

Michele Bezoari

Antonino Ferro

ELEMENTI DI UN MODELLO DEL CAMPO ANALITICO:

GLI AGGREGATI FUNZIONALI

Ci sembra opportuno premettere a questa esposizione di un nostro attuale modello di lavoro qualche accenno alle esperienze cliniche e ai ripensamenti teorici da cui esso è derivato.

La spinta iniziale ci è venuta dal comune riscontro di difficoltà tecniche nell'uso dell'interpretazione di transfert, che hanno sollecitato una revisione critica dei nostri precedenti modelli a riguardo. Questi ultimi erano essenzialmente ancorati alla concezione esposta da Strachey nel suo celebre articolo del 1934, la cui attualità veniva sostenuta ancora con enfasi da Rosenfeld nel 1972 e riaffermata, pur con i debiti aggiornamenti, da vari Autori italiani nel 1974, in occasione della sua traduzione e pubblicazione sulla Rivista. Ciò che rimaneva costante era, comunque, un'idea "forte" dell'interpretazione: l'analista-interprete rivela con le sue parole le fantasie inconsce sottese a tutto il materiale verbalizzato o agito dal paziente, non diversamente da quanto avviene per i sogni.

Il pensiero di M. Klein, con i suoi successivi sviluppi, ha conferito a questo modello una maggior ricchezza e un più solido spessore teorico, in particolare grazie ai concetti di scissione e identificazione proiettiva. E' stata sempre più evidenziata, in questo ambito, l'importanza di una adeguata elaborazione del controtransfert come premessa necessaria affinché l'analista possa restituire al paziente, trasformate e rese pensabili, le sue identificazioni proiettive. Ne consegue, tra l'altro, un esercizio di maggior continenza interpretativa e una maggior attenzione alle componenti narcisistiche che può avere, per l'analista, il bisogno di interpretare (Brenman, 1977).

Nonostante i progressivi aggiustamenti della nostra tecnica quotidiana nelle direzioni sopra indicate - o forse proprio grazie ad essi

- ci si è posto con sempre più rilievo un problema clinico non certo nuovo, ma di cui non riuscivamo a focalizzare la precisa natura. Alcuni pazienti, cioè, sembravano non tollerare le interpretazioni di transfert enunciate come tali, pur con tutta la gradualità, delicatezza e tempestività di cui eravamo capaci.

Si trattava, ad esempio, di pazienti molto narcisisti, difficili da raggiungere, spesso silenziosi, in cui il bisogno di comunicare è sentito tanto più minaccioso quanto più è riconosciuto ed esplicitato dall'analista. Un altro gruppo di pazienti che ci confrontarono con analoghe difficoltà sono caratterizzati da un Io molto fragile: sovente depressi, danno la sensazione di galleggiare a mala pena, come su una zattera in un mare poco sicuro. Basta mettere accanto a loro un piccolo peso interpretativo in più perchè la zattera rischi subito di affondare. Ci sono poi quei pazienti che sembrano disabituati - o mai abituati - a pensare e vivono in una continua, frenetica attività intellettuale e spesso anche fisica, mediante la quale si proteggono dal sentire dentro emozioni intollerabili. Per costoro, essere indotti a pensare qualcosa su di sé può equivalere a una grave minaccia, che va rintuzzata con pari violenza.

Non ci dilunghiamo oltre in una tipologia, peraltro incompleta e provvisoria, di situazioni cliniche. Basti dire che i nostri tentativi di far fronte a simili difficoltà ci portarono a una prima constatazione empirica. Ci accorgemmo, cioè, che quegli stessi pazienti che reagivano negativamente al contatto diretto con le interpretazioni transferali, potevano tollerare meglio le stesse interpretazioni purchè fossero "vestite". così cominciammo a chiamare tra noi quegli interventi che enunciavano i medesimi contenuti di un'interpretazione di transfert da noi

pensata come tale, ma "rivestendoli", appunto, con le parole e le personificazioni mutate dal discorso del paziente, senza espliciti riferimenti all' hic et nunc della seduta.

Non subendo un brusco ribaltamento del piano espressivo su cui essi avevano proposto la comunicazione, i pazienti sembravano più disponibili a transitare poi per gradi, con tempi e modi da loro stessi segnalati (ad esempio mediante i sogni), sul terreno delle implicazioni transferali. Rifettemmo allora sul dolore che il contatto con la nuda verità su se stessi poteva comportare per i pazienti (così come per ciascuno di noi) e su quanto fosse necessario adeguare la formulazione interpretativa - veicolo di accostamento a tale verità - in base alla tolleranza e alla sensibilità di ogni paziente.

In un primo tempo, l'uso di "rivestire" le interpretazioni di transfert e la maggior cura nell'inscriverle in una tessitura narrativa condivisa ci sembravano ancora tattiche discorsive più adeguate per trasmettere al paziente quello che rimaneva pur sempre, almeno implicitamente, un nucleo "forte" di verità, di cui l'analista era già divenuto consapevole. Ma l'esperienza ci mostrava che, spesso, le enunciazioni da noi formulate con intenti preparatori a un'interpretazione di transfert vera e propria non solo erano accolte dai pazienti con sollievo e disponibilità, ma suscitavano da parte loro risposte di attiva continuazione del processo trasformativo, in direzioni talora imprevedibili. Proprio perchè non sbilanciati - anche narcisisticamente - su precedenti enunciazioni troppo assertive ci sentivamo più liberi di seguire insieme ai pazienti le nuove direzioni, modificando via via le nostre idee di partenza.

A titolo puramente indicativo cominciammo a chiamare "interpretazioni

deboli" quelle enunciazioni dell'analista rispetto alle quali il contributo del paziente non è soltanto accessorio o convalidante, ma indispensabile per la costituzione del senso. A risultare indebolita, in tale prospettiva, sarebbe tutt'al più l'immagine dell'analista come unico depositario del potere e della competenza ermeneutica. Ma questo attributo di "debolezza" (così definito per una certa consonanza con le tematiche filosofiche del "pensiero debole") vuole, in effetti, significare la natura intersoggettiva e dialogica del lavoro interpretativo che così si realizza (Bezoari e Ferro, 1988).

Ci siamo accorti nel frattempo che la messa a punto dei nostri strumenti tecnici, sollecitata dall'esigenza di un miglior accostamento a pazienti "difficili", stava a poco a poco modificando non solo la nostra prassi clinica, ma anche le nostre idee sull'interpretazione e, più in generale, sulla natura dell'esperienza analitica. In questo tentativo di ridefinizione del quadro teorico entro cui ci stavamo muovendo, abbiamo trovato decisivi orientamenti nel pensiero di alcuni autori.

Ci riferiamo in primo luogo a Bion, soprattutto al Bion dei Seminari e delle Discussioni, di cui ci è apparsa ora con maggior chiarezza la portata rivoluzionaria nel modo di considerare l'interazione mentale tra paziente e analista.

Con Bion l'analista non è più situato fuori dalla storia e dal funzionamento mentale del paziente: l'analisi diventa l'autentica avventura di un nuovo incontro tra due persone sconosciute e l'occasione per la scrittura di una nuova storia tra le tante possibili, a seconda del reciproco interagire delle due menti in seduta e del rischio di dilatazione mentale cui sono capaci di esporsi per accogliere nuovi

pensieri.

Ciò in un rapporto di massima simmetria nella consapevolezza che nella stanza di analisi si trovano due persone spaventate, due animali feroci e pericolosi, sapendo l'analista di essere a sua volta un 'brutto affare' e di poter considerare, d'altra parte, il paziente anche quale 'proprio miglior collega', e di massima asimmetria nell'essere l'analista responsabile sino in fondo dell'andamento dell'analisi: come un ufficiale che mantiene la responsabilità del comando pur condividendo con i suoi uomini pericoli e angosce, a sua volta esposto alle oscillazioni PS ↔ D.

L'analista non è più, secondo questo modello, un custode dello svolgersi di un processo predefinito, a cui assiste con benevola neutralità modulando le angosce e presiedendo al mantenimento del setting, nè un decodificatore-interprete di fantasmi anche molto precoci, alla cui genesi resta abbastanza estraneo per quello che è, implicato solo per quello che il paziente crede che lui sia.

Questo modo di vedere implica anche il riconoscimento della capacità del paziente di segnalare quasi di continuo la sua percezione inconscia del funzionamento mentale della coppia e della mente stessa dell'analista, il quale è chiamato a scendere in campo accanto al proprio paziente per osare essere all'unisono con lui.

C'è un passo molto pregnante dei Seminari Italiani(1983) in cui Bion afferma che comporta una rivoluzione constatare da un lato che "noi possiamo diventare mentalmente assenti quando non ci piace quello che sta dicendo il paziente", dall'altro che il paziente (in particolare il paziente borderline) "sa sempre quand'è che l'analista è divenuto mentalmente assente". Si pone così anche il problema della quantità di verità sul paziente e su se stesso che l'analista è in grado di

sopportare. Come scrivono Gaburri e Ferro (1988), "il paziente funziona così sia da specchio dell'allontanamento dell'analista, cui consente non solo recuperi nella relazione, ma anche di osservare quali sono le emozioni che non è stato in grado di tollerare (le sue zone buie schermate o con esiti cicatriziali troppo dolenti), in questo non dissimile da un sogno di controtransfert dell'analista; sia da specchio dell'avvicinamento eccessivo dell'analista alla verità quando questa non è ancora tollerabile dal paziente".

Un importante crocevia del nostro percorso teorico è rappresentato dall'incontro tra il pensiero di Bion e quello di M. e W. Baranger.

In numerosi lavori pubblicati nel corso degli ultimi 30 anni - quasi tutti in spagnolo, alcuni in inglese (solo recentemente alcuni di essi sono stati tradotti in italiano) - questi Autori francesi operanti in Argentina hanno sviluppato con notevole originalità un punto di vista che considera la situazione analitica come campo dinamico strutturato da una relazione bipersonale.

I Baranger non citano mai Bion (almeno negli scritti a noi noti), rispetto al quale sembrano aver seguito strade parallele, anche cronologicamente (il loro articolo-manifesto è del 1961-62). Ma ci è parso suggestivo rilevare che citano invece J. Rickman (primo analista di Bion), giudicando fondamentale il suo contributo per l'affermazione della specificità della psicoanalisi come "psicologia bicorporale".

Il loro discorso muove dalla constatazione che, nonostante l'esperienza psicoanalitica sia stata fondata e tecnicamente definita da Freud in termini relazionali e dialogici, la maggioranza dei concetti che costituiscono l'edificio teorico della psicoanalisi sono formulati in

termini unipersonali. Prototipo di tali costrutti metapsicologici è la concezione freudiana dell'apparato psichico come sistema di cui è possibile studiare il funzionamento in sé.

Una siffatta divaricazione tra teoria e tecnica è rimasta meno evidente finchè la situazione analitica veniva immaginata come luogo in cui il paziente, in uno stato di più o meno profonda regressione, esteriorizza i suoi processi psichici di fronte a un analista ascoltatore-osservatore imparziale in grado di coglierli e descriverli obiettivamente.

Ma questo schema riduttivo è divenuto progressivamente incompatibile con l'esperienza clinica ed è stato contraddetto sul piano teorico dalle acquisizioni che i Baranger raggruppano intorno a due argomenti focali: il controtransfert e l'identificazione proiettiva. L'apporto del pensiero kleiniano è qui decisivo, ma si arricchisce con l'originale elaborazione che già negli anni '50 ne andava facendo un gruppo di Autori sudamericani, a cui i Baranger esplicitamente si richiamano (Racker, Liberman, Pichon-Rivière, Bleger, Grinberg e al.).

Su queste basi essi giungono a concepire in modo nuovo la posizione dell'analista, riconoscendone il suo inevitabile coinvolgimento, a pieno titolo, come coprotagonista della vicenda analitica. Ma allora, poichè analista e paziente "formano una coppia inestricabilmente legata e complementare, e partecipano allo stesso processo dinamico", ne consegue che "i membri di questa coppia non possono essere compresi se non congiuntamente" (M.e W.Baranger, 1961-62). Da questa programmatica esigenza scaturisce, per i Baranger, l'utilità del modello di campo, come suscettibile di applicazioni - innanzi tutto descrittive - più adeguate alle caratteristiche della situazione analitica.

I Baranger rintracciano la nozione di campo anche nell'opera di Freud, in particolare nelle metafore del campo di battaglia e della scacchiera.

In questa loro ottica la situazione analitica si configura come dotata di una sua struttura spaziale e temporale, orientata secondo certe linee di forza e animata da particolari dinamiche: il campo così costituito è "l'oggetto immediato e specifico" dell'osservazione dello psicoanalista.

Il contratto analitico e le regole tecniche fondamentali determinano una prima organizzazione del campo (il setting), che ne rappresenta lo sfondo tendenzialmente stabile. Su questo sfondo il materiale manifesto della comunicazione tra paziente e analista, prevalentemente verbale, dà luogo a un secondo livello organizzativo. Ma ciò che è specifico dell'esperienza analitica è la possibilità di accedere, partendo da questi due livelli, alla fantasia inconscia che costituisce la struttura latente del campo.

Coerentemente con le premesse fin qui accennate, secondo i Baranger la fantasia inconscia realmente attiva in seduta non può essere concepita come appartenente solo all'analizzando, ma è una fantasia della coppia (analogamente a quanto accade per le fantasie emergenti nei gruppi). Essa va intesa, cioè, come una nuova struttura creata dai due membri del campo all'interno della coppia che essi costituiscono durante la seduta.

La fantasia inconscia che organizza il campo analitico è dunque una fantasia bipersonale, irriducibile alla concezione della fantasia inconscia così com'è formulata classicamente (ad esempio, dalla Isaacs), cioè come espressione della vita pulsionale di un individuo.

La fantasia inconscia bipersonale è costituita invece, per i

Baranger, da un gioco incrociato di identificazioni proiettive che coinvolge in varia misura sia l'analizzando sia l'analista.

L'assunzione di questo modello radicalmente bipersonale dell'identificazione proiettiva produce importanti cambiamenti anche nella concezione delle dinamiche transferali e controtransferali. Secondo i Baranger, ciò che classicamente viene definita nevrosi (o psicosi) di transfert andrà considerata, in termini di campo, come nevrosi (o psicosi) di transfert-controtransfert, cioè come funzione della coppia. La patologia del paziente in quanto tale non entra nel campo se non in rapporto alla persona dell'analista, il quale contribuisce a sua volta attivamente, sia pure in misura auspicabilmente minore, alla costituzione di quella patologia del campo che sarà il concreto oggetto dell'elaborazione analitica.

I Baranger definiscono bastioni tali aree del campo relazionale dove, per effetto di identificazioni proiettive incrociate, si attua tra analista e paziente una collusione inconscia che tende a immobilizzare entrambi, opponendosi all'evoluzione del processo analitico.

La specifica funzione dell'analista consiste allora nella capacità di non restare totalmente coinvolto in questi fenomeni e di mantenere vigile quello che i Baranger chiamano "secondo sguardo" su ciò che accade nel campo (Baranger et al., 1983), così da poter giungere, passando attraverso l'elaborazione del proprio controtransfert, all'interpretazione efficace per promuovere l'insight.

Anche l'insight analitico è per i Baranger, date le premesse, un'esperienza di coppia, non riducibile all'autocomprensione introspettiva che una persona singola può avere della sua realtà psichica. Nella

situazione analitica l'insight si verifica quando analista e paziente acquisiscono una comprensione comune delle fantasie inconsce in quel momento attive nel campo. Ciò coincide con una ristrutturazione del campo stesso, poichè la possibilità di pensiero e di comunicazione - insieme affettiva e cognitiva - si estende ad aree in precedenza occupate dai bastioni, i quali vengono così mobilizzati e dissolti. Quello che nei bastioni era stato scisso e confusivamente depositato dalla coppia può ora essere reintegrato, simbolizzato e discriminato dalla coppia stessa, consentendo ad entrambi - analista e analizzando - un miglior riconoscimento di sé in rapporto all'altro. Tale riconoscimento sarà "conscio e silente" nell'analista, "conscio e manifestato" nell'analizzando (Baranger et al., 1983).

Per quanto riguarda, in particolare, il modello di campo, ricordiamo che il suo valore euristico in psicoanalisi è stato anche recentemente sostenuto da Corrao nella sua relazione al Congresso di Sorrento (1988). In quella sede egli definiva il campo analitico come "situazione specializzata ottimale" per l'esplorazione delle "fenomenologie affettivo-cognitive" che vi si sviluppano e indicava la natura degli "osservabili" all'interno del campo non già nelle categorie statiche di "oggetti" o "soggetti", ma nella "transazione mobile di scambio o di accoppiamento reversibile".

Torniamo ora a considerare alcune implicazioni che questi percorsi teorici hanno avuto sul nostro modo di pensare al lavoro clinico e ai problemi tecnici.

Abituati a pensare in termini di parti scisse, siamo divenuti sempre

più insoddisfatti di interpretazioni del tipo "è una parte di lei che...", sia dal punto di vista della loro efficacia clinica che da quello del loro statuto teorico. (Accenniamo soltanto al rischio di degenerazioni stereotipate e gergali del dialogo analitico, allorchè il paziente attua lui stesso una traduzione simultanea dei suoi sentimenti in termini di 'parti di sé' delle quali parla in terza persona).

Recentemente Gaburri e Ferro (1988) ricordavano che se la Klein ha utilizzato i giocattoli nell'analisi dei bambini in quanto "personificazione di oggetti interni" investiti di odio e di amore, Bion ha trasferito questo modello su ciò che possiamo chiamare le parti scisse della personalità. Come la Klein ha usato analiticamente il gioco, egli usa analiticamente - e non soltanto interpreta - le parti scisse.

Se è vero che lo scambio tra analista e paziente è più ampio di quello verbale e che le stesse parole trasmettono molto più dei loro significati linguistici; se è vero, cioè, che le identificazioni proiettive reciproche strutturano un campo bipersonale, ne deriva come conseguenza che non sarà sempre e immediatamente possibile attribuire all'uno o all'altro membro della coppia le parti scisse nel momento in cui i loro effetti si manifestano in seduta. Basti pensare all'eventualità, sottolineata da Rosenfeld (1987), che il paziente possa sognare le parti scisse della mente dell'analista.

A proposito del sogno, ricordiamo che esso è considerato da Meltzer, sulla scia di Bion, come campione di un procedimento continuo, che si svolge tanto quando dormiamo, tanto quando siamo svegli: procedimento che dà senso e forma all'esperienza, rendendola pensabile. Così anche in seduta è in atto un funzionamento onirico delle due menti che si sognano nel reciproco flusso di stimoli e di identificazioni proiettive. Di tali

'sogni da svegli' possiamo conoscere i derivati quali emergono nelle fantasie coscienti, nelle associazioni più o meno libere e, per estensione, in tutto il materiale comunicativo, avendone forse la più vivida testimonianza in quei fenomeni particolari che Meltzer (1986) descrive come flashes onirici della veglia.

In quest'ottica i personaggi, le narrazioni, i ricordi evocati nella seduta - oltre, s'intende, ai sogni veri e propri - possono essere ripensati come rappresentazioni del tipo di rapporto inconsciamente vissuto dalla coppia in quel momento.

Si tratterebbe, in fondo, di sviluppare nella dimensione del campo bipersonale una prospettiva che ha un importante e spesso dimenticato precursore in Fairbairn (1952), il quale affermava che i sogni sono essenzialmente non l'appagamento di desideri, ma la drammatizzazione o short (in senso cinematografico) di situazioni esistenti nella realtà interiore e che le situazioni raffigurate nei sogni - e nelle fantasie diurne - rappresentano relazioni esistenti fra strutture endopsichiche.

Per rimarcare la specificità di questa concezione trasferita nel nuovo contesto, abbiamo introdotto nel nostro lessico teorico il termine aggregati funzionali, in opposizione a quello classico di 'parti personificate'. Vogliamo indicare così la sospensione di giudizio sull'appartenenza all'uno piuttosto che all'altro attore/autore dei personaggi che appaiono sulla scena analitica e mantenere invece tali personaggi - ma anche, s'intende, ogni altro elemento significativo della scena - in una dimensione transizionale che ne rispetti la natura composita.

Aggregati in quanto le figure del discorso manifesto e, in generale, le Gestalten che emergono nel campo analitico sono costituite dalla

sintesi di elementi eterogenei (verbali, emotivi, corporei) provenienti sia dall'analizzando che dall'analista.

Funzionali perchè le forme di questa variabile geometria combinatoria sono correlate al funzionamento mentale della coppia e alle necessità comunicative del momento.

Ma vediamo se riusciamo a spiegarci meglio con qualche esempio clinico.

Marta, docente di lingue sposata con un inglese, parla di come sia gelosa di PAT, amica straniera del marito. Ne torna a parlare con una certa frequenza... Ovvvia la tentazione di interpretare variamente questa gelosia. Ma l'analista riesce ad aspettare. Un giorno Marta racconta di come il marito faccia talvolta PAT-PAT sulle spalle di amiche per salutarle, per rassicurarle se hanno dei problemi, comunque avendo un contatto fisico con loro: e questo lei proprio non lo sopporta! Successivamente racconta che ha trovato una lettera del coniuge indirizzata a PAT ; temeva di trovarci frasi d'amore o altre prove di tradimento, ed è rimasta quasi sorpresa che invece non ci fossero...

Allora, finalmente, l'analista si accorge che la paziente gli segnala di essere molto sensibile a tutti i possibili tradimenti della sua funzione analitica a cui può accadergli di indulgere (rassicurazioni, PAT-PAT, erotizzazioni del contatto emotivo), anche se forse si tratta di atteggiamenti che la paziente stessa attiva in lui con identificazioni proiettive. A questo punto il vertice di una possibile interpretazione cambia, o addirittura vi può essere una "interpretazione silente" (Spotnitz, 1969) come esclusivo lavoro di assestamento controtrasferale.

* * *

Carla è indecisa tra due fidanzati, Mario e Luigi. Il primo è discreto, tenero e fa capire di essere interessato a un rapporto che si sviluppi nel tempo. L'altro, con la sua corte serrata e impaziente e le sue dichiarazioni appassionate la fa sentire molto desiderata, ma basta mostrargli una certa disponibilità che subito - dice Carla - mette in funzione un suo "cromosoma turco", diventando assillante "come una trivella", e non solo sul piano sessuale... "Mario" e "Luigi" esprimono anche due possibili modalità di incontro delle due menti in seduta, con le identificazioni proiettive di aspetti incontinenti della paziente che attivano l'incontinenza interpretativa dell'analista, che cerca poi di capire cos'accade utilizzando nel proprio working-through le segnalazioni inconsce della paziente. Ciascuno di questi personaggi che di volta in volta entrano in scena può andare incontro a ulteriori metamorfosi. "Mario" può, in certe occasioni, diventare "Mauro", caratterizzato dalla tendenza a prendere in giro e a rispondere con battute derisorie a tutto ciò che gli viene detto... e così via.

Le parti scisse del campo, in questa prospettiva, non possono venire tout-court attribuite al paziente piuttosto che all'analista, perchè sono in fondo parti confuse, simbioticamente agglutinate secondo la terminologia di Bleger (1967). Non c'è allora da stupirsi che il tentativo di indurre una forzata reintroiezione di queste 'parti' per mezzo dell'interpretazione susciti nel paziente angosce persecutorie e reazioni negative di legittima difesa.

Il compito prioritario dell'analista ci sembra, invece, quello di favorire la progressiva integrazione di queste aree nel tessuto comunicativo della coppia, fino a raggiungere, attraverso successive

trasformazioni di quelli che abbiamo chiamato aggregati funzionali, una visione comune e un'esperienza emotivamente sintona tra lui e il paziente di ciò che accade nel campo. Solo a questo punto diventa possibile quella discriminazione e ridistribuzione di quanto era stato confuso dall'intreccio delle identificazioni proiettive, e ciascun membro della coppia può meglio individuare gli aspetti interni di sé attivati nel rapporto con l'altro.

Per meglio evidenziare cosa significa concepire un dato personaggio che appare in seduta come "aggregato funzionale" del campo analitico, facciamo una breve digressione sullo statuto dei personaggi secondo altri modelli.

Prendiamo ad esempio due modelli psicoanalitici abbastanza ben codificati, così come sono esposti in una raccolta di articoli curata qualche anno fa da Rothstein (1985) e intitolata appunto "Modelli della mente".

Nel modello strutturale (illustrato da Arlow) i personaggi menzionati in seduta corrispondono a persone storiche del mondo esterno, con cui il paziente ha vissuto esperienze conflittuali e che sono quindi diventate anche rappresentanti delle istanze in conflitto nella sua mente: in quanto tali vengono riproposti nel transfert, dando all'analista la possibilità di intervenire nel "dibattito interiore" del paziente.

Se un paziente racconta di conservare i vestiti del padre senza però riuscire a indossarli o mostra di desiderare l'orologio paterno che è in possesso del fratello maggiore, i personaggi "padre" e "fratello", e anche "vestiti" e "orologio" (perché non è detto che il personaggio debba essere sempre antropomorfo), sono pensati dall'analista come aventi un valore

referenziale nella realtà storica e un valore simbolico nel dramma intrapsichico del paziente, piuttosto che nell'attualità della relazione analitica (ad esempio rispetto al modo in cui il paziente può accettare ma non usare le interpretazioni, o voler regolare i tempi dell'analisi, ecc.). Il riferimento transferale immediato, quando viene colto, serve soprattutto a precisare meglio il significato del conflitto interno e il ruolo che vi giocano l'Es, l'Io e il Super-io del paziente.

Per il modello kleiniano ci rifacciamo all'articolo della Segal (che, in effetti, si intitola "modello Klein-Bion", anche se di quest'ultimo sono presentate solo alcune formulazioni teoriche scarsamente sviluppate nella loro originalità). Qui c'è un continuo e privilegiato riferimento alla fantasia inconscia corporea, autentico "eroe" della vicenda analitica, a cui ogni discorso del paziente rinvia. I personaggi della seduta corrispondono a oggetti interni del paziente, animati e organizzati dalla fantasia sotto la spinta di impulsi primitivi. Nel transfert "ciò che era puramente intrapsichico diventa interpersonale" (Segal): gli oggetti interni vengono proiettati nell'analista, il quale dovrà riconoscerli come tali e descriverli al paziente, favorendone la reintroiezione.

Risalire dai personaggi e dalle loro vicissitudini alle fantasie inconscie originarie del paziente è lo scopo principale dell'interpretazione. Così, se un paziente sogna che "la sua mente veniva invasa da milioni di piccoli calcolatori elettronici", l'analista è sì pronto a cogliere un riferimento a "tutte le interpretazioni fatte nel corso degli anni", ma altrettanto prontamente trova la radice di queste impressioni del paziente in una sua fantasia proiettata: la fantasia di invadere il mondo col suo seme e i suoi bambini.

Il modello di campo quale lo intendiamo non esclude i significati precedenti, ma tende a valorizzare la funzione espressiva che il personaggio può svolgere nel rappresentare ciò che dell'esperienza analitica non è ancora pensabile in termini più precisi (dinamici o storici che siano), ma soltanto - per così dire - come fenomeno "di stanza", che riguarda l'atmosfera emotiva della seduta.

Introdotta in genere - non necessariamente - dal paziente, ma sviluppato e trasformato con il contributo narrativo dell'analista, il personaggio diventa così paragonabile a un ologramma, immagine tridimensionale che si anima nello spazio intersoggettivo e che con il suo mutare di forma, colore, movimento esprime quanto sta avvenendo a livello di scambi emotivi profondi tra paziente e analista, nel gioco incrociato delle identificazioni proiettive.

Una tale ottica presuppone l'esistenza di un naturale bisogno di comunicazione e contatto affettivo che spinge le due menti a cercare di rappresentarsi l'esperienza del loro incontro, compatibilmente con le angosce e gli assetti difensivi di entrambe.

Se la collusione tra le rispettive difese produce nel campo quei fenomeni di coppia che i Baranger definiscono "bastioni", aree precluse ad ogni evoluzione trasformativa, ciò che noi chiamiamo "aggregati funzionali" sarebbero il frutto di un'altrettanto profonda tendenza della coppia a cooperare per lo sviluppo di nuovi transiti affettivi e simbolici.

Ciò significa anche che l'analista, pur mantenendo la piena responsabilità sull'andamento dell'analisi e sulle sue finalità terapeutiche, non è più solo nel compito di attivare un "secondo sguardo" su ciò che accade nel campo (come invece ritengono i Baranger). Il

paziente si dimostra "miglior collega" anche in questa funzione di "monitoraggio", inviando continui segnali che si tratta di accogliere e riconoscere, prima che di interpretarli (se sarà il caso), specie quando li sentiamo provenire da vertici a noi sconosciuti e quindi possono rivelarsi preziosi per fare un po' di luce su quelle che sono le inevitabili zone cieche nella nostra visione del campo.

Questo modello è, secondo noi, particolarmente utile a configurare i problemi che si incontrano lavorando con le cosiddette "parti psicotiche" della personalità, laddove sembra necessario costruire un tessuto di alfabetizzazione condivisa dell'esperienza emotiva come premessa ad ogni ulteriore lavoro interpretativo nel senso classico del termine.

Lo statuto del personaggio - "aggregato funzionale" è simile a quello di una produzione onirica di coppia: corrisponde, cioè, a un primo livello di simbolizzazione condivisa del campo analitico, in una dimensione transizionale che lascia in sospeso il giudizio su quanto attiene all'uno piuttosto che all'altro membro della coppia.

Lo specifico valore trasformativo di queste figure del dialogo si evidenzia nella clinica allorchè esse emergono dopo un periodo di turbolenza emotiva o di impasse, costituendo un nucleo insaturo di significati intorno a cui paziente e analista riescono a intrecciare insieme, a quattro mani, un nuovo testo-racconto che aggrega elementi emotivi prima dispersi, frammentari, non altrimenti contenibili e comunicabili.

Renato, bambino di 5 anni, alla prima seduta suscita subito nell'analista l'immagine di un piccolo bisonte, per il suo continuo, inarrestabile, veloce trotterellare nella stanza. Nulla di ciò che

L'analista è capace di dirgli ha effetto sulla sua corsa. Anzi, le parole sembrano aizzarlo come proiettili, in risposta ai quali Renato prende dei cubi di legno e li lancia verso l'analista. Questi prova allora a dirgli che si sente come un cow-boy con gli indiani che gli girano attorno, quando si sparano a vicenda. Ma nulla riesce a fermarlo. Il perimetro della sua corsa si estende anche alla sala d'attesa: a testa bassa, continua a trotterellare.

L'analista comincia a dirsi che ci vorrebbe proprio uno steccato per arginarlo, ed è tentato di fermarlo fisicamente, almeno nei limiti della stanza. Rimane però sempre seduto al suo posto e si ritrova a un certo punto a disegnare, su uno dei fogli preparati per il paziente, uno steccato. Renato si ferma, incuriosito. Prende a sua volta una matita colorata e fa dei grossi segni sul perimetro dello steccato, tracciando una sorta di spirale rossa mentre grida: "E io lo rompo, lo rompo!". L'analista dice che "sembra un vento, una tromba d'aria, o forse Nuvola Rossa, che rompe tutti gli steccati". Renato in risposta, soffermandosi: "Disegna ancora steccati!" L'analista esegue, ponendosi il problema di quanto si trattasse di un agito, e nel frattempo cercando disperatamente di pensare, mentre Renato continua a "rompere" gli steccati col solito turbine colorato.

Dopo che, dentro l'ennesimo perimetro, l'analista ha disegnato anche qualcosa come un tavolo, Renato con in mano il pennarello rosso va verso il muro e su una piastrella disegna "una capanna da indiano". L'analista commenta: "Un posto per Nuvola Rossa" e sul foglio disegna una capanna, un bambino indiano e una spirale di vento. (Nel frattempo pensa a come il "piccolo bisonte", col suo trotterellare, abbia rovesciato per terra non solo il contenuto della scatola, ma anche sedia, cubi, matite, ecc.: la

stanza sembra un campo di battaglia. Pensa anche a come la mamma gli abbia raccontato che nelle frequenti crisi pantoclastiche del bambino l'unica cosa che lo fermi sono "i cartoni animati"). Renato si avvicina e, utilizzando come foglio non più le piastrelle ma la superficie del tavolo, disegna a sua volta un bambino indiano che raccoglie vari oggetti caduti fuori da un cesto "con l'aiuto dell'amico granchio dalle braccia che pinzano senza fare male". Continua il disegno, ma mentre i due amici lavorano insieme "gli sparano addosso"... arriva un altro ciclone...

La seduta va avanti... Ma paziente e analista dispongono adesso dei personaggi che insieme hanno creato, nell'ambito di uno specifico "cartone animato" di coppia attraverso cui possono denominare e raccontarsi quanto accade tra loro nella stanza.

I personaggi del dialogo analitico, quale che sia il genere narrativo in cui si presentano (ricordi, sogni, cronache d'attualità, fantasie, ecc), possono dunque essere visti e seguiti nelle loro avventure da un vertice che li considera espressione di quanto sta accadendo tra le due menti in seduta. Sarà compito dell'analista cercare di accostarsi a quella che, di volta in volta, è la prospettiva comunicata dal paziente, per dividerla e integrarla con la propria.

Questo vertice, in oscillazione con gli altri, ci sembra costituire un osservatorio privilegiato per seguire l'andamento del processo analitico anche in quelle fasi che non sono controllabili da parte dell'analista neppure con il fondamentale strumento dell'elaborazione del controtransfert.

Cerchiamo di chiarire il nostro pensiero con qualche precisazione a riguardo.

Il funzionamento mentale della coppia analitica sembra procedere alternativamente secondo due diversi regimi fondamentali, uno dei quali si può definire come relazione con il significato specifico di nuova esperienza intersoggettiva vissuta nel rispetto della reciproca alterità e simbolizzabile in modo consensuale. L'altro è quello del transfert (inclusivo del suo necessario complemento controtrasferale), in cui l'attualità è esperita in modo stereotipo e ripetitivo e l'uno tende a costringere l'altro in ruoli fissi, predeterminati da fantasie inconsce e indotti mediante identificazioni proiettive.

Compito essenziale dell'analista è garantire un microclima idoneo a far evolvere i fenomeni transferali in senso relazionale, dosando opportunamente temperatura, velocità, distanza e altre qualità specifiche del suo assetto mentale e dei suoi interventi. Ma questo processo che va dal transfert verso la relazione, oltre che essere arduo e faticoso, non è mai così lineare e unidirezionale come pretenderebbero certi schemi ideali della cura, neppure nelle analisi ben riuscite. L'esperienza più comune - che è anche la nostra - ci mostra piuttosto un movimento di oscillazione tra questi due regimi di funzionamento mentale della coppia: oscillazione analoga a quella descritta da Bion tra PS e D (e che potremmo, analogamente, rappresentare con i simboli $R \leftrightarrow T$).

L'impostazione che abbiamo sin qui delineato ci sembra render ragione di questo andamento oscillatorio senza bisogno di imputarlo alle resistenze, agli attacchi invidiosi, alle reazioni terapeutiche negative del paziente, nè agli errori di tecnica e ai difetti personali dell'analista, con le implicite sfumature di colpevolizzazione dell'uno o dell'altro.

La specifica virtualità terapeutica della situazione analitica risiederebbe, infatti, proprio nell'occasione che viene offerta all'analizzando di strutturare il campo relazionale con le sue identificazioni proiettive, mediante le quali riproporre i suoi bisogni di crescita mentale insoddisfatti e i nodi conflittuali irrisolti della sua vita affettiva. Il fatto che l'analista partecipi, a sua volta, alla strutturazione del campo con limitati processi di identificazione proiettiva, con elementi nevrotici e altri suoi 'residui' non analizzati, vivendo una "micronevrosi di controtransfert", non va visto come un malaugurato anche se inevitabile inconveniente. Come affermano M. e W. Baranger (1961-62), "lasciarsi coinvolgere fino a un certo punto in questo meccanismo fa parte della funzione dell'analista". Solo permettendo che si costituisca nella situazione analitica la nevrosi (o psicosi) di transfert-controtransfert si potrà poi operare su di essa una trasformazione evolutiva.

In altre parole, per rendersi autenticamente ricettivo alle identificazioni proiettive del paziente l'analista deve accettare di vivere sotto la propria pelle le corrispondenti esperienze che esse evocheranno in lui, attivando zone oscure o poco familiari della sua personalità (poichè, come dice S. Manfredi, nella mente non ci sono "ospiti stranieri"). Vale, insomma, anche per l'identificazione proiettiva come fenomeno relazionale ciò che Freud affermava per il transfert nell'accezione classica: non si può pensare di elaborarla in effigie, cioè trattandola come se fosse solo una fantasia di qualcun altro.

Risulta allora inevitabile, ma anche necessario, che nell'incontro analitico siano in gioco sentimenti potenti di cui non è possibile avere subito consapevolezza.

Il mito secondo cui l'analista riuscirebbe sempre a sapere quello che sta succedendo in seduta "usando" il proprio controtransfert come orientamento è stato messo in crisi da Bion con poche e semplici parole, quando ha affermato che "uno dei punti essenziali a proposito del controtransfert è che esso è inconscio, e quindi l'analista non può farne nessun uso perchè non sa che cos'è" (Bion, 1980).

Cade così anche l'illusione che sia sempre possibile cogliere e interpretare il punto di urgenza dell'angoscia, e bisogna accettare che sia necessario un tempo di coppia per rendere certe esperienze transitabili e tollerabili al pensiero.

Si riconosce dunque fisiologica l'oscillazione $R \leftrightarrow T$, ciò che per l'analista significa, tra l'altro, ammettere di essere soggetto a micro-agiti controtransferali di varia natura, anche interpretativa, nel lungo e difficile cammino verso la pensabilità di emozioni ancora senza nome. Un simile coinvolgimento può essere tollerato dall'analista grazie alla fiducia nel lavoro creativo della coppia e alla consapevolezza che solo così, accettando di assumerli su di sé, può aiutare il paziente a prendere contatto con nuclei di esperienza emotiva per lui intransitabili.

Soltanto se siamo disponibili a portare in scena il suo dramma, nella viva attualità del campo analitico, il paziente ci aiuterà poi a raccontarglielo, costruendo insieme una nuova storia in cui egli possa meglio riconoscersi.

Per finire, vorremmo proporre alcuni spunti di riflessione su ciò che può comportare un lavoro sul campo, secondo il modello fin qui delineato, per la salute mentale dell'analista.

Se accettiamo che il lasciarsi transitare dalle identificazioni

proiettive dei pazienti, sia pure entro certi limiti, è una componente essenziale della nostra funzione terapeutica, ciò significa essere esposti al contatto con stati di sofferenza mentale la cui intensità e qualità non è preventivabile in partenza.

Un interrogativo cruciale è allora: quale rischio siamo disposti a correre per accogliere e metabolizzare le esperienze ancora sconosciute che il rapporto con il paziente può attivare in noi?

La garanzia costituita dalla rete protettiva del setting resta, ovviamente, fondamentale, ma non si può considerare, in quest'ottica, nè totale nè sempre ugualmente efficace, come dimostrano quegli interventi di rammendo 'fuori orario' che sono i sogni di controtransfert (Barale e Ferro, 1987).

Bisogna quindi mettere in conto anche la nostra umana e comprensibile tendenza a non allontanarci troppo da strade già transitate e sicure. Il ricorso a modelli e teorie in seduta - e, talvolta, anche fuori seduta - può rispondere a questo bisogno. Rientrano in quest'area molti problemi circa i limiti dell'analizzabilità di certi pazienti (ma sarebbe meglio dire: di certi pazienti con noi) e forse anche alcuni fenomeni culturali di arroccamento su posizioni teoriche che, per quanto innovatrici siano state in origine, diventano così un ostacolo allo sviluppo del pensiero.

Quando, in seduta, ci capita di eccedere nel ricorso alle nostre teorie, i pazienti sono, come al solito, pronti a segnalarcelo, ad esempio con sogni in cui ricevono in regalo vecchi dischi o incontrano funzionari restii a rinnovare la loro carta d'identità scaduta. In effetti, i dischi con la musica e le parole che ci sono più familiari o le immagini più note dei pazienti - e di noi stessi - rappresentano ciò a cui ci aggrappiamo in tutti i momenti in cui ci fa paura andare là dove il paziente è e da dove

ci chiama.

Avendo toccato un argomento un po' inquietante come quello dei nostri rischi professionali, vogliamo concludere con un breve testo letterario che ci sembra esprimere poeticamente analoghe inquietudini, indicando nel contempo anche su quali risorse possiamo fare affidamento.

Si tratta di un brano (un sogno?) annotato da Kafka nei suoi Diari in data 19 gennaio 1915.

Con due amici avevo combinato una gita per domenica, ma con grande sorpresa mi addormentai e perdetti l'appuntamento. Gli amici, che conoscevano la mia puntualità, ne rimasero stupiti, vennero davanti alla casa dove abito, aspettarono un poco, salirono poi le scale e bussarono alla mia porta. Spaventato balzai dal letto e non pensai ad altro che a prepararmi al più presto possibile. Quando poi mi affacciai vestito e pronto, gli amici si tirarono indietro evidentemente impauriti. "Che cos'hai dietro la testa?" esclamarono. Fin dal momento del risveglio avevo sentito qualche cosa che mi impediva di reclinare la testa e ora alzai la mano per tastare l'impedimento. Gli amici, che si erano un po' riavuti, stavano esclamando: "Attento a non farti male!" allorchè dietro alla testa strinsi l'impugnatura di una spada. Gli amici si avvicinarono, mi osservarono, mi fecero rientrare fin davanti allo specchio dell'armadio e mi spogliarono dalla cintola in su. Una vecchia spada da cavaliere con l'elsa a croce era infilata nella mia schiena fino all'impugnatura ma in maniera che la spada stava con inspiegabile precisione fra la pelle e la carne senza aver provocato alcuna lesione.

Neanche nel punto di entrata dietro la nuca appariva alcuna ferita e gli amici mi rassicurarono che in quel punto, asciutto e senza sangue,

incominciava l'apertura necessaria alla lama. E mentre, montati sulle sedie, si misero a estrarre lentamente la spada millimetro per millimetro, il sangue non sgorgò e l'apertura sul collo si chiuse, salvo una fessura appena percettibile. "Eccoti la spada" dissero gli amici porgendomela con una risata. Io la soppesai tra le mani, era un'arma preziosa che forse era servita ai crociati.

Chi permetteva che antichi cavalieri si aggirassero nei sogni, brandissero le loro spade come niente fosse, le infilassero nel corpo di innocui dormienti e non causassero loro gravi ferite soltanto perchè, probabilmente, le loro armi scivolavano sui corpi vivi e perchè fuori della porta c'erano fedeli amici che bussavano pronti ad aiutare?

BIBLIOGRAFIA

- BARALE F., FERRO A. (1987). Sofferenza mentale nell'analista e sogni di controtransfert. Riv. Psicoanal., 33, 219-233.
- BARANGER M., BARANGER W. (1961-62). La situazione analitica come campo dinamico. In La situazione psicoanalitica come campo bipersonale (ed. ital. a cura di S. Manfredi e A. Ferro), Cortina, Milano, 1990.
- BARANGER M., BARANGER W., MOM J. (1983). Processo e non processo nel lavoro analitico. In La situazione psicoanalitica come campo bipersonale, cit.
- BEZOARI M., FERRO A. (1988). Ascolto, interpretazioni e funzioni trasformative nel dialogo analitico. Comunicazione all'VIII Congresso nazionale S.P.I., Sorrento. (In corso di stampa su Riv. Psicoanal.)
- BION W.R. (1980). Bion a New York e a São Paulo. In Discussioni con W.R. Bion, Loescher, Torino, 1984.
- BION W.R. (1983). Seminari italiani. Borla, Roma, 1985.
- BLEGER J. (1967). Simbiosis y Ambigüedad. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- BRENNAN E. (1977). The narcissism of the analyst: its effects in clinical practice. Letto al II Convegno F.E.P., L'Estoril.
- CORRAO F. (1988). Morfologia e trasformazioni dei modelli analitici. Relazione al VIII Congresso nazionale S.P.I., Sorrento.
- FAIRBAIRN W.R.D. (1952). Studi psicoanalitici sulla personalità. Boringhieri, Torino, 1970.
- GABURRI E., FERRO A. (1988). Gli sviluppi kleiniani e Bion. In Trattato di psicoanalisi, a cura di A.A. Semi, Cortina, Milano.
- KAFKA F. (1910-1923). Diari. Tr. it. e cura di E. Pocar, Mondadori, Milano, 1988.

- MANFREDI TURILLAZZI S.(1985). L'unicorno. Saggio sulla fantasia e l'oggetto nel concetto di identificazione proiettiva. Riv.Psicoanal., 31, 4, 462-477.
- MELTZER D.(1986). Studi di metapsicologia allargata. Cortina, Milano, 1987.
- ROSENFELD H.(1972). A critical appreciation of James Strachey's paper on the nature of the therapeutic action of Psychoanalysis. Int.J.Psycho-Anal., 53, 455-461.
- ROSENFELD H.(1987). Comunicazione e interpretazione. Bollati Boringhieri, Torino, 1989.
- ROTHSTEIN A.(1985). Modelli della mente, Bollati Boringhieri, Torino, 1990.
- SPOTNITZ H.(1969). Modern Psychoanalysis of the Schizophrenic Patient. Grune and Stratton, New York.
- STRACHEY J.(1934). La natura dell'azione terapeutica della psicoanalisi. Riv.Psicoanal., 20, 92-126, 1974.