

Mariano Enderle

Ricerca Psicoanalitica, 1996, Anno VII, n. 1-2, pp. 89-116.

Prospettive relazionali in psicoanalisi ed implicazioni cliniche^{1,2}

SOMMARIO

L'A. introduce il modello relazionale in psicoanalisi attraverso l'esplorazione delle sue radici storiche e delle principali correnti di pensiero che lo costituiscono, quali gli sviluppi contemporanei all'interno della psicoanalisi interpersonale, di quella kleiniana, della scuola delle relazioni oggettuali inglese, dell'approccio intersoggettivo e di correnti nella psicologia freudiana dell'Io. Vengono affrontate inoltre le implicazioni epistemologiche della svolta relazionale ed in particolare il costruttivismo sociale ed il dibattito sui concetti di neutralità, simmetria/asimmetria, reciprocità e rivelazione del controtransfert.

SUMMARY

Relational perspectives in psychoanalysis and clinical implications

This is an introduction to the relational models in psychoanalysis. The author explores the historical roots of the relational concepts, the recent developments within interpersonal theory, British object relations theory, self psychology and currents within Freudian ego psychology. The epistemological implications of the relational shift in psychoanalysis are also addressed.

Il mio contributo a questo congresso consiste principalmente in un lavoro di sintesi, un'esplorazione dei modelli relazionali intesa ad evidenziare come all'interno delle principali scuole psicoanalitiche si sia verificata negli ultimi decenni un'evoluzione verso una concezione relazionale della mente umana e del rapporto analitico. Ognuna di queste scuole ha contribuito in modo specifico ed originale allo sviluppo relazionale ma, a mio avviso, la tensione dialettica fra la one-person psychology e la twoperson psychology, fra la dimensione intrapsichica e quella interpersonale, è stata un elemento fondamentale nello sviluppo creativo della psicoanalisi contemporanea.

Questo è anche un lavoro di sintesi della mia esperienza di training e lavoro negli Stati Uniti, che mi ha visto immerso, sia al William Alanson White Institute che al Post Doctoral Program in Psychoanalysis della New York University o al Cornell Medical Center, nel labirinto del pluralismo di linguaggi caratteristico della psicoanalisi americana.

Ho avuto modo di lavorare con analisti di formazione freudiana classica, o formati nella tradizione della object relations inglese o della scuola interpersonale americana. Sono stato esposto a visioni diverse dell'essere umano e a modi diversi di concepire il rapporto analitico. Alcuni fra i miei supervisori prediligevano il linguaggio intrapsichico e l'attenzione al funzionamento della mente individuale, altri, pur essendo altrettanto sensibili al mondo interno del paziente, si muovevano da una prospettiva più

¹ Atti del Convegno: *Le nuove vie della psicoanalisi. modelli interpretativi a confronto*. Roma 17-18 novembre 1995.

² Desidero ringraziare il dott. Bacciagaluppi per la preziosa collaborazione prestatami durante la stesura di questo intervento.

relazionale, parlando cioè il linguaggio degli oggetti interiorizzati e sostenendo una concezione più interattiva del rapporto analitico. Dai supervisori che appartenevano alla tradizione interpersonale, infine, ho appreso l'acuta sensibilità ai processi interattivi e alla reciprocità e complessità del rapporto analitico. Da tutti comunque ho imparato la tolleranza dell'ambiguità e sono stato incoraggiato ad esplorare ed approfondire approcci diversi, senza nessuna pressione ad aderire prematuramente ad una particolare visione. Questo è stato particolarmente vero per quanto riguarda i miei anni di training analitico al Post Doctoral Program in Psychoanalysis della New York University dove l'ecllettismo è stato formalizzato nel programma di training che offre uno studio approfondito e una formazione nei principali orientamenti teorici e nella loro analisi comparativa al fine di esplorare gli assunti di base e le premesse epistemologiche che sottostanno alle differenti metapsicologie.

Accanto all'orientamento freudiano classico e a quello interpersonale, negli ultimi anni si è sviluppato e formalizzato l'orientamento relazionale, il cosiddetto "Relational Track", composto da analisti che nonostante le sostanziali differenze teoriche e di linguaggio hanno in comune la convinzione che le relazioni umane giochino un ruolo centrale sia nello sviluppo umano che nella psicopatologia. Condividono inoltre il rifiuto, seppur con modalità diverse, della metapsicologia classica radicata nella concezione che gli istinti biologici e le pulsioni sessuale ed aggressiva siano le determinanti fondamentali di tutte le motivazioni umane.

Come Emmanuel Ghent (1992) ricorda, non esiste un analista relazionale, ci sono soltanto analisti il cui orientamento può variare considerevolmente ma che condividono un comune interesse sia verso il mondo intrapsichico che verso quello interpersonale. La componente intrapsichica è considerata come costituita in gran parte dall'internalizzazione delle esperienze interpersonali mediate dai limiti imposti biologicamente. Per i teorici relazionali, inoltre, la realtà e la fantasia, il mondo interno e quello esterno giocano un ruolo importantissimo nella vita umana interagendo fra loro, non sono quindi in contraddizione ma si complementano. Il termine relazionale mette in evidenza non solo il rapporto fra persone ed oggetti esterni ma anche fra rappresentazioni e personificazioni interne. Sempre secondo Ghent i teorici relazionali non sostituiscono alla teoria istintuale un ambientalismo naive, ma riconoscono l'importanza di osservare il modo in cui l'individuo influenza l'interazione attraverso il proprio temperamento, gli eventi corporei ed in genere la sua risposta fisiologica.

Il mio lavoro di sintesi comincia dall'esplorazione delle radici storiche dei concetti relazionali ed in particolar modo dal contributo di Sandor Ferenczi che ha influenzato notevolmente sia la psicoanalisi interpersonale americana che la scuola inglese delle relazioni oggettuali. Tenterò poi una definizione di "modello relazionale" introducendo il lavoro comparativo di Greenberg e Mitchell. Per quanto riguarda i vari modelli relazionali prenderò in esame la psicoanalisi interpersonale contemporanea ed in particolare la posizione di Edgar Levenson, per passare poi allo sviluppo delle idee relazionali in Inghilterra, partendo da Melanie Klein che per prima, con la sua revisione ed estensione della teoria freudiana, ha introdotto il concetto di oggetto interiorizzato, soffermandomi in particolare sugli sviluppi kleiniani contemporanei. Prenderò poi in considerazione le teorie oggettuali, quindi Fairbairn e Guntrip che hanno esteso il concetto di oggetto interiorizzato verso importanti direzioni. Particolare enfasi sarà dedicata al lavoro di Winnicott che ha rielaborato le metapsicologie, freudiana e kleiniana, sviluppando la comprensione dell'esperienza del Sé e della creatività. La psicologia del Sé, con l'estensione che Kohut ha dato al concetto freudiano di narcisismo, e l'approccio intersoggettivo saranno seguite da una sezione dedicata alle implicazioni epistemologiche della svolta relazionale, in particolare esplorerò la corrente di pensiero identificata come "costruttivismo sociale". Mi soffermerò infine sul dibattito attuale attorno ai concetti di neutralità, simmetria/asimmetria, reciprocità e rivelazione ed uso del controtransfert.

Sandor Ferenczi: le radici storiche dei concetti relazionali

Il fantasma dell'autoritarismo di Freud ha, senza alcun dubbio, condizionato la comunità psicoanalitica facendo in modo che le revisioni della sua teoria, o il nascere di nuovi modelli, fosse vissuto come una deviazione da mimetizzare o una sfida alla sua autorità, piuttosto che sviluppo creativo della sua teoria originaria.

Ciò è particolarmente vero per quanto riguarda la controversia tra Freud e Ferenczi, la quale, anche per via delle sue implicazioni teoriche, ha avuto un impatto particolarmente profondo sugli sviluppi della psicoanalisi.

Balint (1968) sostiene che gli effetti sono stati traumatici e che da allora gli analisti che hanno osato avventurarsi nell'esplorazione dell'uso del controtransfert e della regressione terapeutica, lo abbiano fatto non senza timore e conflitti.

Solo ora la riscoperta di Ferenczi può essere vissuta come un'esperienza liberatoria e si prova, leggendo i suoi scritti, un senso di sollievo nel vedere finalmente legittimati e ricondotti alla loro fonte originaria gli sviluppi più fondamentali che la psicoanalisi ha vissuto negli ultimi decenni, ed è ora possibile riconoscere nel lavoro pionieristico di Ferenczi le radici storiche di tali sviluppi. Secondo Hoffer (1991) se Freud è stato il padre della psicoanalisi Sandor Ferenczi né è stato la madre sia per averne sottolineato l'aspetto relazionale ed esperienziale che per l'intensità romantica che ha accompagnato il suo lavoro. Hoffer sostiene che tale controversia può essere meglio compresa se vista come causata parzialmente sia da motivi teorici (la teoria del trauma) che di tecnica psicoanalitica (l'uso della regressione) e personali, in particolare per l'intenso bisogno avvertito da Ferenczi di risolvere il transfert negativo sviluppato nel corso della sua troppo breve analisi con Freud.

Nell'introduzione al libro "The Legacy of Sandor Ferenczi" (1993, cap. 1), Aron e Harris spiegano come la teoria sviluppata da Ferenczi sia stata erroneamente ritenuta, e per ciò rifiutata da Freud, un ritorno alle origini pre-psicoanalitiche della teoria della seduzione, perdendo di vista, in tal modo, il contributo innovativo. Freud, infatti, abbandonata la teoria della seduzione come causa della nevrosi ed adottata quella edipica, sposta l'attenzione dalle cause esterne al mondo interno delle fantasie inconsce. Le bugie delle pazienti isteriche sono secondo Freud delle distorsioni create dalla pressione istintuale. Ferenczi introduce una terza possibilità, ossia che queste pazienti non stessero mentendo, e nemmeno ricordando degli eventi storicamente accaduti, ma semplicemente stessero a livello metaforico rivivendo una realtà psicologica traumatica nel tentativo di elaborarla ed esprimerla. In questo modo Ferenczi non solo sviluppa ed anticipa l'attuale teoria sul trauma, ma apre la via alla dimensione relazionale attribuendo una maggiore rilevanza all'esperienza interpersonale riconoscendone l'interiorizzazione a livello intrapsichico.

Ferenczi denuncia apertamente gli effetti traumatici dell'abuso sessuale e del silenzio complice delle famiglie e descrive, nel famoso articolo "Confusion of Tongues" (1933), di cui Freud cercò di evitare la pubblicazione, le vicissitudini della psiche di un bambino vittima di un abuso, specialmente se di origine sessuale: lo splitting nella personalità, l'identificazione difensiva con l'aggressore, il processo di interiorizzazione dei tratti caratteriali dei genitori e lo sviluppo prematuro di un Sé responsabile ("the wise baby"), con lo scopo di proteggere la parte terrorizzata e più autentica dei Sé, congelata nel tentativo estremo di un adattamento alla realtà.

Ferenczi usa i concetti di introiezione ed identificazione e parla della formazione di oggetti all'interno dell'Io, per spiegare lo sviluppo dell'identità e della struttura mentale, anticipando in tal modo gli sviluppi successivi della psicoanalisi kleiniana, della scuola inglese delle object relations, e Winnicott stesso nell'idea dello sviluppo difensivo del falso Sé.

Ferenczi denuncia l'ipocrisia professionale e sostiene che l'atteggiamento analitico distaccato e freddo riproduce gli aspetti traumatici e l'ipocrisia della relazione originaria con i genitori, scoraggiando il paziente dall'esprimere sensazioni critiche e dall'esplorare la propria esperienza soggettiva del rapporto analitico.

Anticipando il dibattito attuale sull'uso dell'enactment, l'enfasi sulla dimensione intersoggettiva, Ferenczi riconosce l'inevitabilità della partecipazione dell'analista, considera il transfert non come una distorsione della realtà, ma come un tentativo da parte del paziente di coinvolgere l'analista nella riattualizzazione del passato. Risulta chiaro come la psicoanalisi interpersonale americana e quella inglese siano state influenzate dall'importanza attribuita da Ferenczi alla relazione analitica. Balint, Winnicott e la Thompson estesero l'idea dell'utilità dell'uso del controtransfert, e Kohut quella dell'importanza dell'ascolto empatico come modo più efficace e meno colpevolizzante di affrontare la resistenza del paziente al cambiamento e dell'analista ad ammettere ed a fare uso dei propri fallimenti empatici.

Aron (1992) sostiene che Ferenczi nei suoi esperimenti di analisi reciproca abbia confuso la liberatoria potenzialità nel riconoscimento degli aspetti di reciprocità del rapporto analitico, con la disastrosa conseguenza dell'uso della simmetria, quale l'abbandono della necessaria differenziazione dei ruoli.

Ferenczi, anticipando ancora una volta gli sviluppi relazionali e in particolare i contributi di Hoffman (1983) e Aron (1991), afferma che il paziente è nella posizione di riconoscere come l'analista, attraverso il suo particolare modo di reagire al paziente, abbia un impatto nel trattamento e come in ultima analisi il paziente stesso sia il suo miglior supervisore.

Aron ed Harris (1993) affermano che Ferenczi, per primo, ha contribuito alla svolta verso una concezione della mente, dello sviluppo, della psicopatologia e del trattamento in termini relazionali, secondo il modello della "Two-person psychology". Secondo questa visione nulla del paziente può essere studiato al di fuori del contesto del rapporto con lui; Ferenczi, quindi, riconosceva se stesso come partecipe nella formazione di tutti i fenomeni clinici. Il transfert si sviluppa nel contesto del controtransfert, la resistenza in risposta al fallimento empatico dell'analista, i sogni e gli acting-out non sono visti come espressione del lavoro psichico della mente del paziente, all'interno di uno spazio vuoto, ma come tentativi di comunicazione. Il carattere si sviluppa attraverso l'introiezione delle relazioni oggettuali più importanti. La mente stessa è, quindi, relazionale. Ferenczi non ha diminuito la rilevanza del complesso edipico o i contributi della teoria strutturale ma ha trasformato la psicoanalisi in una "two-person psychology". Il mondo intrapsichico non è stato rimpiazzato da quello interpersonale ma è, piuttosto, diventato interpersonale.

Modelli a confronto: la matrice relazionale

La proliferazione di teorie e linguaggi diversi che ha caratterizzato la psicoanalisi negli ultimi decenni ha reso necessario un lavoro di confronto e di sintesi. Il contributo di Greenberg e Mitchell (1983) è indubbiamente il più completo e dimostra la propria ricchezza, non solo per la sua caratteristica di preziosa mappa di orientamento nel labirinto delle vane teorie, ma anche per il suo potenziale di aggregazione e sintesi, scongiurando il pericolo che la psicoanalisi si perda nelle parziali visioni dei singoli modelli e che la loro ricchezza venga in tal modo sprecata.

Mitchell (1988) suggerisce che la distinzione fra una visione della mente concepita come un'entità singola e separata e una visione interattiva, la distinzione cioè fra la one-person psychology e la two-person psychology, è cruciale nel mettere a fuoco le differenze fra le varie teorie.

Premessa fondamentale delle teorie che si rifanno al modello pulsionale di Freud è infatti la concezione della mente come composta da complessi compromessi fra pulsioni e istanze psichiche che le controllano e le incanalano. Le teorie che si rifanno al modello relazionale, invece, considerano i rapporti con gli altri come l'aspetto costitutivo della mente, in quest'ottica, plasmata ed inseparabile dal contesto interpersonale. Non più, quindi, un'entità separata i cui desideri entrano in conflitto con la realtà esterna, ma una mente intesa come campo interazionale all'interno del quale l'individuo si sviluppa lottando per mantenere un contatto con gli altri ed al tempo stesso individuarsi distinguendosi.

La mente è composta di configurazioni relazionali e la sua esplorazione comporta inevitabilmente una partecipazione al mondo interno del paziente.

Mitchell (1988, Introd. e capp. I-II) sostiene che questi due modelli sono incompatibili e adotta la strategia di perseguire una prospettiva più ampia, definita “matrice relazionale”, che integri tutte quelle teorie che hanno abbandonato il concetto di pulsione. La matrice relazionale prende in considerazione l'organizzazione del Sé, l'attaccamento agli altri, le interazioni interpersonali e il ruolo che l'individuo ha nel continuo ricrearsi del suo mondo soggettivo. Il termine “matrice relazionale” rappresenta, inoltre, uno sforzo di trascendere la dicotomizzazione dei mondi interpersonale ed intrapsichico, secondo questa posizione viviamo al tempo stesso nel mondo esterno e in quello interno e la mente opera con motivazioni che hanno a che fare sia con l'autoregolazione del Sé che col campo relazionale. Il termine “matrice relazionale”, ancora una volta, è inteso come struttura teorica che organizza ed integra le apparentemente diverse teorie del modello relazionale in una prospettiva più completa e comprensiva.

Mitchell propone un'interessante sintesi fra la concezione della mente in conflitto, tipica del modello pulsionale, e la visione di quegli autori che si rifanno al modello dell'arresto dello sviluppo psichico, dove i bisogni psichici di tipo relazionale, considerati fondamentali per la crescita, frustrati o soddisfatti, costituiscono gli elementi di base della struttura psichica. In questa terza opzione la mente è un insieme di desideri, bisogni e paure in conflitto fra loro, all'interno di una struttura fatta di configurazioni relazionali, cioè di immagini del Sé, rappresentazioni dell'oggetto, e relazioni oggettuali interiorizzate. Gli elementi in conflitto non sarebbero più, quindi, le pulsioni, ma le identificazioni con oggetti diversi o ruoli ed immagini del Se e dell'oggetto, incompatibili fra loro e dissociati, e bisogni diversi come, per esempio, la fedeltà e l'attaccamento ad un oggetto e il bisogno di individuazione.

Le configurazioni relazionali costitutive della mente hanno, nel modello proposto da Mitchell, tre dimensioni: il Sé, l'altro, e lo spazio psicologico fra le due. Non ci può essere un oggetto senza un senso del Sé in relazione all'oggetto; non ci può essere un Sé in isolamento, al di fuori di una matrice di relazione con gli altri; e, né il Sé né l'oggetto sono concetti dinamicamente significativi senza presupporre l'esistenza di uno spazio psichico all'interno del quale possa avere luogo un'interazione.

Le teorie relazionali si collocano secondo Mitchell su una di queste tre dimensioni. Fra le teorie che danno importanza allo spazio fra i due poli troviamo Bowlby che sostiene che la natura relazionale umana è geneticamente determinata e che il bisogno di attaccamento è il più importante ed è la condizione necessaria per la soddisfazione di tutti gli altri bisogni. Anche secondo la psicoanalisi interpersonale siamo intimamente strutturati in senso relazionale e l'individuo può essere compreso solo nel suo contesto interpersonale. Fra le teorie che esplorano il polo oggettuale del campo relazionale e considerano le identificazioni e i legami con gli altri come le componenti determinanti della personalità, troviamo Fairbairn, secondo il quale la libido non ricerca il piacere ma il rapporto con gli oggetti ed è primario il bisogno di contatto, di una relazione intensa. Il bambino, secondo Fairbairn, si attacca ed interiorizza la patologia caratteriale del genitore, e la psicopatologia è espressione del conflitto esistente fra le differenti dimensioni del rapporto con gli oggetti. L'abbandono di tali legami é, inoltre, vissuto con terrore.

Fra le teorie che considerano lo sviluppo di un senso del Sé come motivazione centrale, troviamo correnti della teoria freudiana contemporanea. Secondo la Mahler, una delle più autorevoli esponenti, un'adeguata esperienza di fusione simbiotica è essenziale per uno sviluppo graduale del Sé. Anche per Winnicott l'esperienza soggettiva di onnipotenza, l'illusione che l'ambiente si adatti perfettamente alla soddisfazione dei propri bisogni e l'esperienza di rispecchiamento negli occhi della madre, sono condizioni necessarie per lo sviluppo di un sano senso del Sé. In mancanza di tali condizioni il Sé si frammenta e diventa inautentico. Secondo Kohut, infine, è di primaria importanza il bisogno del Sé di mantenere un senso di coesione attraverso le esperienze relazionali di idealizzazione e rispecchiamento.

Una molteplicità di linguaggi, quindi, che condividono lo stesso assunto di base; prospettive diverse di uno stesso scenario.

Differenze sostanziali, fra i modelli pulsionale e relazionale, emergono anche per quanto riguarda la

diagnosi e la tecnica. È impossibile, infatti, separare i dati clinici dalla teoria che inevitabilmente condiziona l'osservazione cosicché uno stesso paziente appare, agli occhi di analisti di orientamento diverso, come un individuo con caratteristiche alquanto diverse.

Freud intendeva la psicopatologia come una riedizione della nevrosi infantile organizzata attorno al complesso edipico e vedeva il paziente come un individuo in lotta con conflitti di origine sessuale ed aggressiva, causa della sua sintomatologia. Analisti come Sullivan, Fairbairn e Kernberg che hanno avuto a che fare con pazienti più gravi (rispettivamente schizofrenici, schizoidi e borderline), guardano invece al di là del conflitto edipico e concentrano l'attenzione sui disturbi relazionali occorsi in fasi più primitive. Il paziente, in conseguenza di tali fallimenti relazionali, non sviluppa un senso del Sé completo e non si rapporta all'oggetto nella sua interezza; il disturbo di tipo caratteriale e l'uso di meccanismi difensivi primitivi ne sono la conseguenza.

Le divergenze nella tecnica (vedi: Greenberg e Mitchell, 1983, capp. I, II e XII) sono anche sostanziali. I teorici del modello pulsionale attribuiscono maggior importanza all'aspetto informativo dell'interpretazione, mentre quelli del modello relazionale agli aspetti trasformativi della relazione. Per i primi, l'analista deve essere neutrale e non interferire con il processo di sviluppo della nevrosi transferale, visto che l'oggetto è esterno all'impulso. Il controtransfert è considerato un'interferenza e la resistenza nasce dall'ansia generata dal conflitto in questione.

Per l'analista del modello relazionale la situazione analitica è, invece, necessariamente diadica e l'analista non può mai essere interamente al di fuori del transfert ma inevitabilmente parteciperà nel mondo interno del paziente, a volte interpretando ruoli degli oggetti interiorizzati o del Sé. L'esperienza e il comportamento del paziente eserciteranno una pressione alla messa in atto in una particolare matrice di transfert-controtransfert delle problematiche del paziente. Il controtransfert, inoltre, è un importante strumento empatico e la resistenza non è considerata come un rifiuto della consapevolezza ma della persona stessa dell'analista che, percepito dal paziente attraverso il suo mondo interiore, viene vissuto come terrorizzante.

I vari modelli relazionali

Sono diverse le tradizioni psicoanalitiche che hanno contribuito significativamente allo sviluppo dell'orientamento relazionale che include i recenti sviluppi all'interno della scuola inglese delle relazioni oggettuali, della psicoanalisi interpersonale americana, della psicologia del Sé e correnti all'interno della teoria freudiana contemporanea. Non si tratta quindi di un singolo approccio integrato, né a livello di teoria né di tecnica, ma piuttosto di un orientamento che comprende approcci che condividono alcune premesse comuni pur differendo fra loro in maniera sostanziale. La configurazione relazionale è considerata, da tutte queste teorie, elemento costitutivo di base della mente umana e oggetto d'indagine principale della situazione analitica.

L'approccio relazionale si differenzia dalla teoria classica freudiana nel considerare la relazione come primaria e non un derivato pulsionale, e si differenzia anche dalla psicoanalisi interpersonale classica nel ritenere che l'interazione generi dei residui nel Sé, delle rappresentazioni dell'oggetto e relazioni oggettuali interiorizzate.

Alcuni fra gli analisti che si riconoscono in questo modello credono che le teorie relazionali si stiano muovendo verso una teoria unificata e coesa. Altri preferiscono identificarsi con una fra le molte tradizioni relazionali.

Potremmo dire, comunque, che il modello relazionale rappresenta una posizione in via di sviluppo, un polo alternativo per la teoria psicoanalitica.

La psicoanalisi interpersonale contemporanea

Uno dei principi fondamentali della teoria interpersonale è ritenere che l'esperienza individuale sia compresa nell'ambito più ampio dell'interazione dell'individuo con gli altri, e pertanto quello che è effettivamente successo diventa l'obiettivo principale dell'analisi.

L'individuo è visto come operante all'interno di un campo di forze, sociali, culturali e biologiche, che esercitano un'influenza sulla sua personalità. La teoria interpersonale, pur riconoscendo l'influenza dei processi inconsci non trae conclusioni automatiche o generalizzazioni sulla loro origine.

Oggetto di analisi è l'esperienza che rimane al di fuori della sfera conscia, dissociata o selettivamente inattesa, e tale esperienza inconscia viene osservata nel suo manifestarsi a livello dell'interazione fra paziente e analista. La relazione analitica è vista come collaborativa, non basata su una gerarchia di ruoli e sul potere dell'analista, ma derivante unicamente dal suo ruolo di "esperto", come insisteva Erich Fromm.

Dati questi assunti di base, il metodo clinico della teoria interpersonale tende ad essere esperienziale ed esplorativo. Al suo fondamento è l'approccio di Sullivan alla comprensione attraverso l'esplorazione individuale piuttosto che attraverso l'applicazione di concetti generali. Il metodo è quello dell'osservazione partecipe e il fuoco dell'attenzione è sugli eventi interpersonali, considerati come i dati principali dell'esplorazione terapeutica.

L'analisi si concentra così sui processi di comunicazione della coppia analitica e sull'identificazione delle fonti di ansietà fra i partecipanti, sia presenti che immaginati.

La matrice del transfert e del controtransfert è stata oggetto di indagine di molti teorici dell'approccio interpersonale che hanno sottolineato l'utilità di esplorare i vissuti controtransferali, spesso non formulati, e l'effetto di immediatezza ed autenticità che questo può avere sull'esplorazione analitica. L'esplorazione dell'interazione fra paziente e analista ha stimolato un dibattito sulla natura del transfert, cioè se l'analista sia unicamente l'oggetto della proiezione di emozioni e pensieri distorti o se debba emergere come una persona reale in funzione di un'accresciuta intimità nel rapporto. Un altro dilemma è se l'anonimità dell'analista sia una finzione o se l'analista venga inevitabilmente trasformato nel corso dell'analisi, e se entrambi, analista e paziente, copartecipino simmetricamente in un processo che deve includere l'esplorazione del controtransfert, della controresistenza e dell'ansia dell'analista.

Edgar Levenson, l'esponente più autorevole dell'approccio interpersonale contemporaneo, sostiene che l'analista è, inevitabilmente, trasformato dal sistema di integrazione interpersonale del paziente diventando, in tal modo, quello che il paziente si aspetta. Il paziente, quindi, percepisce l'analista in un modo non produttivo e stereotipato, ma la sua percezione è al tempo stesso accurata. L'analista, a sua volta, diventando cosciente delle sue reazioni e della sua partecipazione nel sistema del paziente, lo incoraggia in un processo di chiarificazione della reciproca ripeterpetuazione delle sue difficoltà. Un rapporto di collaborazione si sviluppa in seguito agli sforzi dell'analista nel capire assieme al paziente che cosa è successo nel loro rapporto. Tale comprensione permetterà all'analista, ed in seguito anche al paziente, di resistere al processo di trasformazione, in modo che si possa sviluppare un nuovo tipo di rapporto. Secondo Levenson l'interpretazione non è solo una versione della realtà, un modo di comprenderla, ma è al tempo stesso una partecipazione e una inevitabile messa in atto del contenuto di tale interpretazione. In altre parole, il terapeuta formula un'interpretazione e nell'atto di interpretare, partecipa inconsciamente con il paziente nel contenuto della sua interpretazione. Il cambiamento in psicoanalisi, pertanto, non dipende solamente dalla verità formulata, ma piuttosto dalla interazione dialettica fra la formulazione teorica e la partecipazione dell'analista: fra significato ed esperienza. L'interpretazione è quindi, al tempo stesso, un messaggio che riguarda il paziente, il terapeuta ed il loro rapporto.

Levenson usa il concetto di isomorfismo per evidenziare come fra il contenuto dell'interpretazione e l'interazione, fra il linguaggio e l'azione messa in atto nel transfert non esista discontinuità. Il linguaggio è solo una parte del più esteso processo semiotico di comunicazione che ha luogo fra i due partecipanti del

processo analitico (1982).

In "Fallacy of Understanding" (1972), Levenson sostiene inoltre che la persona nevrotica è carente nella capacità di comprendere quello che succede nei rapporti interpersonali. Obiettivo dell'analisi è l'acquisizione di tale capacità, lo sviluppo di una maggiore chiarezza interpersonale; l'abilità, cioè, di afferrare quello che le persone fanno fra loro, quello che ti è stato fatto, e quello che sei diventato in conseguenza e come tutto questo possa essere modificato. Sono le persone che, per così dire, si fanno reciprocamente del male, ed il disturbo emotivo, in questa prospettiva, è un fallimento nella competenza semiotica.

La psicoanalisi kleiniana contemporanea

La teoria sviluppata da M. Klein, estensione e revisione di quella freudiana, ha avuto un impatto fondamentale sia sugli sviluppi della psicoanalisi inglese che su quelli dell'approccio relazionale in genere. Il lavoro di Winnicott, Guntrip e Balint, infatti, è meglio compreso se visto, in gran parte, come reazione alla teoria kleiniana. L'acuta sensibilità alle fasi più primitive di sviluppo ed ai relativi meccanismi difensivi usati, costituiscono contributi determinanti non solo per la comprensione e il trattamento dei pazienti più disturbati ma anche per lo sviluppo di una concezione diadica del rapporto analitico.

Il bambino, così come concepito dalla Klein, sviluppa delle fantasie, interpretazioni della realtà, sulla base dell'influenza delle pulsioni di vita e di morte che costituiscono un vero e proprio codice biologico. All'esperienza interpretata secondo l'istinto di morte, verranno attribuiti significati aggressivi e di pericolo, mentre l'esperienza organizzata sotto l'influenza dell'istinto di vita è compresa in termini di amore e nutrimento. Il bambino, inizialmente prigioniero del proprio stato mentale, in conseguenza della maturazione biologica e dell'uso dell'identificazione proiettiva emerge dal sistema chiuso del suo mondo psicologico interno, a patto che la madre sia disponibile alla creazione di una nuova realtà psicologica duale. Il pensiero kleiniano concepisce, quindi, implicitamente l'importanza dell'ambiente; ed anche se il senso di pericolo vissuto dall'infante non è creato dalla deprivazione stessa ma è piuttosto una conferma delle aspettative legate all'esperienza così come strutturata dall'istinto di morte, senza la madre, con la sua funzione di contenitore delle proiezioni, il bambino è destinato ad un'esistenza autistica o psicotica.

Il meccanismo di splitting è la prima risposta che la psiche adotta in reazione alle minacce distruttive interne, permettendo al bambino di amare, di essere nutrito e di odiare l'oggetto senza sentirsi minacciato dall'impulso di distruzione o dall'aspettativa di essere annientato dall'oggetto.

Nella re-interpretazione in senso relazionale, che T. Ogden (1986, capp. II-IV) propone della teoria kleiniana, la posizione schizoparanoide è concepita come conseguenza di un prematuro fallimento del contenimento materno e non come la risposta al dominio dell'istinto di morte, e il meccanismo difensivo della identificazione proiettiva è ritenuto dagli analisti kleiniani contemporanei come l'elaborazione in senso interpersonale del processo di splitting che consente al bambino la libertà dall'ansia che le esperienze di amore possano essere contaminate dall'odio o dall'invidia distruttiva.

Sempre secondo Ogden, mentre nella posizione schizoparanoide l'individuo è vissuto dalla propria esperienza e il Sé è percepito come un oggetto, nella posizione depressiva si assiste alla nascita del Sé soggettivo che interpreta le proprie percezioni. La principale fonte di ansia, conseguenza dell'accresciuta consapevolezza della soggettività dell'altro, è la paura della perdita dell'oggetto vissuto come separato e distinto; tale consapevolezza è alla base della capacità di sperimentare il senso di colpa e del desiderio di riparazione.

B. Joseph e W. Bion hanno ampliato il modello kleiniano sottolineando l'interazione fra il paziente e l'analista evidenziando come il paziente cerchi di provocare emozioni nell'analista spingendolo a comportarsi in un modo conforme alle sue proiezioni. B. Joseph (1989, cap. XII e XIV) ha una concezione più concreta e relazionale del meccanismo di identificazione proiettiva, usato per liberarsi di quelle parti del Sé

che causano ansia o dolore proiettandole nell'oggetto allo scopo di controllarlo e, dominandolo, evitare sentimenti di dipendenza, rabbia, invidia e la consapevolezza del suo essere separato. Bion considera la identificazione proiettiva come un metodo di comunicazione attraverso il quale l'individuo mette parti non digerite della sua esperienza e del suo mondo interno nell'oggetto (madre-analista), come un modo di farle conoscere all'oggetto per poterle poi riconoscere e gestirle. Anche Bion, in una visione più relazionale del rapporto analitico, riconosce l'importanza che la madre-analista tolleri le proiezioni incoraggiando l'uso positivo del controtransfert.

Allo stesso modo Sandler (1976), parlando del concetto di attualizzazione del transfert, sostiene che l'analista debba aspettarsi che il paziente cerchi costantemente di farlo agire in modo tale da confermare le sue aspettative e proiezioni. Anche B. Spillius (1992) sostiene che il paziente cercherà di fare in modo che l'analista provi le emozioni che lui non può contenere e che l'unico modo disponibile per esprimerle sta nel provocare l'analista ad avere la stessa esperienza. Pick (1985) riconosce la complessità dell'interazione analitica e sostiene l'importanza che l'analista riconosca e lavori con il proprio controtransfert.

L'esperienza dell'analista delle proiezioni del paziente è inevitabilmente legata al modo in cui egli reagisce al materiale presentatogli, e ciò costituisce una fonte di disturbo che l'analista, allo stesso modo del paziente, desidera evitare. L'analista, come il paziente, vuole comunicare e condividere la propria esperienza, e allo stesso modo prova l'impulso di metterla in atto, ed inevitabilmente, parte di questo bisogno sarà espresso nell'interpretazione o nell'interazione. Pick prosegue, in un modo che è sorprendentemente simile alla posizione della psicoanalisi interpersonale, sostenendo che il paziente è abile nel proiettare parti del Sé in tratti particolari della personalità dell'analista, il quale sarà particolarmente toccato da tali proiezioni. Una serie di spontanee reazioni emotive ha luogo nell'analista nel suo incontro con le proiezioni del paziente, e se non siamo dominati in quanto analisti da una aspettativa di perfetta neutralità, possiamo fare uso di tale esperienza ai fini dell'interpretazione. Il lavoro analitico deve includere e riconoscere il nostro desiderio di agire nel rapporto.

Secondo Racker (1968), il transfert inizia come una fantasia che viene parzialmente trasformata in realtà e in una corrispondente reazione controtransferale. Il transfert appare al tempo stesso come una relazione oggettuale e come una relazione fra parti del Sé, il mondo interno e quello esterno sono la stessa cosa. Transfert e controtransfert sono due aspetti di un fenomeno unico, si alimentano reciprocamente trasformando la situazione analitica in una relazione interpersonale. È principalmente attraverso il controtransfert che possiamo provare e comprendere quello che il paziente sperimenta e fa in rapporto all'analista. Il transfert, prosegue Racker, esercita una pressione sulla costellazione interna dell'analista provocando una nevrosi controtransferale, espressione della tensione fra le reazioni controtransferali soggettive ed oggettive.

Le teorie delle relazioni oggettuali: Fairbairn e Winnicott

Fairbairn e Winnicott hanno sviluppato la teoria kleiniana elaborando il concetto di oggetto interiorizzato.

La teoria di Fairbairn, in particolare, costituisce una svolta radicale rispetto al modello freudiano con l'abbandono del concetto di pulsione. Per Fairbairn, l'essere umano è mosso da motivazioni esclusivamente relazionali; il bisogno preordinato del bambino non è il piacere ma lo sviluppo di un'intensa relazione con un'altra persona, ed il piacere è solamente un mezzo per l'interazione. Se le uniche esperienze di rapporto disponibili sono di tipo doloroso, il bambino non rinuncerà a tali legami per cercare altrove il piacere, ma ricercherà l'esperienza del dolore come mezzo di interazione con l'altro, sviluppando un legame compulsivo con la patologia caratteriale del genitore che verrà eventualmente interiorizzata.

Le principali formulazioni della teoria di Fairbairn sono quindi: una teoria dinamica della struttura psichica; la libido ricerca il rapporto con l'oggetto e il piacere è secondario; lo sviluppo libidico è

considerato nei termini di qualità della dipendenza e non di zone erogene dominanti; la personalità è intesa nei termini delle relazioni oggettuali interiorizzate con la conseguente scissione nell'Io.

Fairbairn (1958) critica l'illusione freudiana di una possibile neutralità scientifica oggettiva e l'importanza attribuita all'interpretazione, sostenendo che la relazione esistente fra paziente e analista deve essere considerata, e costituisce di per se stessa, un fattore terapeutico di primaria importanza, fornendo l'occasione di correggere le relazioni distorte del mondo interno ed influenzando le reazioni del paziente nei confronti degli oggetti esterni. Il rapporto analitico fornisce al paziente un'occasione, negatagli nell'infanzia, di raggiungere uno sviluppo emotivo che lo metta in grado di stabilire un saldo rapporto con una figura parentale fidata. Lo scopo dell'analisi è una nuova sintesi della personalità ottenuta attraverso la riduzione degli effetti della scissione nell'Io, del persistere della dipendenza infantile e dell'odio sabotatore dell'Io antilibidico.

La resistenza è concepita da Fairbairn come uno strenuo sforzo, da parte del paziente, di mantenere chiuso ad ogni influenza il sistema psichico che costituisce il suo mondo interiore, con lo scopo di proteggere gli oggetti esterni dall'aggressività. Obiettivo del trattamento, quindi, è di rendere più accessibile il mondo interno all'influenza della realtà esterna. La relazione con l'oggetto esterno è resa possibile dal transfert a condizione che l'oggetto esterno sia trattato allo stesso modo di un oggetto del sistema chiuso interno. Di conseguenza, l'interpretazione del transfert non è di per se stessa sufficiente per promuovere un cambiamento soddisfacente nel paziente e affinché tale cambiamento abbia luogo è necessario che la relazione del paziente con l'analista si sviluppi in modo che il rapporto basato sul transfert venga sostituito con la relazione più realistica fra due persone che appartengono al mondo esterno. Fairbairn supera in questo modo la necessità di ricorrere all'istinto di morte. Secondo quest'ottica più interpersonale della resistenza, il trattamento è concepito come una lotta da parte del paziente per controllare il rapporto con l'analista nei termini ristretti del suo sistema interno chiuso, e da parte dell'analista per fornire le condizioni necessarie per indurre il paziente ad accettare il sistema aperto della realtà esterna. Guntrip (1975) sostiene che per Fairbairn il trattamento analitico consiste nell'offrire al paziente un rapporto umano di comprensione e fiducia, al fine di favorire il contatto e la crescita della parte più regredita e traumatizzata dell'Io. La psicoanalisi non è una tecnica scientifica ma un processo di interazione fra due personalità coinvolte in un lavoro di libera e spontanea crescita. L'analista ha allo stesso modo del paziente un'occasione di crescita. Winnicott offre, attraverso l'unicità del suo lavoro di elaborazione del pensiero di Freud e della Klein in senso relazionale, nuove possibilità di comprensione dell'esperienza del Sé e della creatività. Per Winnicott (1960) infatti lo sviluppo di un senso del Sé è una motivazione centrale ed è strettamente legato alla presenza di un ambiente facilitante, costituito dalla disponibilità della madre ad adattarsi ai bisogni e ai desideri del bambino. Quest'iniziale disponibilità materna fa sì che il neonato possa godere dell'illusione onnipotente che la realtà sia conforme ai suoi bisogni e da lui stesso creata. Il bambino sviluppa, in questo modo, un'esperienza soggettiva del seno materno ed è fondamentale che la madre sia in grado di fornire l'esperienza reale del seno nell'istante in cui il bambino lo anticipa soggettivamente. Fin dalla nascita, per Winnicott, l'essere umano è coinvolto nel problema del rapporto esistente fra ciò che è percepito oggettivamente e ciò che è creato soggettivamente. Psicologicamente, il bambino si alimenta da un seno che è parte di se stesso, e la madre allatta un infante che è a sua volta parte di se stessa, soggettivamente creato; l'interazione è basata su un'illusione.

Se la madre non è in grado di dare un significato ai gesti spontanei del bambino rispecchiando il suo senso di onnipotenza, ma sostituisce i propri gesti, il bambino cercherà un adattamento ingraziente sviluppando un falso Sé e vivendo una dimensione di isolamento.

Fondamentale, anche per le implicazioni nel rapporto analitico, è la distinzione che Winnicott (1971) fa fra l'esperienza di rapportarsi all'oggetto e la capacità di usarlo. L'uso presuppone, infatti, la percezione

dell'oggetto come entità esterna all'area soggettiva di controllo onnipotente, e l'oggetto non é, come nel caso del rapportarsi, vissuto unicamente come un insieme di proiezioni. La transizione da una modalità all'altra è possibile solo nei termini in cui il soggetto ha la possibilità di distruggere l'oggetto. Nella pratica analitica, quindi, i mutamenti positivi non dipendono dal lavoro interpretativo ma dalla capacità dell'analista di sopravvivere agli attacchi del paziente senza vendicarsi o distaccarsi emotivamente. Mentre nella teoria freudiana l'aggressività è reattiva al conflitto con la realtà, nella visione relazionale di Winnicott l'aggressività rimane intensa solo se l'oggetto rifiuta di essere distrutto.

Elaborando questo tema C. Bollas, esponente contemporaneo della teoria di Winnicott, suggerisce che la madre è vissuta come veicolo di trasformazione sia interna che esterna, e che gli oggetti, nella vita adulta, vengono ricercati in quanto significanti di trasformazione e speranza. Ogni individuo, prosegue Bollas (1987, capp. I e XII), con disturbi del carattere ha bisogno di esteriorizzare le proprie relazioni oggettuali patologiche e di ricreare nel transfert l'atmosfera prevalente nella famiglia di origine, e in un certo qual modo di forzare l'analista, attraverso il controtransfert, a vivere quello che si provava nell'essere figlio di siffatto genitore. Sempre secondo Bollas (1983), l'analista deve trovare un modo appropriato di espressione di alcuni dei propri stati mentali soggettivi, rendendoli disponibili al paziente e a se stesso come oggetto di analisi. Il controtransfert, considerato come una continua risposta interna alla presenza del paziente, è l'altra fonte di associazioni libere del paziente. In altre parole, l'analista, per trovare il paziente, deve guardare all'interno di se stesso, usare la propria soggettività. L'esperienza più comune di controtransfert è quella di non sapere ancora: "So di essere coinvolto in un processo la cui esperienza soggettiva non mi è ancora chiara". L'analista deve lasciare che il paziente lo disturbi, lo usi, deve ammalarsi, e curando la propria sofferenza, nel contesto del suo rapporto col paziente, analizzerà aspetti della madre, del padre o della mente del paziente, considerati da questi, insopportabili. L'analista, attraverso quest'uso creativo del controtransfert, rispecchia, rendendo disponibile aspetti della propria esperienza soggettiva, la soggettività nascente del paziente.

La psicologia del Sé e l'approccio intersoggettivo

Anche secondo Kohut il Sé si sviluppa all'interno di un certo tipo di relazione da lui definita "Self-object relationship". Le figure parentali, secondo Kohut, non sono unicamente oggetto dei bisogni e desideri del bambino, ma provvedono anche ai bisogni narcisistici del Sé di rispecchiamento e idealizzazione. Quindi, dal punto di vista della psicologia del Sé, gli aspetti relazionali sono primari: il paziente che soffre di disturbi del Sé, ricerca ed utilizza i Self-objects per provvedersi di quelle funzioni genitoriali cruciali carenti nella sua infanzia.

La psicologia del Sé, con il recente sviluppo dell'approccio intersoggettivo, si orienta ancora più chiaramente nella direzione relazionale. Secondo Stolorow e Atwood (1992, Introd., capp. I, VI-VII, epilogo), il Sé così come concepito da Kohut, pur essendo un progresso nella direzione dell'abbandono della concezione della mente intesa come entità isolata, è ancora visto come una sorta di agente esistenziale con una propria progettualità innata. Nella prospettiva intersoggettiva, il concetto di "sistema intersoggettivo" mette a fuoco al tempo stesso sia l'esperienza interna dell'individuo che il suo appartenere ed essere immerso nel mondo degli altri, in un continuo flusso di reciproca influenza. L'esperienza emotiva è sempre regolata e costituita all'interno di un contesto intersoggettivo. In questo modo, inoltre, la distinzione fra la dimensione interpersonale e quella intrapsichica è superata, così come sono superate le metafore di tipo spaziale della mente, reificata come apparato mentale, macchina incanalatrice di energia prodotta endogenamente, del modello freudiano. La mente autonoma ed isolata è considerata in tale modello il punto di arrivo ottimale nello sviluppo dell'Io, ed il concetto metapsicologico di struttura psichica riduce gli stati soggettivi a delle entità reificate, caratterizzate da sostanza e quantità.

Sempre secondo Stolorow e Atwood, l'affettività è ampiamente riconosciuta dalla psicoanalisi

contemporanea come l'aspetto motivazionale principale, ed è l'affettività a costituire la caratteristica fondamentale del sistema di reciproca regolazione che caratterizza il rapporto madre-bambino. Non è più sufficiente concepire la motivazione nei termini del funzionamento di un apparato mentale, ma, come dimostra l'osservazione dell'interazione fra la madre e il bambino, l'esperienza e lo sviluppo sono organizzati all'interno del sistema intersoggettivo, ed è la loro reciproca influenza a fornire le basi per lo sviluppo del Sé e delle rappresentazioni dell'oggetto.

Anche il senso di realtà, secondo questo modello, si riferisce a qualche cosa di soggettivo, vissuto e percepito, piuttosto che ad un'area esterna dell'essere che esiste indipendentemente dal soggetto. Se nel modello freudiano attraverso la frustrazione l'io prende in considerazione la realtà esterna, nel modello intersoggettivo è la validazione proveniente dall'intesa empatica delle figure parentali che permette la percezione del senso di realtà. La realtà, cioè, si cristallizza nel punto d'incontro fra due soggettività affettivamente in sintonia. Gli atti di identificazione partecipatoria delle figure parentali con gli stati soggettivi del bambino vengono comunicati inizialmente in forme pre-verbali, come attraverso le espressioni facciali, e gradualmente attraverso simboli verbali, permettono lo sviluppo di un mondo simbolico del Sé e dell'altro vissuto dal bambino come reale.

Divergenze sostanziali emergono anche per quanto riguarda l'alleanza terapeutica. Nel modello tradizionale freudiano della psicologia dell'io, l'alleanza terapeutica è basata sull'identificazione da parte del paziente con l'analista e con la sua particolare comprensione dell'inconscio del paziente, nonostante la resistenza che egli oppone all'emergere della sua conflittualità intrapsichica. L'obiettivo è lo sviluppo di un io più ragionevole e distaccato, e l'identificazione include anche gli assunti teorici dell'analista. Secondo il modello intersoggettivo, l'unica realtà rilevante ed accessibile all'indagine analitica è la realtà soggettiva, quella del paziente, quella dell'analista, e quella del campo psicologico generato dalla interazione fra le loro rispettive realtà. I concetti di realtà oggettiva o di visione patologica distorta sono inviti ad un tipo di cura basata sulla persuasione. Il fondamento dell'alleanza terapeutica si basa sullo sforzo costante dell'analista nel comprendere il significato delle espressioni del paziente, dei suoi stati affettivi e dell'impatto dell'analista su di lui.

La mente, secondo questa prospettiva, non è isolata, la realtà non è accuratamente percepita o distorta, e l'analista non ha un accesso privilegiato all'essenza del paziente; si tratta di uno scambio fra mondi esperenziali diversi, che porta inevitabilmente ad una posizione epistemologica caratterizzata dal prospettivismo, senza presupporre che la visione soggettiva dell'analista sia più accurata di quella del paziente.

Il costruttivismo sociale

Il costruttivismo sociale può essere definito come una corrente di pensiero che, attraversando i vari modelli relazionali, riflette sulle implicazioni epistemologiche della svolta relazionale in psicoanalisi, proponendo un modo alternativo di concepire la natura della realtà si interroga sul metodo usato dai partecipanti al rapporto per arrivare a tale realtà. Anche la natura e la fonte dell'autorità dell'analista sono messe in discussione, visto che il suo accesso alla realtà non è più considerato come privilegiato.

Si tratta di un superamento del paradigma positivista secondo il quale l'analista può mantenersi in una posizione di osservatore neutrale, al di fuori dell'interazione, in una posizione che gli permette di formulare, con una certa sicurezza, delle ipotesi sull'origine dei problemi del paziente.

Hoffman (1992) sostiene che nel modello costruttivista c'è un'accresciuta consapevolezza che la realtà che l'analista crea assieme al paziente è conseguenza di un processo di selezione e di esclusione di altre possibili realtà, rese inaccessibili da motivi temperamentali, dalle risorse disponibili o da restrizioni culturali. All'interno di questa corrente sono diversi i toni critici usati e le posizioni prese. Schafer, per esempio, riflette su come la prospettiva teorica dell'analista plasmi la narrativa usata nel processo di costruzione

della realtà del paziente e dell'esperienza del processo analitico, limitando in tal modo le convinzioni basate su una conoscenza considerata come obbiettiva. Pine (1990) propone un tipo di positivismo aperto all'uso di differenti prospettive teoriche. Modell (1984) mette in discussione la natura ritualizzata e asimmetrica del rapporto analitico e l'inevitabile idealizzazione da parte del paziente della visione della realtà che l'analista propone. Hoffman (1983) distingue fra critici conservatori e critici radicali del concetto di analista specchio neutrale, evidenziando come l'esperienza del paziente è tenuta artificialmente separata dall'impatto che la presenza e la personalità dell'analista hanno sulla formazione e sullo sviluppo del transfert.

I critici più conservatori, pur difendendo l'importanza di una posizione neutrale, riconoscono che si debba volgere maggiore attenzione all'impatto esercitato dall'analista che in quanto oggetto reale offre un nuovo tipo di esperienza relazionale. I critici più radicali, rifiutando la concezione del transfert inteso come distorsione della realtà, sostengono che il transfert ha sempre una base plausibile nel qui ed ora del rapporto analitico. Racker (1968), ad esempio, parla del mito dell'analisi e concepisce la partecipazione dell'analista come una costante presenza emotiva inevitabilmente condizionata da aspettative. Il transfert è concepito non come distorsione ma come attenzione selettiva, o sensibilità limitata a certi aspetti della relazione dell'analista col paziente, e il controtransfert è inteso come una inevitabile e continua risposta da parte dell'analista alla modalità del paziente di rapportarsi e all'atmosfera creata nel transfert. Secondo Searles (1979), il paziente sospetta di aver creato qualcosa che complementa il suo transfert ed osserva l'esperienza e le reazioni dell'analista. Il paziente ha buone ragioni di pensare e temere che il potere evocativo che il suo transfert ha sull'analista sia un fattore decisivo nel determinare il corso dell'analisi, e che la suscettibilità dell'analista ad essere influenzato dal proprio controtransfert potrebbe avere sul loro rapporto un effetto di profezia che si autodetermina. Solo se la comprensione e il superamento, prevarranno sulla ripetizione e la messa in atto dei problemi originariamente presentati dal paziente, lo scopo del loro rapporto potrà essere raggiunto. In genere i critici più radicali, fra i quali Gill, Racker, Levenson e Searles, sostengono che il paziente e l'analista sono costantemente al limite della messa in atto degli aspetti ripetitivi del transfert e del controtransfert, oppure sono nel mezzo della loro riattualizzazione.

L'importanza della presenza personale dell'analista e della sua partecipazione nel processo analitico è ampiamente riconosciuta e ritenuta inevitabile dai teorici del modello relazionale, l'unica differenza sta nella misura in cui il paziente e l'analista la riconoscono e nell'impatto che questa scelta avrà sulla qualità del loro rapporto (Hoffman, 1991).

I teorici del modello costruttivistico concepiscono la natura della realtà come interazione dialettica fra la percezione delle caratteristiche oggettive dello stimolo osservato e lo schema soggettivo utilizzato dall'individuo, nell'organizzare ed attribuire significato all'esperienza. Sempre secondo Hoffman (1991), possiamo definire il rapporto analitico nei termini del transfert del paziente e del controtransfert dell'analista oppure, rovesciando la figura e lo sfondo, riconoscere che è il paziente a rispondere alla presenza dell'analista e alla caratteristica di asimmetria della situazione analitica. In altre parole, l'interesse che il paziente ha nello stabilire un contatto con l'analista come persona mette in evidenza l'aspetto relazionale e quello individuale di autoriflessione sullo sfondo, ma al tempo stesso il paziente può ignorare la soggettività e la presenza personale dell'analista, ciò provoca l'effetto opposto, mettendo in evidenza la dimensione di ricerca individuale ed in secondo piano la dimensione relazionale. Il contributo del paradigma costruttivistico alla comprensione della situazione analitica risiede nella sintesi delle due prospettive, la dimensione individuale e quella relazionale, e nella loro interdipendenza. Aron (1991) sostiene che la figura dell'analista è stata relegata nel ruolo di oggetto espropriato della propria soggettività, e che la situazione analitica è sempre stata concepita nella sua dimensione di influenza univoca del paziente sull'analista. Propone così, come correttivo, l'utilità di esplorare e rendere conscia l'esperienza che il paziente fa della soggettività dell'analista. Così come i bambini osservano e studiano le

personalità dei loro genitori, l'esplorazione del modo in cui il paziente percepisce la soggettività dell'analista può fornire preziose informazioni sull'esperienza infantile del paziente, nell'osservare il mondo interiore dei genitori e la loro struttura caratteriale. Winnicott stesso (1971) suggerisce che l'analisi ha luogo in uno spazio transizionale, alla ricerca di un equilibrio ottimale fra il riconoscimento e la conferma dell'esperienza del paziente e di una distanza necessaria a preservare lo spazio analitico che permetta al paziente di giocare, proiettando la propria realtà individuale. Secondo Mitchell (1988), se lo spazio analitico non viene più considerato come costituito unicamente da una soggettività e da una oggettività o ambiente facilitante, ma da due soggettività, la partecipazione nella dialettica interpersonale e la sua osservazione diventa il fuoco centrale del lavoro analitico.

Neutralità, simmetria/asimmetria, reciprocità e rivelazione dei controtransfert.

Inevitabilmente i mutamenti nella teoria comportano un cambiamento nel significato dei concetti analitici più centrali e nelle implicazioni pratiche. Alcuni fra i teorici del modello relazionale hanno mantenuto, per esempio, il concetto di neutralità analitica ma lo hanno ridefinito situandolo in un diverso sistema concettuale. La prospettiva relazionale offre, inoltre, modi alternativi di considerare l'interpretazione, l'autorivelazione dell'analista, i ruoli nella relazione analitica ed altre innovazioni tecniche.

Burke (1992) sostiene l'utilità di valorizzare sia la componente asimmetrica del rapporto analitico, per via della sua potenzialità di garantire al paziente lo spazio necessario per formarsi un'immagine di se stesso attraverso l'impatto esercitato sul rapporto, che la componente di reciprocità, prioritaria nel momento in cui la relazione fra i partecipanti è presa in considerazione come oggetto di studio, ed in questo caso le informazioni emotive provenienti dall'analista diventano una necessità tecnica. L'analista, in quest'ottica deve continuamente confrontarsi con la decisione sulla prospettiva da privilegiare, paziente o relazione, e su quale lasciare nello sfondo. Secondo Gill (1982, capp. I, VII), l'aspetto di asimmetria deve essere protetto, e anche quando il terapeuta cerca di esplorare il proprio contributo nell'interazione, l'obiettivo deve rimanere quello di approfondire l'esperienza del paziente. Secondo Levenson (1991), invece, visto che l'unità di studio è il rapporto, così come costruito da entrambi i partecipanti, debbono essere rese disponibili al paziente il numero di informazioni più completo possibile, cercando di aumentare la sua capacità semiotica di demistificazione dei rapporti. Il controtransfert, in quest'ottica, non è una diversione dall'obiettivo centrale, ma un contributo dato da una delle parti coinvolte. Bollas, valorizzando la componente di reciprocità, sostiene che la posizione dell'analista dovrebbe essere caratterizzata da una continua apertura e sensibilità al controtransfert, allo scopo di diventare l'oggetto trasformazionale che il paziente cerca di creare per esplorare e confrontare fra loro le esperienze con i vecchi ed i nuovi oggetti. Greenberg (1986, 1991b) raccomanda il rispetto della asimmetria a patto che l'osservazione della componente di reciprocità completi il compito analitico. Greenberg definisce, inoltre, la neutralità come un equilibrio ottimale fra l'essere vissuti dal paziente come un vecchio oggetto e uno nuovo. L'ascolto silenzioso e riflessivo, tipico della posizione asimmetrica, può essere vissuto come un'esperienza completamente nuova dal paziente che storicamente si aspetta un'interazione con un oggetto intrusivo e controllante. Allo stesso modo, continua Greenberg, l'esperienza con un analista che privilegia una posizione di reciprocità utilizzando e condividendo la propria esperienza del rapporto, può essere vissuta come una ripetizione del rapporto con un genitore coinvolto narcisisticamente nella crescita del figlio ed incapace di concedergli spazio ed autonomia. Non possiamo più assumere che uno stesso comportamento favorisca la neutralità con pazienti diversi, invece molto dipende dal particolare mondo interno del paziente.

Aron (1992b), definisce più chiaramente il dilemma asimmetria/reciprocità, sostenendo che la dimensione di simmetria e asimmetria si riferisce alla similarità o differenza di ruoli e funzioni nel processo analitico, includendo le associazioni libere, l'interpretazione, il lavoro con la resistenza, e lo stabilire le

regole di base. La dimensione di reciprocità o assenza di reciprocità si riferisce alla misura in cui l'interazione e l'esperienza dell'interazione sono considerate reciproche. La posizione di assenza di reciprocità, per esempio, considera il controtransfert come direttamente determinato dal transfert, mentre nella posizione di mutualità, l'influenza è reciproca. Secondo Hoffman (1994), il potere dell'analista è accresciuto dall'aspetto ritualistico della situazione analitica e dalla sua asimmetria, ed è importante che l'analista sia in grado di rapportarsi al paziente in un modo sufficientemente espressivo e spontaneo per favorire lo sviluppo di un legame di reciproca identificazione fra i due partecipanti; deve esistere un rapporto dialettico fra la presenza personale ed emotiva dell'analista e il suo comportamento, così come definito dalla necessità del ruolo. E ancora, Sandler (1981), esplorando la dimensione di reciprocità, sostiene che affinché l'esteriorizzazione delle relazioni oggettuali interne del paziente abbia luogo è necessario che essa trovi un aggancio nelle relazioni oggettuali interne dell'analista. Nella stessa direzione, Pizer (1992) afferma che, come nel rapporto madre-neonato, caratterizzato dal continuo stabilirsi o rompersi di stati di intensità emotiva ed affettiva, così, quello che conferisce alla situazione analitica il potere di cambiamento, è il processo di reciproco aggiustamento fra analista e paziente, che rimane, in gran parte, a livello inconscio. Winnicott sostiene l'importanza cruciale della negoziazione dei significati fra l'analista ed il paziente, raggiunta attraverso approssimazioni linguistiche e grazie ad un atteggiamento di collaborazione e reciproco riconoscimento, ed afferma che attraverso il continuo uso del controtransfert, l'analista, assieme alla necessità di sopravvivere nel suo ruolo, ha l'occasione a sua volta di crescere e cambiare. La neutralità, secondo il modello Winnicottiano, può essere concepita come la responsabilità da parte dell'analista di mantenere lo spazio potenziale e l'astinenza analitica; le interpretazioni, la messa in atto o la rivelazione del controtransfert possono costituire, in momenti e situazioni diverse, violazioni o protezioni di tale spazio potenziale. L'interpretazione stessa, attraverso l'osservazione dell'uso che il paziente fa di quello che l'analista gli offre e di come riesce attivamente ad adattarlo ai propri bisogni, è riformulata da Winnicott in termini relazionali, ed è considerata espressione di un mutamento nel rapporto, che è già avvenuto. Bollas (1983), elaborando il concetto di identificazione proiettiva, sostiene l'utilità che l'analista condivida il processo interiore che lo ha portato alla formulazione di una data interpretazione. Per Mitchell (1988), infine, l'approccio relazionale considera l'analista copartecipe con il paziente in una integrazione del transfert e del controtransfert che è costruita insieme, e l'interpretazione è una partecipazione interpersonale, un'osservazione fatta dall'interno piuttosto che dall'esterno e, al tempo stesso, un fatto curativo per il paziente, per l'analista e per il loro campo interazionale.

BIBLIOGRAFIA

- Aron L. (1991) *The Patient Experience of the Analyst in symposium on Reality, fantasy and the analytic relationship* in *Psychoanal. Dial.*, 1, 1, pp. 29-51.
- Aron L. (1992) *Interpretation as expression of the analyst's subjectivity* *Psychoanal. Dial.*, 2, 4, pp. 475-500.
- Aron L., Harris A. (1993) (a cura di) *The Legacy of Sandor Ferenczi* The Anal. Press, Hillsdale.
- Balint M. (1968) *The basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression* Tavistock, London.
- Bollas C. (1983) *Expressive Uses of Countertransference* *Contemp. Psychoanal.*, vol. 19, n. 1, pp. 1-34
- Bollas C. (1987) *L'ombra dell'oggetto* trad. it., Borla, Roma, 1989.
- Burke W. (1992) *Countertransference Disclosure and the Asymmetry/Mutuality Dilemma* *Psychoanal. Dial.*, 2, 2, pp.241-270.
- Fairbairn W.D. (1958) *On the nature and aims of psychoanalytic treatment*. *Int. J. Psychoanal.* 39, pp. 374-385.
- Ferenczi S. (1933) *Confusion of tongues Between Adults and The Child* in J. Rickman (ed.) *Final Contributions of The Theory and Technique of Psychoanalysis* Maresfield Reprints, London.
- Ghent E. (1982) *Introduction* in N.J. Skolnick, C. Warhaw *Relational Perspectives in psychoanalysis* The Analytic

Press, Hillsdale.

Greenberg J.R., Mitchell S.A. (1983) *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica* trad. it., Il Mulino Bologna, 1986

Greenberg J. (1986) *Theoretical models and the analyst's neutrality* Contemp. Psychoan., 22, 1, pp. 87-106.

Greenberg J. (1991) *Oedipus and Beyond. A clinical Theory* Harvard Univ. Press.

Greenberg J. (1991) *Countertransference and Reality* in *Symposium on Reality, fantasy and the analytic relationship* Psychoan. Dial., 1, 1, pp 52-73

Gill M. (1982) *Teoria e tecnica del transfert* trad. it., Astrolabio, Roma, 1985.

Guntrip H. (1975) *My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott* Intern. Rev. Psychoan., 2, pp. 145-156.

Hoffer A. (1991) *The Freud-Ferenczi Controversy: a living legacy* Int. Rev. Psychoan., 18, pp. 465-472.

Hoffman I. (1983) *Il paziente come interprete dell'esperienza dell'analista* trad. it., Psicoterapia e scienze umane, XXIX, 1, 1995, pp. 5-37.

Hoffman I. (1991) *Toward a social-constructivist view of the psychoanalytic situation. Symposium on reality, fantasy and the analytic relationship* Psychoan. Dial., 1, 1 pp. 74-105.

Hoffman I. (1992) *Some practical implications of a social-constructivists view of the psychoanalytic situation* Psychoan. Dial., 2, 3, pp. 287-304.

Hoffman I. (1994) *Dialectical thinking and the therapeutic action in the psychoanalytic process* Psychoan. Quart., 53, pp. 187-218.

Joseph B. (1989) *Psychic Equilibrium and Psychic Change* Tavistock/Routledge London.

Levenson E. (1972) *The Fallacy of Understanding: An Inquiry into the Changing structure of psychoanalysis* New York, Basic Books.

Levenson E. (1982) *Language and healing* in Slipp, S. (a cura di) *Curative factors in Dynamic Psychotherapy* McGraw Hill, New York.

Levenson E. (1991) *The Purloined Self* William Alanson White, New York.

Mitchell S. (1988) *Gli orientamenti relazionali in Psicoanalisi. Per un modello integrato* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1993.

Modell A. (1984) *Psicoanalisi in un nuovo contesto* trad. it., Cortina, Milano, 1992.

Ogden T. (1986) *The matrix of the Mind* Jason Aronson, New Jersey.

Pick I. (1985) *Working through in the Countertransference* in Bottspillius E. (a cura di) *Melanie Klein Today* vol. 2, Routledge.

Pine F. (1990) *Drive, Ego, Object*, Self Basic Book, New York.

Pizer S. (1992) *The negotiation of paradox in the analytic process* Psychoan. Dial., 2, 2, pp. 215-260.

Racker H. (1968) *Studi sulla tecnica psicoanalitica* trad. it., Armando, Roma, 1970.

Sandler J. (1976) *Countertransference and Role Responsiveness* Int. Rev. Psychoan., 3, pp. 43-47.

Sandler J. (1981) *Unconscious Wishes and Human Relationships* Contemp. Psychoan. 117, pp. 180-196.

Searles H.F. (1979) *Countertransference and Related subject* Int. Univ. Press, New York.

Spillius E.B. (1992) *Clinical Experiences of projective identification* in R. Anderson (a cura di) *Clinical Lectures on Klein and Bion* Tavistock/Routledge, London.

Stolorow R.D., Atwood G.E. (1992) *I contesti dell'essere. Le basi intersoggettive della vita psichica* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1995.

Winnicott D.W. (1960) *La distorsione dell'Io in rapporto al vero e al falso Sè* in Id. *Sviluppo affettivo e ambiente* trad. it., Armando, Roma, 1970.

Winnicott D.W. (1971) *L'uso dell'oggetto e l'entrare in rapporto attraverso l'identificazione* in Id. *Gioco e realtà* trad. it., Armando, Roma 1974.