

## GRADIENTI DI OSTENSIONE DELLA CLINICA PSICOANALITICA: conseguenze teoretiche e pratiche.\*

S. FRENI.

In questo lavoro intendo affrontare una questione essenziale per la Clinica Psicoanalitica, dalla cui soluzione creativa dipenderà, a mio avviso, il futuro della Psicoanalisi stessa come scienza e come pratica terapeutica.

Si tratta del rapporto tra quantità e qualità di ostensione della esemplificazione clinica (in quanto rappresentativa della prassi psicoanalitica, soprattutto nei suoi specifici aspetti diagnostici e terapeutici) e quantità e qualità dell'articolazione dei modelli esplicativi ad essa correlabili (in quanto rappresentativa del fondamento teorico-scientifico della psicoanalisi).

Questo tema, fin dalle origini della psicoanalisi, è sempre stato oggetto di preoccupazione e di attenzione da parte degli psicoanalisti (Freud ne fa uno specifico, appassionato riferimento, ad esempio, nel caso Dora; ma neanche il padre della psicoanalisi riesce a trovare una soluzione soddisfacente).

Da parecchi anni, ormai, da più parti (sia del mondo psicoanalitico che extrapsicoanalitico) viene avvertita l'urgenza di portare ad una soluzione praticabile e condivisibile da tutti tale problema secondo i principi più elementari di scientificità della pubblicazione (nel senso forte dell'atto del rendere pubblico, ed incisivo nel pubblico, il dato psicoanalitico e la sua ragion d'essere sia nel contesto proprio della scoperta, il setting psicoanalitico, sia nel contesto più allargato della giustificazione, la costruzione del rationale teorico-scientifico e metodologico ad esso correlato), vale a dire *confrontabilità, replicabilità, attendibilità*.

Segni tangibili di tale esigenza possono riscontrarsi nei seguenti aspetti della psicoanalisi contemporanea:

1. la generale insoddisfazione che la maggior parte di noi avverte nell'esame critico della letteratura psicoanalitica mediamente corrente quando si cerchi di correlare i pochi, scarni, dati clinici, sovente ridotti alle cosiddette *vignette cliniche* o brevi brani di aneddoti o narrative riferite a stati di veglia o di sogno, addotti a sostegno e giustificazione del rationale teorico-tecnico e teorico-scientifico dichiarato dall'autore, troppe volte assunto come valore generalizzabile basandosi sull'autorità o sull'autorevolezza riconosciuta all'autore in virtù del prestigio del ruolo ricoperto nell'ambito della Società Psicoanalitica o della superiorità ed eleganza estetica e persuasiva delle sue argomentazioni retoriche (cfr. Spence 1993, 1994).

2. L'incapacità, a mio parere l'impossibilità insita nella *tecnologia* stessa adottata mediamente nella forma della presentazione e discussione del cosiddetto *materiale clinico*, in sede di seminari clinici (cfr. Tuckett, 1994), di sviluppare il dibattito mantenendo un piano di discorso autenticamente scientifico, che, invece, quasi sempre, assume i connotati del discorso più proprio della supervisione clinica, per scadere, talvolta, in pura critica fondata su pre-giudizi e pre-concezioni consci, pre-consci o inconsci del presentatore e dell'auditorio o dar luogo, nei casi più incresciosi, a veri e propri attacchi *ad personam*.

3. L'errata comprensione e applicazione del dettato freudiano relativo allo *junctim* (il legame inscindibile tra teoria, pratica clinica e ricerca scientifica in psicoanalisi), per cui molti

---

\* RELAZIONE AL CENTRO MILANESE DI PSICOANALISI DI GIOVEDÌ 16 GIUGNO 1996.

psicoanalisti sono tutt'ora convinti di utilizzare nel contesto della scoperta ( nel campo esperienziale bipersonale della stanza d'analisi ) e nel contesto della giustificazione (quando, al di fuori della seduta, si riflette per riordinare i dati emersi o per scrivere di psicoanalisi ) i medesimi processi cognitivo-affettivi (cfr. Freni,1990). Si crea così una ingannevole equazione, detto nel gergo delle scienze cognitive, tra *ricerca on-line* e *ricerca off-line* . Il risultato di questo equivoco é che la psicoanalisi, a 100 anni dalla sua nascita, soffre di un grave squilibrio tra una grande abbondanza di osservazioni e dati costruiti secondo le procedure della ricerca euristica, così imponente da disorientare perfino i più esperti addetti ai lavori, compresi esegeti ed epistemologi, e una grave carenza di dati e osservazioni conformi alle procedure della ricerca empiricamente fondata.

4. La preoccupazione espressa da vari anni dall'Establishment dell' I.P.A., attraverso reiterati inviti e raccomandazioni alle Società Psicoanalitiche affinché incoraggino la ricerca psicoanalitica in tutte le direzioni possibili (dall'euristica alla ricerca quasi-sperimentale) e il superamento della logica delle *famiglie psicoanalitiche* , come premessa autentica per un reale avvio di una ricerca scientifica a tutto campo in psicoanalisi.

Tale logica, forse, in epoca pionieristica, ha avuto un ruolo propulsivo nella ricerca e nella sperimentazione teorico-clinica e tecnica; ma, oggi, mal si concilia con le esigenze scientifiche e terapeutiche della psicoanalisi del 3° Millennio e alla domanda di confronto costruttivo e di integrazione delle conoscenze teoriche e pratiche nel campo complessivo delle scienze umane, secondo criteri adatti allo spirito scientifico del tempo. E' evidente che tutto questo comporterà una inevitabile, radicale, riforma degli attuali assetti organizzativi delle Società Psicoanalitiche e delle procedure di formazione dei futuri psicoanalisti (cfr. Kernberg, 1986; Thomä, 1993).

5. L'istituzione da parte dell'I.P.A. della Conferenza sulla Ricerca Psicoanalitica, organizzata con cadenza annuale, con la ragionevole aspettativa di migliorare lo standard della ricerca scientifica in psicoanalisi e di favorire un dialogo di reciproco arricchimento tra ricerca euristica, ricerca clinica e ricerca scientificamente fondata; offrendo anche la possibilità a colleghi particolarmente motivati di frequentare corsi di addestramento alla ricerca, forse indispensabili data la grande complessità di modelli, strategie e metodi di ricerca oggi disponibili.

6. L'impegno sempre più rilevante del sapere psicoanalitico nella comprensione e nel trattamento di stati psicopatologici borderline o francamente psicotici, sia a livello privato che pubblico-istituzionale, con l'inevitabile necessità di un confronto rigoroso tra processi ed esiti terapeutici psicoanalitici e processi ed esiti terapeutici correlati ad altri metodi di trattamento; mi riferisco non solo al confronto con altre psicoterapie, ma, soprattutto, al rapporto tra terapia psicoanalitica e terapia farmacologica (cfr. Freni 1994). In tal senso, gli attuali reperti di deficit neurobiologici negli stati psicotici e i nuovi farmaci in grado di agire all'interno del neurone modificandone i meccanismi di trasmissione dell'informazione richiedono allo psicoanalista una particolare capacità di differenziare e trattare la specificità di tali condizioni (cfr. Grotstein, 1995).

Queste premesse di ordine generale nel panorama della psicoanalisi contemporanea e numerosissime altre, più specificamente legate a tutto il complesso processo di formazione di ipotesi, modelli, teorie, tecniche che sarebbe impossibile trattare qui compiutamente, mettono in forte risalto la centralità del tema da me proposto e il suo carattere di trasversalità rispetto ai punti nodali delle attuali teorie e pratiche psicoanalitiche.

Mi limiterò ad elencare per tesi e punti interrogativi, i principali aspetti teorici e pratici correlati alla questione del rapporto tra gradi diversi in quantità e qualità della esemplificazione clinica e relativa capacità o possibilità di rappresentare e giustificare differenti livelli e gradi di scientificità di diversi modelli teorici e teorico-tecnici in psicoanalisi.

## 1. Cosa intendiamo per “fatti clinici psicoanalitici” ?

Non pretendo certo di affrontare in questa sede una domanda così radicale per l'intera psicoanalisi; come tutti sanno è il tema trattato nel volume celebrativo del 75° anniversario del *The International Journal of Psycho-Analysis* (1994, part 5/6) a cui rimando.

Penso che, indipendentemente dalle diverse sfumature e preferenze dei vari autori, nella letteratura psicoanalitica così come nei dibattiti seminariali, ci sia un accordo unanime e direi tautologico nel considerare come fatti clinici psicoanalitici la totalità degli accadimenti della stanza d'analisi che abbiano come collettore finale comune lo scambio verbale tra analista e analizzante finalizzato alla comprensione e condivisione dell'esperienza della realtà psichica in quanto non riducibile ad una semplice descrizione di comportamenti obiettivabili o di discorsi logico-razionali.

In tal senso, la seduta psicoanalitica possiede contemporaneamente caratteri di *intertestualità* (nel senso di “storie dentro altre storie”) e di *ipertestualità* (nel senso di compresenza di dati verbali, emozionali, affettivi, sensoriali, cenestesici, associati a mutevoli stati di attenzione e coscienza, variamente commisti in relazione alla singolarità e profondità dell'esperienza in corso nel campo bipersonale della coppia analitica).

Se assegnassimo una rilevanza paritetica a tutti gli elementi che concorrono alla formazione dell'*iper-inter-testo psicoanalitico* così inteso, dovremmo concludere che allo stato attuale non disponiamo di metodi e tecnologie adeguati a rappresentarli e neanche nella stanza d'analisi siamo in grado ( o, meglio, sono io in grado !) di coglierli tutti contemporaneamente ed esaustivamente.

Neanche la più sofisticata registrazione audio-visiva riuscirebbe in tale intento, perché, comunque, avrebbe bisogno di una complessa procedura di decodificazione attendibile e condivisibile.

Forse la “griglia” di Bion possiede sufficienti caratteri di ipertestualità, ma così come ce l'ha lasciata in eredità il geniale autore non sembra facilmente applicabile a rappresentare i “fatti clinici psicoanalitici” senza essere prima sottoposta ad una complessa procedura di operazionalizzazione in grado di trasformarla in un modello di registrazione dei fatti analitici affidabile e applicabile dalla media degli psicoanalisti; forse lo stesso Bion l'ha abbandonata perché, da solo, non avrebbe potuto realizzare tale trasformazione in un modello operativo o, forse e più semplicemente, perché optò per la dimensione mistica dell'esperienza psicoanalitica.

E' più comune, nella tradizione psicoanalitica, affidare alla ostensione più o meno parziale dello scambio verbale tra analista e paziente, più o meno integrato dalla descrizione di altri elementi da parte dell'analista, la rappresentazione dei fatti clinici psicoanalitici destinati alla pubblicazione o alla discussione tra colleghi per scopi di supervisione o di ricerca. In tal senso verrebbe riconosciuto allo scambio verbale il valore di “dato grezzo” della seduta psicoanalitica.

Ciò pone il secondo quesito!

## 2. Fino a che punto consideriamo lo scambio verbale della seduta psicoanalitica come sufficientemente specifico del campo psicoanalitico e quindi “dato grezzo” rappresentativo dell'esperienza psicoanalitica (sia pure con gradi diversi di ragionevole inferenza) ?

Ritengo essenziale una risposta chiara e condivisa a questo quesito ai fini del problema della ostensibilità e trasmissibilità di tutto ciò che di psicoanalisi si fa, sia all'interno che all'esterno dell'esperienza analitica diretta.

Non è infrequente sentire autorevoli analisti esprimere opinioni negative sul valore “psicoanalitico” di ciò che viene effettivamente detto nello scambio verbale tra analista e analizzante, mentre altri, altrettanto autorevoli, lo ritengono essenziale e basilare in funzione sia

della differenziazione e giustificazione delle interpretazioni rispetto ad altri tipi di intervento da parte dello psicoanalista come risposta alle comunicazioni dell'analizzante sia delle produzioni di derivati dell'analizzante come evidenze di condivisione o meno della risposta dell'analista. Essenziale anche rispetto alla differenziazione e all'affermazione della sua specificità rispetto ad altre modalità di scambio verbale a scopo psicoterapeutico.

Se è vero, come dicono altri ancora, che la "parola psicoanalitica" rappresenta solo un mezzo per cogliere e descrivere il "terzo intersoggettivo" quale prodotto specifico del campo psicoanalitico bipersonale (pluripersonale in fantasia), dovrà necessariamente esserci un rapporto di corrispondenza o di invarianza tra la fenomenologia della soggettività e la sua espressione verbale in termini di codici e attività referenziale del linguaggio (Paivio 1995; Bucci 1992).

Comunque stiano le cose, non c'è alcun dubbio che da Freud ad oggi le costruzioni teoriche e ancor più quelle teorico-tecniche della psicoanalisi sono fatte e giustificate sulla base dello scambio verbale tra analista e analizzante.

Il racconto di elementi clinico-anamnestici più o meno mescolati a parziali resoconti del trattamento psicoanalitico esemplificato da brani più o meno estesi di scambio verbale caratterizza la maggior parte delle pubblicazioni psicoanalitiche e il formato richiesto nei vari gradi di qualificazione del training psicoanalitico.

**3. C'è però una radicale differenza tra storia clinica e resoconto di trattamento.** La prima infatti è generalmente protesa a ricostruire la patogenesi mediante un raccordo euristicamente fondato tra dati biografici e dati via via emergenti nella relazione analitica fin dal primo incontro; e quasi sempre anche i colloqui preliminari precedenti l'inizio ufficiale dell'analisi hanno le caratteristiche dell'*anamnesi libero-associativa* descritta da Deutsch e Murphy (1955). La procedura seguita nell'articolare dati emergenti dalla prassi e considerazioni teoriche e teorico-tecniche è rigorosamente di tipo euristico secondo lo stile della tradizione clinica (per cui lo stesso Freud è debitore nei confronti di Charcot) che sostanzialmente richiede una miscela ottimale di arte, scienza e sentimento. Il grado di inferenza è molto elevato fino ai confini con l'interpretatività mentre fallace e ingenua appare la sua pretesa di generalizzazione; in tali procedure è, inoltre, alta l'esposizione all'errore e all'autoinganno con scarsa possibilità di un suo pronto riconoscimento; tuttavia nella ricerca *on-line* (all'interno del trattamento psicoterapeutico) allo stato attuale è l'unica procedura che abbiamo a disposizione in psicoanalisi anche se stanno sempre più emergendo tendenze alla pratica psicoterapeutica *guidata da manuali* (ad esempio, Luborsky, 1984) più diffusa in ambito cognitivo-comportamentale, principalmente in Nord-America.

Stile che nella Clinica medica generale contemporanea sta lentamente (e forse pericolosamente) scemando a favore di procedure logaritmiche scientificamente fondate.

Il *resoconto del trattamento*, invece, è teso a dar conto dell'operato dello psicoanalista e del risultato, terapeutico o meno, ad esso correlabile secondo criteri di validazione delle ipotesi teoriche e teorico-tecniche. In questo caso le procedure euristiche si rivelano insufficienti anche se di forte fascino estetico-narratologico e necessitano di una integrazione, ai fini di un completamento giustificativo e di una eventuale generalizzazione dei dati; qui si tratta essenzialmente di ricerca *off-line* (cioè al di fuori della stanza d'analisi). Per una trattazione più completa di tale differenza rimando alla lettura del 1° capitolo del secondo volume dell'edizione italiana del *Trattato di terapia psicoanalitica* di Thomä e Kächele (1993).

**4. Come e in qual misura esportiamo il cosiddetto "materiale clinico" dal contesto terapeutico della "stanza d'analisi" ad altri contesti diversamente finalizzati (supervisione, discussioni cliniche più o meno informali in seminari, pubblicazioni scientifiche ecc.ecc.) ?**

Dalle origini della psicoanalisi ad oggi, possiamo individuare essenzialmente le seguenti modalità di esportazione del “materiale clinico” dalla “stanza d’analisi”:

- appunti durante la seduta
- appunti più o meno estesi dopo la seduta a distanza di tempo varia ( minuti,ore,giorni ecc.)
- registrazione audio delle sedute con successiva trascrizione parziale, totale, con o senza regole standardizzate di trascrizione
- registrazione audio-visiva.

#### **Appunti durante la seduta.**

Già Freud sconsigliava tale metodo in quanto disturba l’assetto mentale dell’analista, caratterizzato dall’*attenzione uniformemente fluttuante* o *uniformemente sospesa* equivalente all’invito implicito nella *regola fondamentale* suggerita al paziente per favorire la *libera associazione*. Tuttavia non è raro leggere pubblicazioni fondate su tale procedura. Si tratta di appunti più o meno estesi, in qualche caso con l’uso della stenografia o di tracce e segni che l’analista elaborerà in seguito; spesso limitati a una comunicazione particolarmente significativa o ai sogni.

#### **Appunti dopo la seduta.**

Freud era solito prendere appunti dei trattamenti di sera dopo una giornata di lavoro. La trascrizione può essere più o meno estesa fino alla presunzione di una trascrizione integrale. Di solito non viene precisato il tempo trascorso dalla seduta alla trascrizione; esso comunque varia da minuti (più frequentemente tra i candidati ) a ore o giorni.

#### **Registrazione audio.**

A prescindere dalle questioni sollevate dall’introduzione del registratore nella stanza d’analisi e che in questa sede non interessa approfondire, non vi è alcun dubbio che molti analisti adoperano tale ausilio strumentale per diverse ragioni, variamente motivate a livello conscio (didattiche, di ricerca, per una supervisione sistematica, per pubblicazione di brani estesi dell’interscambio verbale), riportando una valutazione molto positiva di tale procedura.

#### **Registrazione audio-visiva.**

E’ utilizzata soprattutto a scopi di ricerca e di dimostrazione didattica. In centri di ricerca particolarmente interessati allo studio del rapporto tra comunicazione verbale e non verbale la componente non verbale viene sottoposta ad un complesso processo di decodificazione mediante modelli di misura standardizzati.

A scopo di semplice curiosità può essere illustrativo ricordare “a volo d’uccello” alcuni celebri casi clinici pubblicati estesamente dopo quelli di Freud, che, come sappiamo, si affidava alla memoria, mediante appunti più o meno accurati scritti alla fine della giornata di lavoro. La maggior parte di essi sono basati su appunti presi dopo la seduta, a distanza più o meno variabile (cfr. ad esempio il caso “Renée” di Sechehaye, “Richard” di M. Klein, “Susan” di Milner, “Piggle” di Winnicott ), altri su appunti presi durante la seduta (cfr. ad esempio “Sammy” di McDougall e Lebovici, il caso di una donna di 26 anni con “psiconevrosi mista” di Dewald), altri ancora con resoconti settimanali (cfr. ad esempio “Sammy” di Bolland e Sandler). Sarebbe molto istruttivo rivedere in modo critico-sistematico l’impianto illustrativo e dimostrativo di tutti questi casi in base ad alcuni caratteri essenziali (setting, modelli teorici e teorico-tecnici, fattori del processo analitico, risultati ). Una siffatta lettura critico-sistematica sia dei casi di Freud che dei successivi autori che hanno pubblicato per esteso alcuni celebri casi clinici, quanto meno, avrebbe una notevole efficacia didattica rispetto al problema della ostensione della clinica e i suoi rapporti con la ricerca, specialmente per ciò che riguarda “nessi causali, ipotesi e prova, generalizzabilità” e altri temi al centro del dibattito sulla scientificità o meno della psicoanalisi e sulla sua capacità di dare prova dei propri modelli esplicativi e dei risultati terapeutici.

Può sembrare paradossale il fatto che la psicoanalisi clinica, che, più di qualsiasi altra disciplina, conosce l'effetto distorto della memoria fino a fare intravedere nella *Nachträglichkeit* una possibile legge generale di funzionamento della mente umana, affidi ad appunti presi a memoria la quasi totalità delle pubblicazioni della clinica psicoanalitica su cui fonda poi il suo razionale tecnico e tecnico-scientifico.

Il Comitato delle Attività Scientifiche della Associazione Psicoanalitica Americana, preoccupato per la scarsità dei dati clinici nei resoconti psicoanalitici e della loro carenza formale e qualitativa rispetto alla possibilità di confronto tra modelli e altre esigenze conoscitive, ha proposto alcuni elementi minimali per creare uno standard nella presentazione del materiale clinico secondo principi minimali di confrontabilità, attendibilità e utilità, pur mantenendosi nell'ambito della tradizione clinica.

Klumpner e Frank (1991) hanno riassunto i dati emersi dallo studio del Comitato su questo tema e proposto alla discussione generale il seguente modello di presentazione del materiale clinico, schematizzato nelle seguenti tabelle, prendendo come esempi di materiale clinico una pubblicazione di Schwaber (1986) e una di Kris (1982) a cui Skolnikoff (1986) aggiunse un commento .

## Modello Indicato per la Presentazione dei Dettagli delle Interazioni Cliniche

### Metodo di Presentazione

Appunti durante la seduta	<input type="checkbox"/>
Registrazione	<input type="checkbox"/>
Trascrizione a Memoria	<input type="checkbox"/>
Tempo trascorso dopo la seduta	
minuti	<input type="checkbox"/>
ore	<input type="checkbox"/>
giorni	<input type="checkbox"/>
mesi	<input type="checkbox"/>
anni	<input type="checkbox"/>

Altro:

### Descrizione del setting

<input type="checkbox"/>	Psicoanalisi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psicoterapia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Frequenza settimanale delle sedute	<input type="checkbox"/>
	Uso del lettino	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fase del processo riportata:	_____
<input type="checkbox"/>	Descrivere ogni parametro usato:	
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare):	

### Esempio di un formato

Due interlocutori (Paziente nella casella sottostante; ANALISTA in STAMPATELLO) e tre categorie di informazioni

(1) (Informazioni non verbali riguardo a ciò che accade durante l'ora indicate con parentesi)

(2) Le parole approssimative del paziente vengono presentate senza una particolare punteggiatura.

LE APPROSSIMATIVE PAROLE DELL'ANALISTA SONO IN STAMPATELLO SENZA PARTICOLARE PUNTEGGIATURA.

(3) "Le parole esatte del paziente vengono riportate fra virgolette".

"LE PAROLE ESATTE DELL'ANALISTA VENGONO RIPORTATE FRA VIRGOLETTE." 'qualsiasi altro materiale incluso fra le virgolette verrà indicato da virgolette semplici'

(1) (COMPORAMENTI NON VERBALI E PENSIERI NON ESPRESSI DELL' ANALISTA DURANTE LA SEDUTA POSSONO ESSERE RIPORTATI IN STAMPATELLO FRA PARENTESI).

Riportare questi commenti nella seconda colonna non distrarrà dallo svolgimento dell'interazione fra paziente e analista ma metterà i pensieri non espressi dell'analista nel contesto in cui sorsero.

Altri commenti, CHE NON FANNO PARTE DELL'EFFETTIVO SCAMBIO CLINICO, possono venire riportati nella seconda colonna in un paragrafo sottostante. Se i commenti del terapeuta che conduce il trattamento si trovano nella seconda colonna, commenti di altri analisti possono essere messi fra parentesi o in una terza colonna, a seconda della lunghezza, natura e scopo del commento.

Questi commenti verranno legati allo sviluppo del processo del materiale clinico perchè la sequenza degli eventi nel tempo sarà automaticamente riflessa nella dimensione verticale.

Il primo esempio proviene da un recente scritto di Schwaber (1986). Nella sua presentazione iniziale dapprima presenta ciò che è accaduto durante l'incontro ed in seguito aggiunge le sue riflessioni; abbiamo riformulato e integrato le due parti per renderle conformi al modello che suggeriamo. Il paziente parla per primo; le parole dell'analista sono riportate in stampatello. L'evidenziazione delle tre voci si conforma alle linee guida suggerite.

*Metodo di Presentazione*

*Descrizione del setting*

Appunti durante la seduta	<input checked="" type="checkbox"/>	Psicoanalisi	<input checked="" type="checkbox"/>
Registrazione	<input type="checkbox"/>	Psicoterapia	<input type="checkbox"/>
Trascrizione a memoria	<input type="checkbox"/>	Frequenza settimanale delle sedute	<input type="checkbox"/>
Tempo trascorso dopo la seduta		Uso del lettino	Sì
minuti	<input checked="" type="checkbox"/>	Fase del processo riportata:	Intermedia
ore	<input type="checkbox"/>	Descrivere ogni parametro usato:	
giorni	<input type="checkbox"/>	Nessuno	
mesi	<input type="checkbox"/>	Altro (specificare):	sedute di cinquanta minuti
anni	<input type="checkbox"/>		

Altro:

Paziente ed Analista (Schwaber)

Commento (Schwaber)

Pone ripetute domande, cercando con una certa insistenza di sapere cosa io pensi di certe sue decisioni esistenziali.

SEMBRA CI SIA UNA FORTE URGENZA DI OTTENERE UNA RISPOSTA?

(RICHIAMANDO L'AFFETTO ALLA SUA ATTENZIONE)

"Mi sono sentito più isolato in questo fine settimana, così ora ho bisogno di riprendere il contatto con lei."

(FA QUESTA ASSOCIAZIONE PERCHÈ SI ARRESTA NELLA RIFLESSIONE SUL SUO STATO AFFETTIVO. ORA RIESCE A VEDERE PERCHÈ RICERCA IL DIALOGO CON ME).

"Son sicuro che non ha a che vedere con la sua partenza."

.....Non ci spero troppo.

"SPERANZE? COSA INTENDE PER SPERANZE?"

(HO SOLLEVATO QUESTA DOMANDA PERCHÈ RIFLETTEVA UN'IMMAGINE DI ME CHE CERCAVO DI CHIARIFICARE, NON DI SFIDARE).

"Che lei sia capace di darmi una spiegazione di cui sentirsi soddisfatti .... che lei abbia una spiegazione..."

(SI STAVA SOLO DIFENDENDO DA ME CON UNA FORMA DI SARCASMO OPPURE SI STAVA ALLONTANANDO DAI SUOI STESSI) SENTIMENTI CON UN' INTERRUZIONE? FORSE È COSÌ, MA PURE STAVA DICENDO QUALCOSA SUL COME MI "VEDEVA". IN ALTRE OCCASIONI HO OSSERVATO CONNESSIONI TRA IL SUO STATO AFFETTIVO E LE SEPARAZIONI - FORSE HA PERCEPITO QUALCOSA NEL MIO MODO DI OPERARE QUESTI COLLEGAMENTI CHE VENIVA PIÙ DA ME CHE NON DA LUI.)

"LEI VUOL DIRE CHE SEMBRA CHE I MIEI MOTIVI PER TROVARE UNA SPIEGAZIONE POTREBBERO IN

(DOPO DI QUESTO IL SUO TONO MUTÒ, SEMBRANDO MENO SOTTO PRESSIONE. IL SUO CAMBIAMENTO DI TONO ERA



QUALCHE MODO INCONTRARSI CON I MIEI BISOGNI...." (Schwaber, 1986, pp. 925-926)

UNA RISPOSTA AL MIO INTERVENTO. SEMBRAVA VI FOSSE QUALCOSA DI FAMILIARE NELL'IMMAGINE DI ME APPENA ELUCIDATA. QUESTO AVVENUTO RICONOSCIMENTO RIPORTÒ ALLA MENTE ALTRE SITUAZIONI - COME CON IL SUO PRECEDENTE TERAPEUTA E CON SUA MADRE - IN CUI NOTAVA LA SUA TENDENZA A POLEMIZZARE QUANDO SENTIVA QUALCOSA DI PARTICOLARE: VALE A DIRE QUANDO PERCEPIVA CHE LE PERSONE SI RIVOLGEVANO A LUI CON MOTIVI NON CONFESSATI DI TORNACONTO PERSONALE. QUINDI DOVEVA STARE IN GUARDIA.)

La seconda colonna può venire anche usata da commentatori esterni. Nell'esempio seguente presentiamo materiale proveniente da una vignetta originale di Kris (1982, pp. 47-49). Skolnikoff (1986) aggiunse una seconda colonna di commento importante per la sua discussione del lavoro originale.

*Metodo di Presentazione*

Appunti durante la seduta

Registrazione

Trascrizione a memoria

Tempo trascorso dopo la seduta

minuti

ore

giorni

mesi

anni

Altro:

*Descrizione del setting*

Psicoanalisi

Psicoterapia

Frequenza settimanale delle sedute

Uso del lettino

Sì

Fase del processo riportata Inizio del primo

anno

Descrivere ogni parametro usato:

Altro (specificare):

*Paziente e Analista (Kris)*

Ho la sensazione di avere sprecato l'ora di ieri...

Quando arrivo a casa e desidero fare un sonnellino mia moglie tenta di persuadermi a fare i mestieri e di fare attenzione a lei. Dice che non sono più divertente, sempre stanco. Le mattine che vengo in analisi, ho più di un'ora di sonno in più rispetto al solito. Come più giovane della famiglia, mi sono sviluppato più velocemente dei miei fratelli e delle mie sorelle.

*Commento (Skolnikoff)*

(Mi chiederei se era una critica nei miei confronti.....questo poteva anche essere giustificato mi chiederei se sente che non è per niente divertente per me.)

VUOLE STARE DA SOLO E TRANQUILLO. LE PIACE LA POSSIBILITA' DI ESSERE LIBERO DALLA PRESSIONE DI INTRUSI E DALLA RICHIESTA DI ANDARE, ANDARE, ANDARE.

Ricordo il piacere di vivere da solo in soffitta quando ero al college. Ho perso tutto questo e non lo riavrò mai più. Spesso uso ciò che mi dice per indirizzare me stesso; per esempio questo stare a mio agio in analisi è un momento di resistenza.

IL COMMENTO AL QUALE SI RIFERISCE ILLUSTRÀ IL SUO PUNTO DI VISTA. IL MIO PUNTO DI VISTA È CHE PIÙ LEI SI SENTE A SUO AGIO PIÙ LE È FACILE PENSARE A CIÒ CHE VUOLE

L'amico che in principio mi ha suggerito l'analisi disse: "quando ti senti a tuo agio, non stai ricavando nulla dalla terapia".

LEI È ATTRATTO DALL' ESSERE SOTTO PRESSIONE E DAL CONFLITTO

(Da ciò che vedo del materiale, sembra un po' prematuro dirgli che gli piace venire in analisi per essere solo e tranquillo.)

Al college quando non avevo nulla da fare, mi sentivo a disagio; sentivo che mi mancava qualcosa.. Mi sentivo molto teso, un momento di silenzio, ho il ricordo di un fatto avvenuto quando avevo tredici anni. Avevo appena iniziato una scuola nuova e più difficile e mi fu assegnato un saggio su “Essere Grandi significa essere Incompresi”. Non riuscivo a pensare a cosa scrivere. Camminavo su e giù per la stanza. Mio padre si svegliò ed entrò. Fui finalmente in grado di scrivere il compito. Mia madre mi diede dei suggerimenti utili. Ricordo quanto fossi ansioso. Pensavo che avrei potuto semplicemente sedermi e scrivere, ma non potevo. Da allora sono stato così compulsivo nel definire le cose. Cerco di evitare di scrivere delle relazioni e altri documenti necessari per il lavoro tutti in una sola notte. Quell’esperienza a tredici anni è stata importante; essere a disagio significa dover concludere qualcosa. Ero teso in questa seduta, e poi il ricordo arriva - un esempio significativo. Ma non ero così bravo agli esami quand’ero sotto pressione.

**IL RICORDO LE RIPORTA IN MENTE UN PERIODO QUANDO I SUOI GENITORI LE ERANO DI AIUTO.**

Sento il bisogno di essere sarcastico. i miei genitori non furono così d’aiuto quando mi misero in una scuola privata e io volevo andare ad una pubblica.

(questo può essere un riferimento all’analista che tenta di influenzare il paziente e le sue opinioni piuttosto che lasciarlo procedere al suo ritmo con i suoi desideri)

Spence (1993) ha ripreso gli esempi citati introducendo ulteriori elementi

Tabella 3.1 Dialogo e commento dell'Analista

Paziente ed Analista (Schwaber)	Commento (Schwaber)
Pone ripetute domande, cercando con una certa insistenza di sapere cosa io pensi di certe sue decisioni esistenziali.	
SEMBRA CI SIA UNA FORTE URGENZA DI OTTENERE UNA RISPOSTA?	(Richiamando l'affetto alla sua attenzione)
"Mi sono sentito più isolato in questo fine settimana, così ora ho bisogno di riprendere il contatto con lei."	(Fa questa associazione perchè si arresta nella riflessione sul suo stato affettivo. <i>Ora riesce a vedere perchè ricerca il dialogo con me</i> ).
"Son sicuro che non ha a che vedere con la sua partenza." .....Non ci speri troppo.	
"SPERANZE? COSA INTENDE PER SPERANZE?"	(Ho sollevato questa domanda perchè rifletteva un'immagine di me che cercavo di chiarificare, <i>non di sfidare</i> .)
"Che lei sia capace di darmi una spiegazione di cui sentirsi soddisfatti .... che lei abbia una spiegazione..."	(Si stava solo difendendo da me con una forma di sarcasmo oppure si stava allontanando dai suoi stessi sentimenti con un' interruzione? Forse è così, ma pure stava dicendo qualcosa sul come mi "vedeva". In altre occasioni ho osservato connessioni tra il suo stato affettivo e le separazioni - forse ha percepito qualcosa nel mio modo di operare questi collegamenti che veniva più da me che non da lui.)
"LEI VUOL DIRE CHE SEMBRA CHE I MIEI MOTIVI PER TROVARE UNA SPIEGAZIONE POTREBBERO IN QUALCHE MODO INCONTRARSI CON I MIEI BISOGNI..."	(Dopo di questo il suo tono mutò, sembrando meno sotto pressione. Il suo cambiamento di tono era una risposta al mio intervento. Sembrava vi fosse qualcosa di familiare nell'immagine di me appena elucidata. Questo avvenuto riconoscimento riportò alla mente altre situazioni - come con il suo precedente terapeuta e con sua madre - in cui notava la sua tendenza a polemizzare quando sentiva qualcosa di particolare: vale a dire quando percepiva che le persone si rivolgevano a lui con motivi non confessati di tornaconto personale. Quindi doveva stare in guardia.)

Fonte: Adattata da Schwaber 1986, 925-26.

Tabella 3.2 Dialogo e Commento. (Fonti: Dewald 1972, 175; Levenson 1983, 95; Spence 1987, 55)

Paziente e Analista (Dewald)	Commento (Levenson)
<p>Nel sogno eravamo nel box dei bambini ad Evanston e tutte noi, bambine, eravamo lì. Si era vestite frivole e c'era gente che guardava dentro, verso di noi e gli uomini erano in smoking. Io ero sdaiata sul pavimento, non avevo le mutande e continuavo a chiedermi cosa avrebbero pensato gli uomini. Prima, quando sognavo d'essere nuda, mi sentivo imbarazzata perchè mi mancava un pene ed avrei voluto correre via e nascondermi. Non lo ero la notte scorsa e per quanto fossi insicura, ho pensato di correre il rischio.</p>	
<p>QUEL CHE VIENE DA PENSARE DI QUESTO SENTIMENTO E' SE POTREI ACCETTARLA COME FEMMINILE, DELICATA E AMOREVOLE?</p>	<p>(In qualunque libro questo risulta essere una domanda diretta. Alla paziente viene chiaramente detto quale parte del sogno considerare).</p>
<p>Ecco, vede, lei è proprio così. E' capace di amarmi, e di non curarsi del mio aspetto e per lei non sono importanti le ..... (silenzio di 60 secondi).</p>	
<p>STA TAGLIANDO CORTO SU QUALCOSA</p>	<p>(Era ques- mente al- che non p fisso su u sua inte- comment</p>
<p>Le cose superficiali.</p>	
<p>IO PENSO LEI VOGLIA DIRE LA PRESENZA O ASSENZA DI UN PENE.</p>	
<p>All'improvviso mi sto sentendo molto nervosa e ostile, mi sentivo benissimo prima di venire qui, ma ora lei mi fa sentire che ho avuto un pene.</p>	<p>(Naturalmente si arrabbia si tratta di resistenza, quindi lui deve aver ragione. Perchè non chiedersi perchè le donne sono bambine nel recinto e gli uomini sono cresciuti e in smoking? Perchè le bambine sono esposte e imbarazzate?)</p>

## **Bibliografia.**

- PAIVIO, A. (1995). Imagery and Memory. In *The Cognitive Neurosciences*, ed. M. S. Gazzaniga, cap. 63 pp.977-986. MIT Press, Massachusetts Institute of Technology.
- BUCCI, W., McKAY, R. K. and the RA Research Group (1992). **Scoring Referential Activity**. Instructions for Use with Transcripts of Spoken Narrative Texts. Ulmer Textbank, Ulm. Ed. Italiana a cura di S. Freni e al. in corso di pubblicazione autorizzata dall'autrice.
- DEUTSCH, F. & MURPHY, W. F. (1955). *The Clinical Interview*. Vol. 1 e vol. 2. International Universities Press, New York.
- THOMÄ, H. & KÄCHELE, H. (1993). *Trattato di terapia psicoanalitica*. Vol. 2: pratica clinica. Bollati Boringhieri, Torino.
- THOMÄ, H. (1993). Training Analysis and Psychoanalytic Education: Proposal for Reform. In : *The Annual of Psychoanalysis*, vol. XXI, pp.3-75.
- FRENI, S. (1990). Lo **junktim** freudiano alla luce degli attuali orientamenti di ricerca empirica in Psicoanalisi. Relazione al Centro Milanese di Psicoanalisi.
- FRENI, S. (1994). Terapia psicofarmacologica e Terapia psicoanalitica. Relazione al Centro Milanese di Psicoanalisi del 16.6.1994.
- KERNBERG, O. F. (1986). Institutional Problems of Psychoanalytic Education . *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 34:799-834. Trad. It. Problemi istituzionali del training psicoanalitico in: *Psicoterapia e Scienze Umane* 4:3-32, 1987.
- KLUMPNER, G. H., FRANK, A. (1991). On Methods of Reporting Clinical Material. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 537-551.
- SPENCE, D. P. (1993). Traditional Case Studies and Prescriptions for Improving Them. In: "Psychodynamic Treatment Research" a cura di Miller, Luborsky, Barber, Docherty. Basic Books, New York (cap. 3 pp.37-52, edizione italiana a cura di Ferrario, Basile, Freni in corso di pubblicazione).
- SPENCE, D.P. (1994). *The Rhetorical Voice of Psychoanalysis*. Harvard University Press.