

**Mariano Enderle**

Ricerca Psicoanalitica, 1999, Anno X, n. 2, pp. 213-218.

## **Psychoanalytic Dialogues**

A Journal of Relational Perspectives

Volume 8, 1998, No. 6.

Accenno brevemente, in primo luogo, agli articoli di Mitchell, Pollok e Slavin, nonché a quello di Meares mentre mi soffermerò più a lungo sull'importante e significativo argomento della sessualità adulta affrontato da Mesler Davies e commentato da Cooper, Gabbard e Hoffmann.

Stephen A. Mitchell, Ph.D.

### **From Ghosts to Ancestors**

#### **The Psychoanalytic Vision of Hans Loewald**

I lavori di Hans Loewald sono fra i più frequentemente citati e meno compresi nella letteratura psicoanalitica. Parte del problema è che le sue idee, originali, straordinariamente creative e spesso profetiche, sono presentate con una terminologia tradizionale. Questo articolo, che va inteso come un contributo alla comprensione dell'importante lavoro di Loewald, si concentra sulla sua originale comprensione del linguaggio (sia lo sviluppo del linguaggio nel bambino che del linguaggio psicoanalitico) e sulla ricca visione dialettica del rapporto fra fantasia e realtà.

Linda Pollok, Psy.D., Jonathan H. Slavin, Ph.D.

### **The Struggle for Recognition**

#### **Disruption and Reintegration in the Experience of Agency**

Nel modello psicoanalitico classico il trattamento può essere compreso come un aiutare i pazienti a riconquistare il dominio di sé, a responsabilizzarsi in rapporto alle loro motivazioni ed istinti. Questo non è stato ancora chiaramente articolato in una prospettiva psicoanalitica relazionale, né da un punto di vista evolutivo né come parte del processo analitico.

In questo articolo viene proposto che il raggiungimento della capacità di percepirsi come agenti di sé stessi emerge dai complessi processi interpersonali ed intrapsichici dell'infanzia e rappresenta una specie di collante che fornisce i fondamenti della percezione di una coesione personale. Viene anche suggerito che lo sviluppo del senso di dominio di sé è condizionato dalla negoziazione del riconoscimento e del reciproco impatto con i genitori nelle fasi primarie. Quando queste negoziazioni falliscono, il senso di dominio viene danneggiato. Molte delle difficoltà vissute dai pazienti nelle prime fasi di vita possono essere comprese in questo contesto di sviluppo.

Russel Meares, M. D.

### **The Self in Conversation On Narratives, Chronicles, and Scripts**

In questo articolo il sé è concepito come una particolare forma di attività mentale, o processo, le cui forme dinamiche e di movimento sono manifeste nel flusso di coscienza e in certi tipi di conversazione. Viene proposta anche una traccia di sviluppo del sé visto in quest'ottica.

Lo schema di sviluppo dipende nel postulato di due forme di linguaggio umano fondamentalmente differenti.. Una, conversazionale, che ha una forma non lineare, che diventa il costituente linguistico del sé,

l'altra, dalla quale dipende l'emergenza del sé, è una forma di memoria autobiografica che inizia verso il quarto anno di vita. Anche questo sistema di memoria favorisce la formazione della narrativa che è alla base della cultura.

I difetti del sé sono concepiti nei termini della teoria jacksoniana e della nozione di trauma. Essi sfociano in modalità di coscienza che sono supportate da sistemi di memoria più primitivi del sistema autobiografico. Nel conversare clinico, questi difetti sono manifesti in una modalità di conversare poco complessa e più automatica e ci si riferisce ad essa come 'scritti e cronache'. Una terapia di successo comporta una loro trasformazione in forme di narrativa più complesse e spontanee.

Jody Messler Davies, Ph.D.

**Between the Disclosure and Forclosure of Erotic Transference-Countertransference: Can Psychoanalysis Find a Place for Adult Sexuality?** (Fra rivelazione ed esclusione del transfert e controtransfert erotico: può la psicoanalisi trovare un posto per la sessualità adulta?)

In questo articolo l'autrice esplora il concetto di sessualità adulta post-edipica e il suo ruolo nel processo di transfert-controtransfert erotico osservato nel trattamento analitico. Questo concetto sfida l'assunto di base che ogni volta che dei sentimenti erotici affiorano nello spazio analitico l'analista sia necessariamente vissuto nel suo ruolo di genitore edipico. Si suggerisce che scelte cliniche fatte all'interno di un modello edipico sono spesso causa del non riconoscimento di importanti cambiamenti nello sviluppo. Viene anche fornito un esteso esempio clinico.

Secondo l'autrice il tradurre in parole quello che non è linguisticamente accessibile è preferibile alla spesso inevitabile messa in atto di un processo inconscio carico di vergogna. Esiste ancora un terrore quasi fobico che permea l'esperienza del transfert e controtransfert erotico legata all'assenza di una teoria articolata sulla natura della normale sessualità adulta e sulle sue manifestazioni nella pratica clinica. La Davies si riferisce in particolare a quella forma di vitalità sessuale che spesso si presenta nella fase terminale dell'analisi. La prolungata intimità del rapporto analitico spesso porta al formarsi di una dimensione erotica che non deve essere immediatamente infantilizzata o patologizzata, ma che va accolta (celebrata, direbbe C. Bollas) nei confini sicuri dello spazio analitico di cui, appunto, è frutto.

La dimensione romantica, mutualmente idealizzante e compensatoria della dimensione edipica serve a proteggere l'emergente sessualità del bambino dal trauma dell'esclusione: il genitore, oggetto del desiderio edipico, non è un soggetto sessuato chiaramente distinto, ma una creazione fantastica del bambino, un eroe o un'eroina. Il bambino edipico adorante, d'altro canto, diventa agli occhi del genitore l'incarnazione di un sé perfetto, complemento di una bisessualità fantasticata. Come il genitore edipico anche l'analista diventa il centro di un coinvolgimento appassionato e allo stesso modo del genitore edipico deve comprendere che le componenti erotiche del suo controtransfert non sono, dal punto di vista evolutivo, interpretabili. In questo contesto l'introduzione di una sessualità esplicita rappresenterebbe una confusione di linguaggi, un'imposizione prematura ad un bambino o ad un paziente, che esprime principalmente fantasie di un amore edipico che di per sé non è proibito, ma è semplicemente immaginario e come tale deve essere riconosciuto. L'elaborazione ottimale e la risoluzione delle fantasie edipiche si attua nella chiara distinzione, basata sul processo secondario, tra fantasia e realtà, sul riconoscimento da parte di entrambe i partecipanti che l'amore edipico è un amore sognato e mai realizzato.

All'interno del modello terapeutico, che vede l'analista esclusivamente nel ruolo di genitore edipico, qualunque tipo di condivisione del controtransfert erotico è visto unicamente come un errore, come un acting-out seduttivo che rende ancora più impossibile la già notevole difficoltà del paziente a rinunciare a legami infantili insoddisfacenti, simile al disvelamento inappropriato del proprio desiderio sessuale fatto da una figura parentale edipica al bambino in età edipica.

Le difficoltà controtransferali coinvolte nelle dinamiche edipiche sono: l'incapacità di contenere la dimensione erotica dell'amore romantico, l'inabilità, piena di paura, di partecipare pienamente ai piaceri della reciproca idealizzazione edipica e la non volontà di rinunciare ai piaceri intossicanti provocati dall'essere l'oggetto del desiderio edipico.

L'analista, che lavora verso la risoluzione dell'Edipo mantenendo però una posizione di impenetrabilità e non disponibilità, corre il rischio di intrappolare il paziente nell'idealizzazione di lui.

Nell'adolescenza l'eroticismo rimpiazza il romanticismo ed il corpo invade la mente mentre nella sessualità adulta post-edipica l'eroticismo viene riconosciuto e con esso la fiducia nella propria capacità di contenere tali esperienze, sia che appartengano alla dimensione interpersonale che a quella fantastica. Quello post-edipico è un processo che ci trova impegnati per la vita, fatto del riconoscimento della sessualità, nel suo contenimento sano, nella continua ricerca di affermare il godimento della propria soggettività sessuata in una miriade di situazioni, nonostante i molti ostacoli che tendono ad impedire tale processo.

#### **Commento di Steven H. Cooper, Ph.D.**

Cooper sottolinea come ci siano differenze fra gli analisti nella tolleranza e creatività nell'uso espressivo del controtransfert e che, anche se la asimmetria della situazione analitica mobilita i vissuti nei confronti dell'analista come oggetto edipico non accessibile, non c'è dubbio che come analisti abbiamo minimizzato la complessità e diversità di vissuti e desideri sessuali diversi fra loro e, in particolare, le manifestazioni della dimensione sessuale adulta. Fortunatamente molti analisti sono in grado di ricercare e mantenersi nello spazio intermedio che sta fra l'evitamento e un pericoloso 'alimentare il fuoco'. Alcuni analisti si sentono ansiosi e colpevoli di fronte alla realizzazione di essere oggetto di desiderio, mentre altri ne possono godere in modo esibizionista. Il nostro senso di pericolo deve comunque essere preso sul serio per evitare che l'analista stimoli nel paziente una realtà interpersonale illusoria e in più dobbiamo essere coscienti che non si è ancora formata una realtà professionale che possa contenere efficacemente un quanto mai necessario dialogo sul tema.

#### **Commento di Glen O. Gabbard, M.D.**

Gabbard concorda con la Davies sul fatto che l'amore e il desiderio nella situazione analitica non possono essere visti riduttivamente, collegati ad una fase di sviluppo o considerati espressione di desideri edipici irrisolti o risultato del fallimento empatico da parte degli oggetti-sé o come sessualizzazione di desideri fusionali, ma sottolinea un'esigenza di grande prudenza e la necessità che l'esplorazione della complessità dei vissuti transferali e controtransferali rimanga in uno spazio transizionale, cioè chiaramente percepito come reale e al tempo stesso irreale.

E' in particolare, nella fase finale del rapporto analitico che la perdita di una relazione profondamente significativa può essere gestita difensivamente attraverso la sessualizzazione che permette di trasformare in eccitazione un vissuto originario di tristezza e perdita. Molti casi di violazione dei confini avvengono, infatti, in questa fase del lavoro, un modo per negare la fine creando un nuovo inizio. Certamente una non disponibilità eccessiva da parte dell'analista può congelare il paziente, ma esiste una sostanziale differenza fra la negazione dell'analista dei suoi stessi desideri sessuali e la protezione del necessario spazio transizionale.

#### **Commento di Irwin Z. Hoffman, Ph.D.**

Hoffmann condivide l'idea che è ora di smettere di coltivare la comoda illusione che la situazione analitica sia composta da un analista sessualmente inerte ed da un paziente/bambino pre-edipico o edipico.

è necessaria una approfondita riflessione sia sui pericoli ma anche sul potenziale di un incontro fra un analista sessualmente attivo ed un paziente che ha bisogno del riconoscimento di una sua emergente sessualità matura.

Davies riesce, attraverso l'uso di un linguaggio metaforico, poetico, a creare uno spazio transizionale dove la sessualità possa essere esplorata in un contesto sicuro.

### **Risposta ai commenti di Jody Messler Davies**

L'autrice ricorda come sia stato scritto relativamente poco sul tema del transfert e controtransfert erotico e di come attualmente siamo impegnati nel collaborare alla definizione di un nuovo dialogo. È importante riconoscere la particolare comprensione che ogni analista ha del desiderio e di come la sua concettualizzazione abbia inevitabilmente un impatto sul modo da lui usato per integrare i vissuti, i pensieri e le fantasie sessuali all'interno del processo analitico. Davies nota come nei commenti al suo lavoro emerga la preoccupazione sull'aspetto comportamentale di un parlare sessuato e come questo possa contribuire all'esperienza del desiderio, nel senso di una imprevedibilità degli effetti sul trattamento, di una sinergia pericolosa fra parole ed esperienza. Davies è perplessa sul fatto che il silenzio nei confronti del transfert e del controtransfert erotico sia necessariamente la scelta più sicura. L'emergenza di vissuti sessuali fra paziente ed analista può rappresentare una molteplicità di aspetti dissociati, spostati, difensivi, di messa in atto regressiva, ma spesso, soprattutto nella fase conclusiva dell'analisi, questi vissuti sono l'inevitabile prodotto della speciale dimensione di intimità, mutualità, riconoscimento profondo e affermazione che è al cuore di un lavoro analitico di successo.

Nella prospettiva relazionale, la situazione analitica è vista come relazione all'interno della quale entrambi i partecipanti, paziente ed analista, sono responsabili del contenimento dei desideri inconsci dell'altro, fino al momento in cui tali desideri possono essere rivendicati, vissuti ed espressi simbolicamente. In tal modo non è la natura specifica del desiderio, la zona erogena o la fase di sviluppo dalla quale la sessualità proviene a determinare lo specifico successo terapeutico, ma è, piuttosto, il livello con il quale il paziente (e l'analista) può riconoscere i propri stati di desiderio, quelli che hanno il potenziale di essere soddisfatti e quelli che possono essere sostenuti ma non gratificati, senza che ciò comporti disperazione, umiliazione e rabbia impotente.

In questo contesto possiamo distinguere fra forme di seduzione benigne e maligne. La forma maligna di seduzione, sia che essa avvenga da parte del paziente o del terapeuta, comporta un atteggiamento o comportamento in relazione ad un altro nella relazione, non riconosciuto, un'esternalizzazione del proprio desiderio, attraverso il meccanismo di identificazione proiettiva, che rende la fonte del desiderio irricognoscibile. Si tratta di una sovversione della fonte personale del desiderio, una rottura che distorce ed infrange i confini personali e l'integrità mentale.

Come riuscire, in quanto terapeuti, ad aiutare il paziente nell'esplorazione di quegli stati di bisogno che sono così intollerabili ed umilianti e vissuti come pericolosi da essere letteralmente evacuati dalla coscienza? Il dilemma non sta solo nel come parlare della sessualità senza traumatizzare il paziente con stimoli eccessivi, ma anche nel modo in cui creare un ambiente terapeutico nel quale i desideri dissociati possano emergere dalla confusione proiettiva-introiettiva ed essere riaccolti nel sé senza che questo comporti la ripetizione, anche se in forma molto più ridotta, di un'esperienza traumatizzante di umiliazione catastrofica e di penetrazione ostile.