

'R' - La risposta totale dell'analista ai bisogni del paziente

Questo capitolo contiene un certo numero di temi, ognuno dei quali richiederebbe un intero articolo. Nell'esaminarli tutti insieme nei loro rapporti reciproci devo essere sintetica e rischio di venire fraintesa, a causa della distorsione e della mancanza di chiarezza, che derivano inevitabilmente da una trattazione così sintetica. Allo stesso tempo sarò costretta a scrivere un unico capitolo lungo e pesante. Spero di rendere maggior giustizia a questi temi in seguito, quando li potrò sviluppare separatamente in modo più approfondito.

Le idee che intendo esporre derivano da quelle che ho già espresso nel capitolo 2, e mi sono venute sia attraverso l'analisi dei miei pazienti sia attraverso la mia analisi personale. Le illustrerò più dettagliatamente con il materiale tratto dall'analisi di una paziente.

La maggior parte dei pazienti che ho analizzato rientra nella categoria conosciuta come 'psicopatie' e 'disturbi del carattere', e alcuni di essi sono persone malate e disturbate molto gravemente con forti angosce. Anche se molto di quello che dirò sembra applicarsi soprattutto a pazienti di questo genere, non penso assolutamente che si limiti solo a loro, ma si può riferire anche a pazienti nevrotici e psicotici.

IL SIMBOLO 'R'

Nel capitolo 2 ho cercato di trovare una definizione condivisa del *controtransfert* e ho concluso che "il termine viene usato per indicare uno o tutti i concetti seguenti":

- a) L'atteggiamento inconscio dell'analista verso il paziente.
- b) Elementi rimossi, fino a quel momento non analizzati, nell'analista stesso, che si riferiscono al paziente, così come il paziente 'trasferi-

sce' sull'analista emozioni, ecc. che appartengono ai suoi genitori o agli oggetti della sua infanzia, l'analista cioè considera il paziente (in modo temporaneo e variabile) come considerava i propri genitori.

- c) Alcuni atteggiamenti o meccanismi specifici con cui l'analista affronta il transfert del paziente.
- d) Il complesso degli atteggiamenti e del comportamento dell'analista verso il paziente. Questo punto comprende tutti gli altri, così come comprende qualsiasi atteggiamento cosciente.

Humpty Dumpty diceva: "Quando uso una parola, essa significa esattamente quello che io scelgo che voglia dire — né più né meno", e, quando Alice gli chiese se era possibile far sì che le parole significassero così tante cose, le rispose: "Il problema è chi deve essere il Padrone, e questo è tutto". La nostra difficoltà in questo caso è fare in modo che una parola *non* significhi tante cose diverse quante sono le persone che la usano. Oltre alla confusione tra questi vari significati, il termine *controtransfert* è anche stato investito da una carica emotiva, che rende difficile la discussione. È ovviamente impossibile evitare contemporaneamente sia la confusione sia la carica emotiva, ma per ridurre entrambe al minimo, introdurrò un simbolo, R, per indicare ciò di cui sto parlando, definendolo come "la risposta totale dell'analista ai bisogni del paziente, quali che siano i bisogni e qualunque sia la risposta".

DEFINIZIONI

Risposta totale

Nell'usare l'espressione *risposta totale* ho scelto deliberatamente una parola *passerpartout*, e voglio chiarire la mia posizione nei suoi confronti. La uso per indicare tutto ciò che l'analista dice, fa, pensa, immagina, sogna o sente, nel corso di tutta l'analisi, in relazione al paziente.

Ogni paziente che entra in analisi ha certi bisogni e a essi l'analista risponde in diversi modi. La risposta è inevitabile, e ha un valore; è una parte indispensabile dell'analisi, in quanto provvede una grande quota della sua forza propulsiva. È il risultato dell'equilibrio, dell'interazione e della fusione tra l'amore dell'analista per il paziente e il suo odio per lui.

Ciò che l'analista dice e fa nell'analisi dei pazienti è spesso diviso in 'interpretazione' e 'comportamento', con la convinzione che soltanto l'interpretazione sia di reale utilità per il paziente. Una simile separazione è di per sé falsa, perché il dare un'interpretazione è in effetti una specie di comportamento, così come lo sono la sua forma, il suo momento, ecc. Queste sono

questioni di comportamento non meno del fatto che l'analista stringa o non stringa la mano al paziente, dell'ambiente che fornisce (sia al paziente che a se stesso), del suo silenzio, dell'ascolto, delle sue reazioni o non reazioni.

Tutte queste cose sono il risultato dei suoi sentimenti, sia consci che inconsci. Anche se è consapevole di molte cose, ce ne sono sempre molte di più che rimangono inconscie, che esercitano una pressione dinamica maggiore di quella esercitata da ciò che è cosciente.

Si possono porre delle limitazioni per rendere massima la quantità di interpretazioni e minimi altri tipi di comportamento, ma una limitazione troppo grande porta alla rigidità e alla stereotipia. Le limitazioni non possono essere assolute o standardizzate. Non sarebbe desiderabile anche se fosse possibile, perché comporterebbe in anticipo la negazione di un principio fondamentale, quello del valore dell'individuo (sia per lui stesso che per la società), che si tratti dell'analista o del paziente.

Bisogni

Bisogni in questo contesto è un'altra parola *passerpartout*, anch'essa scelta deliberatamente. Il bisogno ultimo è, in ogni caso, naturalmente, l'acquisizione dell'insight, con una crescita della percezione e dell'apprendimento della realtà. Ma per arrivare a ciò molti pazienti gravemente malati hanno altri bisogni che devono essere soddisfatti; se non sono affrontati l'analisi diventa impossibile. Il più evidente è il ricovero, ma a parte questo ci sono molte occasioni in cui l'analista deve intervenire. Accordi per l'assistenza da parte del medico di famiglia, controllo delle terapie, contatti con parenti o amici, controllo degli acting out (spesso necessario per la sicurezza del paziente) — tutte queste cose possono essere necessarie, a parte l'abituale organizzazione di routine delle condizioni dell'analisi, come le questioni di denaro, gli orari delle sedute e, naturalmente, la scelta iniziale del paziente.

Senza queste cose, in molte situazioni nessun grado di comprensione o di attenta e corretta interpretazione renderà possibile lo svolgimento dell'analisi. Con queste condizioni l'analisi sarà possibile, anche se sia il paziente che l'analista le potrebbero vivere come interferenze o ritardi; soltanto il risultato dell'analisi mostrerà se lo sono realmente oppure no.

LA RESPONSABILITÀ

La responsabilità in analisi non è una cosa semplice; l'analista non ha soltanto una responsabilità verso il suo paziente. Ha anche una responsa-

bilità verso se stesso, verso la psicoanalisi e verso la comunità. Ci sono molte responsabilità che il paziente o la società vorrebbero attribuirgli, ma ci sono anche dei limiti alla sua responsabilità.

Rispetto all'insieme della sua risposta ai bisogni del paziente, la responsabilità dell'analista è al cento per cento. Ho considerato attentamente questa affermazione per scoprire se doveva essere definita o modificata in qualche modo, e non riesco a vedere come. Le parole, le idee, i sentimenti, le azioni, le reazioni dell'analista, le sue decisioni, i suoi sogni, le sue associazioni sono tutti di sua proprietà, ed egli deve prendersene la responsabilità anche se nascono da processi inconsci. Non ne può condividere la responsabilità con nessun altro, né li può delegare. Questo mi sembra vero, invariabilmente, per ogni analisi.

Ciò che varia rientra in questa responsabilità al cento per cento, cioè la misura in cui la responsabilità può essere delegata o condivisa, e a chi o con chi. Le decisioni di quando e come delegarla sono ancora una responsabilità dell'analista.

Ci sono grosso modo tre categorie di pazienti, anche se i confini delle categorie sono mal definiti e variabili; ogni paziente in diversi stadi dell'analisi può passare dall'una all'altra.

1) Pazienti francamente psicotici, la responsabilità dei quali deve essere delegata ad altre persone — medici, infermieri, parenti, ecc. — per ragioni puramente pratiche. Le ragioni più comuni sono il rischio di suicidio, il pericolo per gli altri, l'irresponsabilità generale e l'acting out violento. In questi casi la tensione è in gran parte sopportata dall'ambiente del paziente e così l'analista ne può essere temporaneamente sollevato.

2) Pazienti nettamente nevrotici, per i quali la responsabilità può essere delegata allo stesso paziente. Ciò dipende dalla presenza di un Io intatto e di un buon senso della realtà, perché l'assunzione di responsabilità è una delle più alte funzioni dell'Io, ed è strettamente legata alla stabilità. Questi casi provocano meno tensione nell'analista, perché il paziente in grande misura è in grado di sopportare la propria tensione. Ma è importante che sia l'analista che il paziente riconoscano che esiste questa condivisione o delega di responsabilità, e che la responsabilità ultima del corso dell'analisi appartiene all'analista. In ogni analisi arriva il momento in cui il paziente ha bisogno di tollerare le proprie tensioni e di assumersi la responsabilità di se stesso, ma ha la necessità di comprendere ciò che sta accadendo e perché. In ogni caso, per il tipo di condizioni in cui lavoriamo, è inevitabile una certa quantità di condivisione o di delega di questo genere.

3) Tra questi due gruppi si trova l'ampio gruppo dei 'disturbi del carattere', delle 'psicopatie' e degli 'psicotici borderline', e per tutti questi casi qualsiasi forma di delega è estremamente difficile e spesso impossibi-

le. Può essere realizzata temporaneamente come in ognuno degli altri gruppi, ma di solito solo in misura limitata.

In questa categoria di pazienti la responsabilità del terapeuta può essere vista in modo estremamente chiaro, e la 'gestione' del caso è di grande importanza. Questo è il genere di caso che esercita forse la pressione più forte e più continua sull'analista, proprio per la ragione che la delega è così difficile. I pazienti in ognuno degli altri gruppi la esercitano in alcune fasi del trattamento, soprattutto fasi di transizione, cioè quando uno psicotico lascia l'ospedale psichiatrico o un nevrotico è in uno stato di temporanea regressione.

Ci sono dei limiti alla responsabilità dell'analista: nessun essere umano può assumersene più di una certa quantità. Vale la pena di ricordare che nessuno ha l'obbligo di svolgere un lavoro analitico a meno che non scelga di farlo, e che nessun analista è costretto ad accettare pazienti molto disturbati. Ha il diritto di rifiutare di intraprendere un'analisi in condizioni che considera inadatte o non sicure; e di rifiutare di continuarla se le condizioni sono cambiate per qualsiasi ragione dopo l'inizio dell'analisi.

Spesso si dimenticano altre due cose evidenti, persino da parte degli analisti. Nessun analista deve tentare l'impossibile e non deve avere un'abilità al cento per cento di comprendere o di interpretare; persino in una lunga analisi alla fine ci saranno molte cose ancora non analizzate, non comprese né dal paziente né dall'analista.

Ogni paziente a un certo punto dell'analisi ha bisogno di rendersi conto della responsabilità che l'analista si sta assumendo (che comprenda o no la responsabilità della sua vita o dei suoi acting out). È sorprendente vedere quanto pochi siano i pazienti che abbiano idea del fatto che l'analista si assume una qualsiasi responsabilità nei loro confronti. Diversi autori, da Freud e Ferenczi in poi, hanno descritto il modo in cui il paziente usa l'analista come un Io; Phyllis Greenacre afferma: "L'analista agisce come una funzione extra, o come un insieme di funzioni che viene prestato all'analizzando in uso temporaneo e a suo beneficio". Penso che ciò sia altrettanto vero per la funzione di responsabilità dell'analista come per qualsiasi altra cosa. La stabilità dell'analisi dipende da questa funzione, e la definitiva capacità del paziente di assumersi le proprie responsabilità dipende dall'aver una persona affidabile e responsabile con cui identificarsi.

L'IMPEGNO

L'assunzione di responsabilità comporta in primo luogo l'accurata valutazione del paziente, per quanto riguarda sia i livelli superficiali sia quelli più profondi. Ciò non significa, naturalmente, un immediato rico-

noscimento di tutto quanto contengono i livelli più profondi, ma significa sapere che esistono, e in quale misura contribuiscono al successo o al fallimento della sua vita e dei suoi rapporti, cioè in quale misura e in quale modo il paziente è disturbato. Questa conoscenza deve essere gradualmente aumentata, ampliata e approfondita finché il paziente non è conosciuto quanto più completamente possibile. Ciò significa, in effetti, il riconoscimento del paziente come individuo, come persona; devono essere comprese le realtà della sua infanzia e della sua vita attuale, così come le sue fantasie. L'analista entra nel mondo interno del paziente e nello stesso tempo ne rimane all'esterno e separato.

Fare questo lavoro comporta la disponibilità a impegnarsi — a volte al cento per cento. Ciò è possibile soltanto nella misura in cui l'analista è capace di essere lui stesso una persona, cioè di avere un confine o dei limiti, e di riuscire a sopportare la perdita di confini o la fusione, cioè ha la capacità di creare identificazioni e di non restarne coinvolto.

L'impegno da parte dell'analista è per certi aspetti del tutto evidente: si impegna a dare al paziente in certe occasioni stabilite e per tutta la loro durata la propria attenzione, il proprio interesse, la propria energia, tutto nell'ambito dei comuni limiti delle capacità umane. Rimane legato alle proprie parole e alle proprie decisioni, agli errori e ai fallimenti non meno che ai successi.

Ci sono talvolta altri tipi di impegno che sono inevitabili. Ho dovuto testimoniare, dietro giuramento, in tribunale, all'udienza di un paziente. Questo per fortuna non accade spesso, ma un impegno del genere si presenta nei casi in cui l'acting out porta il paziente in conflitto con il mondo esterno, che allora si mette in azione contro di lui. Ciò serve a dimostrare chiaramente il livello al cento per cento dell'impegno assunto.

È difficile esprimere ciò che intendo con questo impegno al cento per cento, oltre a questi aspetti più evidenti, in modo da renderlo comprensibile. La maggior parte degli analisti pensa che queste cose non rientrano nei limiti del loro impegno, ma io non ne ho trovato una definizione o una descrizione completa.

Freud ha parlato di "attenzione ugualmente fluttuante", e può essere che io stia parlando solo del tipo e del grado di attenzione richiesti, quando dico che l'analista mette al servizio del paziente ciò che c'è in lui sia di conscio che di inconscio.

Questi due elementi devono essere messi a disposizione del paziente in forme che abbiano significato per lui e che lui possa usare. Queste forme possono essere verbali o non verbali. La capacità di simbolizzazione e di pensiero deduttivo del paziente determina in gran parte la forma, e queste a loro volta dipendono da ciò che gli è accaduto nel suo primo sviluppo. Pazienti diversi possono aver bisogno di forme diverse, e per ogni pa-