

ziente una forma che è utilizzabile e significativa in un momento può essere inutile in un altro.

Alla fine, naturalmente, la forma deve essere verbale e interpretativa, ma un oggetto (mela, biscotto, coperta, ecc.) come ha mostrato la Sechehaye, può avere un effetto *simile* a quello di un'interpretazione e può essere in seguito collegato a interpretazioni verbali, quando la capacità di usare i simboli si è sviluppata a sufficienza.

Tutto ciò implica che l'analista entri insieme al paziente nella sua malattia per quanto gli è possibile addentrarsi. Potranno essere necessari dei momenti — attimi o persino frazioni di secondo — in cui, psichicamente, per l'analista non esiste nulla se non il paziente, e non esiste nulla di lui stesso che non sia il paziente. Egli permette al paziente di entrare nel suo mondo interno e di diventarne parte. La sua intera psiche diventa vulnerabile a improvvise irruzioni inaspettate, a volte di vasta estensione e di lunga durata. Il paziente si impossessa di lui, le sue emozioni vengono sfruttate. L'analista deve riuscire a instaurare qualsiasi genere di identificazione con il paziente, accettando una fusione con lui che spesso comporta l'assunzione dentro di sé di aspetti dell'altro veramente pazzi; allo stesso tempo deve riuscire a rimanere intero e separato.

A meno che l'analista non sia disposto a impegnarsi e dimostri chiaramente il proprio impegno, è spesso del tutto impossibile al paziente affidarsi all'analista. Affidarsi significa dare qualcosa e rinunciare ai propri diritti. Le persone che hanno subito gravi deprivazioni non possono dare nulla finché non hanno prima ricevuto qualcosa; e neppure credono di avere alcun diritto. Si deve chiarire con loro che viene dato qualcosa, che è dato di buon grado e che fa parte dell'analisi, e che perciò hanno diritto di averlo.

Ciò che viene dato non è dato per il bisogno di dare dell'analista, ma per la situazione in cui una persona-con-qualcosa-da-condividere incontra una persona-con-dei-bisogni. È essenziale che l'analista ammetta pienamente che quello che c'è da 'spartire' e che viene dato è limitato; ha la natura di 'segno' o di 'sostituto' e in effetti non corrisponde realmente al bisogno del paziente (anche se quanto più gli si avvicina tanto meglio è), perché i bisogni più profondi non possono realmente essere soddisfatti, tranne che attraverso l'allargamento dell'insight e della presa sulla realtà.

I SENTIMENTI

Questo impegno, qualunque sia la sua portata, comporta delle emozioni. L'analista deve essere disposto a provare dei sentimenti sul paziente, con il paziente, e talvolta persino per il paziente, nel senso di fornire i

sentimenti che il paziente non è in grado di trovare in se stesso, e in mancanza dei quali non può avvenire nessun vero cambiamento. Ciò avviene quando il cambiamento è temuto e la situazione è controllata dal paziente che non avverte i propri sentimenti: cioè li mantiene inconsci.

I veri sentimenti dell'analista verso il paziente e il suo desiderio di aiutarlo (ci deve essere qualche sentimento, che si chiami simpatia, compassione o interesse, che stimoli l'inizio e la prosecuzione dell'analisi), devono essere espressi chiaramente ed esplicitamente in momenti in cui sono appropriati e realmente sentiti, e possono perciò affiorare spontaneamente e sinceramente.

I pazienti molto disturbati, e talvolta anche quelli meno disturbati, non possono trarre deduzioni esatte, e perciò lasciare che siano loro a dedurre questi sentimenti, o persino limitarsi a parlarne, è privo di significato; devono essere in qualche momento espressi realmente, direttamente, come e quando (ma non in ogni caso) si presentano. In *Ricordi della casa dei morti* Dostoevskij dice: "L'impressione esercitata dalla realtà è sempre più forte di quella esercitata da una descrizione", e ho visto che questa osservazione è particolarmente vera in questo contesto. Esprimere sentimenti non provati sarebbe peggio che inutile, ma anche un'assoluta limitazione di qualsiasi emozione intensa non è di alcuna utilità: è disumana, e dà un'idea falsa dello scopo dell'analisi, che è quello di permettere al paziente di avere ed esprimere liberamente i propri sentimenti. Dà l'impressione che l'espressione dei sentimenti sia permessa soltanto ai bambini o ai pazienti, ma proibita in un mondo adulto o 'normale'.

Dal punto di vista dell'analista l'assoluta limitazione dei sentimenti è irreal e può richiederli uno sforzo troppo grande. Deve esserci una limitazione autoimposta, ma questa non è la stessa cosa di una limitazione assoluta; non c'è nessuna difficoltà con sentimenti meno intensi che possono trovare espressione in maniera relativamente facile in modi indiretti.

Fin qui ho parlato dell'espressione conscia dei sentimenti, che sia premeditata deliberatamente o derivante da un impulso conscio. 'Reagire' è una cosa diversa. Ci sono momenti in cui una reazione di tipo molto primitivo non soltanto non è cattiva, ma è positivamente utile. Quando un paziente arrabbiato mi agita il pugno davanti alla faccia e io mi ritraggo, la reazione in se stessa è un richiamo alla realtà. Gli ricorda rapidamente sia che mi può realmente danneggiare sia che io sono la persona che egli vuole colpire soltanto sotto un certo punto di vista. Altre reazioni, e non solo fisiche, possono talvolta avere un effetto analogo e non devono nel complesso essere disprezzate; possono a volte raggiungere l'Io in modi che sono preclusi all'interpretazione, del tutto indipendentemente dal fattore temporale della loro velocità.

Si è obiettato che l'espressione dei sentimenti da parte dell'analista può essere sia un'eccessiva gratificazione che un peso per il paziente. Nella mia esperienza non è inevitabile che sia così, anche se naturalmente possono darsi entrambi i casi. A patto che l'analista abbia instaurato la necessaria unione con il paziente, insieme alla necessaria separazione, le espressioni di sentimenti di questo genere tendono a comparire nei momenti opportuni. Se non è così, allora anche qualsiasi altro modo di affrontare la situazione può probabilmente creare difficoltà.

Le reazioni o le espressioni dei sentimenti dell'analista non sono tuttavia sostituiti dalle interpretazioni, anche se in alcune circostanze possono avere lo stesso effetto. Aprono la strada all'interpretazione rendendo il paziente accessibile, cioè stabilendo il contatto in un'area nuova, che fino a quel momento non è stata raggiunta. Dopo devono essere date anche le interpretazioni, quando possono essere usate, altrimenti l'unico cambiamento ottenuto è quello di aprire la strada. Se non interviene l'interpretazione, la strada si richiude e aumenta la resistenza.

Il fatto di avere una simile disponibilità dei propri sentimenti rappresenta a volte uno sforzo molto grande. Provare un vero odio per il paziente per intere settimane di seguito o essere improvvisamente sommersi dalla rabbia è estremamente penoso, perché è accompagnato dal senso di colpa. Non c'è una grande differenza se i sentimenti sono dovuti alle proiezioni del paziente o se sono oggettivi e suscitati dal suo reale comportamento. Possono provocare gravi danni se rimangono inconsci, ma non c'è un grande pericolo se diventano consci. Il loro riconoscimento già di per sé reca un certo sollievo e la possibilità di esprimerli direttamente o indirettamente. I sogni sono spesso utili per scoprire l'amore o l'odio inconsci, non riconosciuti, del paziente.

Il senso di colpa o l'imbarazzo per questi sentimenti verso il paziente possono portare sia alla stereotipia che a una falsa separazione dell'analista dal resto della persona (in altre parole alla scissione, quando questa non è appropriata), con risultati che possono essere pericolosi per i pazienti molto malati.

La gamma di sentimenti che possono essere suscitati è naturalmente vastissima. Ho parlato di rabbia e di odio, ma questi si manifestano in conseguenza dello smarrimento o della confusione, dell'incomprensione, della paura (di essere attaccati, che il paziente si uccida, del fallimento) e del senso di colpa. L'amore, l'eccitamento e il piacere possono essere ugualmente difficili; quando il paziente alla fine accetta un'interpretazione o fa un reale progresso, persino quando il suo umore e i suoi sentimenti si trasformano dall'odio violento in qualcosa di più amichevole, un segno di sollievo può aiutarlo a rendersi conto di un cambiamento che altrimenti potrebbe negare o non riconoscere. Può anche aiutarlo a ricono-

scere quello che egli suscita in un'altra persona — anche in questo caso si tratta di qualcosa che altrimenti potrebbe non riuscire a riconoscere.

Come la responsabilità e l'impegno, i sentimenti per il paziente hanno dei limiti. Le richieste di altri pazienti e della propria vita si fanno sentire, il materiale cambia e anche i sentimenti cambiano. A meno che l'analista non sia 'innamorato' del paziente, non c'è nessun rischio reale che i suoi sentimenti si irrigidiscano o che debba continuare a esprimerli, come si teme che accada se viene espresso un sentimento qualsiasi.

Anche il beneficio per il paziente ha un'estensione limitata. Presto o tardi egli deve rendersi conto che nessun altro può amare o odiare al suo posto; deve provare i sentimenti per conto proprio e assumersene la responsabilità. Ma nel frattempo ha avuto accanto una persona che provava dei sentimenti e ha avuto l'opportunità di identificarsi con lei, sia proiettando la propria mancanza di sentimenti e rendendosi conto della proiezione, sia introiettando l'analista capace di provare sentimenti.

I LIMITI; 'FARE TUTTO IL POSSIBILE'

Ho dimostrato che la responsabilità, l'impegno e i sentimenti hanno tutti i loro limiti. Questi, naturalmente, varieranno a seconda dei diversi tipi di paziente trattato e del singolo analista. I limiti hanno una grande importanza perché rappresentano dei punti di separazione.

Quando viene raggiunto un limite e il paziente si rende conto dell'impossibilità di oltrepassarlo, anche se i suoi bisogni e le sue richieste vanno al di là, si rende conto anche del fatto di essere separato. Se la sua capacità di tollerare la separazione è molto ridotta, allora tutti i limiti verranno raggiunti troppo presto. La richiesta avanzata al suo Io sarà troppo grande e ne può derivare qualche forma di reazione (cioè un episodio di violento acting out o la comparsa di una malattia fisica), a meno che la situazione non venga affrontata con molta attenzione. I limiti che rientrano nell'ambito delle capacità di sopportazione dell'Io, la cui logica e realtà sono alla sua portata, forniscono all'Io delle occasioni di crescita e dei punti di possibile rafforzamento.

In contrasto con questi limiti si trova il cento per cento della responsabilità, dell'impegno, dell'accettazione dei sentimenti e delle reazioni. Questo 'cento per cento' corrisponde all'assenza di limitazioni consentita al paziente per quanto riguarda le idee e le parole e lo aiuta a trasformarle in realtà.

Alcuni pazienti sono così malati che il loro trattamento non può riuscire senza l'impiego di enormi sforzi, sia come intensità che come estensione. In questi casi la difficoltà consiste nel far sì che il paziente effettiva-

mente si impegni al massimo, ed è solo se si rende conto che l'analista sta 'facendo tutto il possibile' da parte sua, che può pensare che valga la pena di fare altrettanto anche lui.

MANIFESTAZIONE DELL'ANALISTA COME PERSONA

Ognuna di queste cose, responsabilità, impegno, sentimenti, ecc. porta con sé una manifestazione o affermazione del Sé dell'analista come persona, come essere umano vivo con cui è possibile avere un contatto e un rapporto.

L'idea dello schermo o dello specchio impersonale è servita, e serve tuttora, a uno scopo veramente valido per isolare il transfert nei pazienti nevrotici. Ma può essere usata in modo difensivo, talvolta persino in modo quasi concreto, non simbolico, sia dal paziente che dall'analista.

Ai pazienti che affrontano angosce psicotiche, e soprattutto quelli affetti da un'autentica psicosi, è necessario qualche contatto più diretto con l'analista. Il simbolismo e il pensiero deduttivo sono necessari quando il contatto diretto è ridotto al minimo, ed entrambi sono carenti o mancanti in simili pazienti. Il loro sviluppo risulta ostacolato quando i fatti reali dell'infanzia del paziente hanno coinciso con le fantasie che aveva bisogno di elaborare. In questi casi, la proiezione diventa non solo inutile ma anche del tutto impossibile.

Ogni paziente mette costantemente alla prova l'analista per trovare i suoi limiti e i suoi punti deboli. Deve scoprire se è vera la stessa cosa per l'analista come per lui, e cioè che il rapporto tra forza dell'Io e tensione istintuale è inadeguato. Se può provare che l'analista non può sopportare l'angoscia, la follia, l'impotenza sia in se stesso che nel paziente, allora sa per certo che ciò che egli prova deve essere vero: il mondo cadrà a pezzi e sarà sconvolto dalla scarica della sua tensione, qualsiasi forma assuma. Inoltre, siccome lui e l'analista sono la stessa cosa, devono essere una persona unica e indivisibile.

È perciò di vitale importanza scoprire che l'analista può non solo tollerare sia la tensione che la sua scarica, ma anche tollerare il fatto che esistano alcune cose che non è in grado di sopportare. Si può vedere la differenza tra angoscia e panico, e la differenza tra l'angoscia dell'analista e il timore dell'angoscia del paziente quando l'analista è capace di cadere, di sollevarsi e continuare il cammino nuovo. È a questo punto che il riconoscimento del controtransfert nel senso letterale della parola (seconda definizione) è della massima importanza. Può essere necessario che venga riconosciuto sia dal paziente che dall'analista, e se questi nega la sua esistenza, quando è presente e il paziente l'ha scoperto, si possono avere gravi conseguenze. (È sufficiente la semplice ammissione del controtran-

sferit; i particolari sono un problema dell'analista, ma il fatto che ci sia un controtransfert che influenza l'analisi è un problema che riguarda il paziente, ed egli ha diritto che venga riconosciuto).

Per ogni analista è naturale avere proprie particolari aree in cui gli è difficile lasciare che certe cose avvengano, soprattutto in se stesso. Ciò si collega al problema complessivo del controllo, ma per alcuni pazienti può essere fondamentale vedere l'analista che reagisce o agisce d'impulso. Ricordando che sia la reazione agli stimoli che l'impulso istintuale hanno un'origine biologica, e che non tutte le attività dell'Io sono immediatamente coscienti, penso che sia un errore considerare entrambe le cose come intrinsecamente indesiderabili o pericolose persino nel lavoro dell'analista. In ogni caso, quando un'analisi si sta muovendo rapidamente e le idee si susseguono in rapida successione, o i meccanismi stanno cambiando, è impossibile essere sempre un passo avanti rispetto al paziente o pensare sempre prima di parlare o di agire. Ci si trova ad aver detto qualcosa. Se il contatto inconscio con il paziente è buono, ciò che viene detto si rivela di solito come esatto. Il controtransfert inconscio è la cosa che più facilmente può indurre una risposta sbagliata, e l'unica salvaguardia contro questa eventualità è la continua auto-analisi dell'analista.

L'Io, grazie al riconoscimento conscio di uno di questi fenomeni in una persona reale conosciuta (diversa sia da una macchina che da uno 'stereotipo'), diventa accessibile alle interpretazioni di transfert e ad altri riconoscimenti della realtà. Ho spesso scoperto che un simile riconoscimento è un momento cruciale dell'analisi. Attraverso questa esperienza viene scoperto, introiettato, mangiato in fantasia, digerito e assorbito un essere umano, che è poi ricostruito nell'Io (e non introiettato magicamente) — una persona che può assumersi delle responsabilità, prendersi degli impegni, provare ed esprimere spontaneamente dei sentimenti, che può tollerare la tensione, le limitazioni, il fallimento, o la soddisfazione e il successo.

Il paziente può così impegnarsi nella propria analisi, la sua angoscia paranoide viene alleviata in modo diretto e le interpretazioni di transfert arrivano ad avere un significato per lui. Comincia a poter affrontare la realtà e ad avere rapporti con persone reali, invece che con i suoi fantasmi. È così possibile sviluppare rapporti, che necessariamente richiedono di tollerare sia la fusione che la separazione e il rischio di suscitare sentimenti nelle altre persone, o che le altre persone li suscitino a loro volta.

MATERIALE CLINICO

Il materiale che userò per illustrare le mie idee è costituito da alcuni episodi tratti da un'analisi. Ciò implica dover riassumere nello spazio di