verificarsi, ma non esprimono il processo di negoziazione interattiva ed interna cui ci riferiamo. Si possono dire le stesse cose del concetto di *enactment*, come se il transfert e il controtransfert attualizzati (e, si spera, alla fine compresi) fossero una specie di scenario “come se”, in cui i partecipanti rivivono emotivamente il mondo fantasmatico del paziente (non il mondo reale e fantasmatico del terapeuta) così come viene attivato nella

loro relazione (Bollas, 1987; Jacobs, 1991).

Ci riferiamo a un processo vicino al richiamo che il paziente fa e alla sintonia che esprime con la vita reale interna del terapeuta (Hoffman, 1983, 1991; Aron, 1991; Blechner, 1992; Davies, 1994; Lichtenberg et al, 1992; Pizer, 1992, 1996; Searles, 1975; Rogers, 1994). Per la comprensione di questi processi interattivi proponiamo di far riferimento d'ora in avanti ad una visione "evolutiva biologica" dell'inevitabilità del conflitto in tutte le relazioni umane. L'esperienza di negoziazione nella relazione analitica è attivata dalla tendenza adattiva di paziente e analista ad ingaggiare un conflitto reale (molteplicità reale e divisione interna) nel terapeuta (vedi Slavin, 1996).

La tensione del conflitto nell'analista e il riconoscimento dello scontro tra l'identità dell'analista e quella del paziente crea le condizioni per una autentica rinegoziazione delle rappresentazioni interne (credenze, introiezioni, attesa di schemi d'interazione) formatesi nel contesto della mutualità, del conflitto e dell'inganno nelle relazioni primarie. I pazienti sono molto sensibili al modo in cui il terapeuta affronta l'inevitabile conflitto di interessi all'interno della sua identità e tra la propria identità e quella del paziente. Diamo per scontato di essere tutti forniti di una sensibilità evoluta e intuitiva circa il naturale auto-inganno e gli inganni in cui siamo immersi e che, specialmente nell'ambito della seduta, dobbiamo districare in noi stessi e negli altri.

Prendiamo ora in considerazione in che modo questa naturale sensibilità adattiva abbia a che fare con l'uso dell'empatia da un punto di vista analitico.

L'intrinseca ambiguità dell'empatia

L'analista di Edward fece un grande sforzo per mantenere un coerente punto di vista empatico (Kohut, 1984; Ornstein, 1979) o una "viva indagine empatica" come dicono gli intersoggettivi (Stolorow et al., 1987). Questo le serviva a mantenere il conflitto in limiti tollerabili per entrambi, minimizzando l'esperienza della divergenza tra i due mondi soggettivi sperimentati dal paziente. Ma, contrariamente alle affermazioni di gran parte della letteratura della psicologia del sé, la comprensione empatica dell'esperienza di Edward aveva risultati limitati. Pensiamo che ciò fosse dovuto al fatto che la sintonia con il mondo soggettivo di Edward, in se stessa, non avesse il valore di segnale della capacità dell'analista di allearsi con gli interessi del paziente. A momenti ella arrivava persino a trascurare fraudolentemente il conflitto che sapeva esistere tra loro.

Se collochiamo il significato dell'empatia nel contesto del conflitto e dell'inganno nella relazione terapeutica, riteniamo che, da una parte, sia una effettiva comunicazione della posizione dell'analista riguardo i reali interessi del paziente; eppure, dall'altra, dobbiamo prendere atto che la vera sorgente degli effetti dell'empatia è da collocarsi nella comunicazione interpersonale problematica che richiede modalità di relazione diverse.

L'empatia è di fondo un segnale interpersonale che permette ai pazienti di sapere che un'alleanza autentica è una possibilità reale.

Una viva comunicazione empatica manda il messaggio che il terapeuta è molto probabilmente capace, anche da un punto di vista emotivo, di decentrarsi dalle proprie tendenze adattive personali per arrivare a vedere le cose dal punto di vista del paziente. Il costante decentramento dell'analista o l'abbandono dei suoi punti di vista soggettivi, per lui più adattivi, anche se solo temporaneamente e mai pienamente raggiunti, segnala la possibilità di un investimento autentico che potrebbe essere emotivamente paragonato con l'investimento sperimentato fuori della situazione analitica con un vero amico o con un parente stretto.

Eppure nessun terapeuta può arrivare ad una persistente immersione empatica con l'altro. Di fondo per la nostra psiche ciò è difficile da raggiungere, così come è difficile da mantenere una duratura disposizione

empatica.

In una recente discussione su una situazione empatica molto strutturata dell'analista Evelyne Schwaber, Lawrence Friedman (1992) ha notato come nella lotta persistente per condividere il punto di vista del paziente, Schwaber "ci mostra qualcosa che possiamo non aver visto con la stessa chiarezza di Kohut: non solo l'empatia è potente, ma lo sono anche il desiderio e lo sforzo di esserlo. Schwaber punta i riflettori su ciò che nella teoria kohutiana rimane in ombra: "L'aspetto negativo dell'essere empatici è altrettanto importante di quello positivo, la volontà di chi vuole stabilire una relazione empatica di annullare il proprio investimento... il naturale modo di pensare dell'analista per... farsi più vicino al paziente. Riconoscendo la grandezza del sacrificio, il paziente probabilmente può sentire quasi fisicamente quanto l'analista tenda a stabilire una vicinanza. Nella vita di ogni giorno solo la devozione di un amore straordinario produrrebbe un simile sacrificio. (...) La maggior parte degli analisti vuole conoscere bene i propri pazienti. Ma non tutti vogliono ugualmente sottoporsi a un simile disagio, che del resto non tutte le posizioni teoriche incoraggiano."

Pensiamo che Friedman abbia ben compreso alcuni degli importanti significati espressi dalla lotta (vedi Schwaber, 1983) per mantenere una posizione empatica. Pensiamo che Kohut e gli psicologi del sé hanno lasciato nell'ombra, come Friedman rileva, il significato di questa lotta. C'è una tendenza nella psicologia del sé a parlare dell'empatia soprattutto come manovra tecnica.

Attribuire il fallimento dell'empatia al controtransfert individuale o a un errore tecnico (e il successo a tecniche appropriate e alla mancanza di interferenza controtransferale) può essere molto fuorviante.

Si tratta solo di una versione della storia, una versione limitata che codifica come deviazione dalla costante responsività empatica, di solito positivamente accolta, ciò che è virtualmente normativo in tutte le relazioni umane, non semplicemente in quelle relazioni in cui siamo stati respinti. Ogni bambino è preparato, dal momento del concepimento in poi, ad aspettarsi che il mondo relazionale sia pieno di conflitti difficili da riconoscere, nascosti dietro norme e punti di vista presentati come più corrispondenti ai suoi interessi di quanto non lo siano in realtà.

Una durevole disposizione empatica è, da questo punto di vista, semplicemente innaturale.

Il tentativo di comunicare sempre con il paziente adottando il suo mondo soggettivo, sebbene importantissimo, tenderà ad essere accettato solo con molta cautela da alcuni pazienti, mentre, per altri, sarà solo una strategia per nascondere il sé del terapeuta. Alcuni terapeuti, infatti, possono far uso della posizione empatica per rimanere difensivamente nascosti ai pazienti. Oppure, al di là e al di sopra delle difese individuali del terapeuta, l'uso obbligatoriamente prolungato dell'empatia sarà avvertito da alcuni pazienti come una modalità per nascondere alcuni suoi aspetti o per perseguire i suoi interessi. Spesso, la sintonia con il mondo soggettivo del paziente deve essere completata con l'espressione visibile della realtà del terapeuta (Fosshage, 1995).

Come fa notare Modell (1991) siamo davanti ad una serie di paradossi. Il terapeuta si prende cura profondamente del paziente, lo ascolta, eppure, quando l'ora finisce, lo congeda in gran fretta. Il paziente deve credere ai forti sentimenti che nascono nella relazione e tollerare, però, che nello stesso tempo ci siano limiti e confini all'espressione di questi sentimenti, cosa che sarebbe inconcepibile in una relazione naturale. Un paziente una volta espresse tutto questo con la sensazione continua di vivere la terapia con un tabù, un preciso tabù verso la realtà. Molti aspetti della relazione reale sono presenti, ma non si possono toccare e ciò rende la situazione precaria. Per alcuni pazienti questa prospettiva è insopportabile. Per la maggior parte dei pazienti, e dei terapeuti, a volte è appena sopportabile. C'è sempre una tensione di fondo.

“Buttare via il libro”, l’interesse per se stessi e il processo di raggiungimento dell’“autenticità”

Inevitabilmente alcune volte, come dice Hoffman (1994), il terapeuta deve buttare via il libro per dimostrare l’autentica volontà di mettere il paziente dinanzi a certe regole della terapia. I pazienti sentono che i terapeuti si allontanano da quegli insegnamenti e da quei sistemi di credenze offerti implicitamente da regole e rituali. Si prova una palpabile soddisfazione, forse un’esperienza emozionale correttiva, per la “spontanea deviazione... condivisa da paziente e analista... quando si allontanano da una qualsiasi convenzione interiorizzata”. Si rompe il “tabù del reale” e si afferma la validità della relazione quando la battaglia per entrare in rapporto con un particolare paziente mette in questione rituali, regole e credenze importanti per il terapeuta (in genere codificati nello stile e nel tenore della relazione).

Prima che le due parti arrivino ad una ri-inegoziazione all’interno della loro relazione specifica, la relazione non può essere reale poiché un solo stile si adatta a tutte le strutture, le regole e le aspettative.

Gettare via il libro, però, può essere ed è, in certi ambienti, “diventare il libro” (Hoffman, 1994)! C’è il rischio che subentri una certa idealizzazione della spontaneità del terapeuta o della *self-disclosure* come se diventasse un nuovo dovere, un dovere che, come si può constatare, viene influenzato dai bisogni e dai punti di vista di coloro che lo propugnano. Ogni volta che emerge un nuovo approccio terapeutico (una nuova prospettiva e versione tecnica) assistiamo a un movimento contrario alle precedenti convinzioni dell’analista e al suo rispetto per la soggettività del paziente. Il nuovo approccio, una volta codificato, tende sempre più ad acquisire per il terapeuta un valore identitario e ad essere quindi fedelmente seguito. La stessa cosa avviene per i membri di un nuovo gruppo o di una nuova scuola.

Ponendosi in una prospettiva un po’ più storica di quella cui gli analisti sono normalmente abituati, si può vedere come ogni approccio analitico codificato produca potenzialmente un nuovo complesso di rituali. In altre parole, il fatto che “gettare via il libro significa divenire il libro” risiede precisamente nella continua, naturale tendenza dei terapeuti a influenzare il processo nella direzione dei propri fini. Hoffman sembra toccare proprio questi problemi, che nascono dalla tendenza alla deviazione, quando raccomanda il mantenimento di una “dialettica” tra l’accettazione del terapeuta dell’autorità e neutralità rituale da una parte e la “deviazione spontanea” (inclusa la *self-revelation*) da quei rituali dall’altra. Dalla tensione dialettica e dal riconoscimento della paradossale realtà e irrealtà della situazione analitica ci si aspetta che emerga una maggiore “autenticità” nella partecipazione dell’analista al processo.

BIBLIOGRAFIA

- Aron L. (1991) *The patient's experience of the analyst's subjectivity* Psychoanal. Dial., 1, pp. 29-51.
- Aron L. (1992) *Interpretation as an expression of the analyst's subjectivity* Psychoanal. Dial., 2, pp. 475-507.
- Atwood G., Stolorow R. (1984) *Structures of subjectivity: explorations in psychoanalytic phenomenology* The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Beebe B., Lachmann F. (1988) *Mother-infant mutual influence and precursors of psychic structure* in A. Goldberg *Frontiers in Self Psychology* The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Benjamin J. (1988) *Legami d’amore* trad. it., Rosenberg e Sellier, Torino, 1991.
- Blechner M. (1992) *Working in the countertransference* Psychoanal. Dialog., 2, pp. 161-179.
- Bollas C. (1987) *L’ombra dell’oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato* trad. it., Borla, Roma, 1989.
- Bollas C. (1989) *Le forze del destino* trad. it., Borla, Roma, 1991.
- Bromberg P. (1991) *Introduction to Symposium: Reality and the analytic relationship* Psychoanal. Dial., 1, pp. 8-12.
- Chomsky N. (1972) *Language and mind* Harcourt Brace, San Diego.
- Cosmides L., Tooby J. (1992) *Cognitive adaptations for social exchange* in J. Barkow, L. Cosmides, J. Tooby *The adapted mind* Oxford Univ. Press, N.Y.
- Davies J. M. (1994) *Love in the afternoon: a relational reconsideration of desire and dread in the countertransference* Psychoanal. Dialog., 4, pp. 153-170.
- Ehrenberg D. B. (1975) *The quest for intimate relatedness* Contemp. Psychoanal., 11, pp. 320-331.

- Ehrenberg D. B. (1992) *The intimate edge* W.W. Norton, New York.
- Fosshage J. (1995) *Interaction in psychoanalysis: a broadening horizon* Psychoanal. Dialog., 5, 3, pp. 459-478.
- Friedman L. (1991) *Address to the American Psychoanalytic Association*.
- Friedman L. (1992) *Discussion of Evelyne Schwaber's paper "Psychoanalytic theory and its relation to clinical work"* Scientific Meeting of the Psychoanalytic Society of New England, East, October 24.
- Goldberg A. (1990) *The prisonhouse of psychoanalysis* The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Greenberg J. (1986) *Theoretical models and the analyst's neutrality* Contemp. Psychoanal., 22, pp. 87-10.
- Greenberg J. (1995) *Self disclosure: is it psychoanalytic?* Contemp. Psychoanal., 31, pp. 193-205.
- Greenson R. (1965) *The working alliance and the transference in Explorations in psychoanalysis* IUP, New York.
- Havens L. (1976) *Participant observation* Aronson Press, New York.
- Havens L. (1993) *Coming to life* Harvard University Press, Cambridge.
- Hoffman I. Z. (1983) *Il paziente come interprete dell'esperienza dell'analista* trad. it., *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1995, 1, pp. 5-39.
- Hoffman I. Z. (1991) *Toward a social constructivist view of the psychoanalytic situation* Psychoanal. Dialog., n.1, pp. 74-105.
- Hoffman I. Z. (1992) *Some practical consequences of a social constructivist view of the psychoanalytic situation* Psychoanal. Dialog., 2, pp. 287-304.
- Hoffman I. Z. (1994) *Dialectical thinking and therapeutic action in the psychoanalytic process* Psychoanal. Quart., 63, pp. 187-218.
- Jacobs T. (1991) *The use of the self* IUP, New York.
- Kindler A. (1995) *Discussion of A. Ornstein's "The rocky road toward a new beginning."* The 18th Annual Conference on the Psychology of the Self, October 21, San Francisco.
- Kohut H. (1972) *Thoughts on narcissism and narcissistic rage* The Psychoanalytic Study of the Child, 27, pp. 360-400.
- Kohut H. (1984) *La cura psicoanalitica* trad. it. Boringhieri, Torino, 1986.
- Kriegman D. (1988) *Self psychology from the perspective of evolutionary biology: toward a biological foundation for self psychology* in A. Goldberg *Progress in Self Psychology*, Vol. 3, The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Kriegman, D. (1990) *Compassion and altruism in psychoanalytic theory: an evolutionary analysis of self psychology*. J. of the American Academy of Psychoanalysis, 18, 2, pp. 342-367.
- Kriegman D. (1998) *On the existential/subjectivism-scientific/objectivism dialectic in self psychology: a view from evolutionary biology* in A. Goldberg *Progress in Self Psychology*., Vol. 12, Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Kriegman D., Slavin M. (1990) *On the resistance to self psychology: clues from evolutionary biology*, in A. Goldberg *Progress in Self Psychology*, Vol. 6, The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Lichtenberg J., Lachmann F., Fosshage, J. (1992) *Self and motivational systems* The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Loewald H. W. (1960) *On the therapeutic action of psychoanalysis* Intern. J. Psychoanal., 58, pp. 463-472.
- Mc Laughlin J. T. (1995) *Touching limits in the analytic dyad* Psychoan. Q., Vol. LXIV, pp. 433-465.
- Mitchell S. A. (1988) *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi. Per un modello integrato* trad. it., Boringhieri, Torino, 1993.
- Modell A. H. (1991) *The therapeutic relationship as a paradoxical experience* Psychoanal. Dialog., 1, pp. 13-28.
- Ogden T. H. (1985) *The matrix of the mind* Jason Aronson, New York.
- Ogden T. H. (1994) *The analytic third: working with intersubjective clinical facts* Intern. J. Psychoanal., 75, pp. 3-19.
- Ornstein A. (1974) *The dread to repeat and the new beginning: a contribution to the psychoanalysis of narcissistic personality disorders* The Annual of Psychoanalysis, Vol. 2, pp. 231-248, IUP, New York.
- Ornstein P. (1979) *Remarks on the central position of empathy in psychoanalysis* Bulletin of the Association for Psychoanalytic Medicine, 18, pp. 95-108.
- Pizer S. (1992) *The negotiation of conflict in the analytic process* Psychoanal. Dialog., 2, pp. 215-240.
- Rogers A. (1995) *A shining affliction: a story of harm and healing in Psychotherapy*, Viking, New York.
- Russell P. *Crises of emotional growth [a.k.a. the theory of the crunch]* (manoscritto non pubblicato).
- Sandler J. (1976) *Countertransference and role-responsiveness* The Intern. Review of Psychoanal., 3, pp. 43-47.
- Schwaber E. (1983) *Psychoanalytic listening and psychic reality* The Intern. Review of Psychoanal., 10, pp. 379-392.
- Searles H. F. (1975) *The patient as therapist to his analyst* in P. Giovacchini *Tactics and techniques in psychoanalytic theory. Vol. II: Countertransference*, Aronson, New York.
- Slavin J. H. (1994) *On making rules: toward a reformulation of the dynamics of transference in psychoanalytic treatment* Psychoanal. Dialog., 4, pp. 253-274.
- Slavin M. O. (1985) *The origins of psychic conflict and the adaptive function of repression: an evolutionary biological view* Psychoanal. and Contemp. Thought, 8, pp. 407-440.
- Slavin M. O. (1990) *The biology of parent-offspring conflict and the dual meaning of repression in psychoanalysis* J. of the American Academy of Psychoanalysis, 18, 2, pp. 307-341.

- Slavin M. O. (1996) *Is one self enough? Multiplicity in self organization and the capacity to negotiate relational conflict* Contemp. Psychoanal., 32, 4, pp. 615-625.
- Slavin M. O. (2000) *Hate, self-interest and "good-enough" relating: an evolutionary-adaptive perspective* Psychoanalytic Inquiry, 20, 3, pp. 441-461.
- Slavin M. O. (2000) *The inner struggle of the 'autonomous' analyst* Self Psychology: European J. of Psychoanalytic Therapy and Research, 2, pp.150-160.
- Slavin M. O. (2001) *Constructivism with a human face: a review of ritual and spontaneity in the psychoanalytic process by Irwin Z. Hoffman*, Psychoanal. Dialog., 11, 3, pp. 405-430.
- Slavin M., Kriegman D. (1992) *The adaptive design of the human psyche: psychoanalysis, evolutionary biology and the therapeutic process* Guilford Press, New York.
- Stolorow R., Atwood G., (1992) *I contesti dell'essere* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1995.
- Stolorow R., Brandchaft B., Atwood G. (1987) *Psychoanalytic treatment: an intersubjective approach* The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Trivers R. (1971) *The evolution of reciprocal altruism* Quarterly Review of Biology, 46, pp. 35-57.
- Trivers R. (1974) *Parent-offspring conflict* American Zoologist, 14, pp. 249-264.
- Trivers R. (1985) *Social evolution* Benjamin Cummings, Menlo Park, NJ.
- Weiss J., Sampson H. (1986) *The psychoanalytic process theory, clinical observation, and empirical research* Guilford Press, New York.
- Winnicott D.W. (1969) *L'uso dell'oggetto in Gioco e realtà* trad. it., Roma, Armando, 1974.
- Winnicott D. W. (1950) *L'odio nel controtransfert in Dalla pediatria alla psicoanalisi* trad. it., Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D. W. (1963) *Comunicare e non comunicare: studi su alcuni opposti in Sviluppo affettivo e ambiente* trad. it., Armando, Roma, 1970.