

CAMBIAMENTI TEORICO-METODOLOGICI E FUNZIONE DELL'ANALISTA

Abstract

L'elaborato si propone di descrivere brevemente come il metodo psicoanalitico abbia risposto ai cambiamenti epistemologici intercorsi nell'ultimo secolo (Assoun, 1981; Morin, 1988), prestando particolare attenzione al modo di concepire la relazione fra analista e paziente. Inizialmente, verrà discusso il modello pulsionale di Freud, secondo cui l'origine della sofferenza è intrapsichica e la relazione analitica assume la forma del transfert, ovvero delle rappresentazioni libidiche anticipatorie del paziente che l'analista si presta ad interpretare, senza prendervi parte. Successivamente, si citeranno alcune teorie post-freudiane che rivalutano l'importanza delle relazioni, soprattutto primarie, nello sviluppo della psiche umana (Mitchell, 1988). Infine, verrà proposto un modello psicoanalitico relazionale adatto a descrivere sia uno sviluppo psichico complesso e indeterminato (Tronick, 2008), sia una relazione analitica che contempli la soggettività inalienabile di ogni partecipante (Minolli, 2009).

Parole chiave: transfert, psicoanalisi, relazione.

Introduzione

La metapsicologia di Freud e la psicoanalisi di approccio relazionale risultano indubbiamente divise da un solco teorico importante che, inevitabilmente, incide anche sull'idea di analista e su quella che si suppone debba essere la sua funzione: la prima propone una concezione di mente chiusa e pulsionale su cui l'analista opera meccanicamente, eliminando la rimozione e liberando la libido; la seconda pensa all'essere umano come un sistema aperto e complesso che può ricorrere alla relazione analitica nel tentativo di creare nuovi significati di sé e del mondo. Come è evidente, quindi, il divario fra modello pulsionale e modello relazionale non si esaurisce semplicemente nella differenza fra lo stereotipo dell'analista neutrale ed un'immagine di analista più partecipe, ma concerne niente meno che il modo di concepire la mente umana.

Già Mesmer, che praticava il magnetismo animale nel XVIII secolo, si era reso conto del potere suggestivo esercitato dalla relazione terapeutica e, dopo di lui, se ne accorsero Puységur e Deleuze, così come Charcot e Breuer (Minolli, 1993). Freud, tuttavia, fu il primo che si soffermò sulle implicazioni affettive della relazione terapeutica, considerandole inevitabili e cercando di capire in che modo si sviluppavano ed incidessero sul processo di cura.

Freud tentò di inserire la dimensione relazionale nel proprio apparato teorico utilizzando il concetto di transfert e, così facendo, riuscì a neutralizzare gli aspetti più destabilizzanti ed inaccettabili della relazione: quelli che derivano dalla partecipazione e dalla personalità dell'analista. Anche autori successivi, pur dedicandosi ad indagini cliniche e teoriche che esulavano dalla teoria classica, interpretarono i fenomeni

* Giulia Belcredito, psicologa, specializzanda in psicoterapia ad indirizzo "Psicoanalisi della Relazione" presso l'Istituto SIPRe di Milano.

relazionali della situazione analitica come manifestazione dei bisogni del paziente, senza interrogarsi a sufficienza sul ruolo giocato dai propri interventi, dal proprio modo di essere o dai propri pregiudizi teorici; basti pensare a come Melanie Klein (1957) attribuisse ogni resistenza alle interpretazioni dell'analista all'invidia del paziente, oppure a come Kohut (Mitchell, 1988) ritenesse che l'insorgere di un transfert gemellare o idealizzante dipendesse esclusivamente dai bisogni infantili insoddisfatti dell'analizzando.

Il modello relazionale, al contrario, propone un'idea di relazione alla quale sia analista che paziente prendono parte con la propria storia, i propri bisogni, le proprie conoscenze e competenze. All'interno della coppia analitica, quindi, non solo non può esistere un osservatore realmente neutrale, ma è proprio dall'influenza reciproca di menti diverse che sorgono nuovi significati. Sottovalutare il proprio apporto all'interno di una relazione significa perdere delle informazioni importanti su ciò che sta accadendo, ma soprattutto rischiare di fraintendere le dinamiche in atto, mistificando il vissuto dell'altro invece di riconoscerlo.

Descrivere l'uomo come un sistema chiuso o aperto, l'analista come un osservatore neutrale o influente, l'apparato psichico come sottoposto a leggi idrauliche o come interfaccia cangiante fra infiniti stimoli interni ed esterni non è solo una scelta teorica razionale e consapevole. Ogni epoca storica, infatti, porta con sé un'idea di conoscenza che inevitabilmente incide su ciò che l'uomo crede di poter capire e scoprire.

Il presente elaborato si propone di seguire brevemente l'evoluzione del concetto di relazione nella pratica analitica, cercando di rilevare gli aspetti epistemologici che sottostanno ad un tale cambiamento di prospettiva.

La relazione analitica secondo Freud

In "Etiologia dell'isteria" (1896), Freud appoggia la tesi di Breuer secondo cui: «I sintomi dell'isteria devono la propria determinazione a esperienze particolarmente traumatiche nella vita del malato, che sono riprodotte nella forma di simboli mnestici nella sua vita psichica». Il metodo catartico utilizzato da Breuer non si limita a sospendere il sintomo tramite l'ordine del medico, ma mira a far emergere il ricordo dell'evento traumatico in stato d'ipnosi con lo scopo di operare una «rettifica del decorso psichico». Laddove la scena evocata appaia priva di una sufficiente «forza traumatica», significa che dietro a quella se ne nasconde un'altra, più antica e più significativa.

I ricordi traumatici, spiega Freud, sono legati l'uno all'altro come gli anelli di una catena e, risalendo il percorso verso l'origine del sintomo, si raggiunge inevitabilmente il «campo dell'esperienza sessuale». In particolare, secondo Freud, nella storia infantile di ogni paziente affetto da isteria, si dovrebbe poter rintracciare un episodio di stimolazione sessuale da parte di un adulto. Tali avvenimenti predisporrebbero il soggetto all'insorgere dell'isteria, ma solo in un secondo momento «Le esperienze sessuali infantili [...] non producono i sintomi isterici immediatamente, ma rimanendo inizialmente inattive esplicano un'azione patogena solo più tardi, quando, dopo la pubertà, vengono ridestate nella forma di ricordi inconsci» (Freud, 1896). Nel 1896, infatti, Freud non ha ancora elaborato la teoria sulla sessualità infantile e concepisce il bambino come un soggetto passivo incapace di interpretare le azioni di un adulto come seduzioni sessuali; tali episodi, quindi, permangono come tracce mnestiche prive di affetto e vengono investite di energia libidica solo durante la pubertà. Connotato sessualmente, il ricordo diventa intollerabile e scatena un conflitto psichico che si risolve con la sua rimozione dalla coscienza. Tracce mnestiche successive, riguardanti avvenimenti meno traumatizzanti, si associano a quella originaria, scatenando reazioni isteriche apparentemente ingiustificate: «Non è l'ultima offesa, in sé minima, quella che ha provocato il pianto spasmodico, la crisi di disperazione, il tentativo di suicidio, infirmando così il principio della proporzionalità

tra causa e effetto; questa piccola offesa attuale ha invece destato e attivato il ricordo di così tante e più profonde offese precedentemente subite» (Freud, 1896).

Questa prima teoria sull'etiologia dell'isteria, fondandosi sull'ipotesi di un trauma reale, attribuisce grande importanza agli scambi relazionali fra bambino e adulto; tuttavia, la scarsa conferma clinica porterà Freud a riconsiderare l'entità del trauma che, da reale, diventerà fantasmatico. L'attenzione di Freud si sposta quindi sul mondo intrapsichico del paziente, poiché, se l'origine della patologia non è collocabile all'esterno, deve essere necessariamente rintracciabile all'interno del soggetto.

Ne "L'interpretazione dei sogni" (1900), Freud descrive un apparato psichico governato da principi energetici, mentre con i "Tre saggi sulla teoria sessuale" (1905) illustra lo sviluppo della pulsione libidica durante i primi anni di vita. Proprio in quest'ultima opera, Freud descrive l'essere umano come pervaso da pulsioni (tensioni fisiche accompagnate da rappresentazioni psichiche) che esercitano una pressione sulla psiche finalizzata al soddisfacimento e, di conseguenza, ad una piacevole riduzione della tensione; per il bambino, quindi, le persone che gli stanno attorno rappresentano semplicemente oggetti tramite cui sfogare le pulsioni.

L'istinto sessuale, presente fin dalla prima infanzia, attraversa diverse fasi di maturazione che, da autoerotico e polimorfo, lo portano ad essere unificato e diretto verso l'esterno. Alcuni istinti parziali possono presentare una particolare intensità costituzionale che ne determina la fissazione a fasi precoci di sviluppo: queste quote di libido non vengono né sublimare né integrate nella sessualità adulta, ma rimosse e convertite in sintomi nevrotici. Il ruolo dei caregivers nello sviluppo libidico è quindi marginale, poiché esso è determinato geneticamente. Si delinea, così, una concezione di apparato psichico meccanicistico e pulsionale, pregno di contenuti mentali che precedono l'esperienza sociale (Mitchell, 1988).

Nonostante la predilezione per la dimensione intrapsichica, Freud si accorge presto di come la qualità della relazione fra medico e paziente incida sulla cura: negli "Studi sull'isteria" (1895), ad esempio, osserva come le resistenze nelle associazioni libere insorgano particolarmente quando le sue pazienti si sentono trascurate e offese, oppure temono di diventare eccessivamente dipendenti.

In "Dinamica della traslazione" (1912a) Freud scrive: «Ogni uomo ha acquisito, per l'azione congiunta della sua disposizione congenita e degli influssi esercitati su di lui durante gli anni dell'infanzia, una determinata indole che caratterizza il modo di condurre la vita amorosa, vale a dire le condizioni che egli pone all'amore, le pulsioni che con ciò soddisfa e le mete che si prefigge. Ne risulta per così dire un cliché che nel corso della sua esistenza viene costantemente ripetuto [...] Se il bisogno d'amore di un individuo non è stato completamente appagato dalla realtà, egli è costretto ad avvicinarsi con rappresentazioni libidiche anticipatorie ad ogni nuova persona che incontra [...] È dunque normalissimo e comprensibile che l'investimento libidico, parzialmente insoddisfatto, tenuto in serbo con grande aspettativa dell'individuo, si rivolga anche alla persona del medico».

Freud (1912a) ritiene che, all'interno di ogni relazione, intervengano impulsi libidici con differenti gradi di maturazione: una parte di questi impulsi risulterà normalmente sviluppata, diretta verso la realtà esterna e accessibile alla coscienza; diversamente, un'altra parte di impulsi libidici, quella che ha subito degli arresti nel corso del suo sviluppo, si manifesterà nella relazione rimanendo del tutto inconscia. Se la parte conscia della relazione può assumere caratteri di simpatia e apprezzamento o moderata ostilità, la parte inconscia ha sempre a che vedere con impulsi di tipo sessuale risalenti all'infanzia. Il transfert facilita l'instaurarsi di un rapporto confidenziale finché prevale la parte ammissibile alla coscienza, mentre diventa una resistenza al trattamento quando gli impulsi erotici o aggressivi rimossi sopraffanno la relazione. Nei malati nevrotici, gli impulsi inconsci appaiono accresciuti e regrediti alla fase infantile, per questo il medico non potrà che assumere su di sé un'immagine proveniente dal passato del paziente. Il trattamento analitico «si propone di rintracciare la libido, di renderla nuovamente accessibile alla coscienza e capace infine di porsi al servizio

della realtà [...] Per liberare la libido occorre superare questa attrazione dell'inconscio, occorre dunque eliminare la rimozione, nel frattempo stabilitasi nell'individuo, delle pulsioni inconsce e delle loro produzioni» (Freud, 1912a).

Freud (1986) definisce il dominio dei fenomeni di transfert come la più grande difficoltà del lavoro psicoanalitico, poiché gli impulsi inconsci lottano per riprodursi nelle relazioni attuali, oltre ogni limite temporale, mentre il compito del medico consiste nel riallacciarli alle circostanze in cui si sono originati, trasformandoli in ricordi accessibili alla coscienza.

In "Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico" (1912b), Freud suggerisce di mantenere al cospetto del paziente una «attenzione fluttuante» e un atteggiamento da «chirurgo, il quale mette da parte tutti i suoi affetti», di orientare il proprio inconscio verso quello del paziente «come il ricevitore del telefono rispetto al microfono trasmittente», di essere impenetrabile «come una lastra di specchio» che rimanda al paziente soltanto la sua stessa immagine. L'analista deve essere in grado di elaborare gli stimoli colti dal proprio inconscio senza resistenze e, per riuscirci, deve sottoporsi ad una «purificazione psicoanalitica» che lo renda consapevole di quei complessi esistenti in lui che potrebbero ostacolare la comprensione del paziente.

L'analista, quindi, è incoraggiato ad analizzare il proprio mondo intrapsichico, ma non per capire come esso entri in relazione con l'altro, quanto per essere in grado di accogliere l'inconscio del paziente senza omissioni e distorsioni. Se questo da un lato cela un'idea di conoscenza positivista in cui l'osservatore crede di non incidere sull'oggetto osservato, dall'altro rivela il timore che il trattamento analitico possa essere assimilato ai precedenti metodi suggestivi. Freud, infatti, pur essendo consapevole dell'influenza che l'analista può arrivare ad esercitare sul paziente, desidera che la disciplina psicoanalitica venga considerata una scienza al pari di quelle naturali; nel saggio "Osservazioni sull'amore di traslazione" (1915), scrive: «Lo psicoanalista sa bene di lavorare con forze altamente esplosive e di dover procedere con le stesse cautele e la stessa coscienziosità del chimico. Ma quando mai si è interdetto al chimico l'uso delle sostanze esplosive che gli sono necessarie per l'opera sua, a cagione della loro pericolosità? È singolare che la psicoanalisi debba conquistarsi per proprio conto e di ben nuovo quelle libertà che sono da tempo riconosciute alle altre attività mediche».

La grande attenzione che Freud dimostra per i fenomeni di transfert sembra a tratti presagire un superamento del modello economico in favore di una teoria maggiormente focalizzata sulla relazione; per Freud, tuttavia, lo scopo dell'analisi rimane sempre quello di attaccare la rimozione e liberare la libido attraverso l'interpretazione (Minolli, 1993). In "Ricordare, ripetere e rielaborare" (1914), infatti, Freud ripercorre brevemente il percorso della psicoanalisi suddividendolo in tre fasi: nella prima si mira all'abreazione, risalendo all'origine del sintomo tramite l'ipnosi; nella seconda, l'obiettivo rimane quello di rintracciare le circostanze che hanno dato forma al sintomo, ricorrendo però alle associazioni libere e all'interpretazione; nella terza ed ultima fase, infine, l'analista non tenta più di individuare un momento particolare della storia passata del paziente, ma si limita ad analizzarne le resistenze attuali, affinché egli possa ricordare più facilmente. Al di là di queste diverse tecniche, tuttavia, Freud specifica come lo scopo del trattamento rimanga invariato: «Da un punto di vista descrittivo, consiste nel completamento delle lacune della memoria, da un punto di vista dinamico, nel superamento delle resistenze dovute alla rimozione» (Freud, 1914).

Anche l'interpretazione della coazione a ripetere svelata dal transfert, quindi, non viene concepita come mezzo per riflettere sulle strategie relazionali del paziente, ma piuttosto come strumento di liberazione della libido fissata a precedenti stadi di sviluppo (Minolli, 1993).

Dopo Freud

Nelle teorie psicologiche e psicoanalitiche post-freudiane, si dedica una sempre maggior attenzione al ruolo delle relazioni primarie nello sviluppo della psiche umana. Mitchell (1988) raccoglie queste teorie in tre gruppi:

- 1) Il primo gruppo reputa genetica la motivazione alle relazioni sociali; ne fa parte la teoria dell'Attaccamento secondo cui il bisogno di vicinanza è primario, non subordinato ad altri bisogni biologici come nella teoria pulsionale. La prossimità del bambino alla madre è mediata da cinque comportamenti istintivi: la suzione, il sorriso, l'aggrapparsi, il pianto e la capacità di seguire. Se l'attaccamento fosse la conseguenza di altre pulsioni fondamentali come sostiene Freud (1905), si dovrebbero osservare nel neonato dei tentativi per apprendere a relazionarsi con la madre; al contrario, la ricerca in campo neonatale dimostra come il bambino sia rivolto verso l'esterno fin dai primi giorni di vita.
- 2) Il secondo gruppo ritiene che la spinta verso la socialità sia intenzionale: l'essere umano sviluppa forti attaccamenti perché li desidera profondamente. Alcuni autori appartenenti alla teoria delle Relazioni Oggettuali hanno raggiunto queste conclusioni osservando la devozione che i bambini maltrattati dimostrano verso i genitori che abusano di loro. Se la relazione nascesse da una spinta pulsionale tesa all'ottenimento del piacere, l'oggetto dell'attaccamento sarebbe intercambiabile; al contrario, come aveva osservato anche Freud (1920), le persone appaiono spesso legate ad oggetti ed esperienze frustranti.
- 3) Il terzo gruppo considera la motivazione alla relazione determinata dalla capacità riflessiva dell'essere umano. Lo sviluppo ed il mantenimento del senso di sé costituiscono una motivazione umana primaria, ma implicano un processo complesso che necessita della presenza dell'altro: il bambino, infatti, impara a conoscere se stesso attraverso lo sguardo e le cure dei genitori. Secondo Winnicott, ad esempio, un Sé solido nasce all'interno di un ambiente facilitante in cui la madre interpreta e soddisfa i bisogni del bambino, illudendolo di essere onnipotente, cioè in grado di creare ciò che gli serve; tale illusione verrà in seguito gradualmente abolita, ma il Sé continuerà a percepirsi come reale ed efficace. Kohut, invece, attribuisce la formazione di un Sé sano alla capacità dei genitori di fungere da oggetti-Sé in grado di rispecchiare la grandiosità del bambino ed offrirsi come oggetti da idealizzare; un Sé che può rispecchiarsi o identificarsi con un oggetto idealizzato sente di esistere e di avere un valore che permane anche dopo l'inevitabile frustrazione del narcisismo infantile.

Come evidenzia Mitchell (1988), gli psicoanalisti che sostengono la determinazione genetica della relazione focalizzano l'attenzione sul modo in cui tale esigenza si manifesta, gli autori che condividono l'ipotesi della relazione intenzionale si rivolgono soprattutto al polo oggettuale, mentre quelli che interpretano la relazione come mezzo di auto-definizione prediligono lo studio del Sé. In ognuno di questi approcci, tuttavia, l'oggetto di analisi rimane la matrice relazionale, a differenza della teoria freudiana concentrata sulle pulsioni, sulle fantasie e sulle angosce individuali.

Il modello pulsionale non è rimasto impermeabile ai successivi sviluppi relazionali, tuttavia, esistono diversi gradi di compenetrazione e influenza reciproca fra questi due paradigmi. Alcuni autori, ad esempio, sostengono che le teorie relazionali siano implicite nel modello pulsionale e che, quindi, non occorra redigere un nuovo lessico: le stesse definizioni possono essere utilizzate con sfumature nuove, a costo di attribuirvi un significato diverso da quello originario. Altri studiosi tentano di accostare il modello relazionale a quello pulsionale, anche senza una vera e propria integrazione; in questo caso, la tendenza è quella di avvalersi di teorie diverse per spiegare fenomeni diversi, diminuendone il potere esplicativo e

rinunciando ad esplorarne le differenze.

Mitchell (1988) ritiene invece che il modello pulsionale e quello relazionale siano abbastanza completi da inquadrare ogni dimensione dell'esperienza umana e che, di conseguenza, valga la pena di approfondirne le diversità piuttosto che tentare di integrarli o giustapporli a tutti i costi, tenendo presente che collocarsi in un determinato campo teorico non significa perdere le indagini appartenenti ad altri punti di vista: «Scegliere un modello invece di un altro implica rinunciare a certe costruzioni teoriche, non al materiale o all'esperienza clinica» (Mitchell, 1988).

Molti degli autori citati da Mitchell (1988), pur attribuendo grande importanza alle interazioni sociali nello sviluppo del soggetto, si concentrano su aspetti parziali della relazione, tralasciandone altri: Bowlby, ad esempio, enfatizza il bisogno di sicurezza, Winnicott la creazione e la frustrazione delle illusioni primarie, Kohut la necessità di nutrire le immagini di un Sé grandioso e di un oggetto-Sé idealizzato. Ognuno di questi autori, inoltre, facendo riferimento al parametro relazionale privilegiato, propone un'idea di sviluppo sano e di sviluppo patologico.

Concependo la patologia come la conseguenza di una mancanza di cure adeguate durante lo sviluppo, si corre il rischio di pensare alla psicoterapia come ad un processo riparativo e compensativo: per Winnicott, ad esempio, lo scopo dell'analisi consiste nel recupero del vero Sé sepolto da una madre poco responsiva, per Kohut nel contenimento di un Sé frammentato attraverso l'accoglimento empatico delle fantasie grandiose ed idealizzanti. In entrambi i casi, il materiale clinico viene letto alla luce di una teoria precisa che sicuramente mette in evidenza certe aree dell'esperienza del soggetto, ma ne oscura altre che potrebbero essere altrettanto importanti. L'analista, inoltre, può finire col porsi come figura in grado di colmare le lacune della storia personale del paziente.

Quando ci si affida a teorie eccessivamente sature di contenuti (che propongono dettagliate fasi di sviluppo e ricercano per ogni fenomeno patologico un'origine coerente con presupposti teorici rigidi e precisi), si corre il rischio individuare deboli legami causali fra eventi del passato e comportamenti attuali, sottovalutando l'esperienza complessiva del paziente e la capacità di intervenire creativamente nell'attribuzione di significato agli eventi della vita.

L'analisi esistenziale fenomenologica (Galimberti, 1994) costituisce un esempio di come sia possibile discostarsi da spiegazioni che riducono i fenomeni a modelli teorici aprioristici, preferendo un'analisi descrittiva del modo in cui una persona affronta la propria esistenza. Da questo punto di vista, «le disfunzioni altro non sono che funzioni di una certa strutturazione presenziale, ossia di un certo modo di essere nel mondo» (Galimberti, 1994) e la comprensione del soggetto non passa attraverso classificazioni nosografiche o schemi teorici, ma si raggiunge prestando attenzione al suo modo di giudicare la realtà, di assegnare significati alle cose. In altre parole, è l'esistente stesso che offre la chiave interpretativa della propria esistenza. Nell'ottica fenomenologica, la sofferenza psichica insorge quando l'essere gettato nel mondo ha il sopravvento sul proprio progetto nel mondo e «l'esistente rassegna il suo poter essere a una possibilità già data, a una possibilità inautentica perché non sua, ma semplicemente fatta sua» (Galimberti, 1994).

Una prospettiva relazionale

Tronick (2008) descrive gli esseri umani come sistemi biologici aperti che, in una continua tensione fra stimoli interni ed esterni, si orientano al mantenimento di un senso di coerenza, poiché il caos genera angoscia e terrore.

Il continuo processo di costruzione di significati operato dalla mente concorre al mantenimento della

coerenza sistemica e può essere perseguito sia in solitudine che in relazione ad altri. Ogni significato elaborato socialmente rientra poi all'interno del proprio sistema individuale, diventando, ad un tempo, sia condiviso che privato. Un'interazione favorevole genera significati efficaci, permette di percepirsi connessi ad altri sistemi e produce un senso di crescita ed integrità derivante dall'acquisizione di una funzionale complessità. Il fallimento dell'interazione, viceversa, minaccia la coerenza del sistema, causando spiacevoli sentimenti di disordine, costrizione e staticità.

Ogni azione, fisica o psichica, comprese quelle definibili patologiche e sintomatiche, può essere interpretata come una strategia messa in atto dal sistema per mantenere un senso di coerenza interna; tuttavia, l'emersione di significati nuovi comporta necessariamente la temporanea perturbazione dell'organizzazione esistente. Il cambiamento, quindi, richiede sempre un certo livello di tolleranza alla confusione e all'incertezza.

Tronick (2008) considera la relazione analitica come un processo diadico di costruzione di significati, alcuni espliciti (come le narrazioni di sé del paziente e le interpretazioni dell'analista), altri impliciti e inconoscibili; in questo particolare tipo di relazione, la creazione di significati si fa più ricca e complessa, ma contemporaneamente più regolamentata e contenuta.

Anche Minolli (2009) propone di utilizzare la metafora del sistema per pensare all'uomo. Il sistema umano, definito Io-Soggetto dall'autore, è formato da parti diverse ma sempre interattive ed interdipendenti che rendono il sistema unitario; contemporaneamente, quest'unità è calata in un contesto su cui incide e da cui è influenzata. L'Io-Soggetto, quindi, è simultaneamente sia un sistema auto-organizzante (che gestisce dall'interno la propria organizzazione) che eco-organizzato (organizzato dall'ambiente che lo circonda). Ne consegue che l'Io-Soggetto si organizza nell'unico modo che gli è possibile all'interno di determinate condizioni interne ed esterne (condizioni genetiche, familiari, ambientali, culturali, ecc.). Le motivazioni per le quali un sistema assume un certo assetto, quindi, non vanno ricercate solo nella storia passata dell'Io-Soggetto, poiché esso si rimodella costantemente.

La sofferenza psichica emerge nei processi di cambiamento: il passaggio da un'organizzazione rodada ad un nuovo stato di coerenza sistemica, infatti, comporta disordine, incertezza, disorientamento. Nei momenti più dolorosi, la ricerca dell'altro rientra nelle strategie utilizzabili per recuperare stabilità, tuttavia, la sofferenza intesa come riassetto del sistema non può essere né estirpata né annullata. Lo scopo dell'intervento analitico, quindi, consiste soprattutto nell'aiutare il paziente ad interrogarsi su di sé e sulle proprie soluzioni, fino ad ottenere una visione più chiara della propria organizzazione; non si tratta semplicemente di un'acquisizione di auto-consapevolezza, ma di un processo di accettazione del proprio stato che avviene anche ad un livello inconsapevole e non narrativo. Il raggiungimento di una maggiore confidenza con le proprie reali risorse, rende possibile la creazione (sia intenzionale che involontaria) di nuove soluzioni.

Quella dei sistemi aperti non lineari è una teoria insatura: essa fornisce una metafora utile per pensare al funzionamento dell'essere umano, ma non prescrive soluzioni ottimali, non stabilisce aprioristicamente cosa sia normale o patologico, non impone significati predeterminati all'esperienza del soggetto. L'analista, quindi, non si propone come portatore di verità sconosciute al paziente e non pretende di conoscere quali siano le soluzioni migliori per un sistema diverso da sé, tuttavia, garantisce un metodo: il perseguimento di uno stato di Presenza a se stessi (Minolli, 2009).

In quest'ottica, concetti come quelli di transfert o interpretazione non possono mantenere lo stesso significato che possiedono all'interno del modello pulsionale. Minolli (1993) rileva come, nel concetto freudiano di interpretazione, si riscontri una mortificazione dell'Io-Soggetto: laddove inconscio, difese e resistenze vengono ridotti ad una dinamica pulsionale considerata oggettiva e meccanica, infatti, si dissolve ogni possibile significato soggettivo. In una prospettiva relazionale, si sostituisce l'impostazione positivista

che pretende di studiare il mondo intrapsichico del paziente in modo oggettivo con l'idea che la conoscenza nasca all'interno della relazione analitica, in cui paziente e analista si trovano ad essere entrambi presenti, agenti ed influenti. Gli interventi e le interpretazioni dell'analista non mirano all'abolizione della rimozione, quanto piuttosto al mettere in evidenza i diversi aspetti dell'organizzazione e delle modalità relazionali del soggetto.

Non rivolgendosi ad un apparato governato da leggi meccaniche, l'interpretazione non innescherà alcun effetto automatico ed immediato. Le resistenze opposte ad ogni nuova possibilità riflessiva nascono dal timore di perdere se stessi insieme alle proprie soluzioni familiari. La disponibilità del paziente nel cogliere il proprio funzionamento, quindi, è un fattore fondamentale nell'acquisizione di riflessività. Anche Freud, in "Ricordare, ripetere e rielaborare" (1914), scrive: «Dalla semplice menzione della resistenza non può risultare la sua immediata scomparsa. Si deve lasciare all'ammalato il tempo di immergersi nella resistenza a lui ignota, di rielaborarla, di superarla»; tuttavia, le resistenze rimarranno sempre un problema teorico significativo per il modello pulsionale, tanto da far ipotizzare a Freud (1920) l'esistenza di una pulsione di morte.

L'interpretazione freudiana, intesa come strumento la cui efficacia dipende dal grado di correttezza, non solo identifica l'analista come il detentore di una conoscenza esclusiva, ma attribuisce un potere terapeutico illimitato alla sola dimensione verbale. Levenson (1996) definisce questa fede nell'atto interpretativo «fallacia di Rumpelstiltskin», riferendosi al malvagio folletto della fiaba dei fratelli Grimm che scompariva magicamente non appena qualcuno riusciva ad indovinarne il nome.

Esistono dimensioni procedurali non simboliche che incidono sul modo di percepire la realtà, di entrare in relazione con gli altri, di selezionare quali parti della propria esperienza condividere a livello narrativo: la regolazione degli affetti, la gestione delle distanze personali, la valutazione intuitiva dei gesti e delle espressioni altrui, la ricaduta di apprendimenti passati sulle azioni attuali, ecc. Ognuna di queste facoltà entra in gioco nell'interazione, sia da parte del paziente che dell'analista. La dimensione pragmatica ed implicita della comunicazione veicola significati che vanno al di là di quelli espressi verbalmente e, al pari dei contenuti consci, anch'essa si modifica e si evolve all'interno della relazione (Albasi, 2009).

Naturalmente la narrazione di sé e gli interventi dell'analista sono parti fondamentali del processo terapeutico; tuttavia, l'aspetto pragmatico della comunicazione conta tanto quanto quello contenutistico. Le parole, infatti, non sempre esprimono al meglio la reale esperienza del soggetto, come spiega Zeno Cosini, il personaggio di Italo Svevo (1923), pensando al proprio psicoanalista: «Se egli sapesse come raccontiamo con predilezione tutte le cose per le quali abbiamo pronta la frase e come evitiamo quelle che ci obbligherebbero di ricorrere al vocabolario! È proprio così che scegliamo dalla nostra vita gli episodi da notarsi. Si capisce come la nostra vita avrebbe tutt'altro aspetto se fosse detta nel nostro dialetto».

L'organizzazione dell'Io-Soggetto si rivela nella relazione e non può essere osservata né compresa in modo asettico e oggettivo. Ogni interpretazione dell'analista non può che essere un'interpretazione dell'interazione creata nel setting (Minolli, 1993). Nella stanza d'analisi, il paziente propone le proprie soluzioni organizzative e relazionali, alla ricerca di riconoscimento e conferma. Nell'incontro autentico con l'alterità, tuttavia, diventa possibile sperimentare la diversità, immaginare nuovi significati e mettere in discussione i propri; sebbene un incontro di questo tipo si possa verificare anche al di fuori della relazione analitica, essa nasce proprio con questo obiettivo ed offre la possibilità di svelarsi in uno spazio strutturato, con una tempistica ponderata ed uno sguardo attento alla dinamica relazionale.

In quest'ottica, non può esistere un transfert scaturito dai bisogni del paziente a prescindere dalla personalità dell'analista e dalle scelte di campo. La forma assunta dall'interazione si genera nell'incontro ed è sempre espressione dell'organizzazione di entrambi i sistemi.

Conclusioni

La psicoanalisi nasce dalla modernità e si configura in base ad un particolare modo di concepire la scienza e la conoscenza. La cultura occidentale di fine Ottocento è permeata da valori quali l'individualismo, il razionalismo e la fiducia nel progresso. Dal punto di vista scientifico, il modello di riferimento è ancora quello positivista, secondo cui la realtà può essere osservata in modo oggettivo e compresa applicando leggi prevedibili e ripetibili di stampo newtoniano; i fenomeni che esulano da schemi di questo tipo sono da ascrivere al campo filosofico, considerato intrinsecamente non scientifico (Albasi, 2009).

Freud, inevitabilmente sottoposto all'influsso dell'epistemologia moderna, aspira alla creazione di una disciplina scientifica caratterizzata da leggi stabili e generalizzabili; per ottenere tale risultato, egli mutua dalla fisica il concetto di energia, dall'evoluzionismo l'idea di uno sviluppo lineare e progressivo, dalla scienza di laboratorio la convinzione di poter sezionare l'apparato psichico in modo asettico e neutrale (Assoun, 1981). Da tali presupposti epistemologici deriva un modello di psiche meccanicistico e pulsionale, una teoria dello sviluppo fondata su un rigido concetto di causalità lineare e la predilezione per un punto di vista intrapsichico. La dimensione soggettiva e relazionale viene presa in considerazione esclusivamente come perturbazione del processo analitico.

Anche in seguito, nonostante gli sviluppi della disciplina e l'ampliamento dei campi di applicazione, persiste un concetto di sviluppo lineare ed una visione della mente come sistema chiuso, almeno nelle prime fasi dello sviluppo. Margaret Mahler teorizza l'esistenza di una fase autistica, Melanie Klein pone la scissione dell'oggetto e le fantasie che ne conseguono alla base delle prime interazioni col mondo, Winnicott e Kohut ipotizzano un narcisismo precoce che aliena il neonato dalla realtà (Mitchell, 1988).

Le più recenti vicende storiche hanno portato con sé cambiamenti sociali e culturali che non hanno condizionato solo l'esperienza quotidiana dell'uomo e le motivazioni che lo spingono a ricercare una psicoterapia, ma anche i principi epistemologici con cui si muovono le scienze contemporanee. I valori forti della modernità sono stati gradualmente sostituiti da concetti quali la relatività, la molteplicità, l'indeterminatezza. Sempre di più, fenomeni complessi vengono studiati secondo logiche di causalità circolare e la conoscenza viene intesa come un'arte ermeneutica che non comprende l'assolutezza e la definitività (Albasi, 2009).

L'Infant Research descrive una mente umana irriducibile ad un numero finito di variabili, da subito orientata alla relazione. Oggi sappiamo che, a pochi giorni dalla nascita, il bambino riconosce il sapore del latte materno, i suoni, le voci e i volti familiari: al termine della gestazione, infatti, la corteccia somato-sensoriale e quella motoria risultano più sviluppate rispetto ad altre aree del cervello, garantendo una prima via d'accesso al mondo esterno che precede di molto l'apprendimento del linguaggio, il costituirsi di una coscienza riflessiva e la prima manifestazione di una teoria della mente dell'altro (Manfredi, Imbasciati, 2004).

Le neuroscienze esplorano i diversi gradi di elaborazione degli stimoli interni ed esterni, rivelando reazioni impensate al contatto con l'altro. I neuroni specchio della corteccia motoria permettono di leggere le intenzioni e le emozioni altrui in modo completamente diretto, implicito e corporeo, cogliendo negli altri ciò che appartiene a sé: "Noi non ci creiamo solo una descrizione oggettiva in terza persona di ciò che gli altri sono e fanno a noi e con noi. Quando li incontriamo, possiamo fare esperienza degli altri come sé corporei, in modo simile a come facciamo esperienza di noi stessi" (Ammaniti, Gallese, 2014).

L'uomo contemporaneo si trova a dover conciliare una molteplicità di ruoli, di appartenenze, di informazioni mutevoli, di possibilità di scelta e spesso il malessere lamentato non riguarda manifestazioni sintomatiche ben definite, ma piuttosto qualcosa che ha a che fare con il proprio senso di vitalità, di

autenticità, di efficacia nell'instaurare relazioni soddisfacenti (Albasi, 2009). Il ragionamento clinico ed il processo diagnostico tendono a discostarsi dalle classificazioni nosografiche per concedere sempre più spazio ai vissuti soggettivi, alla specificità del paziente e ad una valutazione complessiva del funzionamento del soggetto (McWilliams, 1994).

In ogni campo della scienza, i modelli riduzionistici lasciano il passo allo studio di fenomeni complessi che implicano l'incertezza della conoscenza e la necessità di riflettere prima di tutto sulle qualità dell'osservatore (Morin, 1999).

La psicoanalisi non può restare immune all'evoluzione epistemologica e non può evitare lo studio della relazione, poiché solo in essa si dispiegano le menti di coloro che vi partecipano. Ciononostante, la relazione analitica rimane una relazione strutturata, sottoposta a regole stabili, definite e condivise che permettono la rilevazione dei cambiamenti interattivi (a parità di condizioni di campo) e il perseguimento di un obiettivo congiunto: aiutare il paziente a percepirsi come un soggetto che, nonostante tutte le variabili stabilite dal caso, può incidere attivamente sulla propria vita (Minolli, 1993).

L'analista, come il paziente, non può svincolarsi dai propri preconcezioni, dalla propria storia, dalla propria cultura, dalla propria teoria, dai propri bisogni, tuttavia, può scegliere di mantenere uno sguardo analitico su di sé e sulla relazione, a costo di mettere in discussione la propria posizione. Esistono dinamiche personali e relazionali che agiscono implicitamente e vengono colte solo in un secondo momento, altre che rimangono del tutto sommerse (Levenson, 1996), tuttavia, ciò che l'analista offre al paziente non è la promessa di una comprensione assoluta, ma una sincera disponibilità nel riconoscere la sua esperienza (Minolli, 1993).

Emmanuel Ghent (1990) definisce il masochismo come una perversione del desiderio di resa, dove per resa s'intende un processo liberatorio di conoscenza ed accettazione di sé. Questa esigenza di scoprirsi, di sentirsi vivi ed autentici agisce come una spinta verso un territorio sconosciuto, ma comporta timori di annientamento e dissoluzione. Quando il soggetto sente di non poter prendere in mano questa tensione misteriosa finisce col delegare ad altri la scoperta della propria identità e la resa si trasforma in sottomissione. In questo senso, l'analista rimane a fianco del paziente senza accettare deleghe, mostrandogli che può esistere una relazione diversa dalla sottomissione e dalla prevaricazione: una relazione in cui ci si arrende solo a se stessi, in cui è possibile prendere confidenza con le proprie paure, le proprie fragilità e la propria solitudine, senza per questo sentirsi persi.

Bibliografia

- Albasi C. (2009). *Psicopatologia e ragionamento clinico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ammaniti M., Gallese V. (2014). *La nascita della intersoggettività. Lo sviluppo del sé tra psicodinamica e neurobiologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Assoun P. (1981). Trad. it. *Introduzione all'epistemologia freudiana*. Roma: Theoria, 1988.
- Freud S., Breuer J. (1895). Trad. it. *Studi sull'isteria*. OSF, Vol. I, Torino: Bollati Boringhieri, 1968.
- Freud S. (1896). Trad. it. *Etiologia dell'isteria*. OSF, Vol. II, Torino: Bollati Boringhieri, 1968.
- Freud S. (1900). Trad. it. *L'interpretazione dei sogni*. OSF, Vol. III, Torino: Bollati Boringhieri, 1966.
- Freud S. (1905). Trad. it. *Tre saggi sulla teoria sessuale*. OSF, Vol. IV, Torino: Bollati Boringhieri, 1970.
- Freud S. (1912a). Trad. it. *Dinamica della traslazione*. OSF, Vol. VI, Torino: Bollati Boringhieri, 1974.
- Freud S. (1912b). Trad. it. *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*. OSF, Vol. VI, Torino: Bollati Boringhieri, 1974.
- Freud S. (1914). Trad. it. *Ricordare, ripetere e rielaborare*. OSF, Vol. VII, Torino: Bollati Boringhieri, 1975.
- Freud S. (1915). Trad. it. *Osservazioni sull'amore di traslazione*. OSF, Vol. VII, Torino: Bollati Boringhieri, 1975.
- Freud S. (1920). Trad. it. *Al di là del principio di piacere*. OSF, Vol. IX, Torino: Bollati Boringhieri, 1977.
- Galimberti U. (1994). Trad. it. *Psichiatria e fenomenologia*. Milano: Feltrinelli Editore.

- Ghent E. (1990). Masochism, submission, surrender. Masochism as a perversion of surrender. *Contemporary Psychoanalysis*, 26: 108-136.
- Grimm J., Grimm W. Tremotino. In: *Fiabe*. Milano: Mondadori Editore, 1990.
- Klein M. (1957). Trad. it. *Invidia e gratitudine*. Milano: Giunti Editore, 2012.
- Levenson E. A. (1996). The politics of interpretation. *Contemporary Psychoanalysis*, 32, 4: 631-648.
- McWilliams N. (1994). Trad. it. *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Casa Editrice Astrolabio, 1999.
- Minolli M. (1993). *Studi di psicoterapia psicoanalitica*. Genova: Centro Diffusione Psicologia.
- Minolli M. (2009). *Psicoanalisi della relazione*. Milano: Franco Angeli.
- Mitchell S.A. (1988). Trad. it. *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi. Per un modello integrato*. Torino: Bollati Boringhieri, 1993.
- Morin E. (1999). Trad. it. *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2001.
- Svevo I. (1923). *La coscienza di Zeno*. Milano: Mondadori Editore, 2001.
- Tronick E. (2008). Multilevel meaning making and dyadic expansion of consciousness theory. In: Fosha D., Siegel D., Solomon M., editors, *The healing power of emotion*. New York: Norton.