

Stephen A. Mitchell

Ricerca Psicoanalitica, 1998, Anno IX, n. 2, pp. 127-156.

Quando l'interpretazione fallisce: un nuovo sguardo all'azione terapeutica della psicoanalisi¹

La traduzione dall'americano è di Marco Conci.

SOMMARIO

L'A. parte dall'attuale necessità di revisionare i rapporti tra interpretazione, insight e cambiamento. Infatti, caduto il potere dell'interpretazione, fondata sull'autorità indiscussa dell'analista e intesa come verità, è lecito chiedersi se l'interpretazione veicoli ancora un potere veritativo di per sé.

La risposta che l'autore propone è che l'interpretazione fa parte del problema e non della soluzione di esso; infatti il cuore del modello tradizionale di azione terapeutica presenta un paradossale e, apparentemente, irresolubile circolo vizioso: da una parte le interpretazioni sono impiegate per tirar fuori il paziente dalla sua patologia, dall'altra finiscono per incastrarsi nella stessa patologia che l'analista cerca di curare, ricorrendo a questo strumento. Alcuni esempi clinici dimostrano come il paziente può utilizzare a suo modo l'interpretazione per riconfermarsi nei suoi "stili" storici di relazione.

Segue una panoramica sulle proposte teorico-tecniche attraverso cui gli orientamenti psicoanalitici più di spicco, i kleiniani, la psicologia dell'Io, gli interpersonalisti, la psicologia del sé, ecc., abbiano tentato di accogliere il paradosso. Infine la proposta dell'A., che ritrova lo strumento del cambiamento nella trasformazione emotiva della relazione con l'analista. La funzionalità dell'interpretazione è legata alla "presenza emotiva" dell'analista, che, a sua volta, si traduce nella possibilità che il paziente viva l'interazione con l'analista come qualcosa di nuovo e differente. A conclusione un caso clinico esemplifica in che modo l'A. intenda il concetto di "autentica empatia".

SUMMARY

When interpretations fail: a new look at the therapeutic action of psychoanalysis

The author emphasizes the present necessity of reviewing the relation among interpretation, insight and change. Today the power of the interpretation, based on analyst's undisputed authority, has fallen. Therefore it is necessary to ask whether interpretation per se spreads truth.

The author suggests that interpretation is a part of the problem, not a solution. At the core of the classical model of therapeutic action there is a paradoxical and apparently unsolvable vicious circle: from one side interpretations aim to free the patient from his pathology, from the other they perpetuate the problem.

Some clinical vignettes show how patients make use of interpretations to confirm their historical "styles" of relationship.

A survey of theoretical-technical solutions of this problem (proposed by Kleinians, Ego-Psychology, Interpersonalists, Self-Psychology) follows. Finally the author points out that the point of convergence of

¹ Questo articolo, "*When interpretations fail: a new look at the therapeutic action of psychoanalysis*" è in corso di pubblicazione nel volume a cura di L. Lifson *The therapeutic action of psychodynamic psychotherapy*, Analytic Press. Si ringrazia S.A. Mitchell per la gentile autorizzazione alla pubblicazione.

the various lines of innovative thinking about therapeutic action is to be found in the emotional transformation of the relationship with the analyst. Interpretations work because of analyst's emotional presence, which allows the patient to experience them as something new and different, not encountered before.

At the end a clinical vignette exemplifies the concept of "authentic empathy".

Una delle più peculiari ed affascinanti caratteristiche della psicoanalisi come disciplina è la centralità e continua presenza del suo fondatore. Non c'è altro campo intellettuale, empirico o clinico in cui le idee di una persona abbiano dominato così a lungo. Pensate ad esempio a Newton in fisica o a Darwin in biologia. Entrambi vi hanno dato contributi straordinari, però la fisica e la biologia ne hanno assorbito l'impatto e hanno proseguito nel loro campo. Le loro discipline sono andate al di là dei loro contributi. Il rapporto tra Freud e la psicoanalisi è stato di natura diversa. Le idee di Freud, la sua visione, l'intero suo armamentario di teoria, tecnica e approccio interpretativo hanno avuto una notevolissima capacità di sopravvivenza, ispirando intere generazioni di analisti e fungendo da continuo punto di partenza e cornice di riferimento per virtualmente tutte le dimensioni della storia successiva delle idee psicoanalitiche.

Basta guardare le fotografie di Freud e dei suoi contemporanei per rendersi conto di quanto tempo è trascorso da allora, quante altre cose sono cambiate dai giorni di Freud ai nostri. Nonostante questo, i suoi concetti sono quanto mai vivi. Come mai il rapporto tra Freud e la disciplina da lui fondata è stato così diverso?

Senza dubbio, un motivo della tenuta di Freud è per l'appunto quello per cui, a differenza di Newton o di Darwin, fu proprio lui a fondare la sua disciplina. La fisica esisteva anche prima di Newton e così la biologia prima di Darwin. Invece, prima di Freud, la psicoanalisi non esisteva. C'erano pur state, prima di lui, puntate protopsicoanalitiche in direzione dei fenomeni inconsci, articolate nozioni della sessualità, dei processi simbolici e così via. Ma, finché Freud non mise insieme tutte queste cose, non esisteva nulla di remotamente simile alla psicoanalisi, in termini di un sistema di idee, di una metodologia per l'esplorazione psicologica e di una tecnica per il trattamento dei disturbi mentali. E, dal momento che la psicoanalisi nelle prime decadi della sua esistenza fu così peculiarmente ed interamente "freudiana", è difficile immaginare una psicoanalisi che sia totalmente post-freudiana.

Ma le cose sono ancora più complesse di così. I sistemi di pensiero, anche i più ricchi e potenti, hanno ordinariamente un loro ciclo di vita. Pensate alle mode intellettuali che hanno illuminato e che sono poi scomparse dalla recente cultura occidentale: il marxismo, l'esistenzialismo, lo strutturalismo, il decostruzionismo e così via. Ciò che è diverso a proposito della psicoanalisi è il fatto che, oltre ad essere un sistema di pensiero essa è un trattamento, un trattamento molto potente. Naturalmente, c'erano pur stati altri trattamenti per i cosiddetti "disturbi nervosi", ma la psicoanalisi era qualcosa di diverso, una prolungata, approfondita ed intensiva esplorazione della struttura della mente del paziente, del complesso tessuto della sua psiche.

Inventando la psicoanalisi, Freud creò non solo una forma di trattamento, ma un tipo di esperienza che non era mai esistito prima di allora. I trattamenti sintomatici come l'ipnosi erano a carattere eminentemente focale e limitati nel tempo. Una cura più radicale richiedeva che l'infrastruttura delle produzioni sintomatiche fosse approfondita e delineata ed una tale esplorazione portò Freud a contatto con le profondità della motivazione inconscia e con i residui dell'infanzia.

Non penso che diminuisca l'entità della sua conquista suggerire che Freud possa essere inciampato in qualcosa il cui potere egli stesso aveva scarsamente immaginato. Nel suo necessariamente ingenuo iniziale lavoro di collegamento associativo dei sintomi al loro contesto originario, Freud ben presto incontrò i

fenomeni del transfert e della resistenza, in tutta la loro appassionante intensità. Lo studio approfondito dei sintomi nevrotici condusse, passo dopo passo, nei più profondi recessi dell'esperienza personale, nel passato remoto, a contatto con gli impulsi e le fantasie più sconvolgenti, le paure più temute, le speranze e i desideri più intensi e delicati. Come l'esploratore di un fiume risucchiato dentro ad un gorgo, Freud si trovò ripetutamente alle prese con forze al di là della sua comprensione e la teoria psicoanalitica classica, come sistema di pensiero, gli servì per liberarlo da tali ostacoli. La teoria della sessualità infantile, la teoria pulsionale e i consigli tecnici relativi all'interpretazione divennero tutti una componente cruciale del bagaglio concettuale che Freud sviluppò per navigare sulle infide acque dell'esperienza psicoanalitica.

La nostra presenza qui oggi, tanti anni dopo gli originari sforzi di Freud, è la prova del fatto che la psicoanalisi clinica funziona, sia per gli analizzandi che per gli analisti. I pazienti migliorano. Nelle circostanze più favorevoli, essi migliorano in maniera ancora più notevole di quanto Freud poteva possibilmente immaginare. Migliorano in modi che loro stessi potrebbero difficilmente aver immaginato. Quando funziona al meglio, la psicoanalisi riesce ad alleviare dolorosi residui di esperienza infantile, riesce a liberare potenziali creativi compromessi, a sanare condizioni di frammentazione interiore e a colmare isole di solitudine e di disperazione. E la psicoanalisi non solo rappresenta per il paziente una potente esperienza trasformativa, ma costituisce un'esperienza straordinaria anche per l'analista. È stato soltanto in anni recenti, con l'aumentata apertura con cui scriviamo del controtransfert, che è stato possibile riconoscere quanto spesso la pratica psicoanalitica può essere avvincente, toccante e potenzialmente trasformativa per l'analista stesso.

Forse il carattere più peculiare della psicoanalisi come disciplina è il fatto che Freud ha creato non solo un corpo di idee o un tipo di trattamento, ma che ha inventato un'esperienza unica, estremamente potente e personalmente trasformativa per entrambi i partner coinvolti. Dato che molti di noi sono stati analizzandi e sono ora analisti, abbiamo vissuto quest'esperienza da entrambi i punti di vista e questo è stato sufficiente a convincerci di volerne di più e di voler offrire di più ad altre persone.

Per tornare al nostro interrogativo originario, sono dell'avviso che uno dei motivi principali del duraturo valore delle idee di Freud in rapporto alla storia della psicoanalisi è il fatto che il suo sistema ci ha reso possibile pensare che realmente capiamo ciò che succede nel processo analitico, che realmente capiamo perché le persone cambiano in modo spesso così profondo. L'idea centrale di questo mio contributo è che mentre la spiegazione di Freud poteva funzionare in maniera convincente per la sua epoca non può più farlo per noi, laddove noi abbiamo fatto molta fatica ad accettare del tutto questo stato di cose.

La spiegazione di Freud, ridotta ai minimi termini, suona più o meno così: la psicopatologia risulta dalla rimozione, da un blocco della coscienza nei confronti di impulsi, memorie, pensieri e sentimenti che la disturbano. La rimozione viene sciolta dall'insight, che promuove un nuovo collegamento tra le idee coscienti e gli impulsi, memorie, pensieri e sentimenti inconsci. Le interpretazioni dell'analista, quando corrette e ben dosate nel tempo, generano insight promuovendo la creazione dei necessari collegamenti. Transfert e resistenza, correttamente compresi, esprimono i conflitti inconsci generali con grande intensità, cosicché l'analista competente può sempre trovare proprio il materiale giusto da interpretare.

Questo è un modello meraviglioso: l'interpretazione porta all'insight e l'insight modifica la struttura psichica. Deve essere stato molto convincente per gli analisti dell'epoca di Freud. La sensazione che un tale modello convogliava era in linea con gli incredibili sviluppi e le nuove tecnologie nel resto della scienza. La microscopia permetteva agli scienziati di guardare dentro al mondo al di sotto del nostro potere visivo e di vedere la struttura sottostante della materia sia organica che inorganica. (La "teoria del neurone" era in fase di incubazione negli anni in cui Freud terminava i suoi studi medici). I telescopi permettevano agli scienziati di guardare nello spazio lontano e di vedere pianeti, satelliti e stelle mai visti prima. Così, anche Freud aveva inventato una metodologia atta ad introdurci in una dimensione precedentemente invisibile, la struttura psicologica della mente umana. Le libere associazioni e gli altri caratteri del setting analitico

avevano rivelato la sottostante struttura e frammentazione della vita psichica e l'interpretazione parve rappresentare uno strumento meravigliosamente preciso per eliminare configurazioni difettose di comportamento e per riunire i frammenti della vita psichica.

Molte cose sono cambiate dall'epoca di Freud e questi cambiamenti hanno reso il modello freudiano non più molto funzionale per noi. Non posso esplorare questi cambiamenti in maniera esaustiva in questa sede. Essi si trovano discussi in maniera approfondita nel mio recente libro *Speranza e timore in psicoanalisi*.

Vale comunque la pena che ora passi in rassegna i più salienti di tali cambiamenti, che sono, a mio modo di vedere, particolarmente profondi.

1. Gli scienziati dell'epoca di Freud potevano ben credere di trovarsi collocati all'esterno dell'oggetto del loro studio e di osservarne dall'esterno la natura. Gli scienziati della nostra epoca ritengono che studiare qualcosa significa interagire con l'oggetto di studio, e cioè che la metodologia adottata parzialmente crea l'oggetto di studio. È così che al giorno d'oggi è necessario guardare ad ogni teoria analitica, la teoria pulsionale, le teorie delle relazioni oggettuali, la psicologia del Sé, non in quanto capace di offrire una riproduzione della mente, ma nel suo carattere di cornice concettuale, parzialmente imposta dall'analista stesso, allo scopo di ordinare dati che potrebbero essere organizzati in molti altri modi.

2. La speranza degli scienziati dell'epoca di Freud di poter presto essere in grado di venire a capo delle più piccole particelle della materia oppure delle più ampie configurazioni dell'universo ci appare, dalla nostra prospettiva di oggi, comprensibilmente ingenua. Se consideriamo la complessità sempre maggiore della fisica delle particelle, dell'astronomia e della cosmologia e se teniamo presente che il cervello umano è il più complesso fenomeno naturale che abbiamo mai incontrato, la fiducia di Freud e dei suoi contemporanei che la teoria psicoanalitica fornisca un modello ultimo e comprensivo della mente sembra irrazionalmente ultraottimistica, se non fundamentalmente fuori strada.

3. L'interpretazione data da un analista ad un paziente, all'epoca di Freud, si costituiva come un evento molto differente dalla stessa interpretazione data da un analista ad un paziente al giorno d'oggi, dal momento che l'intero contesto sociale della nostra esperienza dell'autorità è così differente. All'epoca di Freud, chiunque investiva l'analista di considerevole autorità ed era logico che fosse così. È così che Freud guardava a ciò che chiamò "transfert positivo irreprensibile", basato sulla credenza infantile nell'autorità, come ad un ingrediente fondamentale del potere delle interpretazioni dell'analista. Il paziente concede all'analista una certa professionalità, un certo potere, addirittura un certo tipo di magia; ma questo va bene, dal momento che aiuta il paziente a prendere davvero in considerazione l'interpretazione, creando quei collegamenti che liberano le operazioni di rimozione dal loro esilio interno.

Al giorno d'oggi, chiunque investa dall'inizio l'analista di questo tipo di autorità ha qualche problema serio. Nel nostro mondo post-Watergate e post-Iran Contra, con tutto ciò che sappiamo circa l'abuso di autorità da parte di leader politici, medici, avvocati, sacerdoti e così via, non ha senso concedere all'analista il tipo di autorità che i pazienti garantivano a Freud. O piuttosto, la cosa ha un altro significato. Lo stesso comportamento ha un diverso significato al giorno d'oggi rispetto ad allora. Chiunque, all'inizio del trattamento, mi affronti con questo tipo di deferenza mi porta a pensare alle ragioni a monte di una fragile idealizzazione o di un comportamento ossequioso, oppure di entrambi. Al giorno d'oggi un tale tipo di transfert è "reprensibile"; naturalmente non in senso morale, ma nel senso che è naturale che il paziente sollevi obiezioni, o faccia domande, dal momento che un'interpretazione accettata con deferenza è in realtà un atto di sottomissione. È meno probabile che un tale atteggiamento conduca all'insight che non alla perpetrazione di una relazione oggettuale sadomasochistica.

4. Dall'epoca di Freud si è sviluppata una imponente letteratura sull'esito della terapia analitica e di altri trattamenti. Questa letteratura è complessa, confusa e oggetto di viva contestazione. Io sono però dell'avviso che un suo onesto riesame dovrebbe prendere in considerazione due reperti prevedibilmente

ricorrenti che creano difficoltà al modello tradizionale dell'azione terapeutica e cioè l'interpretazione come veicolo di insight. Da una parte, i pazienti reduci da analisi anche di grande successo tendono a non ricordare o a non dare molto peso alle interpretazioni ricevute; dall'altra, la particolare teoria o ideologia del terapeuta, il suo repertorio di interpretazioni, hanno uno scarso impatto sull'esito, mentre la sua personalità o la sua presenza emotiva lo hanno. Ora, so bene che questo tipo di reperti può essere spiegato; le spiegazioni le conosco tutte. Sono però dell'avviso che ciò che facciamo quando ricorriamo a queste spiegazioni è giustificare le cose così come stanno, piuttosto che spiegarle veramente, dal momento che è fastidioso, molto fastidioso pensare che l'analisi possa non funzionare affatto sulla base dell'interpretazione come veicolo di insight intrapsichico.

In ragione di questi sviluppi, che hanno avuto luogo dall'epoca di Freud, non è più convincente pensare all'analista come situato al di fuori del materiale del paziente organizzato in una qualche maniera neutrale ed oggettiva. È comprensibile che Freud e i suoi pazienti vedessero le cose a questo modo, ma non è più possibile per noi. I pazienti che al giorno d'oggi accettano ed internalizzano le interpretazioni analitiche nel modo in cui lo facevano i pazienti di Freud non aiutano se stessi a stare meglio, ma piuttosto mettono in atto la loro patologia. Indipendentemente da quanto siamo legati alle nostre teorie ed interpretazioni, ed io stesso lo sono, dobbiamo pur confrontarci con il fatto che c'è qualcos'altro in ballo.

Nel pensiero e nella letteratura analitica c'è una forte tradizione che rende molto difficile confrontarsi direttamente con questo problema, una tradizione che custodisce il modello di Freud dell'azione terapeutica come una specie di sacra reliquia, una reliquia che è necessario preservare intatta, piuttosto che rielaborare e rivitalizzare. Perfino alcuni degli autori più innovativi della nostra epoca costruiscono i loro contributi attorno al modello tradizionale dell'azione terapeutica come fosse un credo. È così che Fred Pine (1993) inizia un suo articolo proclamando che "Arlow e Brenner (1990) considerano l'attività dell'analizzare come l'essenza del processo psicoanalitico, cosa su cui sono senz'altro d'accordo" (p. 186). Nonostante la recente assimilazione da parte sua dei contributi delle teorie delle relazioni oggettuali e della psicologia del Sé, Pine ci tiene a distinguere il suo approccio dal lavoro di autori più radicali come Kohut proprio in termini della sua fedeltà a tale credo. "Sebbene Kohut (1984) abbia una visione del tutto diversa del processo di cambiamento, scrive Pine, in linea di principio io credo che non ci sia bisogno di modificare la visione del processo, anche se dovessimo modificare o espandere la visione che abbiamo dei contenuti mentali più rilevanti a cui l'analisi si indirizza" (p. 187).

Anche Otto Kernberg, che ha ampliato l'ambito dei contenuti ai quali l'interpretazione dovrebbe essere rivolta fino ad includere le relazioni oggettuali precoci, mantiene il modello tradizionale dell'azione terapeutica, e cioè l'interpretazione come veicolo di insight, come se fosse tuttora utilizzabile nella sua forma originaria. È così che Kernberg ha recentemente fatto riferimento all'interpretazione come allo "strumento base della tecnica psicoanalitica", specificando che tale "concetto e la prova del cambiamento nell'equilibrio conflittuale è centrale per la tecnica psicoanalitica così come per la sua teorizzazione sui risultati del trattamento" (1992, pp. 141-142).

Come illustrazione del perché io credo che il modello classico dell'azione terapeutica, l'interpretazione come veicolo di insight, non possa più esserci utile nella sua forma originaria, vi propongo un momento della fase iniziale del trattamento di un giovane molto disturbato. George aveva già avuto diversi trattamenti non analitici, fondamentalmente centrati attorno ai suoi problemi di tossicodipendenza. Era figlio di un padre molto celebre, emotivamente assente e impegnato nel lavoro in maniera tossicomane, che aveva una quantità di denaro quasi inimmaginabile. Il senso di sé di George era fuso in maniera notevole in primo luogo col padre e in secondo luogo con la moglie. L'aveva sposata come antidoto al potere che il padre aveva su di lui, pur intrattenendo con lei una relazione simile a quella che aveva con il padre, e cioè una relazione di tipo fusionale, una miscela di adorazione e sottomissione.

Recitava aforismi conati sia dal padre che dalla moglie (entrambi i quali erano, incidentalmente, devoti

seguaci della psicoanalisi), come se fossero stati calati direttamente dal Monte Sinai. Il padre era stato per molti anni paziente di un famoso analista, nonché ricercatore in campo analitico, in favore del cui lavoro di ricerca aveva elargito grandi quantità di denaro. Non so se l'analisi del padre del paziente gli avesse recato molto beneficio, ma so che non ce n'era traccia nel suo rapporto col figlio.

Dopo diverse settimane trascorse, da parte del paziente, in uno stato di incertezza rispetto alle cose di cui parlare e, da parte mia, di insicurezza rispetto a che cosa dire a lui, George cominciò a mettermi al corrente dei peculiari dettagli delle trattative che abitualmente conduceva con la moglie. Gli piaceva passare fuori di casa con gli amici una o due serate alla settimana, a seguire eventi sportivi oppure a giocare a poker; ma questo significava lasciare la moglie sola coi loro due bambini, dal momento che ella credeva religiosamente nel principio ideologico per cui i bambini piccoli non dovrebbero mai essere lasciati senza un genitore. Sentiva di non essere mai nella posizione di decidere che cosa era giusto fare, dal momento che negli anni precedenti la sua tossicodipendenza ne aveva dimostrato la inaffidabilità. Inoltre, non voleva essere il tipo di padre e di marito assente che era stato suo padre. E così non poteva fare a meno di delegare alla moglie la decisione relativa a quando avesse il diritto a trascorrere la serata fuori di casa. Quando però usciva di casa tendeva a starci più a lungo di quanto andasse bene alla moglie, a bere troppo e a tornare in uno stato che sembrava di fatto confermare il suo giudizio di essere incapace di prendere da solo questo tipo di decisioni.

A questo punto ebbi la sensazione che potevo dire qualcosa di utile, e feci un commento sul suo delegare alla moglie una grande quantità di potere su di sé, in una maniera tale da poterlo rendere, potevo immaginare, pieno di rabbia e risentimento; potevo capire come potesse abusare in modo provocatorio dei suoi privilegi serali. Il paziente riconobbe che questo era proprio il modo in cui spesso si sentiva. Tentai quindi di interessarlo al carattere di circolo vizioso di questa interazione, e cioè al modo in cui la sua sottomissione lo faceva arrabbiare, la sua rabbia lo rendeva provocatorio e la sua autodistruttività lo convinceva ulteriormente del suo bisogno di sottomissione. Non dissi tutte queste cose tutte insieme e percepii che il paziente mi seguiva punto per punto. Nonostante questo, alla fine della seduta mi chiese di riassumere tutto ciò che avevo detto. Egli sentiva di avere la tendenza a fare cattivo uso della terapia, essendo pigro e smemorato, ciò che sembrò essere una cosa importante. Voleva dunque chiarire questo. Io ripetei ciò che avevo detto. Poi egli volle ripetermelo in modo tale da poterlo ripetere nuovamente alla moglie quando sarebbe rientrato a casa.

Immaginando la mia restituzione a carattere interpretativo appesa, ricamata, sulla loro parete di casa, circondata da piccoli fiori, mi sentii gradualmente sprofondare. Tentai di dirgli qualcosa a proposito del suo fare con me esattamente ciò che mi aveva raccontato faceva con la moglie, e cioè trattare le mie idee come se fossero una qualche guida esistenziale preziosa e soprannaturale piuttosto che qualcosa a cui lui ed io avevamo lavorato insieme.

Il paziente entrò in confusione ed ebbe la chiara percezione che io stessi criticandolo e abbandonandolo. Feci allora marcia indietro e, penso, fui in grado di riconquistare la precedente sensazione che stessimo facendo qualcosa di importante, anche se chiaramente nei termini di adorazione a lui abituali. Riflettei allora sul suo bisogno di credere che avessi tutte le risposte, decidendo di non mettere in crisi questa sua opinione in quel momento, ma esprimendo un senso di curiosità circa il suo bisogno di una tale visione delle cose, nonché su quanto lontano fosse disposto ad andare per mantenerla. Mi sembrò allora che la mia scelta fosse unicamente quella di ripetere l'una o l'altra delle configurazioni attive nel suo rapporto col padre: ossia o attenermi fermamente alla mia interpretazione transferale e quindi abbandonarlo come fossi il padre "cattivo", oppure permettergli più o meno passivamente di utilizzarmi come il padre magico idealizzato oltre misura; pensai inoltre che questa seconda alternativa poteva in ultima analisi fornire maggiori opportunità di crescita.

Che cosa era successo in questa interazione? Avevo pensato di vedere nel materiale che il paziente

portava qualcosa che valeva la pena commentare sul piano interpretativo. Questo è ciò che mi hanno insegnato a fare. Lo stesso materiale avrebbe potuto essere senz'altro affrontato, sul piano interpretativo, in molti modi diversi: in termini di un desiderio e di una difesa, di un bisogno evolutivo e così via. Non penso proprio che la cosa sarebbe stata rilevante. E questo perché quel che succedeva era che George non sentiva propriamente l'interpretazione come un'interpretazione; la sentiva come qualcosa d'altro, qualcosa di familiare, qualcosa di riconoscibile all'interno delle categorie di base della propria cornice di riferimento. Io potevo pensare che gli stavo porgendo un'interpretazione; George pensava che io gli stavo somministrando l'undicesimo comandamento.

Forse che il transfert mostrato da George aveva il carattere di un transfert "irreprensibile"? Ai tempi di Freud si poteva pensarla così e difendere un tale punto di vista, ma io non penso proprio che noi possiamo cavarcela in questo modo. Sembra abbastanza chiaro che George si relazionava alla mia interpretazione molto di più in termini di uno degli aforismi del padre che non in termini della mia idea di ciò che dovrebbe essere un'interpretazione.

I kleiniani contemporanei (ad esempio Betty Joseph) hanno una soluzione per questo problema: ciò che essi chiamano la "relazione con l'interpretazione" da parte del paziente. Si tratta di fare un'altra interpretazione, questa volta del modo in cui il paziente si rapporta con l'interpretazione. Questo è ciò che in effetti ho fatto io stesso, richiamando l'attenzione di George al modo in cui faceva con me ciò che gli stavo mostrando egli faceva col padre e la moglie. Il contenuto di tutte le altre interpretazioni è irrilevante, affermano i kleiniani, in rapporto al modo in cui il paziente si relaziona alle interpretazioni. Interpretare il modo in cui il paziente accoglie le interpretazioni è l'unico modo di andare avanti. Trovo questo un utile modo di pensare, e qualche volta funziona. Ma il più delle volte questo non risolve veramente il problema. Ricorderete che quando feci a George questa interpretazione di secondo livello, egli andò incontro a confusione e disorientamento. Penso che era chiaro che egli era incapace di riflettere veramente sul modo in cui attribuiva un valore oracolare alle mie affermazioni; anzi, invece di fare ciò, aveva la sensazione che io gli stessi offrendo ancora un altro, un dodicesimo, comandamento, nell'atto stesso in cui sollevavo interrogativi, in maniera oscura e critica, circa la sua incapacità di sottomettersi in maniera appropriata al comandamento precedente. Tentare di interpretare il rapporto del paziente nei confronti di ogni interpretazione può dare luogo ad una regressione infinita, da cui l'analista non sarà più in grado di tirarsi fuori.

Dal momento che Freud poteva pensare che l'analista, quando faceva le sue interpretazioni, stava al di fuori della rete di questo tipo di configurazioni transfert/controltransfert ripetitive e complesse, non ebbe mai a che fare con questo problema in quanto tale. Indipendentemente da quali altri transfert fossero implicati nelle interpretazioni dell'analista, la dimensione del "transfert positivo irreprensibile" era, come abbiamo notato sopra, considerata di aiuto. Freud giunse vicino ad affrontare il tipo di problemi con cui ci troviamo a confrontarci oggi solo quando scoprì l'importanza del tempo, di lunghi periodi di tempo, per la realizzazione del cambiamento analitico. Come ricorderete, le prime analisi di Freud duravano solo qualche mese. Allora sembrava ragionevole pensare che l'analista avesse semplicemente bisogno di pervenire alla corretta comprensione interpretativa e di convincere il paziente della sua correttezza affinché l'insight curativo avesse luogo. Freud e gli analisti che lo seguirono scoprirono però che le interpretazioni utili non funzionavano in un colpo solo. Ci vuole tempo, molto tempo. Si fa la stessa interpretazione oppure una ad essa collegata in maniera ripetuta. Come può questo fenomeno essere compreso all'interno del modello tradizionale dell'azione terapeutica? Se il materiale conflittuale è liberato dalla rimozione per opera dell'interpretazione, perché questo processo deve aver luogo ripetutamente?

Freud sviluppò la nozione di "elaborazione" per tentare di rendere conto della dimensione temporale del processo analitico, del fatto che questo lavoro richiede tempo. Ho sempre considerato questo concetto come il più oscuro di tutti i più importanti concetti tecnici di Freud. Laplanche e Pontalis nella loro

Enciclopedia della psicoanalisi, notano che l'“elaborazione” ha luogo “soprattutto in certe casi in cui il trattamento sembra ristagnare e in cui una resistenza, sebbene interpretata, continua a sussistere” (1967, p. 135). Che cosa fa l'analista per facilitare l'“elaborazione”? Laplanche e Pontalis dicono che l'“elaborazione terapeutica è favorita da interpretazioni dell'analista consistenti in particolare nel mostrare come i significati in questione si ritrovino in contesti diversi” (ibidem). Questo sembra voler dire che durante le fasi stagnanti, qualcosa di utile qualche volta accade quando l'analista continua a interpretare. Può questo essere spiegato in maniera persuasiva nell'ambito del modello classico?

Pensate all'“elaborazione” in termini delle metafore spaziali su cui Freud faceva affidamento. Anche una volta che il conflitto originario venga scoperto attraverso l'interpretazione, i suoi derivati hanno bisogno di essere rintracciati e sradicati, come i fastidiosi germogli di un complesso sistema di erbacce in un giardino. Una volta che le radici centrali siano state tirate su, non resta altro che seguire i molti germogli residui per prevenire che la pianta riemerge. Ma questo modo di pensare all'“elaborazione” nel corso del tempo non spiega in realtà come cambino i pazienti come George. George non poteva realmente usare più interpretazioni; George sembrava aver bisogno di un qualche modo diverso di prendere e di internalizzare le interpretazioni. La mia interpretazione sembrava aggravare il problema e non curarlo. Nel portare alla luce ogni radice, l'analista non fa che spargere in giro semi della stessa erbaccia; quella stessa attività intesa ad affrontare il problema lo perpetua.

Dal nostro punto di vista contemporaneo, l'analista assomiglia meno al chirurgo che Freud ci chiese di immaginare e più all'apprendista stregone.

È questo un problema che emerge unicamente all'inizio dell'analisi? Oppure in casi particolarmente difficili? Io non la penso così. Nei limiti dell'impatto terapeutico delle interpretazioni ci rendiamo maggiormente conto quando falliscono drammaticamente, come nel caso di George, ma ciò non toglie che questi stessi processi possano essere all'opera anche quando le cose sembrano andare bene.

Un'eloquente dimostrazione dei limiti delle interpretazioni nel quotidiano lavoro analitico, e quindi dell'insufficienza ermeneutica del modello tradizionale dell'azione terapeutica, la si può trovare in un eccellente ed estremamente importante articolo di William Grossman e Walter Stewart intitolato “*Invidia del pene: dal desiderio infantile alla metafora evolutiva*” (1976).

Questo articolo mette in evidenza il modo in cui la comune interpretazione (forse sarebbe giusto dire l'interpretazione tradizionale) dell'invidia del pene presume, seguendo Freud, che l'invidia del pene sia un fatto concreto, fondato sulla biologia, piuttosto che una metafora, da interpretarsi come ogni contenuto manifesto. Gli autori meditatamente dimostrano che per due donne alla ricerca di una seconda analisi, l'interpretazione dell'invidia del pene della prima analisi svolgeva l'effetto anti-terapeutico di gratificare varie dinamiche di tipo masochistico e narcisistico. Per una delle due pazienti, essi affermano: “dal momento che l'ammirazione conduceva sempre a rivalità e invidia e l'interesse sessuale ad aggressività, l'unico legame oggettuale permanente era di natura sadomasochistica. Ella scelse il ruolo masochistico e la difesa di un leggero atteggiamento paranoide. In effetti, l'“inevitabile accettazione dell'interpretazione dell'invidia del pene della prima analisi sembrava masochisticamente gratificante” (Ibidem, pp. 197-198).

Ecco dunque una situazione molto interessante. Grossman e Stewart suggeriscono che, mentre il contenuto dell'interpretazione dell'analista può o meno essere stato corretto o rilevante in un senso o nell'altro, ciò che si rivelò più importante ancora fu il modo in cui la paziente visse e internalizzò l'interpretazione (la relazione della paziente nei confronti dell'interpretazione). L'analista pensava di proporre un'interpretazione, ma la paziente la sperimentò come una specie di attacco o batosta a carattere sadico a cui si sottometteva, mettendo in tal modo in atto le sue dinamiche di fondo. Mentre sembrava che qualcosa di nuovo stesse accadendo, attraverso la proposta di un'interpretazione, veicolo di insight e di cambiamento psichico, in realtà la paziente rimetteva in atto il suo vecchio masochistico stile di capitolazione nei confronti degli uomini.

Le seconde analisi rappresentano sempre punti di vista davvero privilegiati per osservare ciò che può essere andato storto nell'analisi precedente. Ma, in questo caso, la presa di coscienza alla quale Grossman e Stewart erano approdati, e cioè che le interpretazioni del primo analista non avevano avuto un vero e proprio impatto analitico, essendo state filtrate dalle dinamiche masochistiche della paziente, non aiutò granché il secondo analista. Ecco quanto affermano gli autori: "Anche l'interpretare il suo masochismo comportava la minaccia che l'interpretazione venisse vissuta come un atto repressivo gratificando così la sua disposizione masochistica; tutte le interpretazioni, se non erano gratificanti sul piano narcisistico, ne gratificavano i desideri masochistici. Erano sentite come attacchi in cui la sua mancanza di valore, la sua imperfezione e la sua aggressività venivano smascherate. L'analisi minacciava di diventare interminabile, di diventare un'analisi in cui la relazione nei confronti dell'analista veniva mantenuta, ma solo al prezzo di una situazione di stallo" (ibidem, p. 198).

Questo è un esempio splendido di ciò che sostengo essere il problema cruciale di ogni analisi. L'analista approda ad una comprensione delle modalità attraverso le quali il paziente organizza il suo mondo soggettivo e perpetua i suoi conflitti dinamici centrali. L'analista trasmette questa sua comprensione nella forma di un'interpretazione. Ma il paziente può solo sentire l'interpretazione come qualcosa d'altro; essa si trova ad essere assimilata attraverso quelle stesse categorie che l'analista usa. L'analista fa un'interpretazione circa il modo in cui il paziente erotizza l'interazione e il paziente vive l'interpretazione stessa come una seduzione. L'analista fa un'interpretazione circa il modo in cui il paziente trasforma ogni interazione in una battaglia e il paziente vive l'interpretazione stessa come un'operazione di potere. Oppure, come nel caso di Grossman e Stewart, l'analista fa un'interpretazione circa il masochismo della paziente e la paziente la vive come un atto repressivo con cui trovarsi d'accordo e da cui sentirsi umiliata.

È molto frequente che l'analista non si renda conto che una cosa simile sta succedendo, ma la cosa si rende spesso del tutto evidente all'analista successivo. Come mai? Il paziente e l'analista, finché l'analisi è in corso, investono entrambi in misura notevole nel pensiero che le interpretazioni dell'analista siano qualcosa di diverso, qualcosa di nuovo, parte della soluzione e non parte del problema. È molto facile per i pazienti organizzare inconsciamente la loro esperienza di analisi nella maniera a loro più familiare e peculiare, sperando e credendo al tempo stesso che qualcosa del tutto nuovo e trasformativo stia accadendo. È spesso molto difficile per i pazienti far sapere all'analista come lui o lei, paziente, stia incominciando a provare che l'analista, anche quando sta facendo un'interpretazione, è solo l'ultimo in una lunga serie di persone da cui ha ricevuto e sofferto seduzione, tradimento, abbandono, tortura, profonde delusioni e così via. È anche molto difficile per l'analista sentire e recepire gli accenni che il paziente fa in questa direzione, dal momento che l'analista vuole avere la sensazione che l'analisi stia andando bene e che le interpretazioni sono eventi genuinamente analitici e non la riedizione dei soliti disastri. Di fatto, quando il paziente finalmente rende questa sua esperienza inequivocabilmente chiara, c'è in genere un senso di grande crisi nell'analisi ed il suo valore è messo in questione. È così che molto spesso l'esperienza che il paziente ha fatto delle interpretazioni non viene rivelata ed investigata fino in fondo finché il paziente non comincia a lavorare con l'analista successivo e la nuova coppia analitica può operare nell'illusione che il problema in questione in realtà non si applichi ad essa.

Dal momento che Grossman e Stewart avevano presentato così chiaramente questi problemi, ero molto interessato a vedere come li avrebbero commentati. Hanno forse trovato una via d'uscita da questo cruciale dilemma? Il paragrafo seguente del loro articolo inizia in questo modo: "Nel corso di molti anni la paziente fu in grado di riconoscere il suo bisogno di essere una piccola bambina maltrattata, piuttosto che far fronte alle sue delusioni di donna adulta" (Ibidem, pp. 203-204).

La prima volta che lessi questa frase fui convinto di essermi distratto e di aver mancato di leggere un intero paragrafo. No, non era così. Allora, forse, il paragrafo l'aveva lasciato cadere il tipografo. Che cosa era successo? Gli autori presentano il problema in maniera così lucida. Dimostrano che le interpretazioni, in

sé e per sé, non sono probabilmente in grado di risolvere il problema, dal momento che il paziente organizza le interpretazioni in un'altra manifestazione del suo stesso problema. Ciò nonostante, essi affermano che "nel corso di molti anni" qualcosa cambiò. Ma in che modo? L'implicazione che ne deriva è che le interpretazioni stesse a un certo punto cominciarono a funzionare e che quindi il modello tradizionale dell'azione terapeutica avesse finito, in qualche modo, per trionfare. D'altra parte, Grossman e Stewart hanno anche dimostrato che le interpretazioni non possono di per sé aver promosso il cambiamento analitico. Al cuore del modello tradizionale dell'azione terapeutica c'è un paradossale e apparentemente irrisolvibile circolo vizioso (*a major boot-strapping problem*). Deve essere pur successo qualche cosa d'altro al di là dell'interpretazione.

Il dizionario dice che quando descriviamo qualcuno che "si solleva tramite i lacci dei propri stivali" intendiamo dire che si è aiutato "senza l'aiuto di altri; usando le proprie risorse" (Webster's New Universal Unabridged Dictionary, 1989, p. 171). Una tale definizione non rende però conto del paradosso implicato dalla frase. Non ci si può sollevare tramite i lacci dei propri stivali; provate pure. è tramite essi che state in piedi. Per sollevarvi tramite i lacci dei vostri stivali dovrete trovare un altro posto su cui appoggiare il vostro peso. Non è possibile starci dentro, ai propri stivali, e allo stesso tempo sollevarsi tramite essi. Questo sembra essere proprio il problema che siamo andati ricostruendo a proposito del modello tradizionale dell'azione terapeutica. Alle interpretazioni è riconosciuto il ruolo di tirare fuori i pazienti dalla loro psicopatologia; d'altra parte, le interpretazioni vanno proprio ad impantanarsi nella stessa patologia che cerchiamo di curare facendo loro ricorso. Ci deve essere qualcos'altro su cui l'analista può poggiare il proprio peso mentre è impegnato a tirare i propri lacci interpretativi. Da qualche parte ci deve pur essere la piattaforma apparentemente mancante.

Quando gli astronomi stavano studiavano l'orbita del pianeta Urano, notarono piccole deviazioni dalla rotta ellittica che avevano previsto. Anche se i telescopi disponibili all'epoca non permettevano di vedere altri pianeti, essi si resero conto che doveva pur esserci qualche altro corpo nel firmamento che portava Urano fuori dall'orbita da loro prevista. Questo modo di affrontare il problema rese loro possibile localizzare ed alla fine individuare Nettuno.

Nella storia delle idee psicoanalitiche siamo giunti ora ad una svolta analoga. C'è qualcos'altro, qualche altra forza, che deve aiutare l'analista a tirare i pazienti fuori dalle loro orbite psicodinamiche abituali, fare semplicemente delle interpretazioni non può verosimilmente bastare. Ma qualunque altra cosa ci sia lì fuori, nella situazione analitica, è rimasta fino ad ora in linea di massima invisibile per il repertorio concettuale a nostra disposizione. Il mantenimento del modello ormai anacronistico di azione terapeutica di Freud, e cioè l'interpretazione che conduce all'insight, considerata come il meccanismo fondamentale del cambiamento, ci induce a non affrontare il problema.

Ci sono state diverse importanti strategie intese a puntellare il modello di Freud; il concetto di "alleanza terapeutica" sviluppato nell'ambito della psicologia dell'Io americana ha rappresentato la più popolare di tali strategie, particolarmente negli Stati Uniti. Quando le interpretazioni falliscono è perché non c'è alleanza terapeutica. Così Freud aveva ragione per quanto riguarda il modo in cui l'analisi funziona, ma noi siamo pervenuti alla comprensione delle precondizioni necessarie per un effettivo processo analitico. Con i pazienti più disturbati, piuttosto che fare interpretazioni, l'analista costituisce un'alleanza terapeutica. Con i pazienti che lavorano bene un esame più attento rivela la sottostante alleanza terapeutica. è così che l'alleanza terapeutica diventa la piattaforma mancante che rende la leva interpretativa possibile e cioè il posto dove l'analista può appoggiare il proprio peso mentre fa le sue interpretazioni.

Ma il concetto di alleanza terapeutica elude tutti i più interessanti interrogativi relativi al circolo vizioso paradossale e apparentemente irresolubile che siamo andati considerando. Le interpretazioni non funzioneranno a meno che l'analista non venga vissuto come collocato all'esterno della rete dinamica dei

transfert del paziente. C'è dunque bisogno di un'alleanza terapeutica. Ma in che razza di modo si stabilisce un'alleanza terapeutica? Un'attenta lettura di Greenson, per esempio, rivela che di fatto l'alleanza terapeutica si stabilisce fundamentalmente interpretando il transfert. Ma come può il paziente sentire le interpretazioni del transfert se non c'è una preesistente alleanza terapeutica? Questo concetto ha semplicemente spostato il problema che abbiamo con il modello tradizionale dell'interpretazione ad una più precoce condizione per l'interpretazione stessa.

Un uso parallelo di molti concetti presi a prestito dalle teorie delle relazioni oggettuali e dalla psicologia del Sé è stato fatto recentemente da parte di autori come Pine, Kernberg e Modell. L'interpretazione come veicolo di insight è ancora il processo chiave, ma affinché le interpretazioni funzionino, i pazienti devono vivere il setting analitico come uno "holding environment", o vivere l'analista come veramente "empatico". Quando le interpretazioni falliscono, si rendono necessari il contenimento o l'empatia; quando le interpretazioni funzionano, il contenimento o l'empatia sono presunte.

Ma affinché il "contenimento" o l'"empatia" siano genuinamente analizzati, il paziente deve viverli come qualcosa di totalmente diverso da ciò che ha trovato nelle sue abituali relazioni oggettuali. Come può l'analista creare qualcosa di diverso? Presumere l'esistenza di contenimento ed empatia vuol dire, ancora una volta, eludere gli interrogativi più cruciali. Per il paziente cresciuto in un mondo di persone pericolose e disoneste, è probabile che l'offerta di empatia da parte dell'analista venga vissuta come pericolosa e disonesta. E ciò che l'analista può sentire, da parte sua, come comprensione empatica di questo problema non risolve il problema perché è collocato ancora all'interno di esso. È piuttosto nella lunga e dura lotta per la creazione di un rapporto empatico che un dato paziente può riconoscerlo come tale e farne davvero uso. E in questo modo che viene fatto il lavoro analitico fondamentale e non nelle interpretazioni stesse, la cui efficacia presuppone appunto la realizzazione di un tale lavoro.

Diverse linee di pensiero analitico hanno affrontato direttamente il circolo vizioso paradossale e apparentemente irresolubile da me enucleato. Fairbairn ha anticipato le nostre contese attuali su questo problema quasi cinquant'anni fa, quando sostenne che la rinuncia al legame con l'oggetto cattivo è la dimensione trasformativa centrale della psicoanalisi. Egli suggeriva che il paziente, per rinunciare al legame "adesivo", per usare il meraviglioso aggettivo di Freud, con l'oggetto cattivo, doveva poter credere, attraverso il rapporto con l'analista, nella possibilità di una buona relazione oggettuale. Comunque, Fairbairn lasciò oscuri ed ambigui gli interrogativi in merito a che cosa esattamente sia una buona relazione oggettuale e a come la lotta attraverso il transfert debba procedere per conseguirla.

Un importante progresso su questo problema è stato conseguito dagli interpersonalisti, particolarmente da quelli più influenzati da Fromm. Sullivan, per quanto radicalmente innovativo in molte aree, era molto conservatore per quanto riguarda azione terapeutica e relazione analitica; egli considerava il progresso dell'analisi come basato sull'insight, comunicato non attraverso interpretazioni ma attraverso domande, poste da parte di un terapeuta collocato al di fuori del tira e molla di transfert e controtransfert.

Fromm vedeva il ruolo dell'analista come più personale. Gli interpersonalisti contemporanei localizzano l'azione terapeutica nella lotta a cui l'analista si sobbarca per trovare una modalità autentica di coinvolgimento del paziente (Levenson, Wolstein, Ehremberg).

La psicologia del Sé ha dato anche importanti contributi alla risoluzione del circolo vizioso paradossale e apparentemente irresolubile, di cui stiamo parlando. Mentre Fairbairn concepiva la adesività sottostante alla psicopatologia in termini di legami nei confronti di oggetti cattivi, che si stabilivano come difesa da perdite oggettuali ed isolamento inimmaginabili, Kohut concepiva l'adesività, in termini di bisogno di oggetto-sé, come difesa dall'esperienza di annichimento e disintegrazione del sé.

Secondo me, la descrizione di Fairbairn dell'insostenibile perdita di tutti gli oggetti e la descrizione di Kohut dell'angoscia di annichimento sono due modi diversi di descrivere lo stesso fenomeno.

Mentre Fairbairn era troppo schematico, Kohut era messianico; ha spesso descritto l'empatia come se

fosse qualcosa di generico e di fatalmente realizzabile, una posizione di base dell'analista che funziona con tutti i pazienti.

Kohut sembrava anche suggerire che i bisogni di oggetto-sé siano come in stato di allerta, da sempre presenti nel paziente, in attesa e pronti ad emergere. Questa visione delle cose (come del resto il concetto di Winnicott di un "vero Sé" già prefigurato) è problematica, dal momento che ancora una volta presuppone, più che non spiegare, che l'analista trovi il modo, in maniera diversa da un paziente all'altro, di essere l'analista di quel determinato paziente.

Il modello classico cortocircuitava il circolo vizioso paradossale e apparentemente irrisolvibile, ipotizzando che le interpretazioni forniscano un canale diretto tra analista e paziente, che va al di là delle dinamiche del paziente. I kleiniani contemporanei sono dell'avviso che soltanto le interpretazioni relative al rapporto del paziente stesso con l'interpretazione forniscano un canale diretto. Quella che potrebbe essere chiamata la psicologia del Sé classica di Kohut partiva dal punto di vista che la posizione empatica assunta dall'analista fornisse un canale diretto in direzione del paziente, evitandone i conflitti ed entrando in contatto con i suoi bisogni evolutivi pronti a sbocciare, naturalmente a patto di fornire l'ambiente necessario.

Ciò che sto sostenendo è che non è utile ipotizzare un tale canale diretto, ma piuttosto comprendere le interazioni che si generano tra paziente e analista in termini delle dinamiche del paziente, ossia come manifestazioni di vecchie modalità di comportamento. Il cambiamento analitico significativo deriva, da questo punto di vista, non dall'evitare vecchie relazioni oggettuali ma dall'espanderle, dal di dentro al di fuori (Bromberg). Gli ultimi sviluppi della psicologia del Sé affrontano più direttamente il circolo vizioso paradossale e apparentemente irrisolvibile nella loro esplorazione dei seguenti fenomeni: le dimensioni ripetitive del transfert (Lachmann e Beebe), la "paura di ripetere" (Ornstein), l'inevitabilità e l'utilità dei "fallimenti empatici" e la natura fondamentale intersoggettiva della situazione analitica (Stolorow).

Il punto di convergenza delle varie linee di pensiero innovativo circa l'azione terapeutica, il pianeta mancante del processo analitico, è da ricercarsi nella trasformazione emotiva della relazione con l'analista (Racker, Loewald, Gill, Hoffman, Greenberg). Le interpretazioni falliscono perché il paziente le vive come modalità di interazione vecchie e familiari. Il motivo per cui le interpretazioni funzionano, quando sono efficaci, è che il paziente le vive come qualcosa di nuovo e differente, qualcosa di mai incontrato prima. L'interpretazione efficace è l'espressione, e a volte il veicolo, di qualcosa di più profondo e di più significativo. Il luogo cruciale del cambiamento analitico giace nella lotta dell'analista per trovare un nuovo modo di partecipare alla relazione. C'è un'enorme differenza tra una falsa empatia, superficiale ed artefatta, ed empatia autentica, conseguita lottando attraverso errori, incomprensione ed un lavoro personale profondo da parte sia dell'analista che del paziente.

Così, sebbene io trovi che i concetti evolutivi di autori come Winnicott e Kohut abbiano enorme valore, penso sia pericoloso ipotizzare, come fa la prospettiva evolutiva di questi autori, la possibilità di nuova crescita laddove possono aver luogo sottili forme di ripetizione. Naturalmente, nessuno di questi due diversi approcci interpretativi può essere considerato semplicemente giusto o sbagliato, si tratta di modi di organizzare dati ambigui, che possono essere organizzati in molti modi diversi. L'interrogativo più rilevante concerne non tanto la correttezza quanto le conseguenze dell'adozione di uno o dell'altro punto di vista. Andare alla ricerca della ripetitività del comportamento, se l'operazione è condotta con sensibilità e tatto, ha due vantaggi di notevole importanza.

In primo luogo, questo procedimento aiuta il paziente a rendersi conto di quanto abilmente egli possa richiamare in vita vecchie modalità di comportamento. Dal momento che nessuno di noi è mai in grado di superare completamente tali modalità, ed una relativa salute mentale comporta un'augmentata capacità di ritrovarle ed emergere da esse, io penso che un tale sforzo possa essere molto utile al paziente. Ciò trasmette all'analizzando il senso che la vita autentica viene conseguita solo attraverso un grande sforzo.

In secondo luogo, l'attenzione alla ripetizione dà forma alla relazione analitica in un modo che io penso possa essere molto benefico. Ciò trasmette la volontà da parte dell'analista di interrogarsi continuamente sulla propria partecipazione, un'apertura alla critica e alla auto-riflessione e una dedizione nei confronti del paziente nei termini del trarre il massimo possibile dall'analisi e quindi dalla vita.

Prendiamo ora in esame un certo punto nella seconda analisi di una donna di nome Carla, la cui prima analisi era approdata ad un angosciato stallo. Voglio usare questo materiale perché comporta l'esame di un momento più avanzato nel lavoro analitico con una paziente i cui problemi erano in qualche modo simili a quelli di George. Riferirò in maniera articolata i miei personali sforzi sul piano controtransferale, perché è proprio a questo livello che io penso sia stato fatto gran parte del lavoro.

Carla era la figlia di un brillante e bizzarro sedicente inventore che era vissuto in un isolamento a carattere paranoide, lavorando a quelle che egli considerava essere innovazioni di importanza fondamentale. Carla e i suoi fratelli furono costretti a scegliere tra i loro genitori negli anni sia precedenti che successivi al loro divorzio e Carla si sentiva profondamente devota nei confronti del padre. Aveva la sensazione di assomigliargli per molte cose; coltivò un profondo isolamento dai suoi coetanei, che funzionava come un segno della sua superiorità e della sua interna fusione col padre. Ella era divisa tra la sensazione che la stima egoistica che il padre aveva della propria importanza fosse ampiamente esagerata e il proprio profondo bisogno di credere nel padre e nel suo legame con lui. Molto poco ebbe mai veramente luogo, sul piano del rapporto reale, tra Carla e il padre, ma, attraverso la sua identificazione e devozione nei suoi confronti, Carla aveva la preziosa, benché molto labile, ossia fantasiosa sensazione di muoversi seguendo la scia del padre e che il padre si prendesse cura di lei.

Un ruolo centrale nel risentimento di Carla nei confronti del suo primo analista lo giocava la sua sensazione di essere stata in qualche modo messa in una posizione difficile nel trattamento fin dall'inizio. Era stata inviata a fare una consultazione con quest'uomo da un amico e di fatto non aveva idea su quale tipo di trattamento fosse preferibile per lei. Facendo seguito ad un'ampia consultazione, l'analista la informò che il suo caso era accessibile ad analisi e le offrì di vederla cinque volte alla settimana, ad un prezzo simbolico. (Naturalmente Carla più tardi sospettò che l'analista fosse un candidato di un istituto analitico e che lei stessa era diventata un caso didattico, sebbene ciò non fosse mai stato esplicitamente riconosciuto). In un certo senso, il dado era stato tratto fin dal primo momento, dato che un carattere centrale del transfert era organizzato attorno all'idea che l'analista l'avesse attirata in un certo tipo di accordo analitico in base ai suoi personali bisogni.

L'analista sembrava ciecamente devoto alla psicoanalisi quasi fosse una religione. Carla sentiva la sua quotidiana e devota frequentazione delle sedute come un tentativo di onorare l'altare dell'analista/padre, anche se aveva profondi dubbi sia circa l'analista che la psicoanalisi. In cambio, la paziente desiderava profondamente essere aiutata, forse salvata, senz'altro desiderava entrare in un rapporto di scambio verbale significativo. Nel corso degli anni sviluppò un senso sempre maggiore di tradimento, abbandono e rabbia.

Carla venne da me inizialmente per essere aiutata a capire che cosa fosse successo in questo trattamento, al punto da farla sentire così amareggiata.

Dopo alcune consultazioni ero pervenuto a dare un senso sufficientemente compiuto ai caratteri del transfert, che ho appena descritto, così da raccomandarle di cominciare una specie di trattamento analitico di prova con un nuovo analista, il cui scopo doveva essere in parte quello di esplorare che cosa era successo nel corso del primo trattamento. Ci trovammo d'accordo sul fatto che la cosa migliore per lei sarebbe stata quella di lavorare con un analista esperto. Ciò voleva dire tariffe più alte, e, dal momento che il suo reddito era limitato, solo una o due sedute la settimana. Le dissi che nella mia esperienza lavorare ad una tale frequenza era difficile ma spesso molto costruttivo. Dopo averci pensato su un po', mi chiese se sarebbe

stato possibile lavorare con me e concordammo che l'avrei vista una volta alla settimana ad una tariffa ridotta.

Nel corso dei primi sei mesi succedettero moltissime cose, di cui non posso riferire in questa sede, dato che seguirò solo i fili che ci condurranno al momento che voglio descrivere. In senso generale avevo la sensazione che il lavoro procedesse molto bene. Ella sembrava profondamente impantanata nella sua identificazione masochistica e narcisistica con il padre, ma dal momento che lavoravamo bene insieme io mi sentivo cautamente ottimista. A questo punto mi disse di essersi resa conto di poter di fatto disporre di una polizza assicurativa che avrebbe coperto una considerevole quota del trattamento, con un tetto di ventimila dollari.

Date le restrizioni in atto al giorno d'oggi a livello di coperture assicurative, considerai questa notizia come all'incirca equivalente al sentirle dire che aveva vinto alla lotteria. Visualizzai dunque la possibilità di espandere il trattamento a tre o quattro sedute alla settimana. Trovavo il lavoro con lei molto coinvolgente, ma anche frustrante, al ritmo di una volta alla settimana. Questa sembrava dunque una gran bella novità. Tenni il mio entusiasmo sotto controllo, mentre la paziente si domandava se questo non volesse dire che poteva venire più spesso. Che cosa ne pensavo? Avendo avuto un buon training, scansai la domanda e le chiesi che cosa lei ne pensava.

Dal momento che ognuno di noi evitava di affrontare direttamente il problema, non ricordo esattamente chi disse che cosa, ma l'andamento della cosa fu più o meno il seguente. Essendo molto più frugale di me, Carla aveva la sensazione che la nuova somma da poco resasi disponibile doveva essere spesa cautamente. Dopo tutto, i ventimila dollari sarebbero durati solo per alcuni anni; poi sarebbero spariti. Di conseguenza, aveva davvero bisogno di essere sicura che questo trattamento fosse proprio il trattamento di cui aveva bisogno; forse sarebbe stata in grado di permettersi solo un tale trattamento nella sua vita e aveva bisogno di sapere che quello in corso con me fosse proprio quello. E aveva tutta una serie di dubbi. La sua vita certo non era migliorata negli ultimi sei mesi. Che cosa ne pensavo?

Mi sentivo sempre meno a mio agio. In un primo tempo pensai che stavo facendo un buon lavoro analitico evitando le sue domande e prendendo la solenne posizione che la decisione doveva essere sua. Avevamo bisogno di esplorare ciò che lei pensava. Ciononostante, questa posizione non calzava bene. A mano a mano che esploravamo la sua sensazione che aveva bisogno di avere da me un parere, la mia in qualche modo virtuosa convinzione analitica di non essere chiamato ad improvvisare un'opinione cominciò a sembrarmi troppo facile, quasi un po' irresponsabile.

Esplorammo dunque il modo in cui la paziente viveva la mia posizione per cui la mia opinione non era importante. Voleva sapere perché mai non lo era. Dopo tutto, io ero un esperto a cui si rivolgeva per un aiuto professionale. Avrei pur dovuto avere un'opinione; doveva pur essere più informata della sua o comunque di qualche potenziale valore nell'aiutarla a prendere una decisione. Il mio tenerla all'oscuro dei miei pensieri sembrava deliberatamente autoritario e sadico, così come lo stile laconico del suo primo analista. Chiederle di credere che ciò era veramente nel suo migliore interesse sembrava come chiederle di sottomettersi ad un principio che le sembrava eccessivamente astratto e dubbio, probabilmente a mio uso e consumo. Più esploravamo il modo in cui la paziente viveva la mia astensione e più mi sembrava inattuabile.

Bene, mi capitò di pensare, che cosa penso io veramente? Potevo immaginare di muovermi in due direzioni.

Una linea associativa relativa all'interrogativo se questo sarebbe stato il miglior trattamento per lei mi portò al seguente pensiero: "Non lo so proprio!". La maggior parte delle persone con cui ho lavorato hanno avuto molto dal nostro lavoro con la conseguente sensazione che ne valesse la pena, ma non tutti. Avrebbe funzionato per lei? Non lo sapevo proprio. Doveva decidersi, in un modo o nell'altro, e correre i suoi rischi: "Paghi i tuoi soldi e corri i tuoi rischi". Ma questa non sembrava proprio la cosa più giusta. Sembrava troppo

facile. Mi sentivo davvero così indifferente rispetto a questa decisione? No. Forse dovevo dirle di andare avanti e usare il denaro per il nostro lavoro analitico. Ecco ciò che avrei fatto. La paziente era in grave pericolo di vivere una vita grandemente compromessa. Se il nostro lavoro funzionava, poteva fare una grande differenza nella qualità della sua vita, molto più che non l'aver una riserva di denaro. Avrebbe dovuto fare in questo modo e io dovevo dirglielo.

Ma nemmeno questa era una soluzione facilmente adottabile. Tanto per cominciare io tendo a spendere i soldi in maniera un po' impulsiva. I prossimi ventimila dollari in cui inciamperei coprirebbero senz'altro le spese del campo da tennis su cui ho fatto così tante fantasie. Forse la cautela di Carla aveva un senso, particolarmente per lei. Ero così sicuro che il nostro lavoro l'avrebbe aiutata? In che misura questa mia opinione era un'estensione del mio narcisismo? Era facile per me parlare. Forse la mia stessa passione per il lavoro era di per sé pericolosa per lei.

Inoltre, potevo immaginare la mia chiara posizione relativa alla desiderabilità che attraverso l'analisi la paziente rivivesse precisamente quello stesso tipo di stallo transferale/controtransferale che aveva distrutto la prima analisi. Dovevo forse continuare a convincerla che il lavoro stava andando bene? Dovevo forse io stesso vedere sempre più le cose in questa luce? Più avessi avuto fiducia che questa sarebbe stata una buona cosa per lei e più lei stessa avrebbe potuto aver bisogno di sconfiggermi distruggendo l'analisi. Cominciai a sentire che le alternative erano o quella di abbandonare il campo a gambe levate oppure quella di assumere il ruolo di un commerciante imbroglione, e cioè di vendere un prodotto mostrando una maggiore certezza di quella che di fatto avevo.

Cominciai a sentirmi soffocare, una sensazione che sono ormai abituato a considerare come un invariabile segno che qualcosa di importante sta accadendo. La situazione mi sembrava strutturata in maniera tale che non c'era verso per me di funzionare in maniera consona alla mia idea di analista. Se mi fossi astenuto, la paziente lo avrebbe sentito come un abbandono. Se l'avessi incoraggiata, lo avrebbe sentito come una seduzione; per di più c'era qualcosa nel modo in cui la nostra interazione si sviluppava che mi portava a voler fare affermazioni e promesse implicite che non avrei avuto ragione di fare. Sembravamo dunque trovarci in una situazione di stallo.

Sono stato colpito dalla frequenza con cui il termine "stallo" è stato usato nella letteratura recente, generalmente con una qualche via d'uscita oggetto di prescrizione. Come ho suggerito sopra, i kleiniani (Joseph, Rosenfeld) considerano l'interpretazione del rapporto che il paziente intrattiene con l'interpretazione come la soluzione. Alcuni interpersonalisti (Cooper e Witenberg) raccomandano un'inchiesta dettagliata sulla storia del paziente. Altri interpersonalisti (Ehremberg) considerano l'autorivelazione dei sentimenti controtransferali come la chiave del problema. Gli psicologi del Sé favoriscono il ristabilimento di un atteggiamento empatico. Quando le cose si fanno difficili, ognuno tende ad affidarsi agli strumenti che sa usare meglio.

Non ho trovato alcuna soluzione generale per situazioni come questa; di fatto, non credo ci siano soluzioni a carattere generale e questo per motivi che spiegherò tra poco. Una reazione alle situazioni di stallo, che a volte ho trovato utile, è quella di lasciarmi andare ad uno scoppio emotivo. Non intendo uno scoppio di collera di origine controtransferale oppure un attacco di natura vendicativa. Intendo riferirmi ad una reazione emotiva tale da trasmettere la sensazione che mi sento in qualche modo intrappolato e limitato, che sento che l'analizzando ed io siamo come intrappolati ed imprigionati e che voglio liberarmi dai vincoli di opzioni che mi sembrano tutte inaccettabili.

Fu così che in questa situazione riferii a Carla la mia sensazione di essere ostacolato nel mio lavoro: mi trovai d'accordo con lei che non sembrava onesto non dire ciò che pensavo, ma potevo pensare solo a due modi di rispondere, nessuno dei quali mi sembrava del tutto corretto. Dirle che realmente non sapevo se il nostro lavoro sarebbe stato giusto per lei lasciava fuori i miei buoni sentimenti relativi a quanto avevamo fatto insieme e alla mia sensazione della validità del nostro lavoro. D'altra parte, il dirle che doveva

semplicemente andare avanti sembrava implicare una certezza ed una promessa che non potevo fare, una promessa che sicuramente avrebbe sentito il bisogno di mettere a dura prova, fino a sentirsi tradita da essa. Parlando di queste varie opzioni, le dissi ciò che pensavo che io avrei chiesto a me stesso se fossi stato al suo posto: aveva o meno la sensazione che le cose di cui parlavamo stavano al centro di ciò che aveva maggior significato nella sua vita? Aveva o meno la sensazione che noi le stessimo prendendo in mano in un modo che sembrava significativo? Quale le sembrava essere un ragionevole periodo di prova affinché i nostri sforzi dessero frutto? Il trattamento proseguì e ciò che sembrò importante era che avevamo trovato una strada per lavorare insieme, che permetteva a me di funzionare in accordo con la mia idea del modo in cui il buon analista funziona e a lei di cominciare a concepire una modalità per ottenere qualcosa di importante da me che non richiedesse una devozione vicina al tradimento di sé.

Il modo in cui le analisi costruttive superano il circolo vizioso paradossale e apparentemente irresolubile da me enucleato è quello per cui analizzando e analista lottano insieme alla ricerca di una differente modalità di collegamento emotivo. Non c'è alcuna soluzione o tecnica generale, dal momento che ogni soluzione, per sua stessa natura, deve essere ritagliata su misura del cliente. Se il paziente ha la sensazione che l'analista stia applicando una tecnica o dando mostra di un atteggiamento o posizione a carattere generale, la cosa non può funzionare.

A volte fare interpretazioni funziona sul piano analitico non semplicemente in conseguenza del contenuto dell'interpretazione, ma perché il paziente vive l'analista nella sua funzione interpretativa come una persona viva attenta, in grado di offrire modi nuovi di pensare alle cose e di cimentarsi a fondo con ciò che lo disturba. A volte rinunciare a fare interpretazioni funziona sul piano analitico perché il paziente vive l'analista silenzioso come vivo, attento, in grado di farsi promotore di nuovi modi di stare assieme, che non richiedono ciò che può giungere a rassomigliare all'inevitabile corruzione introdotta dalle parole. A volte ci vuole pazienza e un sostenuto coinvolgimento nel corso del tempo come prova di un tipo di relazione diversa dalle precedenti esperienze di abbandono. A volte è richiesta impazienza, un'exasperazione tale da convogliare la sensazione che l'analista è in grado di visualizzare qualcosa di meglio che non le modalità ripetitive del paziente ed è sufficientemente attento da non prendere la via d'uscita più facile e passivamente adattarsi ad essa. Ciò che intendo suggerire è che il carattere centrale dell'azione terapeutica della psicoanalisi è l'emergenza di un nuovo tipo di collegamento, di rapporto emotivo, a partire dalle vecchie forme di relazione.

Questo nuovo rapporto emotivo non può essere presente sin dall'inizio, in quanto ci si deve prima ritrovare nelle vecchie forme di relazione per dare vita al contesto più appropriato per l'emergere di qualcosa di nuovo. In questione non può essere l'applicazione di una tecnica o di un atteggiamento standard, perché allora non sarebbe veramente qualcosa di nuovo e non colpirebbe mai l'analizzando in quanto tale.

Cerchiamo di immaginare che cosa possa essere successo "nel corso degli anni" alla paziente discussa da Grossman e Stewart. Non si può trattare del fatto che, semplicemente, le interpretazioni stesse gradualmente si siano impresse nella sua mente. Deve esserci stato qualcosa nel coinvolgimento dell'analista nel corso del tempo, nel suo provare e riprovare, nel suo rifiutarsi di rinunciare e nel suo declinare ripetutamente il facile ruolo di essere la fonte di sadica umiliazione che la paziente gli garantiva, che lo fece percepire definitivamente come una persona che offriva un tipo di relazione diverso da quelle che la paziente aveva fino ad allora incontrato.

Venire finalmente a patti con l'inadeguatezza del modello classico di azione terapeutica ci rende liberi di porci gli interrogativi più rilevanti, quelli che Grossman e Stewart non hanno pensato di esplorare nel loro articolo.

L'analista aveva cominciato a sentire che l'analisi minacciava di diventare interminabile. Questa è una cosa che trovo interessante. Mise la paziente esplicitamente a conoscenza di questa sua paura? La paziente

era a conoscenza del fatto che i problemi emersi nella prima analisi erano ricomparsi nella seconda? Che cosa percepì la paziente delle paure e delle frustrazioni dell'analista? Qual era la sua percezione del motivo per cui l'analista continuasse a tentare di far succedere qualcosa di nuovo mentre lei continuava ad organizzare qualsiasi cosa succedesse nei termini delle antiche relazioni?

Non c'è nessuna soluzione o tecnica generale. Al centro del lavoro c'è l'esperienza vissuta del limite, dello scoprire se stessi entro i confini delle dinamiche del paziente, le quali risuonano sempre con i caratteri complementari delle dinamiche dell'analista (Racker). Analista e analizzando a questo punto lavorano insieme per trovare una via d'uscita. Non può essere facile, a lungo andare, poiché, se lo fosse, si sarebbe saltata la parte più importante del lavoro. Parlando in generale, l'analista deve muoversi per primo, promuovere un differente stato emotivo, volere di più e quindi trovare un modo di interessare il paziente. È soltanto quando la nuova presenza emotiva fa la sua comparsa che le interpretazioni diventano davvero nuove, eventi realmente analizzati, piuttosto che ripetizioni mascherate.

Immaginate uno dei pazienti di Freud, che ritorni dopo molti decenni, alla ricerca di ulteriore analisi. Funzionerebbe ancora il processo con cui aveva familiarità? Potrebbe semplicemente associare liberamente e attendere le interpretazioni come una fonte di illuminazione? Io penso di no. L'analisi di oggi vorrebbe certo saperne molto di più. Che cosa ha fatto il paziente con le vecchie interpretazioni? Che cosa ne è stato dell'analista come oggetto interno?

Che cosa sperava di ottenere tornando in analisi? Perché tornare da questo analista a questo punto? Che cosa si lasciava alle spalle? La relazione del paziente nei confronti della prima analisi non verrebbe data per scontata nel modo in cui veniva fatto allora. La conoscenza analitica non sarebbe considerata come una verità impersonale, ma come un tipo di comprensione sempre calata dentro ad uno specifico contesto relazionale. Il significato non verrebbe dato per scontato, ma dovrebbe essere inventato di nuovo.

In molti modi, i pazienti di Freud vivevano in un mondo più semplice del nostro, un mondo in cui il significato personale più autentico che diamo alle cose non doveva essere foggato a misura del singolo paziente, non era così duro da individuare. Al giorno d'oggi chiediamo di più ai nostri pazienti e, di conseguenza, dobbiamo necessariamente chiedere di più a noi stessi.

NOTE

¹ *Nota del traduttore.* Ecco la risposta di Mitchell alla mia richiesta di aiuto per la traduzione dell'espressione *a bootstrapping problem*: "Quando dico che c'è un *bootstrapping problem*, intendo dire che nel modello classico si suppone che le interpretazioni sono la forza agente di cambiamento. Tale modello però non fissa ancora le interpretazioni in maniera sufficientemente ferma da consentire loro di agire in questo senso". Siamo in altre parole di fronte ad un "paradossale e apparentemente irrisolvibile circolo vizioso". In altre parole, è questa la traduzione che ho preferito a quella, strettamente aderente alla metafora dell'autore, per cui *a bootstrapping problem* letteralmente significa "il problema per cui non ci si può sollevare tramite i lacci dei propri stivali".

BIBLIOGRAFIA

- Bromberg P. (1991) *On Knowing One's Patient inside out* Psychoanal. Dial., vol. 1, pp. 399 - 422.
Ehrenberg D. (1992) *The intimate edge* Norton, New York.
Fairbairn W.R.D. (1952) *Studi psicoanalitici sulla personalità* tr. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1970.
Gill M. M. (1982) *Teoria e tecnica dell'analisi del transfert* tr. it., Astrolabio, Roma, 1985.
Greenson R. (1967) *Tecnica e pratica psicoanalitica* tr. it., Feltrinelli, Milano, 1981.
Greenson R. R. (1978) *Esplorazioni psicoanalitiche* tr. it., Boringhieri Torino, 1984.

- Grossman W., Stewart W. (1976) *Penis envy: from childhood wish to developmental metaphor* J. Am. Psychoanal. Ass. (Supplement), n. 24, pp. 193-212.
- Hoffman I. (1991) *Discussion: toward a social-constructivist view of the psychoanalytic situation* Psychoanal. Dial., vol. 1, pp. 74-105.
- Joseph B. (1989) *Equilibrio e cambiamento psichico* tr. it. Cortina, Milano, 1991.
- Kernberg O. (1992) *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni* tr. it., Cortina, Milano, 1992.
- Kohut H. (1984) *La cura psicoanalitica* tr. it., Boringhieri, Torino, 1986.
- Lachmann F., Beebe B. (1992) *Representational and Selfobject transference: a developmental perspective in New therapeutic vision: progress in Self-psychology* vol. 8, Analytic Press, Hillsdale.
- Laplanche J., Pontalis J.B. (1967) *Enciclopedia della psicoanalisi* tr. it., Laterza, Bari, 1968.
- Levenson E. (1972) *The fallacy of understanding* Basic Books, New York.
- Mitchell S. A. (1988) *I concetti relazionali in psicoanalisi* tr. it., Boringhieri, Torino, 1993.
- Mitchell S.A. (1993) *Speranza e timore in psicoanalisi* tr. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1995.
- Modell A. (1976) *The "Holding environment" and the therapeutic action of psychoanalysis* J. am. psychoanal. Ass., vol. 24. pp. 285 - 307
- Ornstein P. H. (1979) *Remarks on the Central Position of Empathy in Psychoanalysis*, Bull. Ass. psychoanal. Med., vol. 18, pp. 95 - 108.
- Pine F. (1993) *A contribution to the analysis of the psychoanalytic process* Psychoanal. Quarterly, n. 62, pp. 185-205.
- Rosenfeld H. (1987) *Comunicazione e interpretazione* tr. it., Boringhieri, Torino, 1989.
- Stolorow R. D. (1995) *Thoughts on the nature and therapeutic action of psychoanalytic interpretation* in Goldberg A. (a cura di) *Progress in self psychology* vol. 9, Analytic press, Hillsdale
- Sullivan H. S. (1953) *Teoria interpersonale della psichiatria* tr. it., Feltrinelli, Milano, 1972.