

Irwin Z. Hoffman¹

Ricerca Psicoanalitica, 2002, Anno XIII, n. 2, pp. 119-144.

Terapeuta e paziente dinanzi alla mortalità²

Traduzione di Maria Luisa Tricoli.

SOMMARIO

Questo lavoro esplora l'interrelazione tra la volontà dei pazienti di progredire nell'analisi e la loro prontezza a perdonare i propri analisti per i loro limiti umani. C'è un sottile linea tra l'idealizzazione dell'analista, che probabilmente è una componente necessaria del processo, e il rancore verso l'analista a motivo della sua posizione privilegiata nel mondo e nella situazione analitica stessa. I "progressi" del paziente emergono come una sorta di dono riparativo, che gli permette di superare la tendenza a rifiutare tale cambiamento senza sentire un senso di cronica e malevola invidia. Particolarmente interessanti, in quanto hanno la potenzialità di far cogliere le tendenze riparative del paziente, sono le situazioni in cui l'analista si trova a lottare contro la morte o a motivo dell'età avanzata o di una malattia mortale. In questo saggio due vignette cliniche sono presentate per illustrare alcuni dei problemi che questa situazione pone. La prima inizia con un paziente anziano che si presenta alla porta di casa dell'analista (l'autore) il giorno del suo ritorno dall'ospedale dopo aver subito un intervento chirurgico per un bypass al cuore. La seconda inizia con un analista, ammalato terminale, che si presenta alla porta di un paziente che minaccia di uccidersi. Le due storie sono confrontate sulla base delle loro implicazioni per l'agire umano, per l'esercizio della volontà e la co-costruzione nel processo analitico di significati al cospetto della mortalità.

SUMMARY

At death's door. Therapists and patients as agents

This paper explores the interrelationship between patients' exercise of will to make advances in an analysis and their readiness to forgive their analysts for their human limitations. There is a thin line between idealization of the analyst, probably a necessary component of the process, and resentment of the analyst for his or her privileged position in the world and in the analytic situation itself. The patient's "progress" emerges as a kind of reparative gift, one that implicitly overcomes the patient's tendency to withhold such change out a sense of chronic, malignant envy. Particularly poignant in terms of its potential to elicit the patient's reparative concern is the situation in which the analyst is struggling with his or her mortality because of aging or life-threatening illness. In this essay two clinical vignettes are presented to illustrate some of the issues that this situation poses. One begins with an elderly patient appearing at the door of the analyst's (the author's) home the day of his return from the hospital after coronary bypass surgery. The other begins with an analyst who is terminally ill appearing at the door of a patient who is threatening suicide. The two stories are compared in terms of their implications for human agency, the exercise of will, and the coconstruction of meaning in the face of mortality in the analytic process.

¹ Irwin Z. Hoffman, Ph.D. è docente e supervisore presso il *Chicago Center for Psychoanalysis* e *Lecturer in Psychiatry* presso il *College of Medicine* dell'Università dell'Illinois.

L'articolo è stato pubblicato in *Psychoanalytic Dialogues*, 2000, vol. 10, 6, pp. 823-846 con il titolo *At death's door. Therapists and patients as agents*. Si ringrazia l'Editore *The Analytic Press* e in particolare la Dott. Joan Riegel per la gentile concessione a pubblicare questo lavoro.

² Relazione tenuta a Milano all'occasione dell'INCONTRO/CONFRONTO con Irwin Hoffman del 17 marzo, 2001.

Nel febbraio 1999, il marito di mia sorella, David Feinsilver, che era anche mio ottimo collega ed amico, è morto di cancro all'età di cinquantanove anni. Aveva fatto parte dello staff di Chestnut Lodge (Rockville, Maryland) per più di ventisette anni. Nell'ottobre del 1999 il simposio, che quell'anno verteva sul tema dell'azione terapeutica, venne dedicato alla sua memoria. Dal momento che eravamo stati tanto intimi ed avevamo condiviso interessi professionali e, soprattutto verso la fine della sua vita, avevamo avuto idee simili sul processo analitico, fui invitato ad essere uno dei due oratori principali. Mi trovai ad esporre il mio lavoro alla presenza di mia sorella, dei suoi due figli grandi e di molte altre persone che conoscevano bene la famiglia. Il fatto stesso di presentarlo fu un atto personale di elaborazione di un vissuto di perdita e di transitorietà, favorito dalla partecipazione ad un rituale di commemorazione e di condivisione. Il lettore è invitato a tenere in considerazione il significato di quel momento, legato al contesto in cui aspetti del contenuto della relazione corrispondevano ad aspetti del processo di elaborazione.

All'altezza della situazione

Mio cognato, David Feinsilver, era eccezionale quando gli capitava di scontrarsi con ostacoli insormontabili. Nonostante lo sconforto, il dolore e la fatica che provava in quel periodo a causa della sua malattia e del trattamento chemioterapico, venne a Chicago con mia sorella e i suoi figli nell'aprile del 1997 per partecipare al *bar mitzvah* del mio figlio minore, dando prova di coraggio e generosità. Ma David si imponeva sempre di fare tutto ciò che si doveva fare e persino di più, il massimo possibile. Da questa sua attitudine negli ultimi anni e negli ultimi mesi erano scaturiti alcuni scritti notevoli. In uno di essi *The therapist as person facing death: the hardest of external realities and therapeutic action* (Feinsilver, 1998), definiva il termine "mensch" in un modo che si sarebbe potuto applicare immediatamente a lui: persona che confronta, chiarisce e supera ciò che la frustra, dall'interno e dall'esterno, ed agisce moralmente, eticamente e amorevolmente, facendo quanto richiesto dalla situazione; in sintesi una persona che è in grado di fare la "cosa giusta" in situazioni difficili. Quindi, anche semplicemente da un punto di vista esteriore, David era presente al *bar mitzvah*, ponendosi, a dispetto della malattia, all'altezza della situazione, celebrando l'entrata nella comunità di mio figlio come essere responsabile, pronto a contribuire al progetto tipicamente umano di costruzione di un mondo di valori in contrapposizione alla caducità umana e alla spietata indifferenza dell'universo.

Atti di volontà e atti di immaginazione: un paziente alla porta dell'analista

Due settimane e mezzo dopo il *bar mitzvah*, mio figlio diciottenne era accanto al mio letto. Ero tornato a casa dall'ospedale solo da poche ore, dopo che mi era stato impiantato un triplice *bypass*, un'operazione cui lo stesso David si era sottoposto più di vent'anni prima.

David ed io eravamo per certi aspetti in competizione e forse aveva ragione a dirmi scherzosamente che ero riluttante a concedergli il vanto di sapere affrontare malattie mortali. Tutto era accaduto molto in fretta. Un test di stress nel corso di un normale controllo fisico aveva rivelato un'aritmia che aveva portato ad un ulteriore test e ad un angiogramma (sei giorni dopo il *bar mitzvah*) da cui erano risultati evidenti blocchi asintomatici dell'arteria. La localizzazione di uno dei blocchi precludeva l'angioplastica e quindi l'intervento chirurgico divenne l'unica soluzione praticabile.

Non so bene quale fu il momento peggiore: il periodo prima dell'intervento, quando io lavoravo al massimo delle mie possibilità dimentico del mio disturbo coronario; quando ascoltavo un po' nervosamente mio figlio pronunciare il suo discorso nel tempio; quando pronunciavo il mio al ricevimento, o durante l'intervento stesso, o subito dopo in ospedale quando pensavo che sarei morto di inedia,

insonnia e noia. Comunque, fu meraviglioso essere di nuovo a casa dopo i cinque giorni d'ospedale. Mia moglie superava se stessa cercando di farmi sentire a mio agio. Mi preparava i piatti che preferivo e mi sentivo molto più rilassato di quanto non mi fossi mai sentito dopo l'intervento. Ora, però, mio figlio accanto al mio letto mi diceva: "Papà, è successo qualcosa di molto strano. Ho aperto la porta ad una mia amica che voleva lasciare dei fiori e un biglietto per te e un uomo anziano, che era dietro di lei, si è avvicinato, dopo che lei se ne era andata, ed ha chiesto: 'Dov'è il corpo (*body*)?' Sono rimasto un po' sconcertato, come puoi ben immaginare, ma dopo un momento ho detto: 'Se si riferisce a mio padre, è su che riposa'. L'uomo ha detto: 'Ok, per favore gli dia questo' e mi ha dato questo assegno". Mio figlio me lo porse insieme col biglietto che lo accompagnava ed io trasalii vedendo che proveniva da Manny, un paziente di ottantasei anni, che avevo avuto in terapia per dodici anni e di cui avevo scritto a lungo nell'ultimo capitolo del libro che a quel tempo avevo quasi terminato. La discussione del lavoro con Manny tocca ampiamente il tema della morte. Nel biglietto Manny spiegava di aver pensato che in quel momento di difficoltà avrei potuto apprezzare il saldo delle ultime sedute.

Fui preso dai sentimenti più svariati: un miscuglio di divertimento, comprensione ed anche fastidio abbastanza intenso. Pensai e mormorai qualcosa del tipo: "Quest'uomo è stato in analisi per più di cinquant'anni (compresi due analisti prima di me). Potrebbe fare qualcosa di meglio che presentarsi in un giorno come questo! E che cosa mai significa *dov'è il corpo?*".

Pochi giorni dopo, feci alcune telefonate per ringraziare varie persone, pazienti inclusi, per i loro biglietti, telefonate e doni, comunicando che stavo meglio ed informandoli del giorno in cui avrei probabilmente ripreso il lavoro. Manny fu tra le prime persone che chiamai. Non solo aveva fatto lo sforzo di venire a casa mia con l'assegno, ma era anche venuto all'ospedale e lasciato in portineria un'orchidea per me il giorno successivo all'operazione. Volevo ringraziarlo, ma sapevo anche che probabilmente gli avrei espresso il mio dispiacere per la sua venuta a casa. Sapevo di essere arrabbiato per questo. Sembrava che Manny avesse agito in modo impulsivo, intrusivo o almeno con scarso giudizio. Non posso dire di ricordare esattamente quale fosse il mio stato d'animo quando lo chiamai, se avessi *programmato* di dirgli qualcosa su queste mie reazioni negative o se ero solo propenso a dirgli qualcosa andando a braccio. Cominciai ringraziandolo per l'orchidea e per l'assegno e dicendogli che l'operazione era andata bene e che mi stavo riprendendo. A questo punto Manny cominciò a parlare animatamente del denaro che mi doveva, avendo pensato che sarebbe stato bene per me averlo al più presto. Disse che era andato prima all'ospedale ma, venendo a sapere che ero stato dimesso, aveva deciso di passare a casa mia. A questo punto gli dissi: "Sa, Manny, non credo che venire a casa mia sia stata proprio una buona idea". Non ricordo con esattezza che cosa ci dicemmo dopo. So che non approfondimmo la cosa per telefono. Probabilmente chiese perché e credo che risposi che si trattava del mio primo giorno a casa e avevo bisogno di un po' di riservatezza. Inoltre, egli non sapeva chi gli avrebbe aperto la porta e così via. Gli feci notare che anche i parenti e gli amici intimi non erano venuti in visita quel giorno. Fu gentile e disse qualcosa come: "Ok, mi dispiace, avevo solo pensato che lei avrebbe potuto usare quel denaro. Spero che continui a migliorare".

Fermiamoci un momento a considerare il mio commento al telefono. È giusto farlo perché noi ci troviamo sempre ad agire, nella situazione analitica, e nella vita in generale, senza il beneficio del senno di poi. Per di più, anche il senno di poi difficilmente ci dice ciò che avremmo voluto sapere allora, perché non possiamo mai sapere che cosa sarebbe successo se avessimo fatto una scelta diversa. Anche il ripetersi di un momento simile con lo stesso paziente, per non parlare di un paziente diverso, non ci permetterebbe di scoprirlo perché esistono innumerevoli altri fattori che difficilmente sarebbero gli stessi. Quindi il momento è unico. Potrei considerare le circostanze, la vulnerabilità del paziente, la sua storia, in che modo in passato ha reagito quando gli ho detto qualcosa che poteva suonare narcisisticamente offensivo, gli eventuali significati inconsci del comportamento del paziente. Tutti questi fattori sono senza dubbio presenti nella mia mente ed influenzano la mia scelta. Ma vi sono altri fattori che intervengono, come i miei sentimenti ed

il mio desiderio di essere in relazione con Manny in modo onesto e autentico. Da sempre ho attribuito una grande importanza all'autenticità e alla spontaneità dell'analista nel processo, che considero qualcosa che interagisce dialetticamente con la disciplina e il rituale analitico (Hoffman, 1998). Ritengo che sia importante per la relazione, e perciò per il paziente, che l'analista o il terapeuta (termini che io uso come sinonimi; vedi Hoffman, 1998, pp. xiii-xiv; Fosshage, 1997) abitualmente non reprima gli intensi sentimenti controtransferali. A parte l'esistenza del pericolo reale che questi sentimenti crescano e vengano espressi inconsciamente, a parte tutto ciò che abbiamo imparato da Racker (1968) sul "significato e uso del controtransfert" come strumento per esplorare la vita intrapsichica del paziente, una parte dei bisogni del paziente sono diretti ad una relazione reale con una persona reale, nonostante tutto ciò che il contratto analitico ha escogitato per impedirlo.

L'importanza dell'onestà e dell'autenticità dell'analista merita grande considerazione. Non viene data nessuna indicazione prescrittiva sul che fare, più di quanto non ne dia la regola dell'astinenza. Non sempre l'onestà è la migliore politica: a volte, in particolare nel nostro ruolo di analisti, altre considerazioni hanno la precedenza. Così non c'era modo di sbarazzarsi del fastidio della scelta, quando decisi che cosa dire a Manny. In quel caso ciò che mi mise con le spalle al muro furono le considerazioni di Manny sul significato della sua visita. Sembrava che protestasse un po' più del dovuto, rivelando perciò qualche suo aspetto conflittuale e questo mi rese difficile andare avanti tanto che il mio silenzio, unito a "uhm, uhm" pronunciati in tono amichevole, poterono essere scambiati per manifestazioni di accettazione e gratitudine.

Riguardo al tema della mia scelta, devo aggiungere che esiste la controparte, così come la vedo io, ossia la scelta di Manny. Qualsiasi fosse la dinamica a guida del suo comportamento, considero Manny un soggetto responsabile e libero, non semplicemente un organismo che risponde a pressioni interne e esterne. Manny non "doveva" venire a casa mia. Avrebbe dovuto registrare l'impulso a farlo, prendere in considerazione la situazione nel suo insieme e decidere di inviare l'assegno per posta con l'aggiunta di un biglietto. Secondo il mio punto di vista di allora, questa sarebbe stata la cosa più saggia da farsi.

Siamo così abituati a pensare che qualsiasi cosa i pazienti facciano sia psichicamente determinata, che finiamo col contraddirci ogni volta che li trattiamo come esseri liberi, responsabili e imprevedibili. Sebbene l'ideologia del determinismo psichico riguardi probabilmente ogni comportamento umano, incluso quello dell'analista, il paradigma freudiano considera il paziente, non l'analista. In sintesi, la libertà del paziente è preclusa dalla combinazione di forze che agiscono sul suo io, mentre la libertà dell'analista è a sua volta virtualmente eliminata dal fatto che segue un metodo scientifico per esplorare e scoprire la verità sull'inconscio del paziente, un inconscio esente dalle influenze dell'analista. Come ha scritto Otto Rank: "Nell'analisi di Freud, a quel che sembra, la volontà non gioca nessun ruolo sia da parte del paziente sia da quella dell'analista" (Rank, 1945, p. 11).

Senza provare a risolvere l'enigma del libero arbitrio, oggetto da millenni delle dispute dei filosofi, vorrei fare una piccola riflessione filosofica. Da un punto di vista logico, il determinismo non può essere più soddisfacente del libero arbitrio, poiché pone anch'esso il problema della spiegazione ultima. Se ciò che scrivo ora è "completamente" determinato da cause altre dalla mia volontà, quali sono state le cause di quelle cause e così via all'infinito? Non esiste niente di più insondabile del modo in cui l'individuo possa essere un soggetto attivo. Un problema accostabile a quello delle origini dell'universo. Tanto più che, in ultima analisi, noi ci comportiamo come se ritenessimo gli individui esseri responsabili. Comportarci in modo differente darebbe origine, con evidenza, ad un mondo molto differente. Il vero problema potrebbe allora essere se vogliamo *scegliere* di vivere in un mondo in cui gli esseri umani non siano ritenuti responsabili delle loro azioni. Ritengo che alla grande maggioranza non piacerebbe essere un soggetto attivo vivendo in un ambiente del genere.

Riguardo alla volontà umana, come concetto opposto al determinismo psichico, Rank dice: "Il principio di causalità implica la negazione del principio di volontà poiché rende il pensiero, i sentimenti e le azioni

individuali dipendenti da forze esterne e così esonera da responsabilità e colpa... Solo nell'atto individuale di libertà si realizza la spontaneità, un fenomeno davvero unico che consiste nella comparsa di una nuova causa primaria... Così si può capire perché la psicologia come scienza naturale neghi la volontà e introduca l'Es come fattore causale che da un punto di vista etico non differisce affatto dall'idea di Dio, così come la sessualità come capro espiatorio non è diversa dall'idea del diavolo. In altre parole, la psicoanalisi con tutta la sua scientificità fornisce all'individuo un nuovo genere di scuse per la sua volontà e una nuova libertà dalla responsabilità della coscienza" (op. cit., pp. 44-45).¹

Per questi motivi ritengo Manny responsabile di non aver fatto una scelta diversa, così come io sono responsabile della mia condotta al telefono. Questa prospettiva è importante perché influisce concretamente sul modo in cui mi metto in relazione con il paziente e sul modo con cui rifletto sulla mia partecipazione. Molti analisti sono portati a pensare al loro intervento come se fosse il trattamento di una malattia, cosicché, se fosse noto, potrebbe esistere un *trattamento elettivo* per una condizione o uno stato della mente specifici che, secondo il modello, sarebbe, a tutti gli effetti praticabile e omogeneo per tutte le coppie paziente-terapeuta. Quindi, se avessimo una diagnosi di Manny completa di una valutazione della sua storia o della valutazione del suo stato mentale al momento della visita a casa mia, forse l'analista saprebbe che fare. Ciò che appare assurdo in questo modello è che il paziente diventerebbe oggetto di ogni sorta di critica poiché il suo comportamento sarebbe solo il riflesso di una malattia di cui, naturalmente, non sarebbe responsabile. Il paziente si comporta in quel determinato modo e l'analista fa l'intervento appropriato, prescritto. Un'interazione in cui nessuna delle due parti è vista come un soggetto liberamente partecipante; di sicuro pesantemente influenzata da fattori interni o esterni, ma in nessun modo libera. Si potrebbe dire che le due parti fanno ciò che "devono", in relazione alle pressioni che subiscono.²

Alcuni giorni dopo ricevetti il seguente messaggio *e-mail* da Manny. Qualcuno vuol provare a indovinare che cosa diceva? Pensare che possa dire una cosa o un'altra non è lo stesso che sapere che cosa di fatto accadrà, sebbene col senno di poi spesso sentiamo che "sapevamo" ciò che stava per accadere. Il senno di poi trasforma spesso l'intuizione precedente in certezza assoluta dopo l'evento. "Lo sapevo, diciamo, lo sapevo proprio!"

Ecco qualche passo dell'*e-mail* di Manny:

Caro Irwin,

Vedo che si sta riprendendo in fretta. Ho esitato persino a scriverle perché sono arrabbiato per la sua lezione telefonica di buone maniere. Io non la merito. Lei ha solo dimostrato quanto il suo affetto sia superficiale. Sono consapevole di essere venuto a casa sua senza invito. Cerco di essere molto corretto nel seguire le prescrizioni perché questo è l'unico modo di comportarsi con rispetto ed educazione, ma ci sono circostanze attenuanti... Mi sono sempre chiesto come abbia potuto diventare un analista con questo genere di problemi.

Ha messo su un ottimo spettacolo e ciò probabilmente è servito. Ma io non cerco "spettacoli". Potrei continuare a parlarle della mia visita da un punto di vista di realtà e dirle che non si trattava di invadere la sua famiglia. In realtà ho cercato di mantenere la nostra relazione nell'ambito più canonico possibile. Forse lei è troppo arrogante nelle sue interpretazioni.

Scombussolato.

Mi sentii colpito ed offeso. Considerando gli anni di lavoro e i sentimenti autentici che avevo sviluppato per questa persona, ero proprio urtato. Penso che sapesse quanto fosse importante per me la sincerità con cui mi rivolgevo a lui e quindi sapesse che mi toccava a un livello molto profondo. Sapeva anche che quello era un periodo di grande vulnerabilità per me. Nello stesso tempo dovevo riconoscere quanto profondamente dovesse essersi sentito ferito dalle mie osservazioni se la sua reazione era così forte. "Non

credo proprio che venire a casa mia sia stata una buona idea". Era questa una cosa così terribile da dire in quelle circostanze? Perché Manny non poteva essere più disposto al perdono o a porgere delle scuse o almeno essere più misurato nella sua risposta? Mi toccava forse ora scavare nel mio animo dicendomi che avrei dovuto sentire qualcosa di diverso o almeno far uso di ciò che sentivo in modo diverso? Forse avrei potuto sottolineare di più la positività del suo pensiero nei miei riguardi e fare qualche riserva sulla visita a casa, argomento che avrebbe potuto essere preso in considerazione quando avessimo ripreso i nostri incontri. Se il mio stato d'animo fosse stato differente, probabilmente anche il tono della mia voce sarebbe stato differente cosicché sia ciò che avrei detto sia come lo avrei detto sarebbero stati differenti. In tutti i casi sentivo di dover comunicare a Manny che ero stato molto colpito dalla sua lettera, ma, nello stesso tempo, che difendevo l'autenticità dei miei sentimenti per lui e il valore del lavoro analitico, che sentivo in pericolo. Così, parecchi giorni dopo, risposi a Manny con una *e-mail* piuttosto lunga.

Caro Manny,

Sono davvero colpito dal suo messaggio. Qualsiasi cosa possa significare la mia reazione al suo essere venuto a casa mia, non significa che il mio affetto per lei sia solo superficiale. Come potrebbe un fatto del genere annullare anni di conoscenza reciproca? Lei significa molto per me, così come è per me molto importante ciò che Lei prova per me. E Lei ha il potere di ferirmi così come io ho il potere di ferirla.

Credo che non sarebbe avvenuto niente di simile se non ci fosse stato un legame personale abbastanza forte.

La nostra relazione è basata sull'onestà. Sarebbe stato più nello stile di uno sfoggio di buone maniere dire da analista *corretto* che tutto andava bene e che io non sentivo quel che sentivo... Posso capire che si sia sentito ferito quando le ho detto che non pensavo che passare da casa mia fosse stata una buona idea, ma credo che non sia bello dire che ciò provi che si sia trattato di una recita. Non c'è niente che possa fare per *provare* che i miei sentimenti per Lei sono sinceri. Per ora tutto ciò che posso fare è chiederle almeno di considerare che *potrebbe* sbagliarsi riguardo al fatto che i miei sentimenti non siano sinceri.

Forse l'affetto di una persona è *più* vero quando è pronta a dirti che cosa le dà fastidio. Questo è almeno un modo diverso di considerare la cosa.

In realtà il mio pensiero è che siamo abbastanza vicini e che mi conosce abbastanza bene cosicché, sentendo quanto sia rimasto offeso da me, Lei ha voluto dirmi qualcosa che mi avrebbe colpito perché sapeva che per me non c'è niente di più importante che cercare di essere onesto ed autentico. Quindi, che cosa mi avrebbe colpito di più che dirmi che sono un ipocrita? Bene, ha ragione, lo sono.

Ho apprezzato che abbia inviato l'*e-mail* e mi abbia fatto sapere come si sente. Ho capito che avrebbe potuto seguire l'idea di non mettersi in contatto con me e dire solo: "Ma che vada al diavolo" e cancellarmi dai suoi pensieri. Mi sembra che la sua lettera sia un'ottima occasione per sviluppare una maggiore comprensione reciproca e darci l'occasione di capire di più. Come per l'intervento chirurgico, si può desiderare che non sia mai avvenuto, ma una volta che c'è stato, che c'è di meglio che cercare di trarne tutto il vantaggio possibile? È lo stesso per quanto è accaduto tra noi. Forse entrambi desidereremmo che non fosse mai accaduto, perché io vorrei essermi comportato differentemente o che Lei si fosse comportato differentemente o qualcosa del genere. Ma, dal momento che è accaduto, possiamo usarlo in modo da rendere la nostra relazione più profonda e trarne entrambi insegnamento. Spero che ciò avvenga.

Con affetto,

Irwin

Sebbene la lettera esprimesse i miei sentimenti, credo importante sottolineare che fu scritta con molta cura e in modo coerente con quello che a me sembrava dovesse essere il mio ruolo di analista di Manny. Tra l'altro, nella lettera cercavo di trasmettere a Manny l'idea che fosse importante cercare di capire il

significato della mia risposta alla sua venuta a casa mia e di non considerare l'accaduto soltanto in modo univoco.

La lettera rivelava il mio personale coinvolgimento e la mia vulnerabilità ed insieme tentava di dimostrare la mia *sopravvivenza* (Winnicott, 1971) come analista che intende, anche con grande passione, continuare il lavoro analitico. Quindi, sebbene, di fondo, poteva sembrare che la mia lettera manifestasse "spontaneità" e "autenticità", speravo anche che esprimesse la mia consapevolezza dei rischi e dei possibili sviluppi della situazione e di conseguenza dei limiti analitici. In altre parole, non la consideravo espressione della ricerca di una "autenticità" isolata dal contesto analitico, ma di uno scambio dialettico di "partecipazione significativa e di disciplina analitica" (Hoffman, 1998, cap. 7).

Manny rispose che era senza dubbio interessato a continuare il lavoro analitico e che attendeva con impazienza il momento di ricominciare, quando avessi ripreso il lavoro. Non avevo dato per scontato che avrebbe continuato e mi sentii sollevato quando mi comunicò che intendeva farlo. La sua decisione fu in se stessa un'azione generosa e piena di comprensione, suscitata forse dal tono molto personale della mia lettera. Se egli avesse interrotto l'analisi o se si fosse ammalato o fosse morto, il mio aver disapprovato la sua visita, avrebbe preso un colore più cupo ai miei occhi o a quelli degli altri. La risposta del paziente co-costruisce il significato della nostra partecipazione. La stessa *identica* azione può essere fonte di colpa, di orgoglio o di qualsiasi altro sentimento intermedio, sempre in dipendenza da ciò che il *paziente* decide di fare in risposta e/o da eventi esterni che sfuggono al controllo. In un certo senso, il valore che noi diamo, forse a torto, a ciò che abbiamo fatto dipende molto dalla fortuna. A questo proposito il filosofo Thomas Nagel parla di "fortuna morale" (seguendo Williams, 1976) suggerendo, per esempio, che lo stesso momento di disattenzione da parte di chi guida un'automobile può portare ad una catastrofe (come ferire e uccidere un bambino che sbuca all'improvviso sulla strada) o a niente di particolarmente significativo (Nagel, 1979, pp. 28-29). Forse il momento privo di conseguenze non viene neppure registrato nella memoria del guidatore.

Ma, così come andarono le cose, con un po' di fortuna e con lo sforzo generoso di Manny, grazie a questo episodio della visita, quando riprendemmo le nostre sedute regolari, riuscimmo a fare un bel po' di lavoro utile. Manny era imbarazzato per essere venuto a casa mia, ma chiedeva che apprezzassi le sue buone intenzioni. Era particolarmente mortificato per l'espressione che aveva usato con mio figlio ("dov'è il corpo?") e se ne scusò molto. Le demmo il significato, uno dei tanti possibili, di manifestazione di ansietà rispetto alla mia salute, una versione sincretica di qualcosa del tipo: "Dov'è suo padre, di cui ho temuto grandemente la morte?". Manny era stato contrario al mio intervento chirurgico, ritenendo che mi avrebbe certamente portato alla tomba. Mi aveva scritto prima dell'operazione che, in mancanza di sintomi specifici, sarebbe stato più sicuro rifiutare il parere dei medici, che Manny riteneva presi in un giro mortale di costose, inutili e dannose procedure. Dal momento che non avevo seguito il suo consiglio, la sua espressione poteva essere intesa come una forma abbreviata per: "Dov'è suo padre che ora dovrebbe certamente essere nient'altro che un cadavere, dal momento che è stato così pazzo da ignorare i miei saggi consigli?".

Giustamente Manny sottolineava che c'erano molti fattori che, secondo lui, rendevano meno inappropriato il suo essere venuto quel giorno a casa mia. Prima di tutto, il suo primo analista (il primo dei due che aveva avuto prima di me) sfumava i confini tra il rapporto analitico e quello sociale quotidiano, tanto che invitava spesso Manny ed altri pazienti a casa sua con altri suoi amici. Si trattava di un analista molto noto a Chicago nei primi tempi della psicoanalisi quando cominciava a formarsi un circolo ristretto di fedeli, in parte pazienti e in parte no, della nuova disciplina. Ammisi che avevo completamente dimenticato questo suo precedente.

Secondo, io avevo fatto la mia parte nell'incoraggiarlo a sentirsi parte della mia famiglia. Negli anni mi aveva messo a parte del suo interesse per le orchidee e me ne aveva dato un paio, comprate in un grande e

famoso vivaio vicino Chicago. Le avevo portate a casa e avevo detto a Manny che mia moglie era stata presa da un grande interesse per le orchidee tanto che aveva cominciato a leggere sull'argomento ed era andata a visitare il vivaio con un'amica. Quindi, il suo desiderio di avere un posto nella mia casa non era nato senza un mio incoraggiamento. Se consideriamo come i pazienti vivono le malattie a rischio di vita dei loro analisti - e molti di noi lo hanno sperimentato come pazienti - dobbiamo dire che viene richiesta certamente una grande comprensione. La situazione analitica, come io ed altri abbiamo scritto (cfr., per esempio, Davies, 1998; 2000), finisce col diventare un luogo di seduzione e di abbandono.

E quando quest'ultimo aspetto prende il sopravvento sul fatto che l'analista si trova nella situazione di guardare in faccia la morte, il paziente, attaccato all'analista che per lui significa così tanto, viene invece escluso dai normali canali di contatto, compreso il contatto con le persone che sono vicine all'analista.

Dobbiamo comunque considerare un altro significato meno positivo della visita. Il mio fastidio non era stato senza fondamento. C'era qualcosa di intrusivo e di pretenzioso nel fatto che quel giorno Manny si fosse presentato alla mia porta. Sullo sfondo c'era la storia come l'ho riferita nel cap. 10 del mio libro:

"Ci sono pochi dubbi ... strettamente unita alla situazione esistenziale e generale di vita con cui Manny combatte, siamo in presenza di una nevrosi idiosincratca. Manny era stato un bambino abusato, avendo subito clisteri per svuotare le sua viscere, prima che fosse abbastanza grande da controllare i suoi sfinteri. Sua madre era autoritaria, dominante, intrusiva e anche violenta. Picchiava il marito che subiva i suoi attacchi di rabbia. Il paziente non ricorda una sola occasione in cui il padre si sia ribellato. Parlava del marito con il figlio, dando a Manny la sensazione di essere speciale, al centro della sua vita, un *donno*, cosa che lo soffocava più che aiutarlo a costruire un senso di sé (ibid., p. 252).

Con queste premesse la visita a casa mia non poteva non riflettere alcuni aspetti dell'identificazione di Manny con questa madre intrusiva. Un'attitudine, assorbita dalla sua relazione con lei, a oltrepassare i limiti, a sentirsi autorizzato ad entrare nello spazio privato dell'altro, soprattutto nello spazio privato di colui che riteneva il suo più grande oggetto d'amore e di compiere questo atto invasivo come se fosse ciò di cui l'oggetto d'amore aveva bisogno.

Manny dovette compiere il proprio processo di elaborazione per confermare questa interpretazione. Quando suggerii che forse avrebbe potuto semplicemente mettere l'assegno nella cassetta della posta, disse spontaneamente che infatti aveva giudicato poco realistica la fantasia di farmi visita, ma che proprio allora mio figlio aveva aperto la porta. Sapeva che si stava comportando come la madre che aveva l'abitudine di portare doni e cibo a tutti i vicini malati, sia che lo volessero o no. E, inoltre, era spesso arrabbiata con gli altri perché non si prodigavano verso di lei allo stesso modo. Manny voleva anche che io sapessi che, quando aveva lasciato l'orchidea all'ospedale, aveva fantasticato di farmi visita ed aveva avuto la stessa fantasia nei giorni in cui ero rimasto in ospedale dopo l'operazione. Era stato riportato alla realtà da una conversazione telefonica con mia moglie che si trovava nella mia stanza e gli aveva suggerito di lasciare l'orchidea all'entrata.

Infine Manny voleva che sapessi che era stato molto in dubbio se venire a casa mia e che era molto agitato mentre vi si dirigeva. Sapeva che poteva non essere la cosa migliore da fare. Era pieno di timori.

Mentre ansiosamente girava in auto nei dintorni di casa mia, avendo qualche difficoltà a trovare l'indirizzo, sentiva una forte spinta interna a portare avanti il progetto nonostante le forti riserve. Tuttavia, la consapevolezza che quanto si accingeva a fare avrebbe potuto non essere la cosa più saggia gli aveva reso più difficile, e non più facile (come io avevo sperato), accettare la mia disapprovazione perché sentiva che io non avevo considerato che egli, pur avendo ben presenti tutte quelle considerazioni, era venuto ugualmente, spinto da una schiacciante compulsione interna.

Reinterpretare un sogno: la costruzione di un nuovo significato

La visita di Manny fece emergere altri possibili significati di un sogno che aveva riferito mesi prima (Hoffman, 1998). In quel periodo era momentaneamente ritornato da una vacanza invernale di cui non erano stati fissati i termini, cosicché aveva rappresentato una quasi fine analisi:

“Manny poteva rimanere assente per un mese, due o anche più. Non aveva senso perciò che io mantenessi i suoi appuntamenti. Disse che mi avrebbe chiamato al suo ritorno e avrebbe corso il rischio di non avere più a disposizione la sua ora di analisi. Così ci trovavamo dinanzi ad un’interruzione ambigua: non una vacanza nel senso comune del termine, né una fine definitiva. Decisi che ciò ci poteva dare l’opportunità di affrontare una sorta di semi-fine non traumatica, cosa che il paziente non aveva mai sperimentato in analisi. Durante l’ultima seduta, gli diedi in dono due libri che trattavano problemi delle origini dell’universo, della vita e dell’evoluzione, problemi di cui Manny si interessava. Il dono era accompagnato da un biglietto su cui avevo scritto: “Congratulazione per la sua laurea. Se questi libri non rispondono a tutte le domande che ancora le restano sul significato della vita, certamente avrà bisogno ancora di un periodo di analisi (il corso avanzato post-lauream).” Manny ne fu commosso e felice. Apprezzò che avessi trasformato la situazione in qualcosa di simile al fine-analisi, benché pensasse che, se non fosse morto nel frattempo, avrebbe ripreso il lavoro. Scherzò sul fatto che mi avrebbe scritto o telefonato per darmi il suo indirizzo e numero di telefono (che non conosceva in quel momento) cosicché avrei potuto chiamarlo a Palm Springs se avessi avuto bisogno di lui. Il giorno successivo lasciò nella sala d’attesa una busta per me con due biglietti per un concerto cui non avrebbe potuto partecipare durante la sua assenza. Molte settimane dopo, per motivi di lavoro, tornò per pochi giorni.

Durante la prima delle due sedute che aveva fissato, parlò animatamente di uno dei libri che gli avevo dato (*Shadows of forgotten ancestors* di Carl Sagan) e nella seconda seduta, dopo aver parlato con un certo orgoglio e soddisfazione della quantità di affari che aveva sbrigato, parlò di Ann Druyan, la cui lettura gli era molto piaciuta - come disse - forse più di qualsiasi altro libro mai letto prima. Era stato preso dalle idee esposte e me le riferì in modo insolitamente animato. Sembrava più in forze e più in salute di quanto non lo avessi mai visto, riferendo che a Palm Springs stava passando un ottimo periodo con sua moglie, sebbene gli mancassero i nostri incontri. Disse che sarebbe tornato a Chicago a metà primavera e che gli sarebbe piaciuto riprendere la terapia. Si mostrò sconvolto quando gli dissi che avevo riempito diversamente le ore della sua analisi, ma disse di sapere che avrebbe dovuto prendere un altro orario al suo ritorno. Nella seconda seduta, dopo aver parlato con un certo orgoglio e soddisfazione della quantità di affari che aveva sbrigato, raccontò il seguente sogno:

“Stavo andando nello studio del mio analista. Ma di fronte al suo palazzo, si era raccolta una gran quantità di gente e faticavo a farmi strada. Anche nell’ingresso c’era folla, pertanto decisi che avrei scalato il muro esterno, cosa che riuscivo a fare con facilità come l’uomo ragno. Entrai attraverso la finestra del bagno e giunsi nel suo studio. Dissi: “So di essere in ritardo”. L’analista rispose: “Sì, lo so. Sa bene che le costerà tre ore a undici dollari per ora”. (ibid., pp. 259-269).

Riporto ora il commento al sogno quando me lo raccontò:

Disse che gli ricordavo il suo primo analista, perché era cordiale e molto umano. Pensava che la gente di fronte all’edificio rappresentasse gli altri miei pazienti, compreso quello che aveva preso il suo posto, e che il “ritardo” si riferiva alla durata della sua vacanza e alla possibilità di riprendere le sue sedute. L’ammenda di tre ore a undici dollari corrispondeva, a suo parere, al numero di sedute settimanali che avevamo avuto per un lungo periodo e ad un’ovvia frazione dell’onorario (1/10 per l’esattezza). Forse nella dimensione temporale onirica era tornato indietro ad un periodo precedente l’inflazione. La richiesta di pagare tre ore poteva alludere al suo sconforto e forse al suo senso di colpa per la possibilità che io avessi trascurato il mio interesse non avendogli fatto pagare ogni seduta saltata. Non era sicuro riguardo al significato dello scalare

il muro e non aveva associazioni significative per quell'immagine. Suggesti che si poteva trattare di un modo fantasioso di rappresentare una sua rinnovata vitalità giovanile.

Che nel sogno apparisse il suo primo analista, cosa che riportava il paziente indietro di cinquant'anni, poteva riferirsi alla sua sensazione di essere giovane e forte. Suggesti anche che l'immagine di scalare il muro avrebbe potuto riferirsi al suo vissuto di essere speciale per me, tanto da essere fiducioso che alla fine sarebbe arrivato fino a me, anche se con modalità insolite e anche se era preoccupato che io potessi concedermi eccessivamente. Dopo tutto, gli avevo appena dato un regalo, cosa che non fa certo parte del normale rapporto analitico. La scalata del muro poteva anche alludere in particolare al libro sull'evoluzione, alla sua adattabilità, alla "sopravvivenza del più adatto". Sebbene non me ne fossi reso conto, avrebbe potuto essere rilevante che un altro libro che gli avevo dato fosse *Climbing mount improbable* di Richard Dawkins. Ciò che sembra evidente è che il quasi-termine dell'analisi, contenuto e intensificato dall'uso di vari oggetti transizionali, era stato un potente catalizzatore per lo sviluppo della capacità di Manny di fidarsi delle sue risorse e della continuità del suo rapporto con me e con il processo analitico (ibid. pp. 260-2619).

Inutile dire che non avrebbe avuto senso pensare agli eventi successivi come se fossero stati residui diurni da riferire al sogno. Eppure quegli aspetti della relazione analitica che emersero in seguito avrebbero potuto far luce su significati possibili allora nascosti dalle modalità del transfert e del controtransfert. Si può pensare che questi significati fossero attivi in modo preconscious fin dai primi tempi della rapporto analitico, sebbene fossero oggetto di resistenza da parte di entrambi. Avvenimenti particolari, come la mia operazione, possono evocare sentimenti che altrimenti non sarebbero emersi. Il transfert e il controtransfert non compaiono nel tempo semplicemente come una bozza predeterminata. Forse un tipo di bozza esiste, ma è solo una parte di ciò che emergerà nel corso dell'analisi. Quale sfaccettatura emergerà dipende da un intreccio complesso di occasioni e di scelte. Fra l'altro, la scelta di uno può essere *costruita* in dipendenza dall'altro. Per esempio, la decisione di Manny di venire a casa mia è un evento imprevedibile dal mio punto di vista, così come la mia disapprovazione è un evento imprevedibile dal suo punto di vista. Ciascuno di noi può influenzare l'altro e creare una parte del contesto in cui si svolgeranno la sua esperienza e le sue scelte. Ma influenza non significa determinazione totale. Quindi, anche se l'analista conosce a pieno la natura del proprio contributo all'esperienza del paziente (cosa che non è mai possibile), non può sapere - al massimo lo può solo sospettare - come il paziente sceglierà di rispondere.

Ritornando al significato del sogno, l'interpretazione della sensazione provata da Manny di avere il diritto di scalare il muro del mio palazzo, la sua intrusività e l'aspetto di identificazione con l'invadenza della madre non si verificarono quando eravamo contenti dei suoi progressi e pronti a riconoscere quanto ognuno di noi vi avesse contribuito e per questo veniva apprezzato dall'altro. Ma, quando Manny venne a casa mia ed io provai la sensazione che il mio spazio fosse violato, quegli aspetti del suo funzionamento mi colpirono e retrospettivamente potei comprendere quanto fossero rilevanti per la comprensione del sogno e perché non li avessi colti prima. Né il controtransfert positivo, né quello negativo possono portare ad afferrare completamente il significato di un sogno. Una comprensione più complessa ed ampia, sebbene non totale, perché nessuna lo è mai, è quella che mette insieme ciò che ogni aspetto del controtransfert svela. Da una parte, ad inficiare la positività del controtransfert che avevo avvertito nel periodo precedente, c'erano quegli aspetti di grandiosità e di presunzione della convinzione di Manny di essere tanto speciale da poter scavalcare tutti gli altri pazienti per riprendere le sedute dopo la sua interruzione invernale; dall'altra, il controtransfert negativo dell'ultimo periodo era attenuato dai sentimenti d'affetto e di generosità che Manny aveva espresso cercando di essermi vicino dopo l'intervento, la sua ricerca di circostanze attenuanti insolite che gli permettessero di vivere la fantasia di far parte della mia famiglia, come un figlio, un padre o una moglie. Nel contesto dell'analisi l'azione è difficilmente riconducibile ad una ripetizione attraverso l'identificazione con una madre traumaticamente intrusiva. Forse qualcosa di questo c'è, ma si tratta anche di un atto di volontà e di immaginazione, espressione di vitalità, d'amore e di

contatto profondo. In realtà, alla luce degli eventi passati della vita di Manny, compresi i clisteri che gli erano stati imposti, l'offerta di Manny poteva essere vista come la libera offerta infantile di un movimento viscerale, un atto di grande generosità opposto a qualsiasi sottomissione complice o ritiro provocatorio.

Rank (1945) scrive che dobbiamo riconoscere che il paziente in analisi "soffre... per una situazione in cui una volontà estranea lo forza e lo induce ad agire reattivamente" e che "questa reazione negativa rappresenta l'autentico valore terapeutico, l'espressione della volontà in quanto tale, che nella situazione analitica può solo manifestarsi come resistenza, protesta, vale a dire, controvolontà" (p. 13). Quindi la "controvolontà" di Manny si esprime come un atto spontaneo d'amore che sfida le convenzioni analitiche.

La tendenza alla ripetizione si unisce alla tendenza alla crescita, una differenziazione del presente dal passato. Il controtransfert negativo mi rende cieco riguardo a ciò su cui il controtransfert positivo fa luce e viceversa. Ma il sogno è irriducibilmente ambiguo e mantiene un potenziale imprecisato di significati. Come l'intervento chirurgico e la visita di Manny a casa mia fanno emergere significati impensabili, così altri eventi avrebbero fatto emergere altri significati imprecisati. E per ogni significato che viene fuori ce n'è un'infinità che rimangono sopiti, sconosciuti e inesplorati.

Atti di volontà e immaginazione: un analista alla porta del paziente

Consideriamo ora la scena descritta da mio cognato David (Feinsilver, 1998) nel suo articolo *The therapist as a person facing death*. Per sei anni David aveva lavorato con Wally, un giovane sulla ventina, paziente di Chestnut Lodge. Wally sapeva del cancro di David e aveva pianto venendo a sapere della sua ricomparsa.

Quanto segue è tratto dall'articolo di David:

"Un giorno, prima della seduta di Wally, ricevetti più telefonate da vari reparti dell'ospedale preoccupati che Wally si stava comportando stranamente e non si era presentato a vari appuntamenti abituali. Mi preoccupai. Ma, quando non si presentò per la sua seduta, né rispose al telefono, cominciai ad arrabbiarmi perché stava agendo una tendenza autodistruttiva ad abbandonarmi, così come sentiva che io stavo facendo con lui.

Pertanto, quando andai a casa sua, un isolato più in là, e non rispose al suono del campanello e ai colpi battuti sulla porta, gli gridai che sapevo che era in casa e che aveva due scelte: o apriva la porta o avrei chiamato la polizia perché lo affidasse nuovamente al reparto degli internati; che non potevo permettere che continuasse a perseguire la modalità autodistruttiva di cancellare me e qualsiasi altra persona come unico mezzo per gestire la sua rabbia per la mia malattia; che non sapevo quanto fossero consistenti i suoi propositi di suicidio, ma che non avrei corso nessun rischio (e lo intendevo davvero). Aprì la porta immediatamente, dichiarando a sua discolpa, mentre ci dirigevamo verso il mio studio, che, sebbene sentisse senza dubbio di volersi uccidere, non dovevo preoccuparmi. Non l'avrebbe fatto" (ibid. p. 1136-1137).

Un po' più avanti nell'articolo di David veniamo a sapere che, una volta nello studio, Wally cominciò a chiarire che cosa lo aveva fatto esplodere.

[Parlò] della sua rabbia rispetto alla prima sensazione di eccitazione per la possibilità di vedermi due volte la settimana e all'idea immediatamente successiva che non potesse esserci niente di buono nel vedermi di più se tanto stava per perdermi presto. Nella seduta successiva Wally annunciò orgogliosamente che aveva calcolato con la sua famiglia la spesa relativa al cambiamento da una a due sedute settimanali, avevano visto che potevano permettersela e che voleva cominciare appena possibile.

Questo episodio fu un punto di svolta nel lavoro con Wally, rendendo possibile lavorare sui timori sottostanti le sue proteste rabbiose riguardo l'andare avanti nella vita e assumersi qualsiasi novità. Nello stesso tempo cominciammo anche a capire quegli elementi di autodistruttività - reazione terapeutica

negativa - che avevano determinato la sua ultima crisi e rovinavano la sua vita" (ibid., p. 1137).

David prosegue così:

"Credo che Wally abbia vissuto il mio confrontarmi con i suoi propositi suicidari come espressione concreta di interesse da parte di qualcuno che lo aveva abbandonato. La probabile risonanza dentro di lui era che, se qualcuno che stava morendo sentiva ancora che stava facendo un lavoro di "nobile qualità" degno di essere fatto (citando Tennyson come fa David all'inizio del suo articolo), allora forse il minimo che potesse fare sarebbe stato farne emergere i risultati. Dopo questo episodio, Wally cominciò a lavorare più seriamente nelle sedute di psicoterapia con me sulla sua tendenza a ritirarsi dal successo e fuori sulle conseguenze pratiche del problema, sviluppando amicizie strette e mantenendo un lavoro" (ibid., 1137).

Wally supera il suo ritiro autodistruttivo perché come dice David, sente che è "il meno che possa fare" in relazione alla malattia e agli sforzi di David. Ritengo che questo aspetto della motivazione di Wally e degli altri pazienti, di cui David ci parla, sia da lui sottovalutato nella discussione formale dell'azione terapeutica che emerge nel contesto della sua malattia terminale. Credo che questi pazienti migliorino perché, almeno in parte, si è molto ridotto l'aspetto ostile dell'invidia. La sensazione che l'analista abbia raggiunto una profusione di realizzazioni narcisistiche unita a quella che ciò che *offre* è davvero troppo poco e giunge troppo tardi può portare il paziente a voler togliere all'analista la soddisfazione di avere il potere di cambiare la loro vita. Ma ora David sta morendo. Il paziente diventa il fortunato che *ha*, piuttosto che colui che *non ha*, colui che ha una situazione invidiabile. Ora il paziente può più facilmente *dare* a David i suoi progressi come dono.

È "il meno che il paziente possa fare" per smettere di tirarsi indietro col pretesto che David *ha* troppo mentre ciò che *offre* è a stento una goccia in un secchio. Ora ciò che David offre è percepito come *molto di più* perché ha di gran lunga *molto meno* per se stesso.

Naturalmente non va sempre così. Ann-Louise Silver (1990) ha egregiamente documentato una serie di comportamenti diversi e di adattamenti che hanno caratterizzato i suoi pazienti a Chestnut Lodge quando si ammalò di una malattia a rischio di vita agli inizi degli anni '80. Terrorizzati dall'idea di essere abbandonati, per esempio, sembrava che alcuni divenissero più disturbati e disorganizzati. Ma, nonostante le differenze, ed in linea con l'esperienza di David, Silver scrive:

"Ricordo vividamente che i miei pazienti lottavano per lavorare con me... Vale a dire, lavoravano per ricostruire un ambiente di *holding* ed io combattevo per aiutarli. Osservavo i loro sforzi con gratitudine e spero che essi percepissero la mia gratitudine. Ho un affetto speciale per quei pazienti che vennero da me in quei mesi. Siamo come veterani che hanno combattuto insieme al fronte" (Silver, 1990, p. 164).

Quindi ora immaginate, se volete, David alla porta di Wally e Manny alla mia. Due scene molto diverse ovviamente. In una è il terapeuta ad essere davanti alla porta, nell'altra è il paziente. In una si tratta di un paziente che è oggetto delle preoccupazioni dell'analista, nell'altra è il terapeuta che è oggetto delle preoccupazioni del paziente. Eppure i punti di contatto balzano agli occhi. David si sta confrontando con la sua morte, come fa Manny a causa della sua tarda età, ed entrambi sono alla porta di qualcuno che amano e che temano possa morire prima di loro. Quattro esseri umani che guardano la morte, la propria e quella dell'altro. David e Manny dicono: "Guarda, queste sono circostanze attenuanti. Non mi comporterò come se si trattasse di situazioni normali. Farò ciò che mi sembra utile. Cercherò - in accordo con la definizione di *mensch* data da David - "in un'occasione difficile di essere all'altezza, di fare la cosa giusta". Non c'è dubbio, tra le due, l'azione di David, sembra la più saggia e rende possibile una risposta più positiva di quella che Manny ha avuto da me. Ma le intenzioni di Manny certamente includevano il desiderio di mettersi in contatto con me, di essere vicino, di offrire qualcosa. Forse sentiva, come Wally, che era "il minimo che potesse fare" in quelle circostanze. Siamo insieme lui ed io sulla linea del fronte. In queste condizioni ha l'opportunità di permettere al suo attaccamento emotivo di superare le usuali limitazioni della situazione analitica per mostrarmi più direttamente ciò che sente per me e per scoprire i miei sentimenti verso di lui. E

però goffo, esitante e persino incauto, sta cercando qualcosa di nuovo, di diverso. Non c'è da meravigliarsi se ha vissuto la mia disapprovazione come molto offensiva, mettendo a repentaglio la sensazione dell'autenticità del mio interesse per lui. Dal momento che era tanto offeso, continuare l'analisi con me e voler collaborare con me alla ricerca della comprensione del significato dell'episodio, compresa la parte da lui giocata, riflette il suo sforzo di unire una partecipazione autonoma e creativa ai miei bisogni di analista e di persona.

Dall'idealizzazione all'identificazione: il progresso del paziente come dono riparatorio

Verso la fine del suo articolo, David si chiede se il potere di catalizzazione che la sua malattia terminale sembrava generare "si sarebbe potuto verificare in circostanze ordinarie". Si chiede: "Possiamo imbottigliarlo per l'esportazione, per così dire, per il lavoro analitico di tutti i giorni?" (Feinsilver, 1998, p. 1148). La sua risposta è certamente sì, ritenendo che l'emergere con pienezza dell'analista come persona faciliti la differenziazione del transfert basato sulla fantasia da quello basato sulla realtà. Ma forse abbiamo bisogno di andare un po' più avanti e di riconoscere che l'emergenza di una realtà particolare, e cioè che l'analista è mortale, non è proprio una di quelle realtà che possono facilitare la differenziazione. È la realtà ultima, l'aspetto più profondo dell'essere dell'analista e, nello stesso tempo, la realtà più profonda condivisa con il paziente. Eppure è la realtà più difficile da portare in primo piano poiché, come Ernest Becker (1973) ha dimostrato in modo tanto convincente nel suo libro *The denial of death*, la sua negazione è davvero comune e il suo riconoscimento terrificante per tutti. In questa linea Becker suggerisce che la scena primaria, svelando l'esistenza corporea dei genitori, della loro animalità pulsionale e della loro mortalità, ha il potere di togliere ogni illusione, proprio quando il bambino ha bisogno di vedere i genitori come esseri superiori, al di sopra di ogni materialità, come se fossero dio (p. 42-46).

In corrispondenza a questo aspetto dell'infanzia, l'azione terapeutica dipende in parte dall'impressione costruita insieme che l'analista abbia un potere superiore, un'impressione mantenuta dall'asimmetria ritualizzata della situazione analitica, che sussiste nonostante la sfida e la demitizzazione che ne fa l'analisi del transfert. Grazie a quel potere, unito a una sorta di disinteresse, l'analista è nella posizione di far sì che il paziente si affermi come essere autonomo, che contribuisce alla realtà della comunità in cui vive, alla cultura e alla rete di relazioni.

È un potere che ha i suoi antecedenti in quello dei genitori nelle loro relazioni con bambini ancora ignari. Se i bambini assorbono acriticamente attitudini *distruitive* che *incrinano* profondamente la loro capacità di autonomia, divenuti adulti hanno bisogno di un progetto particolare per innalzare un'autorità umana ad un livello che può competere con l'influenza negativa dei primi *caregivers*. Rispetto a ciò l'analista, come ho sostenuto altrove (Hoffman, 1998, cap. 1), ha acquisito funzioni che erano proprie degli dei o dei sacerdoti che mediavano l'autorità divina.

Ma gli effetti terapeutici dello status dell'analista come essere superiore, benevolo e anche, in un certo senso, disinteressato, possono essere controbilanciati da un'invidia negativa dovuta ad un antico, profondo risentimento riguardo a ciò che viene offerto che, nell'ordinamento dell'universo, è troppo poco e dato troppo tardi. Il paziente si sente ingannato e si trattiene dal dare le cose migliori che potrebbe offrire. Fa resistenza per avere di più, per avere giustizia nel tribunale dell'universo, per un nuovo inizio, per una rinascita. Poiché il paziente non è davvero un neonato ingenuo, ma un adulto che discerne e comprende, ad un qualche livello è sempre consapevole di ciò che ho definito il lato oscuro della situazione analitica: il modo in cui il progetto analitico risponde ai bisogni fin troppo umani, narcisistici ed economici dell'analista. È davvero una "strana volontà", come dice Rank, che è imposta al paziente attraverso la situazione analitica. Il desiderio di denaro difficilmente si coniuga con l'amore come semplice risposta all'essere venuto al mondo ed all'esistere. E c'è davvero una linea sottile tra il bisogno del paziente di un oggetto

idealizzato e il risentimento del paziente per la posizione privilegiata dell'analista. Se deve esserci qualche beneficio terapeutico, il paziente deve *perdonare* la posizione privilegiata dell'analista, che in realtà è una persona come il paziente. Il paziente deve scegliere di *perdonare* per scegliere di *prendere* ciò che di buono l'analista ha da offrirgli. Ciò che sembra strano è che questa disposizione al perdono emerga in relazione alla mortalità dell'analista, una realtà quest'ultima che riguarda qualsiasi essere umano. È solo il diniego che tiene la vita sullo sfondo, nascosta alla vista della coppia analitica.

Superare il diniego non è facile e neppure è ovvio come si possa trovare una forma di azione da applicare alla situazione analitica. Purtroppo, condizioni che minacciano la vita entrano spesso in gioco come catalizzatori quando non dovrebbero. Dobbiamo trovare il modo per portare noi e i nostri pazienti più in contatto con la nostra comune situazione umana.

Parlare di morte potrebbe a volte sembrare forzato, ma è anche possibile che non stiamo abbastanza all'erta per cogliere i momenti in cui si potrebbe attrarre l'attenzione del paziente su questo tema. Sta di fatto che, mentre viviamo, anche intensamente e vivacemente, stiamo tutti in ogni momento anche morendo. Alcuni hanno notato (Cohen, 1983; Garcia-Lawson, 1997) che è raro che gli analisti, al di là dell'età o dello stato di salute, esplorino con i pazienti come potrebbero sentirsi e che cosa potrebbero fare al momento della morte dell'analista. Ma penso, più in generale, assumendo il punto di vista di David Feinsilver, che ciò che porta i pazienti a contatto con la mortalità dell'analista, e quindi con la sensazione che analista e paziente condividono una condizione comune, è l'attenzione ai limiti e alla vulnerabilità dell'analista in tutti quei modi che possono spontaneamente essere messi in gioco nel corso del lavoro analitico. È allora, forse, che il paziente può integrare il bisogno di idealizzazione con il riconoscimento che noi analisti siamo anche pazienti; che siamo davvero abbastanza vulnerabili, abbastanza a rischio, sofferenti, deprivati, traumatizzati, frammentati, eppure anche abbastanza buoni per meritare l'identificazione empatica del paziente e una sollecitudine riparativa. Allora in quell'inversione riconosciuta da Searles (1975) come essenziale all'azione terapeutica, "il paziente [diviene] terapeuta dell'analista" e può scegliere di offrirgli il più significativo dei doni, la possibilità di una maggiore capacità di vita responsabile e creativa. L'analista, a sua volta, può accogliere il movimento del paziente verso un maggiore benessere come testimonianza della sua capacità, nonostante tutti i suoi limiti, di influire in modo estremamente costruttivo nella vita del paziente.

NOTE

¹ Sembra che le convinzioni di Rank sulla centralità della volontà del paziente si siano sviluppate in parte come reazione alla completa assenza di questa tematica nella teorizzazione di Freud e nella teoria psicoanalitica in genere. In questo contesto, Rank sostenne l'idea che il processo analitico favorisse l'emergenza e lo sviluppo del sé autonomo del paziente e quindi era fortemente contrario all'idea che l'analista esercitasse un'influenza morale sul paziente, ad eccezione di quei casi in cui ciò potesse facilitarne l'autonomia (vedi Rank, 1945, pp. 66-68). Un punto di vista del tutto opposto al mio. La prospettiva che ho chiamato "costruttivismo dialettico" (Hoffman, 1996; 1998) richiede il riconoscimento dell'inevitabilità dell'influenza morale dell'analista e l'opportunità che sia esercitata in modo consapevole, autocritico e saggio. Nella "terapia costruttiva" di Rank, l'analista aspira a promuovere il raggiungimento del paziente di una serena capacità d'agire e di una libertà che rientrano decisamente nello spirito di una sensibilità "moderna", ma sono del tutto assenti dalla certezza post-moderna che l'individuo è inevitabilmente preso dal clima socio-culturale del suo tempo, così come dell'influenza della dimensione inconscia del transfert e del controtransfert. Questi fattori, tuttavia, possono essere considerati come potenti "influenze" che non

determinano completamente l'esperienza e il comportamento del paziente, tanto che rimane ancora uno "spazio" per la volontà individuale come "causa primaria". In effetti, sto proponendo un'integrazione delle prospettive moderne e post-moderne sul concetto dell'essere umano come "soggetto agente".

² Il modello della malattia si applica meglio, naturalmente, a quelle situazioni in cui si sia dimostrato che i sintomi hanno una causa biologica, come la sindrome maniaco-depressiva e la schizofrenia. Eppure anche in queste situazioni è possibile che il ruolo della volontà individuale possa essere sottostimato o negato sia dal paziente sia da coloro che se ne prendono cura.

BIBLIOGRAFIA

- Becker E. (1973) *The denial of death* Free Press, New York.
- Cohen J (1983) *Psychotherapists preparing for death: denial and action* Amer. J. Psychotherapy, 37, pp. 223-226.
- Davies J. M. (1998) *Thoughts on the nature of desires: the ambiguous, the transitional, and the poetic; reply to commentaries* Psychoanal. Dialogues, 8, pp. 805-823.
- Davies J. M. (2000) *Descending the therapeutic slopes. Slippery, slipperier, slipperiest: commentary on papers by B. Pizer and G. O. Gabbard* Psychoanal. Dialogues 10, pp. 219-229.
- Feinsilver D. B. (1998) *The therapist as a person facing death: the hardest of external realities and therapeutic action* Int. J. Psycho-Anal., 79 pp. 1131-1150.
- Fosshage J. L. (1997) *Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy: is there a meaningful distinction in the process?* Psychoanal. Psychol., 14, pp. 409-425.
- Garcia-Lawson K. A. (1997) *Thoughts on termination: practical considerations* Psychoanal Psychol., 14, pp. 239-257.
- Hoffman I. Z. (1996) *The intimate and ironic authority of the psychoanalyst's presence* Psychoanal. Quart., 65, pp. 102-136.
- Hoffman I. Z. (1998) *Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process: a dialectical-constructivist view* The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Margulies A. (1999) *The end of analysis? Or, our postmodern existential situation. A review essay on "Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process: a dialectical-constructivist view" by Irwin Z. Hoffman.* Contemp. Psychoanal., 35, pp. 699-712.
- Nagel T. (1979) *Mortal question* Cambridge University Press, New York e Cambridge.
- Racker H. (1968) *Transference and countertransference* International Universities Press, New York.
- Rank O. (1945) *Will therapy and truth and reality* Alfred A. Knopf., New York.
- Searles H. F. (1975) *The patient as therapist to his analyst* in P. L. Giovacchini et al. *Tactics and techniques in psychoanalytic therapy. Vol 2: Countertransference* Aronson, New York.
- Silver A.-L.S. (1990) *Resuming the work with a life-threatening illness and further reflections* in H.J. Schwartz, A.-L.S. *Silver Illness in the analyst: implications for the treatment relationship* Internat. Universities Press, Madison, CT.
- Williams B. (1976) *Moral luck* Proceeding of the Aristotelian society. Supplementary, vol. 1, pp. 115-135.
- Winnicott D. W. (1971) *Gioco e realtà*, trad. it. Armando, Roma, 1974.