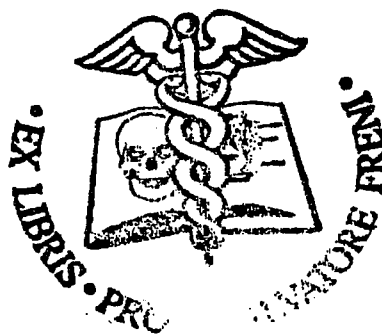


*Al di qua e al di là della finestra. Alcuni elementi fondamentali della teoria della tecnica psicoanalitica**

David Tuckett



Il mio campo di interesse è la psicoanalisi: come viene praticata oggi e se rischiamo di perdere la strada. Io credo che ciò sia possibile, e che sia l'esito di tre fattori: le richieste emozionali di cui la gran parte dei pazienti investono lo psicoanalista, lo sviluppo della tecnica dell'"hic et nunc" e la mancanza di una valida teoria clinica. L'obiettivo principale di questo articolo è quello di soffermarmi sul terzo aspetto e di proporre all'attenzione del lettore gli elementi centrali della teoria clinica ai quali tutti gli psicoanalisti dovrebbero far ricorso ed alcune conseguenze euristiche, relativamente semplici, che ne derivano. Lewin (1951, p. 169) scriveva: "Non c'è nulla di tanto pratico quanto una buona teoria". Io penso che la teoria clinica dovrebbe permettere di riflettere sulla pratica quotidiana e che questo possa avere un elevato valore pratico. La teoria è un "terzo" necessario nella pratica psicoanalitica che, se la teniamo abbastanza in funzione, molto vicino all'esperienza clinica, ci fornisce un controllo del nostro senso di realtà.

Parto con un esempio clinico, basato su alcune sedute riportate da un analista di nome Brian (B), il cui lavoro userò nel corso dell'articolo per illustrare le idee teoriche che io considero utili.

Jackie (J) era stata per molto tempo una donna seriamente disturbata, ma all'epoca delle sedute qui riportate era alle ultime settimane di analisi¹. L'analista diceva di pensare che l'analisi aveva un esito molto positivo, il che fu confermato dalle lettere che in seguito la paziente avrebbe scritto riguardo ai suoi progressi.

* *Inside and outside the window. Some fundamental elements in the theory of the psychoanalytic technique.* Int. Journal of Psychoanalysis (2011) 92: 1367-1390. Si ringrazia per il permesso di pubblicazione. La traduzione è di Daniela Maggioni.

¹ Cinque volte la settimana sul lettino.

Jackie

Questa seduta comincia con un sogno.

Ho fatto un sogno. Francesca era su una corda molto alta sopra un burrone con profondi precipizi. Andava avanti e indietro, avanti e indietro, e andava forte. Io la osservavo da un lato. Preoccupata ma poi affascinata e perfino ammirata. Ma poi il sogno cambia ed io sono con P e altri padri di un gruppo di sostegno per genitori. Comincio a sentirmi a disagio, prima con P e poi con l'insieme della situazione... C'era lì un uomo che non mi piaceva. Poi sembrava che stessimo scegliendo camicie molto eleganti in negozi eleganti. Io ne sceglievo una. Era molto bella. Poi entravano molte coppie. Io cominciavo a sentirmi molto rifiutata. Avrei voluto non essermi mai trovata lì. Poi mi trovavo in un'auto che andava su per una collina con Lei al posto del passeggero. Oltrepassavamo una casa dove io avevo abitato molti anni prima. E poi un'altra casa con delle finestre.

Mentre ascoltava, l'analista B si trovò a ricordare che il giorno prima la paziente aveva descritto Francesca come alticcia: aveva bevuto champagne ed era il tipo di persona che di solito era la paziente. Poi si ricordò che, nel contesto del giorno prima, J si era resa conto di essere molto preoccupata in primo luogo per come trattava il suo bambino e poi per come trattava se stessa e per che cosa avrebbe potuto fare dopo la fine dell'analisi di lì a circa tre mesi.

Dopo aver raccontato il sogno, J continuò a dire quanto le sembrasse complicato. Pensava che le finestre fossero quelle della casa dell'analista – in effetti, le finestre in cima alla casa, lei pensava che fossero quelle della camera da letto dell'analista. Nel tirar fuori questo pensiero (o, forse, nel pensarlo), la paziente diventava agitata. “Comunque” – disse – “la notte scorsa ho avuto una tremenda lite con P (il suo compagno)”. Pensa che si separeranno: lei non riesce a sopportare il suo comportamento.

In un'escalation di intensità, J poi si lanciava in un lungo, eccitato ed apparentemente indiscutibile elenco. Il comportamento di P è intollerabile. Perché? Perché lei doveva scrivere qualcosa nel fine settimana e lui si era rifiutato di occuparsi del bambino, Y. In realtà, argomentava la paziente, non era che lui si fosse rifiutato di farlo, ma aveva proposto di portare Y a trovare una cugina, C, che a lui era molto cara. Lei pensa che è una cosa inaccettabile. Per di più, non le sta per niente bene che Y trascorra del tempo in quella casa con la cugina di P: Y sarebbe in grave pericolo. La paziente approfondiva le sue considerazioni con un tono sempre più stridulo ed agitato nel descrivere come C, di fatto madre di più figli grandi, aveva lasciato del veleno per topi in giro quando lei era andata a trovarla

con Y tempo prima e chiaramente voleva far fuori Y per cattiveria – anche se non se ne rendeva conto. P giustificava il proprio comportamento dicendo che C era la sua unica parente stretta viva, che erano legati da molto tempo e che lui voleva che continuasse così.

Mentre andava avanti, J si arrabbiava e si agitava sempre di più. Diceva a B che era da una vita che sospettava una relazione tra P e C: chiunque poteva constatare, secondo la paziente, che C era gelosa e cattiva, e ciò era insopportabile. Inoltre, chiunque sa anche che il veleno per topi è assolutamente pericoloso. Era stata alzata – raccontava la paziente – a leggere informazioni sul veleno per metà della notte: l'aveva detto a P, ma lui assolutamente si rifiutava di riconoscere i rischi o di cambiare i suoi progetti. E ancora: chiunque poteva rendersi conto che era impossibile stare con uno come lui. Doveva lasciarlo. Grazie a Dio, lei aveva pensato, non erano sposati: lui non avrebbe avuto diritti su Y, ecc...

La forza di questa reazione al sogno era notevole. Dopo aver inizialmente intuito che J aveva rappresentato qualcosa di molto importante nel sogno, forse sui pensieri e sulle emozioni generate da insight circa la propria tendenza a perseverare quando decideva di distruggere ciò che sapeva e non riusciva ad opporvisi (spesso passando all'azione), B alla fine arrivò a sentirsi come colpito da una mazzata: era una sensazione così forte che avvertiva il desiderio di diventare sarcastico per ritorsione. Fermando questi pensieri e richiamando alla mente sia la fine imminente della terapia sia gran parte della storia con J, cominciò a chiedersi se ora doveva essere costretto a guardarla distruggere tutto da sé. Questa sensazione continuava e diventava sempre più difficile riuscire a mantenere il controllo nel passaggio successivo, che cominciò con qualche cambiamento in J.

La paziente aveva ripreso con un diverso tono di voce a congratularsi con se stessa, per essere stata così calma, ma così calma, nonostante la provocazione di P! Assumendo gradualmente un atteggiamento di grande superiorità, diceva che lei non sarebbe diventata una di quelle madri che non riescono a controllarsi con un compagno provocatorio e quindi a influenzare negativamente Y. (B fu colpito dal fatto che stesse parlando di lui proprio in quel momento.) Continuò a lungo a parlare del compagno e di sua cugina in termini sempre più dispregiativi- facendo l'elenco di tutti i tipi di motivi per i quali bisognava pensare che erano matti e fuori di testa e rifacendo il punto ancora sulle sue ricerche in Internet sul veleno per topi. E poi dimostrava a lungo e più e più volte come fosse stata trattata molto male da loro, come una pattumiera di fatto. No, non poteva rimanere in un ambiente simile, perché era rischioso per Y, ecc.. (B era sempre più in difficoltà, a questo punto: l'analista pensava di capire il dramma

interiore che veniva rappresentato sulla scena analitica, e il rischio in cui si trovava il bambino analitico. La seduta andava avanti, il sogno non era stato utilizzato, ecc.. Ma J chiaramente non era disposta a recepire niente e così egli concludeva che la paziente gli stava dando modo di preoccuparsi dell'esito dell'analisi. Sentiva che doveva lasciare che le cose seguissero il loro corso.)

J non riuscì a riprendere fiato fino agli ultimi dieci minuti prima della fine della seduta, quando dapprima diventò un pochino più calma e poi si fermò: ovviamente, si era resa conto del passare del tempo e del fatto che B non aveva parlato. Ora la paziente ne fece cenno in modo molto amichevole, come se sentisse lo stato d'animo dell'analista: disse che pensava che fosse stato zitto perché non c'era niente da dire da parte sua; dopo tutto, lui non poteva cambiare C! Continuando nelle sue riflessioni, disse che pensava di non capire perché tutto ciò la mettesse così in ansia. Fece una pausa. B rimase in fiduciosa attesa.

Era proprio così – continuò. Qualsiasi madre si sarebbe sentita come lei in quelle circostanze; perciò, non c'era semplicemente niente da fare se non rompere con C e probabilmente anche con P. Poi disse che ora si rendeva conto del fatto che l'aborto di cui aveva accusato B per le sue interpretazioni sei settimane prima (voleva una gravidanza e aveva un ritardo nelle mestruazioni) in realtà era successo dopo essere stata con C.

B ora sembrava sorpreso, sconcertato, e poi all'improvviso pieno di interesse: era passata dal cercare di terrorizzarlo e sottometerlo al cercare di sedurlo? J si era messa in silenzio, sconfortata.

Spero di aver dato al lettore un'idea di quello che B stava vivendo e pensando durante la seduta e nello stesso tempo del lavoro in atto nella mente di J; ora vorrei soffermarmi a prendere in esame alcuni spunti teorici, per poi tornare ancora su J e B.

Dentro e fuori dalla finestra

Ci possono essere più modi efficaci di parlare con i pazienti per gestire i problemi di salute mentale. Ma, come ha scritto Dana Birksted Breen (2008), lo specifico di una seduta psicoanalitica è l'incontro tra due persone entro il contesto della teoria come terzo – la teoria freudiana dell'inconscio, delle pulsioni, del transfert e controtransfert.

J era stata invitata ad accomodarsi nella stanza; si era messa sul lettino fuori dal contatto visivo con B. Poi si era messa a parlare in ottemperanza

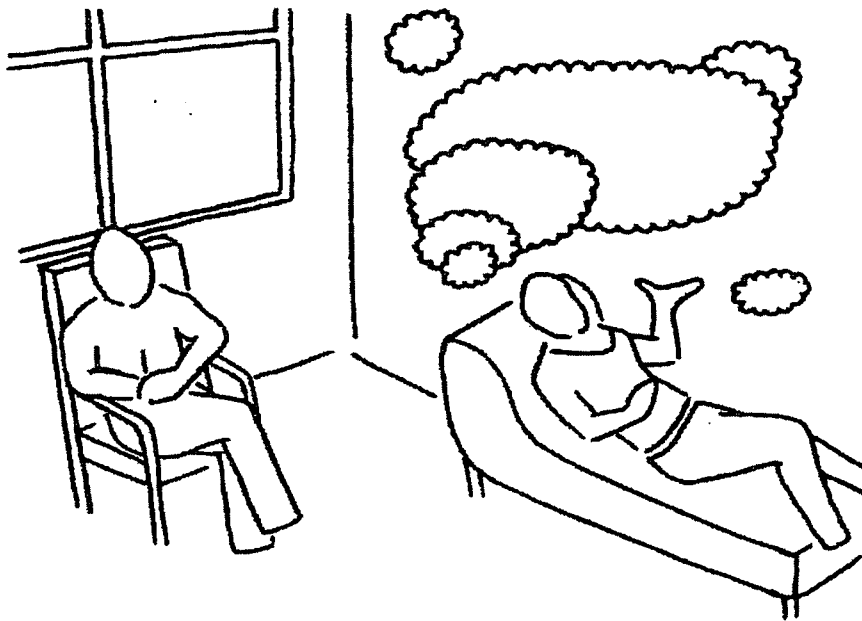
a una “prescrizione” (che le era stata data molto tempo prima e che era stata elaborata nel corso degli anni) di dire “tutto quello che le viene in mente”.

Trattandosi di una seduta psicoanalitica, uno dei compiti di B consiste nel concentrarsi su ciò che vuole dire e sulle proprie percezioni. In un certo senso, ciò gli permette di attingere a livelli differenti, latenti o inconsci in senso dinamico, all’interno del materiale. Il compito richiede, naturalmente, sensibilità, capacità immaginativa e certezza di personali convincimenti riguardo a come le forze dinamiche inconse si rivelano in una seduta psicoanalitica.

Per fare ciò, ogni analista fa uso di una teoria sulla libera associazione e sull’attenzione liberamente fluttuante, anche se implicita. Definisco ciò come “teoria dell’ascolto” dell’analista, per comodità. Si tratta del primo degli elementi centrali che, secondo me, deve costituire il focus di una teoria chiara, particolarmente perché ogni paziente ha a sua volta una teoria della libera associazione – e tutti gli analisti sono stati pazienti, il che lascerà per forza un residuo emozionale significativo.

La figura qui sotto (v. fig. 1) è quella che, come ho capito nel corso del tempo, si forma nella mia mente per aiutarmi a capire la libera associazione; per me, è utile dal punto di vista euristico. Rappresenta l’analista, il lettino, il paziente e una finestra².

Fig. 1



² Ringrazio Kirsten Falck per averla disegnata proprio come la volevo.

Le bolle intendono rappresentare i contenuti delle associazioni del paziente – il sogno di J, la sua associazione sulla casa dell'analista, il suo racconto della lite con P nel fine settimana, la visita di P a C, la precedente visita a C, il veleno per topi, i matti, gli aborti, e così via.

Il problema teorico cruciale è: da dove hanno origine queste “associazioni”, secondo B? Come ci spieghiamo che parole ed immagini emergano nella mente del paziente durante la seduta? Che cos'è che avviene?

Un modo di rispondere a queste domande nella sequenza riportata da B è questo: J ha portato nella stanza il suo fardello di contenuti, cioè un sogno, una lite, una paura che il bambino fosse avvelenato e forse l'esigenza pressante che B “facesse qualcosa” ora di tutto ciò, ma nello stesso tempo la convinzione che non fosse in grado di farlo. Tutti questi contenuti e anche i rimandi alla storia del paziente potrebbero creare le condizioni perché un analista individui fin qui le connessioni rimosse, e quindi crei per lui la possibilità di proporre dei collegamenti – per esempio, di ipotizzare che J³ era entrata preoccupata che il suo analista la stesse avvelenando o si stesse disponendo a lasciarla male. In tal caso, l'analista avrebbe l'opportunità di cercare di costruire dei collegamenti tra paure dell'infanzia, elementi della vita attuale, episodi del passato, e la sua preoccupazione per ciò che aveva visto in seduta il giorno precedente, o quant'altro. La mia idea è che si tratti di un modo di intendere la libera associazione che implicitamente assume che qualcosa che è avvenuto fuori dalla stanza è stato portato dentro per essere discusso e capito. Da questa prospettiva, l'opportunità che la libera associazione offre all'analista è quella di vedere pattern dei quali il paziente non è consapevole, di tracciare parallelismi che entrambi non conoscevano, compreso il mostrare come ciò che avviene dentro e ciò che avviene fuori hanno delle caratteristiche in comune.

Un altro, diverso modo di concettualizzare l'origine della sequenza è di considerarla come generata esclusivamente all'interno della stanza. Da questo punto di vista, stando sul lettino la paziente, consciamente e inconsciamente e molto rapidamente, avrebbe un'esperienza dopo l'altra per effetto dell'essere sul lettino di B con B alle sue spalle – esperienza inizialmente basata sulla stimolazione corporea e sulla risposta neurofisiologica, ma (poi) elaborata grazie all'apparato mentale (il che implica il ricordo e la fantasia) e alla situazione interpersonale (sociale).

J stava stesa sul lettino di B sapendo che B le stava dietro, nella cornice di ciò che era successo in precedenza e degli stati mentali e delle motivazioni attribuite nell'immediatezza all'analista e in atto in quel momento.

³ Nel testo originale: P, errore di stampa? – n.d.T.

Da questa prospettiva teorica, quando alla mente della paziente si affacciano delle associazioni, queste possono essere pensate come “fabbricate nella stanza”: sarebbero rappresentazioni di stati di ansia, impulsi e sensazioni già sperimentate, attivate nell’*hic et nunc* dello stare lì sul lettino. Esse sarebbero trasformate là e allora in idee, desideri e pensieri. Entro questo modello, anche se la paziente parla concretamente di incidenti ed eventi che possono “realmente” essersi verificati, non si tratta di elementi portati dentro dal fuori, ma di rappresentazioni di esperienze inconsce e di fantasie attuali emerse qui e ora nella stanza. Secondo questo modo di spiegare la libera associazione, in altri termini, gli incidenti e gli eventi descritti e i sentimenti e le immagini che contengono sono simboli dell’esperienza mentale in atto – funzionano come le parole nel linguaggio, cioè veicolano i desideri e i pensieri attivati. Naturalmente, J aveva fatto il sogno la notte prima, ma quel che importa non è questo, ma il fatto che lei lo racconti in seduta perché in quel momento era “carica” degli elementi sottostanti la sua costruzione là e allora. La paziente continua ad associare sulla discussione, sulla ricerca in Internet, ecc., arrivando poi ad esprimere il vissuto emozionale del momento e le modalità di rappresentarlo. Secondo questo modo di pensare, il modello della seduta è essenzialmente quello del modello classico di Freud (1900) del lavoro del sogno (*dream-work*) – le associazioni vengono prodotte per condensazione e spostamento sulle esperienze in atto dei livelli istintuali sottostanti. Le associazioni, quindi, sono simili al sogno manifesto. Inoltre, la situazione⁴ è dinamica: l’esperienza in atto è costellata dalle interpretazioni dell’analista, che creano altre esperienze consce e inconsce passibili di rappresentazione. Partendo da quest’ottica teorica, quando fa libere associazioni J si serve della libreria di immagini ed eventi a sua disposizione nella memoria (tutte in connessione con gli affetti) per tratteggiare la sua situazione interna del momento.

C’è bisogno di esasperare tanto questa distinzione tra “portato dentro la stanza” e “prodotto nella stanza”? Non possono starci entrambe?

Queste domande, apparentemente giuste, in realtà non possono prescindere da una domanda più grande: qual è lo scopo di una teoria? La mia opinione è che una buona teoria introduce delle distinzioni utili dal punto di vista pratico. Proporrò più avanti che il vantaggio teorico di considerare le associazioni come prodotte nella stanza o meno consiste nel focalizzare punti importanti per l’analista quando pensa a come funziona l’analisi e quando essa non funziona. Un esempio che viene subito in mente è che

⁴ È ciò che, secondo me, Betty Joseph chiama la “situazione totale”, seguendo la Klein.

così si evita il territorio molto insidioso in cui alcuni analisti si addentrano quando riportano le interpretazioni di un significato del materiale “fuori da qui” e poi mettono dentro le loro interpretazioni una certa espressione del tipo “e anche qui” o “e anche con me”. Tale modo di procedere indica una concettualizzazione dell’implicazione, nella situazione analitica, di realtà scisse o parallele; il “là fuori” viene a tradursi in nel “qui dentro”, ma è ancora anche là fuori. Una conseguenza consiste nel fatto che allora c’è di solito una certa demarcazione da qualche parte nella mente dell’analista tra ciò che è e ciò che non è “materiale transferale”, cioè tra ciò che riguarda e ciò che non riguarda la situazione con l’analista. Il che porta poi ad una diatriba nella mente dell’analista e talvolta anche con il paziente e con i colleghi: ciò che viene descritto è “realmente” reale o “transferalmente” reale, per esempio, quando il paziente ha appena assistito ad un incidente stradale, è stato rapinato o bloccato da un ingorgo nel traffico o da un attentato terroristico? Dibattiti di questo tipo tendono ad assumere un significato di forte normatività (moralità).

La neutralità analitica e due triangoli utili ▲ ▲

Charles Rycroft (1956) è stato un teorico il cui contributo, secondo me, è stato notevolmente sottovalutato. Egli scrive:

Dopo che l’analista ha fatto entrare il paziente nella situazione analitica, comincia la comunicazione esplicita, simbolica. L’analista invita il paziente a parlargli, ascolta e, di volta in volta, a sua volta parla. Quando parla, non parla a se stesso né di se stesso, in quanto se stesso, ma al paziente riguardo al paziente. Il suo intento nel parlare è quello di ampliare la consapevolezza che il paziente ha di se stesso... (Rycroft, 1956, p. 471).

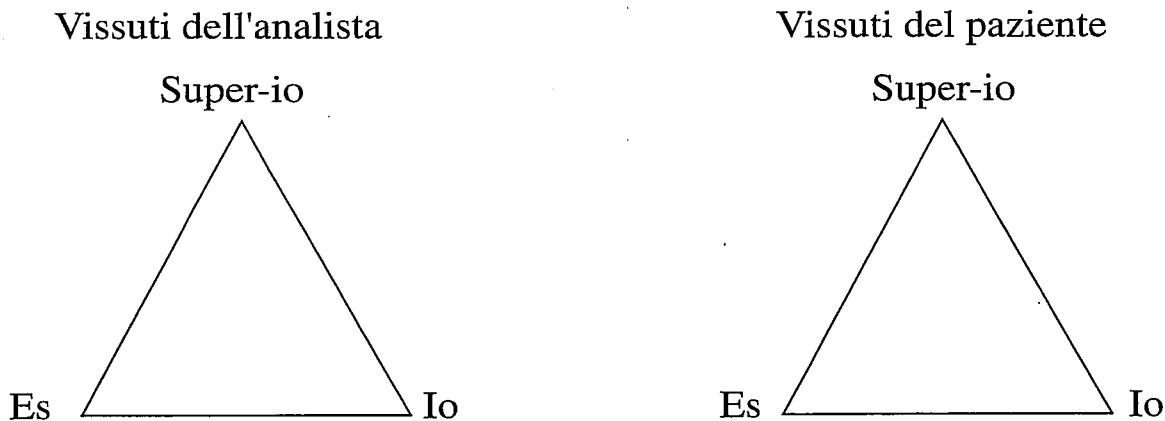
Sia ascoltare il paziente come paziente sia parlare al paziente del paziente sono dure sfide che attendono B nelle sedute con J, e sono – io credo – le sfide di ogni seduta.

Due sono le questioni in gioco. Ed io trovo, anche qui, che posso ragionarci più chiaramente con un’euristica sotto forma di uno strumento di visualizzazione – in questo caso, di un diagramma con due triangoli (v. fig. 2). Il triangolo a sinistra rappresenta come B potrebbe vivere la situazione nella sua mente riguardo a J nel momento della seduta dove siamo arrivati: a suo favore o contro di lei, di amore o odio per lei, con o senza desideri verso di lei, ecc. Anna Freud ha affrontato il tema della neutralità analitica affermando che essa richiede il raggiungimento di una posizione di equidi-

stanza tra Es, Super-io ed Io⁵. Le interpretazioni possono partire da posizioni strutturali diversi; possono “amare” o “odiare” forse il paziente, “giudicarlo” o magari “ammaestrarlo”, ecc. Ho rappresentato queste possibili modalità di formulare le interpretazioni da parte dell’analista con il triangolo a sinistra. Secondo l’insegnamento di Rycroft, perciò, se B sta per parlare a J, vuole trovare un modo di farlo dal centro del triangolo: non può esprimere giudizi, eccitazione o odio e non deve diventare intellettualistico. Un intervento neutrale non deve virare verso uno degli angoli.

Fig. 2

Parliamo al paziente del paziente o di noi?



Ma l’analista può riuscire a farlo? Dipenderà da lui e dal suo intervento, ma anche da come J lo “ascolta”. Anche il paziente ha il suo triangolo percettivo – che è l’immagine speculare dell’altro (il triangolo di destra). Come arriveranno a J gli interventi di B, particolarmente per il fatto che in primo luogo gli ha assegnato la posizione di chi ragiona, ovviamente, come lei, e in secondo luogo gli ha proposto un premio se non dà scossoni alla barca? La risposta alla domanda dipende dalla teoria del transfert che si usa o, come lo chiamerò, dallo stato di regolazione dell’interazione reciproca (mutual enactment).

La regolazione dell’interazione reciproca

La teoria della ripetizione nel transfert naturalmente occupa una posizione centrale in ogni teoria psicoanalitica pratica della situazione clinica,

⁵ Il 3° capitolo del libro di Anna Freud *L’Io e i meccanismi di difesa* comincia con una ricapitolazione della visione secondo la quale il lavoro dell’analista è quello di “portare alla coscienza ciò che è inconscio, indipendentemente dall’istanza psichica cui appartiene”. E, secondo lei: “... quando affronta il lavoro di chiarificazione, egli si pone in un punto equidistante dall’Es, dall’Io e dal Super.io” (Freud, 1937, p. 30).

ma esistono alcune teorie chiaramente in conflitto tra loro e molta confusione sul loro significato (Basile et al., 2010; Tuckett, 2011). In questa situazione la distinzione utile consiste nel separare la questione del come capire il transfert in una data situazione (che cosa significa e forse come riconoscerlo) da un'altra diversa questione, cioè che cosa farne. Non si può, ad esempio, interpretare il transfert finché non lo si è scoperto e descritto – sia che la nostra strategia sia dell'interpretazione “di” transfert, sia che sia dell'interpretazione “nel” transfert, sia di non farsene niente del tutto.

Le teorie del transfert in realtà sono teorie su come avviene la ripetizione – su come il passato entra nel presente. La mia personale idea al riguardo è quella che alcuni anni fa (Tuckett, 1997)⁶ ho chiamato dell'interazione reciproca (mutual enactment), proseguendo la linea di Sandler per la quale il termine “enactment” è meglio di quello di “acting out”. L'interazione reciproca può essere distinta da concetti alternativi. Una variante afferma che la ripetizione transferale si verifica principalmente da parte del paziente nei confronti dell'analista per una tendenza del paziente a trattare l'analista (e/o un'altra determinata persona) del presente come rappresentante di determinate persone del passato (ad esempio, l'analista o il capo come il padre). Un'altra variante afferma che non avviene attraverso l'interazione, ma attraverso il processo di regressione formale, nel quale le rappresentazioni mentali provenienti dai livelli più primitivi vengono rivissute in seduta grazie alla riduzione della rimozione ottenuta con la libera associazione.

Il vantaggio dell'interazione reciproca come teoria della ripetizione transferale consiste nel fatto che essa richiede che noi individuiamo come e perché paziente e analista sono inevitabilmente legati l'un l'altro nella situazione analitica. Ciò implica che essi sono costretti ad agire reciprocamente i loro impulsi e conflitti dinamicamente inconsci attraverso il transfert (da parte del paziente) e il controtransfert (da parte dell'analista). In questo modello si distingue la risposta affettiva dell'analista (King, 1978), di cui l'analista è conscio, dal controtransfert, che è inconscio. Con l'analisi un paziente può scoprire, in misura maggiore o minore, le proprie fantasie transferali e, attraverso l'introspezione, l'analista può, in misura maggiore o minore, scoprire le proprie fantasie controtransferali. Ma, se è vero che il transfert e il controtransfert sono per definizione inconsci, non li si può conoscere prima: richiedono del lavoro psichico e il superamento

⁶ Questa idea costituisce uno sviluppo del pensiero di colleghi quali Racker (1968), M. e W. Baranger (2008), de Alvarez de Toledo (1996), Sandler (1976), Joseph (1989).

delle resistenze. Pertanto, entrambi sono potenzialmente soggetti alla messa in atto, ad essere espressi con l'azione, spesso attraverso la parola.

Poco sopra ho sostenuto l'importanza di distinguere, sul piano teorico, se le libere associazioni sono fatte dentro o fuori dalla stanza. La teoria dell'interazione reciproca che ho brevemente delineato considera gli atteggiamenti e gli interventi dell'analista come sempre prodotti nella stanza più che e allo stesso modo delle associazioni del paziente; quindi, sottende una particolare posizione teorica. Proprio come gli analisti hanno idee diverse circa il fatto che ciò che il paziente dice sia "prodotto" o meno dentro la stanza, così hanno idee diverse su quanto si debba trattare tutto ciò che essi vivono come "prodotto" lì e quindi come inevitabilmente oggetto di introspezione per trovarne il significato. Bion affrontava questo tema introducendo la distinzione tra "fatti selezionati" e "idee sopravvalutate" – con la conseguenza che la differenza diventa di timing e quindi non necessariamente permanente (Britton e Steiner, 1994). Tutti i nostri interventi possono essere idee sopravvalutate, nel qual caso l'analista è guidato dal controtransfert e, secondo la formulazione di Rycroft, parla al paziente di se stesso e dell'influenza del paziente su di lui, non del paziente.

Per tornare ai due triangoli, io penso che – per parlare al paziente del paziente – sia necessario identificare lo stato potenziale dell'interazione reciproca. La natura del transfert del paziente è tale da portare a vivere l'analista come amorevole, ovvero cattivo, ovvero indifferente, ovvero giudicante, ecc. indipendentemente dal fatto che l'analista lo consideri realistico: il vissuto transferale è un fatto esperienziale e, alla stessa stregua del controtransfert, la sua natura è tale che l'analista può non rendersi conto che (a sua volta) egli sta mettendo in atto una ripetizione di sadismo, di eccitamento o di altro tipo. Così, mentre può credere di interpretare stando al centro del triangolo di sinistra, il paziente lo ascolta come se parlasse dal triangolo di destra e come se fosse andato molto decisamente verso uno dei due angoli.

Da questa prospettiva, ora siamo in grado di combinare l'euristica della finestra e del triangolo con una nuova euristica (l'interazione reciproca del conflitto euristico) da applicare alla riflessione su ciò che succede ogni volta che l'analista prova ad aprire bocca. Si tratta di una euristica non rappresentata per immagini, ma sotto forma di una duplice domanda: qual'è il conflitto inconscio più pressante in quel momento dentro la mente del paziente? e come viene portato all'interno della relazione? Più precisamente: l'analista ha messo qualcosa dentro i conflitti del paziente (e allora B diventerebbe l'avvelenatore) o senza rendersene conto è già "zompato" dentro l'interazione successiva? La mia posizione è semplice:

se l'analista non è consapevole della posizione nel triangolo di destra in cui il paziente l'ha collocato, non può evidentemente essere sperimentato come se parlasse del centro del triangolo di sinistra, per quanto grandi siano i suoi sforzi. È per questo che è euristicamente efficace, dal punto di vista operativo, che l'analista si ponga queste domande o prima di parlare o almeno dopo. Ciò lo può facilitare a riprendere una posizione al centro del triangolo, in primo luogo riconoscendo ciò che è avvenuto e magari, in un secondo momento, interpretandolo. Nella nostra pratica, porsi questi interrogativi sulle posizioni rispetto al triangolo, trovare le risposte e cercare di modificare le risposte è il lavoro che l'analista deve fare per anni, e che di solito non è mai finito del tutto.

L'utilizzazione delle tre euristiche

Le tre euristiche rappresentano delle specie di regole di decisione immaginarie, volte a creare la potenzialità per l'analista di riflettere (post hoc) sulla strategia che sta usando per risolvere il problema quotidiano di fare lo psicoanalista in seduta. Io trovo che esse offrono un modo relativamente concreto di identificare almeno alcuni degli aspetti significativi del modo di lavorare di uno psicoanalista. Per spiegare questo punto, ora le applicherò per discutere il modo di Brian di lavorare in analisi da ciascuna prospettiva⁷.

Ponendoci in prima istanza dalla prospettiva dell'euristica della finestra, B sembra trattare le associazioni di J come partorite sul lettino dentro la stanza: le vede come provenienti dall'esperienza emozionale di J con lui nel contesto dell'"insight" che la paziente sta raggiungendo, e anche dei

⁷ Sembra vero che, qualunque sia la teoria freudiana dei conflitti sessuali, aggressivi e di onnipotenza insegnata agli psicoanalisti a "scuola" – nei loro Istituti –, molto spesso il loro modo di concepire che cosa c'è di sbagliato con i loro pazienti si rifà a madri e padri "cattivi", spesso in collegamento con una teoria di come funziona la psicoanalisi, a sua volta collegata con la previsione di una nuova migliore opportunità. Può darsi che questi modi di pensare riflettano la conseguenza di quelli che chiamerei i conflitti super-egoici della propria analisi personale circa ciò che di giusto/sbagliato vi è stato e al modo in cui è stato superato. Ciò potrebbe spiegare la massiccia ambivalente idealizzazione degli analisti didatti e la conseguente identificazione con loro. Mi ricordo uno psicoanalista che venne da me qualche anno fa perché non era soddisfatto della sua carriera professionale. Gli chiesi che cosa aveva capito di sé quando era paziente, e la sua risposta andò nella direzione dell'essere cattivo – invidioso, avido, pronto ad attaccare il lavoro del suo analista, e così via. La mia impressione è che la sua credenza (inconscia) fosse che il risultato consisteva veramente in una sorta di sottomissione in cambio dell'ammissione all'Istituto. Trovavo improbabile che la sua teoria fosse anche la teoria del suo analista su "ciò che è sbagliato", e io conclusi dicendogli di tornare da lui per chiederglielo. Altri colleghi a volte danno l'impressione che la loro analisi sia stata ideale.

sentimenti conflittuali attivati – proprio come se la paziente diventasse consciamente consapevole del significato che ha per lei il fatto che sta per finire l'analisi. In questo senso, B sembra vedere il sogno come sognato là e allora nella stanza: prima viene descritto e poi essenzialmente attualizzato nella stanza nella sequenza successiva. Era in attesa di realizzarsi la possibilità di un trend evacuativo: dopo che la paziente aveva raccontato il sogno, B si era trovato a pensare alla Francesca del giorno prima e aveva pensato che il sogno di J indicasse la sua capacità di rappresentare la lotta tra un'evacuazione del suo contenuto mentale "basata su un impulso ad agire" e lo starci su. La paziente esprimeva la sua attrazione e la sua ammirazione per questo stato "elevato" e si dipingeva come se stesse a guardare ciò. Così facendo, non riusciva a rimanere sull'argomento, come tanto spesso aveva fatto, e come avrebbe potuto non riuscire a fare ora, mentre raccontava il sogno. E così il sogno lascia intravedere ulteriori insight circa il bisogno di essere sostenuta nelle sue capacità di prendersi cura di sé e il senso di solitudine per l'avvicinarsi della fine della terapia.

Ecco che arriva il conflitto emozionale, che produce le associazioni nella stanza. B pensava di poter trovare al loro interno una lotta irrisolta tra la rappresentazione interna da parte di J del conflitto emozionale, nel momento in cui si trovava di fronte alla realtà, ed il suo impulso ad evacuarlo e a tornare di nuovo in alto. L'analista ascoltava i tentativi di evacuazione del contenuto che J faceva, contenuto riguardo al quale aveva raggiunto una qualche rappresentazione quasi conscia. La paziente si agitava nella lotta e sosteneva animatamente che c'era un unico punto di vista – fermamente sostenuto dal pensiero del comportamento delinquenziale di abuso omicida, ulteriormente ingigantito nel corso di tutta la notte e di quasi tutta la seduta.

Se adesso passiamo a pensare nei termini dell'euristica del triangolo, diciamo che B stava faticando per ascoltare dal centro del triangolo di sinistra (posizione preparatoria di ogni interpretazione) e per immaginare come avrebbe potuto essere recepita qualsiasi cosa avesse potuto dire. In un primo momento, il processo prende velocità, e B si sente come se stesse quasi diventando matto e facesse fatica ad ascoltare – pieno com'è di possibili risposte sarcastiche. A questo punto si sente squilibrato e sa che non potrà essere recepito come neutrale. J sta portando avanti un'esternalizzazione quasi a 360°, e lui avverte un senso di paralisi e quasi di panico, al pensiero che forse la terapia di J finirà proprio così.

Potremmo dire che B riesce a contenere e elaborare i propri stati d'animo e quindi ad aspettare finché non riesce ad identificare un pallido cambiamento nello stato mentale di J e poi a realizzare dal punto di vista della

paziente la lotta titanica in cui lei si trova: sta cercando di rappresentare se stessa come pericolo per se stessa. Una certa comprensione di questo genere permette a B di non lasciarsi (troppo) provocare e di non lasciarsi intrappolare in uno dei ruoli prestabiliti del conflitto e di non fare alcuna osservazione intellettualisticamente più distaccata. Rinunciando a neutralità e curiosità, a questo punto a B potrebbe essere d'aiuto il suo precedente lavoro di elaborazione e la sua conoscenza delle molte precedenti interazioni reciproche.

In terzo luogo, mettiamoci a pensare secondo l'euristica dell'interazione reciproca e, come ho già detto, diventa chiaro che B sa come la messa in atto dei conflitti spesso abbia significato che le interpretazioni sui conflitti stessi non funziona. Il vissuto transferale di J messo in atto nella stanza significa che è quasi del tutto incapace d'immaginare l'analista come neutrale e che certamente sicuramente non lo sarà se egli non capisce la sua difficoltà.

Nel punto in cui li abbiamo lasciati, la paziente aveva già lasciato intendere che per lei c'era un unico insieme di possibili modi di inquadrare ciò che stava dicendo. Ma poi si era fermata. Che cosa era successo?

Torniamo a Brian e Jackie

B dice: "Nella sua mente sembra che la situazione sia nettamente definita – non c'è niente da dire da parte mia. Avrò visto di aver acquisito molti punti decisivi al riguardo ed io vedo che Lei mi sta anche proponendo di guardare a qualcos'altro: oggi sembra che Lei non voglia incolparmi per il suo litigio. È C in ballo!".

Come ho già illustrato, B ha sentito la pausa come segno di un cambiamento di stato mentale, il che gli ha dato l'opportunità di parlare da una posizione più o meno neutrale della posizione molto difficile in cui pensa che la paziente si trovi. Egli ha parlato alla paziente della sua situazione inconscia – cioè le dice che in quel momento pensa che lei si ritrovi con la possibilità di rimanere da sola senza nessuno disponibile a darle aiuto (a causa dell'evacuazione o della massiccia identificazione proiettiva) o ingaggiata da qualcuno che vuole attaccarla e accusarla.

B riferisce che, dopo questo intervento, J si era rilassata ed era stata in silenzio. Ma egli sapeva anche che era rimasto ben poco tempo quel giorno. Verso la fine della seduta, qualche minuto dopo, egli ricorda alla paziente che non c'è stato tempo per lavorare sul sogno ma che il sogno e la seduta avrebbe potuto tenerselo in mente per il giorno dopo, come sem-

brava che avesse fatto con le cose della seduta del giorno prima, appunto. Se era interessata, probabilmente lo sarebbe potuto essere anche il giorno dopo. L'analista aveva avvertito una vena di disappunto per la mancata opportunità in quel momento, ma contro voglia aveva realizzato che bisognava accettarlo. Poi avrebbe pensato che questo era esattamente il tipo di esperienza con cui J si sarebbe dovuta confrontare una volta che le sedute fossero finite.

J in effetti aveva riportato il suo sogno del giorno prima, e ci si era lavorato su; ciò sembrava aver consolidato quel che era avvenuto e aver permesso di esprimerne verbalmente una buona parte.

Andiamo avanti

Voglio provare a spiegare perché penso che le tre semplici euristiche ci forniscano un modo efficace e relativamente a basso costo di riflettere sugli aspetti più profondi di quel che fa uno psicoanalista, indipendentemente dal suo specifico modo di lavorare. Questo, perché gli psicoanalisti attingono direttamente agli aspetti centrali delle teorie delle quali necessariamente fanno uso nel loro lavoro, anche se non se ne rendono conto – le teorie che insegnano l'ascolto e le modalità in cui la situazione analitica è (o non è) una ripetizione del passato. Queste teorie attraversano le altre principali componenti della nostra teoria clinica: per esempio, che cos'è che la psicoanalisi si propone di acquisire a vantaggio dei pazienti, come si ottiene il cambiamento e come noi mettiamo in gioco la nostra teoria del cambiamento.

Per arrivare a questo obiettivo di mostrare come le componenti principali delle teorie cliniche siano inevitabilmente intrecciate e collegate con le tre euristiche, io devo prima continuare la storia di J e B.

Tre mesi dopo

Tre mesi dopo (durante l'ultimo mese di terapia), J era arrivata alla seduta mentre pioveva a dirotto. Sembrava agitata ma, stranamente, era stata per un bel po' in silenzio.

Poi disse: "Avrei qualcosa da dire ma non lo dico" – e stette in silenzio per un tempo ancora più lungo. Poi disse di aver trovato una soluzione per l'ultima seduta: aveva deciso di prendere una baby-sitter e pensava che Y, dopo tutto, poteva occuparsene – in precedenza aveva avuto la convinzio-

ne che le sarebbe stato impossibile venire, e che [affidarlo a Y] non sarebbe stato bene per il suo bambino. Quindi, sarebbe venuta alla sua ultimissima seduta, insomma. Dopo una pausa, disse in tono cupo che non erano rimaste molte sedute. Poi, dopo un'altra pausa, disse che capiva che solo adesso stava arrivando a conoscere le strade "lì" intorno e che non venire sarebbe stato troncato un matrimonio. Poi, rendendosi conto di ciò che aveva detto, esclamò: "Che pensiero assurdo!". In tono riflessivo, disse che pensava che l'imminente fine non avesse il sapore di una frattura, e che quindi forse non era così assurdo.

Molto diversamente dal solito, poi, si chiedeva se B non fosse forse la persona al mondo che realmente "mi conosce meglio", ma molto rapidamente aggiunse che nel dirlo non ne era sicura – forse perché "quanto di me" c'è veramente qui? E poi il suo tono diventò scocciato.

Dal suo punto di vista teorico, per cui i pensieri sono prodotti nella stanza, B pensava che in quel momento il confitto di quel momento riguardo al conoscere se stessa era messo in atto nell'hic et nunc – specialmente per il fatto che ora la fine era così vicina; sapeva che il punto era se la paziente l'avrebbe gestito con l'evacuazione e la provocazione o meno – mettendo in piedi una contrapposizione con lui riguardo a ciò che lei sapeva. Quel che fece fu un'osservazione: "La persona che ora La conosce meglio è Lei stessa".

Ma B riferiva [in supervisione] che questo suo intervento era stato inefficace nell'aiutare J a calmarsi ed a lavorare sui suoi pensieri. In seguito aveva pensato che ciò poteva essere dovuto al fatto che il suo intervento era troppo sottile. In ogni caso, invece che sentirsi tranquillizzata, J cominciò ad agitarsi sul lettino e poi a rimproverare se stessa in rapporto al suo compagno e al bambino (l'avevano accompagnata alla seduta), che erano fuori a camminare sotto la pioggia – apparentemente con sensi di colpa nei loro riguardi, per il fatto che la stavano aspettando. Poi la paziente diceva che la seduta era "una perdita di tempo" e, all'improvviso e di scatto, si tirava su dal lettino, faceva due passi in direzione della porta prima di fermarsi; poi mormorava in modo quasi impercettibile che "no, non l'avrebbe fatto più". Tornò indietro e si sdraiò. Stette quindi in silenzio, riflettendo, per circa 20 minuti.

Colpito dalla capacità della paziente di controllare il proprio impulso, B pensò che a livello emozionale stava avvenendo un processo trasformativo dentro di lei durante questo silenzio, e stava attento senza dire nulla. J alla fine ruppe il silenzio per dire di nuovo che sembrava "ridicolo" essere "qui": "Non posso stare qui se piove e le persone che amo sono fuori a bagnarsi" – aggiunse.

Convinto che questa frase fosse stata pronunciata più in tono dolente che arrabbiato, e dopo una pausa di silenzio, B disse in tono molto cauto e dolce: “Le persone che Lei ama sono fuori per aiutarLa a conoscere se stessa dentro – anche se sembra che Lei voglia piantare tutto e 20 minuti fa è stata lì lì per farlo”.

Pensava che J ascoltasse e auspicabilmente si calmasse. Dopo un po’ B decise di lavorare sul tema: si mise a parlare a J della situazione, come lui la vedeva, per esteso: gli sembrava – disse – che lei non poteva proprio accettare di riconoscere di aver voluto stare lì in analisi per così tanto tempo; era sempre stato molto difficile per lei ammettere semplicemente questo aspetto di sé e il significato che aveva per lei l’analisi; come una persona che aveva bisogno di qualcosa, ce l’aveva fatta ad averla, ma ora l’avrebbe persa. Poteva oggi vedere da sé che, per proteggersi dalla sensazione di essere così vulnerabile, sembrava dover tentare di sminuire sia i propri bisogni sia il valore potenziale di chiunque la potesse aiutare.

B riferiva di aver detto questo con lunghe pause tra un pensiero e l’altro, ma che J continuava a stare in silenzio. Comunque, a tratti ora c’erano grosse inspirazioni ed espirazioni. Dopo alcuni minuti, le chiese ancora: “Pensa di comprendere ciò che sto dicendo e perché è importante per Lei capirlo?”.

J stette zitta e poi rispose: “No”, ma in un modo che, secondo B, non era del tutto convinto. Infatti egli riferiva che, per reazione, si era trovato a pensare ad un’osservazione che pensava fosse attribuito a Freud: si suppone che Freud abbia detto qualcosa circa il modo in cui i bambini piccoli, quando gli adulti li redarguiscono, accettano solo dopo un altro po’ di comportamenti oppositivi. B stette zitto.

Dopo altri cinque minuti J disse, in tono veramente molto triste: “Sembra sempre che io sia capace solo di scappare”. Poi gli disse che in quel momento aveva due cose in testa. Dalla sua riflessione saltava fuori che una delle due riguardava una storia di stare piacevolmente con dei suoi parenti e poi circa il pensiero di quanto male si era spesso comportata con loro nel passato ed anche di varie altre occasioni sciupate. L’altra cosa che aveva in testa la diceva come se la ammettesse contro voglia – era importante, pensava la paziente, per come era stata durante la seduta sino a quel momento: la verità era che aveva avuto paura nel pensare quanto infondatamente aveva sospettato, la sera prima, l’infedeltà da parte del suo compagno. Era riuscita solo parzialmente, nel suo litigio, a limitarsi nelle accuse e poi in segreto a cominciare a frugare tra la sua posta elettronica e in altre cose per trovare delle prove.

Dopo aver fatto queste riflessioni, aveva esplicitamente manifestato sensi di colpa. E poi aveva concluso la seduta dicendo che capiva adesso con quanta facilità lei si alterava e attaccava le relazioni.

Elementi indispensabili di una buona teoria clinica

Una buona teoria dovrebbe essere efficace. Lo stesso dovrebbe valere per la buona teoria clinica che sto cercando di formulare – non nel senso che ci dica che cosa fare come un libro di ricette, ma per il fatto di riuscire ad offrirci una struttura per pensare chiara e economica, che permetta una valutazione effettiva di quello che facciamo. Essa può allora funzionare come il terzo nella situazione analitica.

Se teniamo in conto la difficoltà che c'è stata a trovare un accordo sul significato e l'importanza di certi concetti basilari come quelli di transfert, libera associazione e resistenza, allora diventa inoppugnabile il fatto che è stato difficile riuscire a trovare una teoria di questo tipo. Concetti teorici rilevanti per la clinica (per esempio: “contenimento”, “resistenza”, “identificazione proiettiva” o “legame”) sono stati regolarmente trattati come metafore e non come concetti chiaramente definiti. Il loro significato è stato spesso scollegato dalla teoria in cui erano originariamente incorporati. Probabilmente la causa di questo sta nella tremenda difficoltà del nostro lavoro: il compito dello psicoanalista è così complesso e multi-determinato che la chiarezza al riguardo è difficile. Talvolta il mio desiderio di chiarire mi ha esposto a critiche di iper-semplificazione o di qualcosa di peggiore⁸. Io penso che, se non abbiamo concetti e definizioni chiari, l'analisi selvaggia e il “va bene tutto” continueranno a proliferare, con tutti i tipi di pericoli sul piano etico (Tuckett, 2005). Le tre euristiche sono peraltro tutt'altro che semplicistiche.

In un altro lavoro ho descritto il lavoro del Gruppo di lavoro EPF sui Metodi Clinici Comparati (CCM), che è stato messo in piedi per confrontare il modo in cui comunemente si pensa che gli psicoanalisti effettivamente lavorino con il minimo possibile di pre-concetti. Abbiamo stabilito come presupposto che è psicoanalisi quello che gli psicoanalisti fanno. Il punto era di riuscire a trovare una modalità ragionevolmente soddisfacente

⁸ La passionalità genera vera e propria angoscia. Infatti, più e più volte ho assistito all'esplosione di angosce quasi catastrofiche ogni volta che si fa la proposta di regole chiare, formalizzate e categorizzate sottostanti la prassi clinica, o che ci occorrono modalità sicure per decidere se una determinata prassi è adeguata o no. Sembra che la chiarezza in questo campo susciti profonde resistenze ancor prima che si facciano tentativi di questo tipo per raggiungere gli obiettivi.

di stabilire le caratteristiche qualitative di quel che fanno e quindi dei loro diversi modi di lavorare. Nel corso del progetto abbiamo dovuto faticare molto per attenerci a questo compito, in modo da evitare ciò che abbiamo chiamato “visione dall’alto” (overvision) – che sarebbe la tendenza, quando si discute un caso, ad evitare lo sforzo di mettersi dentro il modo di pensare e di lavorare dell’analista e invece tendere a dirgli come lavorare (Tuckett, 2008, pp. 245-6).

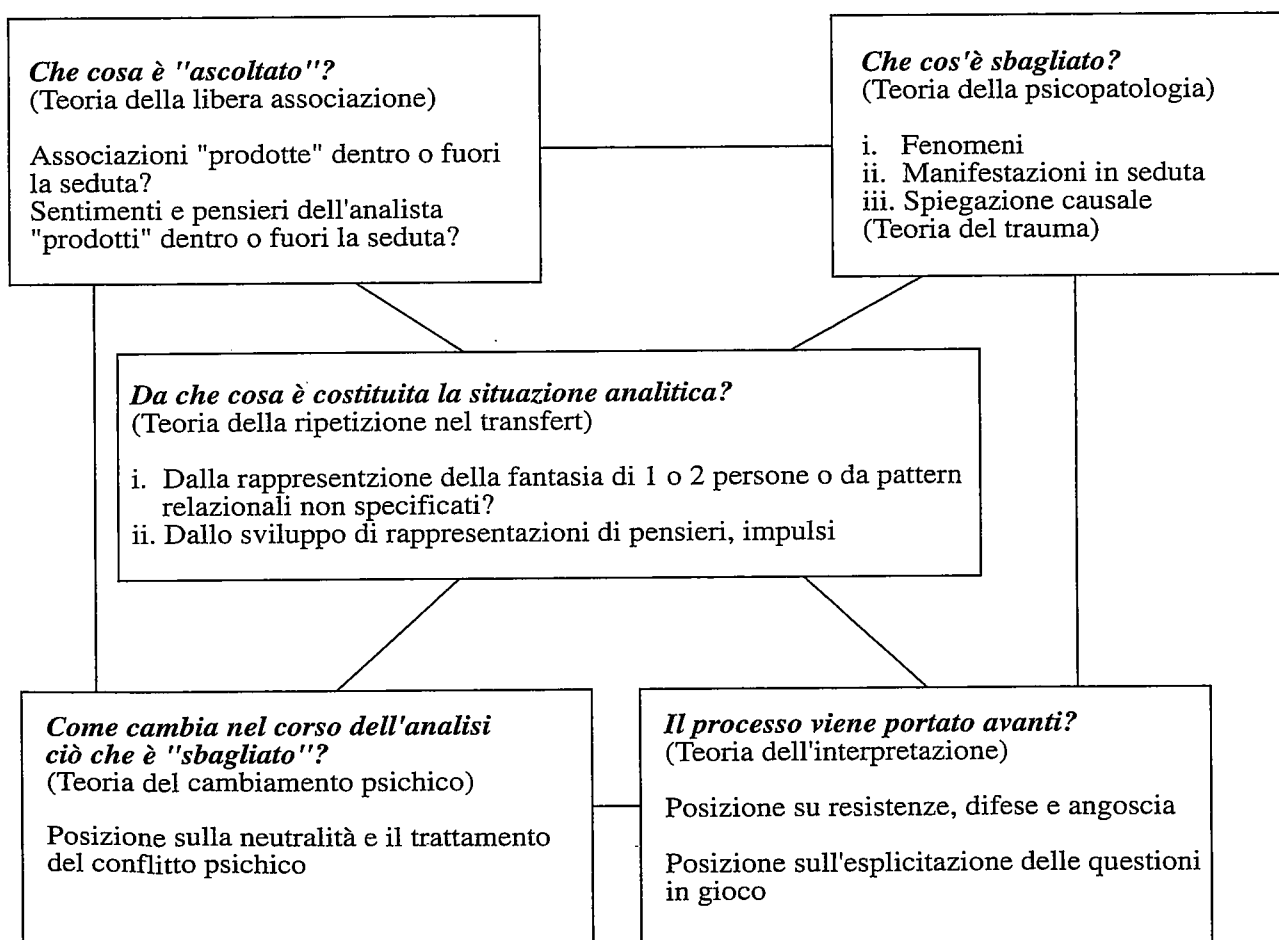
Uno dei principali risultati del progetto è stato quello di aumentare la consapevolezza che il lavoro di comparazione richiede un pensiero strutturato. A un certo livello, ha voluto dire decidere che X fa “A” e J no, il che significa saper riconoscere “A” quando c’è, il che significa saperne dare una definizione. L’origine delle tre euristiche che ho sin qui costruito è il risultato di un intreccio tra il mio impegno (e quello di tutti gli altri partecipanti) in questo progetto e i miei tentativi di riflettere sia sul mio lavoro clinico quotidiano sia su quello dei colleghi che seguo in supervisione. Il risultato di tutte le discussioni del gruppo di lavoro è stato quello di sviluppare e definire quelli che noi abbiamo pensato essere i cinque elementi teorici essenziali della pratica psicoanalitica, che trovate nella figura qui sotto (v. fig. 3, modificata per questo articolo) e di usarli come il focus di ricerca per una comparazione tra i vari analisti (Basile et al., 2010; Tuckett et al., 2008; Tuckett, 2011). Abbiamo progressivamente ridefinito il preciso significato di ciascun elemento e gli aspetti chiave per scavare al loro interno, significato cui deve essere associato e in cui deve essere utilizzato per essere efficace. La funzione di ogni componente è di aiutare nel compito pratico di pensare a come facciamo concretamente psicoanalisi e di diminuire il grado di mistificazione che per tanto tempo l’ha circondato. Che lo sappiano o no, abbiamo riscontrato che gli analisti prendono sempre posizione riguardo alle cinque componenti della fig. 3, quando lavorano.

In realtà, ho già presentato due di queste componenti essenziali illustrando le tre euristiche. La prima delle componenti essenziali chiede: “che cosa è stato ascoltato”? Essa concentra l’attenzione sull’ascolto dell’analista e particolarmente sul fatto che un analista sembri concepire le associazioni come prodotte, come ho spiegato prima, dentro o fuori dalla finestra. Una seconda componente essenziale si chiede che cosa sia a generare le ripetizioni che vengono rilevate e spesso poi interpretate all’interno della “situazione analitica”. Io ho illustrato un modo di vedere ciò che “crea la ripetizione nella situazione analitica” nel presentare il mio concetto di interazione reciproca – ma, come si vede nella fig. 3, questo è semplicemente uno dei tanti modi di pensare la ripetizione nel tran-

sfert (v. Basile et al., 2010). Altri analisti hanno un diverso approccio all'argomento.

Quando ho presentato l'euristica dei due triangoli, in realtà, avevo cominciato ad esaminare una terza componente di quelle essenziali della figura sopra riportata ("in che modo si pensa che la psicoanalisi porti al cambiamento") e poi, nell'esaminare la mia terza euristica – la duplice questione di quale conflitto inconscio un paziente in ogni momento prova ad esternalizzare – avevo anticipato la disamina delle ultime due componenti essenziali. La teoria che un analista ha a riguardo al come la psicoanalisi porti al cambiamento implica sempre che egli abbia delle idee circa che cosa la psicoanalisi possa cambiare di una persona ("che cos'è che è sbagliato"?) ed è sempre invariabilmente collegata alla quinta ed ultima componente – la teoria sottostante le idee dettagliate che un analista ha circa la loro implementazione, ovvero, in altre parole, la sua teoria del cambiamento nelle sedute di ogni giorno ("favorire il processo"). Abbiamo visto che B si era concentrato sul tentativo di trasformare l'insopportabile e quindi non conosciuto conflitto emozionale e il vissuto relativo.

Fig. 3



Il modo in cui la posizione degli analisti circa una delle componenti ha delle ricadute sulla loro posizione circa un'altra (che ne siano pienamente consapevoli o non) emerge con forza nell'analisi che abbiamo svolto nel progetto CCM (Basile et al., 2010). Illustrerò ciò guardando al modo di lavorare di B, prendendo in considerazione ciò che possiamo dire in base alla disamina che prima abbiamo presentato sul suo atteggiamento mentale, in senso psicoanalitico, verso il problema che J aveva portato in analisi, al modo in cui si era reso manifesto nelle sedute e, cosa di fondamentale importanza, a come egli pensava che la paziente fosse diventata quella che era ed a mantenere nel tempo questo modo di essere.

Dato quel che abbiamo detto, B forse potrebbe aver assunto il punto di vista che J era stata traumatizzata e che di conseguenza aveva una qualche forma di scarsa capacità di funzionamento psichico, particolarmente se frustrata o scontenta – un punto di vista molto comune tra gli analisti che presentavano dei contributi nei workshop organizzati dal progetto CCM. In realtà, era stata la “posizione ufficiale” personale di J per molti anni riguardo ai propri problemi, per così dire. Da piccola, infatti, aveva subito le conseguenze della separazione dalla madre, molto giovane, ed era stata poi costretta a vivere in una casa dominata da violenza e alcoolismo da parte dei genitori, dalla nascita di un fratello, dalla separazione e dal divorzio dei suoi genitori e da un gran caos dal momento che la madre aveva cercato di rifarsi una vita e la paziente e il fratellino avevano cercato di rimanere in contatto con il padre. J si sentiva criticata, intrusa e non sostenuta dalla madre (nonostante il contributo economico della madre per l'analisi e per altre cose), e nutriva disprezzo per lei. Vedeva se stessa come vittima, come si era visto quando aveva descritto il comportamento di P nella seduta che abbiamo prima esaminato. Questo era un dato di fatto che bisognava condividere prima che si potesse iniziare a parlare con lei. C'era una grossa spinta su B ad accettare questa visione, e non accettarla era vissuto come un colpire la vittima, cosa che nella mia esperienza di supervisione non è per niente un punto di vista inusuale.

Se proviamo a pensare alla teoria di B circa ciò che è sbagliato non sarebbe difficile supporre che egli vedesse come difficili le esperienze precoci di J ma, come ho detto prima, il suo modo di concepire sul piano teorico il modo in cui il passato entra nel presente derivava da un approccio simile a quello che ho chiamato dell'“interazione reciproca”. B vedeva il problema nel vivo delle sedute, nelle quali aveva osservato non solo che J aveva subito proposto che quello che aveva era ciò che lei definiva un problema “buono-cattivo”, lasciando intendere di aver intuito qualcosa per conto suo del proprio funzionamento mentale evacuativo, ma anche quanto

fondamentale le era sembrato (molto spesso sia nelle sue osservazioni dirette sull'analista sia sul descrivere gli avvenimenti) avere tutti i "sentimenti brutti" solidamente collocati in qualcun altro. Come abbiamo visto nella seduta, spesso assumeva un atteggiamento paranoico verso l'analista o altre persone. Una linea andava nel senso che per molto tempo la paziente sembrava aver sentito di fondamentale importanza parlare senza sosta durante le sedute ed essere sicura che nulla potesse "tornarle indietro" – raccontare i sogni, per esempio, mescolando il sogno, degli avvenimenti ed auto-interpretazioni senza collegamenti magari per 30 minuti in una volta sola e senza tollerare alcun intervento da dietro il lettino: sembrava sentirsi convinta del fatto che qualsivoglia osservazione che non fosse in totale accordo con la sua personale visione sarebbe stata del tutto censurabile.

Il modo in cui B vedeva ciò che era sbagliato era compatibile non solo con il suo modo di vedere la situazione analitica come ripetizione del passato, ma anche con quello di vedere le libere associazioni (e le risposte dell'analista) come prodotte nella stanza in risposta alle sensazioni e agli stimoli corporei nella cornice dello stare stesa sul lettino con B dietro. Pertanto, secondo B, ciò che era sbagliato era il modo in cui i conflitti emozionali derivanti dalle spinte pulsionali e la gelosia, l'invidia, l'odio, i desideri, i sensi di colpa ecc. conseguenti venivano gestiti nella mente di J – principalmente con meccanismi di tipo evacuativo che poi la lasciavano nel tormento. Perciò, la sua teoria implica una specifica applicazione delle classiche descrizioni freudiane del funzionamento mentale determinato dalle soluzioni di compromesso adottate nei confronti dei conflitti fantasmatici sessuali infantili e delle esigenze del principio di piacere e del principio di realtà, ecc.. Esse si ricollegano anche alle descrizioni kleiniane dei conflitti fantasmatici della posizione depressiva, e ancora alla posizione della Psicologia dell'Io circa i conflitti strutturali tra Es, Io e Superio. La teorizzazione in base alla quale lavorava, in altre parole, sosteneva che, trovandosi J incastrata in modalità primitive di rapporto con i propri conflitti emozionali, si ritrovava spesso tormentata da sentimenti "cattivi" che poi doveva evacuare ancora di più, con tutte le ulteriori conseguenze. Si tratta del "circolo vizioso" descritto dalla Klein (1940). Anche B sembrava pensare che la situazione di J fosse il prodotto dell'interazione psicologica madre-figlia nell'infanzia e dopo, nel contesto in cui loro due e il padre di J si erano trovati gettati: sembrava probabile pensare che i genitori di J fossero stati incapaci di aiutarla a sviluppare soluzioni meno drastiche di gestire la forte attivazione emozionale che il circolo vizioso amplificava. Inoltre, forse, erano tutti molto preda del vortice eccitamento-evacuazione come stile di vita.

Il modo in cui un analista vede “ciò che è sbagliato con il paziente” lo porta alla teoria del cambiamento psichico. L’approccio clinico di B consisteva, in effetti, nella domanda quotidiana su “che cosa era sbagliato”, nel chiedersi cioè in ogni singola seduta di quali conflitti inconsci J fosse vittima, là e allora in quel determinato giorno, e nell’osservare come J si rapportava con questi. Nel nostro caso, dunque, la teoria delle componenti fondamentali di “ciò che è sbagliato” è direttamente collegata con la teoria dell’attenzione non solo alle idee sul come la situazione analitica diventi una ripetizione, ma anche alla teoria del cambiamento psichico.

Ho suggerito alcune indicazioni circa il fatto che la teoria di B di come arrivare al cambiamento psichico si basasse sul suo modo di lavorare: implicitamente o esplicitamente, e in quanto la teoria era connaturata nelle sue “fibre analitiche”, le idee di B sul cambiamento si possono facilmente collegare alle teorie di Freud sull’elaborazione [working through], ed ai concetti di lutto e di elaborazione della posizione depressiva di Melanie Klein, come pure alle teorie di Bion sulla trasformazione dell’esperienza emozionale. È chiaro – come si evince applicando al lavoro l’euristica dei triangoli – che B pensava che, perché l’analisi funzioni, bisogna che l’analista riesca ad essere neutrale, a non parteggiare per un corno o l’altro dei conflitti che il paziente porta in seduta. Ed essere neutrali non significa essere indifferenti o freddi, come spesso ha sottolineato Paula Heimann. Quindi, B certamente pensava di dover stare dentro la situazione analitica. Comunque, essere neutrali significa anche non farla diventare una parte, per quanto possibile, o almeno accorgersene il più rapidamente possibile se succede. L’analista qui era impegnato ad offrire a J la possibilità di viverlo come osservatore neutrale non dichiarando di essere neutrale o motivando la cosa, ma per mezzo di ciò che Rycroft designava come *signification* (cioè il comportarsi in modo neutrale e l’interpretare tutti i pensieri circa ogni possibile deviazione). In questo modo egli analista seguiva il monito di Rycroft – parlare al paziente del paziente – e cercava con grande fatica di evitare la trappola di parlare inavvertitamente di se stesso⁹.

⁹ Le teorie su ciò che è sbagliato che “colpiscono” qualcun altro o assumono le parti del paziente contro l’ambiente rendono difficile la neutralità analitica e tendono anche a creare difficoltà a cogliere e interpretare il *transfert* negativo. Se l’analista deve essere bravo, allora il paziente viene spinto a provare a vedere in forme sempre più estreme come andrebbero le cose con uno cattivo, e ciò può innestare un circolo vizioso. Qui ci imbattiamo di nuovo in un collegamento tra la teoria che l’analista sostiene su ciò che è sbagliato, su come viene portata avanti la ripetizione, sul luogo in cui vengono “fatte” le associazioni, e la teoria del cambiamento. Se ciò che è sbagliato è un deficit dell’ambiente primario del paziente, una tecnica basata sul fornirgli la “buona esperienza” che non ha avuto tende a comprendere movimenti che si allontanano

Ho incontrato un problema particolarmente preoccupante nelle discussioni cliniche: il fatto è che spesso si vede che due analisti possono immaginare in molti casi di dire la medesima cosa al paziente (o possono riferire di averla detta), ma si ha l'impressione che il significato di ciò che hanno detto potrebbe essere tanto differente quanto se provenisse quasi da due diversi mondi. È una cosa preoccupante, perché rende molto difficili le discussioni cliniche e le supervisioni. In effetti, io credo che questa potrebbe essere una buona spiegazione della difficoltà che avvolge per lo più la vuota diatriba sull'interpretazione del transfert (soprattutto del transfert negativo), ed i relativi dibattiti molto moralistici ai quali si può assistere.

La mia posizione è questa: ciò che si dice al paziente è sempre in un contesto duale emozionale molto complesso, che si basa sull'esperienza emozionale dei due partecipanti e sul "pensiero" che si è costruito su di essa. Si tratta di un contesto che permette ai loro scambi di assumere una così grande varietà di significati che è difficile riuscire a trasferirli in un contesto situazionale nuovo come quello di una conferenza – o, soprattutto, di un articolo (vedi anche Tuckett, 1993; Wildlöcker, 1994). Avendo pensato a lungo a questa osservazione, sono arrivato a concludere che non è che quello che l'analista dice non conti proprio niente, ma che non sono tanto le parole ad essere veramente determinanti, quanto ciò che il discorso complessivo rivela circa i processi emozionali che ci stanno dietro.

Uno degli interventi di B con J ce ne fornisce un'illustrazione. Egli dice: "La persona che La conosce meglio è Lei stessa". L'intervento gli sembrava corretto in quel momento, e può essere visto come un tentativo molto sottile (di modalità insatura) di immettere l'idea che erano i pensieri di J su se stessa che erano in gioco e che la stavano tormentando. Forse pensava che qualcosa di più saturo¹⁰ avrebbe rischiato di suonare provocatorio. In ogni caso, il suo intervento non era andato per niente a segno, e poco dopo J si era alzata e stava per andarsene.

L'intervento era stato decisamente pronto in seduta e sembrava un po' ingegnoso – forse senza il peso emozionale opportuno. Qualunque fosse il livello delle sedute precedenti, in questa seduta egli non aveva elaborato i

no dalla neutralità per fornire "buone esperienze". Si potrebbe parlare di nutrizione forzata del paziente: potrebbero felicemente colludere. Ma una teoria della ripetizione che non tiene conto del contributo dell'analista ed una concezione delle libere associazioni che impedisce i pensieri critici e aggressivi verso l'analista dall'interno renderanno difficile affrontare il problema dell'odio, se non in modo intellettualistico.

¹⁰ Le interpretazioni sature hanno (in teoria) un significato univoco e quindi possono sbarrare la strada alla possibilità di ulteriori associazioni elaborative che potrebbero essere utili o no in una determinata situazione.

propri vissuti. In realtà ora si chiedeva se si fosse trattato, da parte sua, di un piccolo enactment: stava sottilmente sottraendosi dal fare l'analista della paziente e in un certo senso spingendola fuori? sentiva che era giunto il momento per J di camminare sulle sue gambe e forse temeva che, se non l'avesse fatto a sole quattro settimane dalla fine, avrebbe rischiato di non farlo mai più? È facile vedere che, se quello era stato il modo in cui l'aveva colto, J poteva ben aver sentito che l'analista stava "parlando a se stesso di se stesso". Ciò vorrebbe dire che l'intervento dell'analista non poggiava su un sufficiente livello di elaborazione interiore e di consapevolezza, in quel momento, della difficoltà di J a vedere se stessa. Fate il confronto, per esempio, con l'elaborazione che egli aveva compiuto della sua risposta e con il livello di partecipazione mentale richiesto dalla prima seduta riportata. Così, per quanto vera, l'interpretazione non aveva forse tenuto sufficientemente conto dello stato di J.: doveva accadere dell'altro. Questo intervento contrasta con quelli che l'analista avrebbe fatto nel seguito della seduta.

Il fine di queste mie riflessioni è stato quello di ricostruire la teoria del cambiamento psichico di B (incentrata sull'elaborazione del conflitto) per andare al collegamento tra questa e un modo di concettualizzare la sua teoria di "favorire il processo". Nelle discussioni all'interno del CCM abbiamo riscontrato che un aspetto centrale nella teoria del "favorire il processo" di un analista pareva essere la sua idea della resistenza – cioè: che teoria della resistenza si scopre che un analista segua sia in base a quello che si dice al paziente (e a come lo si dice) sia, in particolare, andando ad analizzare quali potrebbero essere le conseguenze di ciò che si è detto. Quello che specificatamente pare distinguere un analista dall'altro è il grado in cui la loro rispettiva teoria della resistenza sia incentrata con precisione sullo stato emozionale in cui si trova il paziente quando il paziente o l'analista hanno insight relativamente a ciò che sta avvenendo.

La teoria della resistenza è una delle prime di Freud – a partire dall'idea di una forza che impedisce di ricordare (essere consapevoli) qualcosa che è importante e interessante esplorare. Essa rende conto da una parte del suo passaggio dall'ipnosi alla psicoanalisi e poi, in seguito, della sua scoperta del significato del transfert: in una certa misura, il transfert diventerà la resistenza. Così, ad esempio, nel caso di Dora egli arrivò a capire che la paziente se n'era andata perché lui non era riuscito ad identificare e interpretare la sua resistenza transferale: perché lei riuscisse ad accettare di rimanere in analisi, sarebbe stato necessario che le sue rappresentazioni inconscie su di lui venissero trasformate, via l'interpretazione, in pensieri, e poi prese in considerazione tra loro due invece che messe in atto (Freud, 1905 [1901], pp. 118-9).

La resistenza è stata spesso mal interpretata, al punto che Schafer (1973) ha proposto di eliminarla e di parlare invece di controtransfert – perché, secondo lui, la maggior parte degli interventi degli analisti sulla resistenza dei pazienti sono quasi sempre interventi sugli errori di controtransfert. Da noi, in Gran Bretagna, il termine oggi viene usato poco, ma in questo concetto sono implicitamente molto fortemente radicate le idee di Betty Joseph circa la modalità con cui il paziente cerca di mantenere il proprio equilibrio psichico. Le sue dettagliate descrizioni di come il paziente naturalmente “resiste” ai vissuti che lo minano intendono aiutare gli analisti a puntare con le interpretazioni all’angoscia che la “verità” suscita (Joseph, 1989)¹¹. Esiste in Francia in questo campo anche un altro gruppo di teorie, per le quali la resistenza occupa un posto centrale sia nella teoria della libera associazione sia in quella dell’interpretazione. Chabert (2002), ad esempio, propone delle idee molto interessanti su come l’interpretazione, mettendo in parole le cose, va a colpire le varie fantasie e può quindi creare sentimenti di rifiuto, contro i quali si attiva la resistenza; oppure, l’interpretazione viene accettata masochisticamente, con fantasie implicite eccitanti su ciò che l’analista sta facendo al paziente. In entrambi i casi, le reazioni devono essere individuate, capite ed elaborate con grande attenzione, seppure in modo molto diverso rispetto a quanto facciamo noi in Gran Bretagna.

Il punto cruciale riguardo a tutte queste teorie della resistenza è che esse focalizzano l’attenzione sul modo in cui le interpretazioni creano nella mente del paziente significati e vissuti il cui risultato è decisivo per lo sviluppo ulteriore del processo e può persino diventare il processo stesso – come nella prospettiva che Faimberg (1996) chiama “ascolto dell’ascolto” (listening to listening).

Sembra che B sia ricorso ad una teoria della resistenza centrata su ciò che J provava, sapendo che talvolta per lei era stato necessario interrompere il lavoro a causa di ciò che l’analista pensava. Sembra che B si aspetti che le sue parole abbiano un effetto sulle emozioni della paziente: sembra che la sua idea fosse che, per ottenere il cambiamento psichico, doveva stare in guardia rispetto alla resistenza inconscia della paziente e sua propria, e poi cercare di facilitarne l’elaborazione.

Discussione e conclusioni

In sintesi, io penso che le tre euristiche che ho tratteggiato possono essere utili per lo psicoanalista che voglia indagare i cinque elementi di

¹¹ Anche Brenman (1985), nel prendere in esame lo stato del paziente, in realtà fornisce una teoria della resistenza fondata sul vederla da un’ottica controtransferale neutrale ma empatica.

fondo della teoria clinica con i quali deve inevitabilmente fare i conti nel suo lavoro. Essere in seduta implica ogni volta una posizione su ciascuna delle tre euristiche (dove vengono prodotte le associazioni, i triangoli e la domanda su quale sia il conflitto esternalizzato nell'enactment), e queste posizioni sono intrinsecamente collegate alla teoria psicoanalitica della patogenesi¹² dell'analista (per esempio, basata o meno sul ruolo dei conflitti pulsionali inconsci), alla sua teoria del cambiamento psichico (per esempio, all'idea di neutralità) e alla sua teoria su come favorire il processo (per esempio, al ruolo da attribuire alla resistenza).

È interessante il fatto che le scoperte del progetto europeo CCM indicano che molti analisti, forse più della metà, lavorano come se ciò che cercano di fare fosse fornire al paziente una "nuova esperienza" (Basile et al., 2010; Tuckett, 2011). Quali sono, in questo caso, le teorie sottostanti? È possibile, usando l'euristica dei triangoli, riuscire a cogliere da soli molto rapidamente se concretamente si sta cercando di fornire una nuova esperienza usando l'interpretazione per aiutare il paziente a rendersi conto come stia ripetendo il passato o, invece, si è trascinati all'adattamento forzato alle aspettative del paziente? La ricerca attesta che la neutralità viene spesso disattesa. Molti analisti riportano i loro tentativi, più o meno, per diventare protagonisti consci da parte del o contro il paziente in relazione a quanto arriva a loro da parte del paziente, soprattutto quando ci sono state esperienze primarie molto difficili e la loro teoria su ciò che è sbagliato comprende una qualche concettualizzazione del trauma o del deficit.

Un'altra scoperta sorprendente delle ricerche del CCM sarà che molti analisti sembrano non sapere bene fino a che punto distinguere la "realtà" di quanto i pazienti raccontano dal significato inconscio della realtà psichica. Questo è qualcosa che si può scoprire e che poi va a riflettersi nell'uso dell'euristica della finestra e del lettino.

Scoprire che buona parte dell'attuale pratica analitica sembra, implicitamente più che esplicitamente, sia andata in così larga misura a fondarsi sulla creazione di "una nuova esperienza" e sull'ascolto della realtà esterna, secondo me, rende chiaro il motivo per cui la teoria che un analista ha circa "ciò che è sbagliato" (la maggior parte dei partecipanti al progetto CCM non hanno trovato facile ricostruirla) sia una parte così importante della teoria implicita sulla quale egli deve lavorare. Infatti, l'analisi di una seduta con il metodo delle euristiche dimostra che essa funziona come una grossa trama che corre attraverso la posizione che l'analista assume verso le altre

¹² Devo ringraziare Arnold Wilson per questa sua una formulazione del "ciò che è sbagliato".

componenti – per esempio, la posizione sulla neutralità rappresentato dall'euristica dei due triangoli, ovvero la posizione sulle associazioni che l'euristica delle finestre mette in luce, o la posizione circa il conflitto che l'euristica dell'interazione reciproca propone. Le teorie sull'eziologia del “che cosa è sbagliato” nelle scoperte del CCM risultavano essere quasi completamente implicite e ricolme di psicologia del senso comune – come su ciò che è o non è naturale e giusto, o sul significato dell'ambiente primario traumatico, o sulle dinamiche della famiglia (vedasi anche Canestri, 2006).

Gli analisti che abbiamo sottoposto a ricerca nel CCM hanno identificato in modo preciso in che cosa consistesse l'ambiente problematico della storia del loro paziente che ritenevano ne avesse compromesso il funzionamento psichico e l'avesse reso molto vulnerabile alla stimolazione emozionale ed ai sentimenti “negativi” ma, diversamente da B nell'esposizione precedente, quegli analisti rimanevano spesso molto nel vago circa il modo in cui tutto ciò agisse – tranne sull'inferenza che il loro paziente aveva subito un qualche deficit che probabilmente sarebbe stato riparato in un nuovo ambiente sicuro. Il chiedere che cos'è che rende la seduta analitica un ambiente non sicuro e perciò l'individuazione, l'interpretazione e il ruolo della distruttività e dell'odio, spesso generavano angoscia e preoccupazione di essere giudicanti¹³.

Le osservazioni ora esposte sono il motivo per cui all'inizio dell'articolo sottolineavo che problemi molto grossi, nella teoria e nella pratica della psicoanalisi, sono stati introdotti mano a mano che esse si sono dovute adattare alle esigenze di certi tipi di pazienti che oggi ci arrivano in analisi. Questo tipo di pazienti non rispondono facilmente alla predisposizione di un ambiente neutrale invece che positivo, perché per loro, se l'analista non è dalla loro parte, allora è contro di loro¹⁴. I pazienti più disturbati è comprensibile che tentino di imporre all'analista le loro idee per tener lontani i sentimenti negativi, e forse quello che accade è che l'analista per compiacerli inventi implicitamente nuove teorie. Io propongo l'euristica dei triangoli come metodo che permette all'analista di sottoporre a prova la situazione in cui si trova ad essere ogni volta. Per coloro che pensano

¹³ Anche le teorie del cambiamento psichico riguardanti “ciò che è sbagliato” risultavano poco sviluppate e molto spesso implicite. Quando esplicite, molto spesso erano molto abbozzate e spesso potevano essere contraddittorie. In gran parte, erano incentrate sull'idea del fornire un nuovo oggetto o una nuova esperienza ma molto meno su come fare ciò. Un altro gruppo di teorie si incentravano sul tema se sia l'analista o il paziente che effettivamente svolge il lavoro; altre ancora su ciò che viene definito contenimento, spesso posto in relazione con le teorie su ciò di cui l'analista pensa non sia possibile parlare al paziente, che spesso si rifaceva a ciò che conosciamo come transfert negativo.

¹⁴ Questo è un punto spesso problematizzato da Ron Britton.

che allontanarsi dal principio del parlare al paziente del paziente sia un sentiero molto pericoloso che fa deviare dalla psicoanalisi, essa potrebbe rivelarsi particolarmente utile.

In pratica, ho indicato la possibilità che alcuni dei problemi in cui la psicoanalisi si imbatte siano il risultato del grande successo della tecnica del “qui e ora”. Fuori dall’area francofona del mondo (e anche al suo interno), essa progressivamente si è molto diffusa, quanto meno nella misura in cui, in superficie, molti analisti oggi sembrano dedicare molto tempo in seduta a parlare della relazione che il paziente ha con loro. Nel suo nocciolo, questo è un modo di trattare il transfert, ma i dubbi di fondo espressi nei confronti di questo approccio riguardano il suo rischio di ridurre la psicoanalisi a terapia relazionale. Il tipo di pressione emotiva che molti pazienti esercitano può significare che l’analisi diventi parlare di noi due, con uno spazio troppo ridotto per la regressione formale, per le espressioni attuali dai conflitti sessuali infantili ed altri elementi più profondi dell’inconscio freudiano, e persino che si perda il significato freudiano e kleiniano del transfert – e tutto ciò renderebbe la psicoanalisi una psicoterapia interpersonale nuda e cruda. Le tre euristiche proposte, se utilizzate per riflettere su ciò che traspira in una seduta, sono in parte destinate ad essere uno strumento per chiedersi che cosa sta succedendo e per vaccinarsi contro tali rischi.

Ringraziamenti

Questo articolo si è avvalso delle discussioni all’interno delle Società Psicoanalitiche di Londra, Varsavia, San Francisco e Sofia e anche della Conferenza dell’University College di Londra in onore dell’80° compleanno di Ruth Riesenber-Malcom del 12 dicembre 2009. Ringrazio per le loro osservazioni anche i due lettori ed editori e Nicola Harding, che hanno preparato la prima stesura del manoscritto. Sono debitore nei confronti di tutti i miei colleghi del gruppo di lavoro EPF del CCm, degli allievi dell’Istituto e dei membri della Società che hanno partecipato ai workshop nei quali sono state prese in esame alcune di queste idee. Vorrei in particolare esprimere la mia gratitudine a Ruth Riesenber-Malcom e al suo pensiero: è una persona che mi ha insegnato la maggior parte di ciò che so di psicoanalisi, non da insegnante ma attraverso l’esperienza.

Bibliografia

- Alexander F. (1935), “The problem of psychoanalytic technique”, *Psychoanal Q*, 4: 588-611.
- Baranger M., Baranger W. (2008), “The Analytic Situation as a Dynamic Field”, *Int. J. Psychoanal.*, 89: 795-826, doi: 10.1111/J.1745-8315.2008.00074.X.

- Basile R., Birksted Breen D., Bonard O., Denis P., Diercks M., Ferro A., Hebbrecht M., Hinze E., James JD., Mariotti P, Mauss Hanke A., Tuckett D. (2010), *How do psychoanalysts work? The work of the EPF working party on comparative clinical methods, 2003-09*, EPF Bulletin 64: 5-32.
- Birksted Breen D. (2008), *Introductory foreword*, in Tuckett D., Basile R., Birksted Breen D., Bohm T., Denis P., Ferro A. Hinz H., Jemstedt A., Mariotti P., Schubert J., *Psychoanalysis comparable and incomparable: The evolution of a method to describe and compare psychoanalytic approaches*, Routledge, London, New York, NY.
- Brenman E. (1985), "Cruelty and narrowmindedness", *Int. J Psychoanal*, 66: 273-28.
- Britton R., Steiner J (1994), "Interpretation: Selected fact or overvalued idea?", *Int. J. Psychoanal.*, 75: 1069-78.
- Canestri J. (2006), *Psychoanalysis : From practice to theory*, Wiley, London.
- Chabert C (2002), "Les homes ne veulent pas guérir", in Chabert C, Gantheret F., Gribiski M., *Resistances*, APF, Paris, 7-23.
- De Alvarez de Toledo L. (1996), "The Analysis of "Associating Interpreting" and "Words": Use of this Analysis to Bring Unconscious Fantasies into the Present and to Achieve Greater Ego Integration", *Int. J. Psychoanal.*, 77: 291-317.
- Faimberg H. (1996), "Listening to listening", *Int. J. Psychoanal.*, 77: 667-77.
- Freud A. (1937), *The Ego and the mechanisms of defence*, Hogarth and the Institute of Psychoanalysis, London.
- Freud S. (1900). *The interpretation of dreams*, SE 4, 5.
- Freud S. (1905 [1901]), *Fragment of an analysis of a case of hysteria*, SE 7.
- Joseph B. (1989), *Psychic Equilibrium and Psychic Change: Selected Papers of Betty Joseph*, New Library of Psychoanalysis number 9. Routledge and the Institute of Psychoanalysis, London.
- Klein M. (1946), "Notes on Some Schizoid Mechanisms", *Int. J. Psycho-Anal.*, 27: 99-110.
- King P. (1978). "Affective response of the analyst to the patient's communications", *Int. J. Psychoanal.*, 59: 329-34.
- Lewin K.. (1951), *Field theory in social science: Selected theoretical papers*, Cartwright D. editor, Harper & Row, New York, NY.
- Racker H. (1968), "Transference and Countertransference", *International Psychoanalytic Library*, Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, London.
- Rycroft C. (1956), "The nature and function of the analyst's communication to the patient", *Int. J. Psychoanal.*, 37:469-72.
- Sandler J. (1976), "Countertransference and Role-Responsiveness", *Int. Rev. Psycho-Anal*, 3:43-47.
- Schafer R. (1973), "The idea of resistance", *Int. J. Psychoanal.*, 54: 259-85.
- Tuckett D. (1993), "Some thoughts on the presentation and discussion of the clinical material of psychoanalysis", *Int. J. Psychoanal.*, 74: 1175-89.
- Tuckett D. (1997), *Mutual enactment in the psychoanalytic situation*, in Ahumada J., et al., *The perverse transference and other matters: Essays in honor of R. Horacio Etchegoyen*, Aronson, New York, NY, London: 203-216.
- Tuckett D. (2005), "Does anything go? Towards a framework for the more transparent assessment of psychoanalytic competence", *Int. J. Psychoanal.*, 86: 31-49, doi: 10.1516/R2U5-XJ37-7DFJ-DD18.
- Tuckett D. (2008), *Reflection and comparison: Some final remarks. Chapter 10 in Tuckett et al. Psychoanalysis comparable and incomparable: The evolution of a method to describe and compare psychoanalytic approaches*, Routledge, London, New York, NY: 243-61.

- Tuckett D. (2011), "Some reflections on psychoanalytic technique: In need of core concepts or an archaic ritual?", *Psychoanal Inq* (in press).
- Tuckett D., Basile R., Birksted Breen D., Bohm T., Denis P., Ferro A., Hinz H., Jemstedt A., Mariotti P., Schubert J. (2008), *Psychoanalysis comparable and incomparable: The evolution of a method to describe and compare psychoanalytic approaches*, Routledge, London, New York, NY (New Library of Psychoanalysis).
- Widlöcher D. (1994), "A case is not a fact", *Int. J Psychoanal*, 75: 1233-44.

Sommario

Il tema su cui si fonda questo articolo è il pericolo che la psicoanalisi come viene oggi praticata corre di perdere la sua specificità e quindi di perdere la sua strada. L'Autore sostiene che ciò è possibile per tre motivi: il problema in cui si imbattono gli analisti nel rispondere alle forti richieste emozionali che necessariamente la grande maggioranza dei pazienti pone loro, le non ben esplicitate conseguenze dell'apparente successo della "tecnica del qui e ora" e la mancanza di una buona teoria clinica. Questo articolo esamina principalmente le idee dell'Autore circa alcuni punti centrali della teoria clinica che tutti gli psicoanalisti devono usare quando sono al lavoro e propone (con il rischio della semplificazione) alcune euristiche relativamente semplici riferite a tali punti, che possono essere utili. Rifacendosi alla massima di Kurt Lewin secondo la quale "non c'è niente di tanto efficace praticamente quanto una buona teoria", si sostiene che la continua riflessione su come usiamo la teoria nella nostra pratica quotidiana è altamente pratica, se la teoria è abbastanza buona. La teoria, infatti, è un "terzo" necessario nella prassi psicoanalitica: se tenuta in sufficiente conto nel nostro lavoro, in un'opportuna vicinanza all'esperienza clinica, essa fornisce un monitoraggio continuo e molto necessario del nostro senso di realtà. Naturalmente, in quanto terzo, può essere il focus sia dell'amore sia dell'odio, proprio come la realtà stessa, con le stesse problematiche conseguenze. L'articolo si apre con l'esempio clinico di un'analisi difficile ma apparentemente ad esito positivo che è vicina al termine; esso viene usato nel corso di tutto l'articolo per illustrare e approfondire le idee teoriche in esso proposte.

Summary

The underlying concern of this paper is that psychoanalysis as practised today is in danger of losing its specificity and losing its way. The author suggests this is possible for three reasons: the problems analysts face in responding to the strong emotional demands the great majority of patients necessarily place on them, the unintended consequences of apparent success of 'here and now technique' and the absence of good clinical theory. The paper mainly discusses the author's ideas about some core elements of the clinical theory that all psychoanalysis must use when they are working and proposes (under the risk of being

David Tuckett

facile) some relatively simple heuristics related to them which are meant to be helpful. Recalling Kurt Lewin's maxim that 'there is nothing so practical as a good theory' he will suggest that continuous reflection on how one is using theory in daily practice is highly practical if the theory is good enough. Theory in fact is a necessary 'third' in psychoanalytic practice which, if kept in sufficient working order close enough to clinical experience, provides an ongoing and very necessary check on our sense of reality. But, of course, as a third it can, like reality itself, be the focus of both love and hate with equally problematic consequences. The paper starts with a clinical example of a difficult but apparently successful analysis reaching its end which will be used throughout the paper to illustrate and elaborate the suggested theoretical ideas.

David Tuckett
Psychoanalysis Unit
Research Department of Clinical Educational and Health Psychology
University College London
Gower Street
LONDON WC1E 6B