

Darlene Bregman Ehrenberg ¹

Ricerca Psicoanalitica, 2006, Anno XVII, n. 3, pp. 295-314.

LA NATURA DELL'AZIONE TERAPEUTICA: UN CAMBIAMENTO RADICALE DI PENSIERO SUL PROCESSO DI CAMBIAMENTO E SULLA NATURA DELLA PARTECIPAZIONE DELL'ANALISTA²

Traduzione di Maria Pia Roggero.

SOMMARIO

L'Autrice mette a fuoco la natura interattiva/interoggettiva del campo analitico e il fatto che analista e paziente sono sempre vulnerabili alla collusione e all'enactment. Inoltre sostiene che sia necessario un cambiamento radicale di pensiero riguardo al processo analitico, i dati dell'analisi, il ruolo dell'analista nel processo e riguardo a ciò che l'analista pensa del processo di cambiamento e dell'azione terapeutica. Cerca inoltre di illustrare, attraverso alcuni esempi, come il processo di lavoro sul filo dell'intimità della relazione analitica, implichi uno sforzo di lavoro esterno e interno alla (inter)soggettività analitica. Dimostra infine come il processo interattivo possa essere generativo tra paziente e analista e possa diventare un importante mezzo di lavoro e un importante luogo di azione terapeutica.

SUMMARY

On the nature of therapeutic action: A radical shift in thinking about the change-process and about the nature of the analyst's participation

What the Author argues here is that an appreciation of the interactive/intersubjective nature of the analytic field and of the fact that both analyst and patient are always vulnerable to unconscious collusion and enactment, requires nothing less than a radical shift in our thinking about the analytic process, the data of analysis, the analyst's role in the process, and how we think about the nature of the change-process and of therapeutic action. She tries to illustrate how the process of working at the "intimate edge" of the analytic relationship, which involves an effort to work from within the analytic (inter)subjectivity, can expand the analytic process and the analytic possibilities.

Nel mio primo lavoro *Intimate edge*, pubblicato nel 1974, sostenevo che se si pone l'accento sulla natura interattiva/intersoggettiva del campo analitico e sul fatto che analista e paziente sono sempre vittime della collusione e dell'enactment, diventa necessario un cambiamento radicale delle nostre idee sul processo analitico, sui dati dell'analisi, sul ruolo dell'analista e sulla natura del cambiamento e dell'azione terapeutica (vedi Ehrenberg 1974-2005).¹

Diventa anche necessario riconsiderare la dimensione intersoggettiva dell'analista (spesso inconscia) che

¹ Darlene Bregman Ehrenberg é autore di *Intimate Edge: Extending the Reach Of Psychoanalytic Interaction*. Esercita privatamente in New York City, é Analista di Training e Supervisore al William Alanson White Institute, é Analista Supervisore nel Post Doctoral Program in Psychoanalysis presso l'Università di New York, fa parte dell'Editorial Board di *Contemporary Psychoanalysis*, é Consulting Editor di *Psychoanalytic Inquiry*, é Associate Editor di *Psychoanalytic Dialogues*, fa parte dell'Advisory Board di IARPP (International Association for Relational Psychoanalysis and psychotherapy). E.mail: DarleneEhrenberg@worldnet.att.net

² Relazione tenuta al XIV Forum 2006 dell'International Federation of Psychoanalysis Societies (IFPS) di Roma

“interpreta” e, quanto, se non la prendiamo in considerazione, venga compromesso il processo analitico e la possibilità di seguire percorsi alternativi, anche se sul momento non sono pienamente comprensibili.

Per quanto considerata radicale nel 1974 e in certi ambienti venga considerata tale ancora oggi, questa prospettiva, e in questo c'è del paradossale, prende in considerazione il pensiero di Freud molto più seriamente di quanto non abbia fatto la psicoanalisi tradizionale. Mi sto riferendo a quanto scritto da Freud nel 1915: “É assai interessante che l'Inc. di una persona possa reagire all'Inc. di un'altra eludendo il C.” (p. 78). C'è sempre una potente dimensione inconscia in tutto ciò che emerge nel lavoro analitico, sia che parliamo sia che tacciamo.

E dal momento che succede così tanto a livello inconscio tra paziente e analista, ho anche sottolineato che quando qualche cosa di positivo (o negativo) succede nel nostro lavoro, non si è mai sicuri se quello che è successo, dipende da un nostro intervento o ne è indipendente (Ehrenberg, 1992).²

Apprezzare la dimensione intersoggettiva della relazione analitica, ossia il potere della comunicazione inconscia e della comunicazione affettiva, l'enactment e l'influenza bi-direzionale dell'inconscio, ci spinge a pensare che gli sviluppi del transfert e del controtransfert spesso rappresentano complessi enactment interattivi. Per questa ragione non va mai considerato solo il contenuto del transfert o del controtransfert, ma anche il loro significato e la loro funzione contestuale. A che cosa possono portare i differenti sviluppi del transfert e del controtransfert? Che cosa anticipano o evitano? Lo sviluppo di un particolare transfert o controtransfert serve a prevenire alcune possibilità di mutuo riconoscimento e perché? Quali sono le dinamiche interattive implicate? Che timori possono essere messi in campo circa il conoscere o l'essere conosciuti dai due partecipanti alla relazione? C'è ansia o addirittura terrore se emerge la vulnerabilità e i limiti di sé o dell'altro o degli investimenti reciproci? Ci sono aspetti di invidia e competizione? Ci sono problemi che portano a negare la separazione e la differenza? Chi veicola una determinata emozione, per chi e perché? Quali forme primitive di comunicazione (Mc Dougall, 1979) e che tipi di proibizioni o seduzioni vengono messi in gioco?

Naturalmente dobbiamo applicare questi criteri anche sul versante opposto: ciò che l'analista vede nel paziente può essere anche una risposta ad una sua determinata partecipazione (di cui l'analista magari non è conscio).³ Per questo motivo ho sostenuto che il transfert nel quale ci ritroviamo spesso è quello che ci si addice. La stessa cosa è applicabile al controtransfert.

É inoltre importante ricordare che le modalità in cui paziente e analista si ritrovano o non si ritrovano coinvolti, hanno a che vedere più con considerazioni triadiche che diadiche. L'analista può fungere da terzo rispetto ad un altro significativo della vita del paziente o può fare da terzo una persona significativa della vita del paziente rispetto all'analista, e/o il paziente può essere il terzo (nella fantasia o nella realtà) rispetto a qualcun altro, reale o immaginario, della vita dell'analista e in questo modo sia l'analista che il paziente si ritrovano coinvolti in una relazione triangolare.

Questioni triangolari sono spesso applicabili alle “libere associazioni”. Associare liberamente può essere motivato dal desiderio di sentirsi libero o dal desiderio di tradire la privacy di un'intimità con qualcuno altro, diverso dall'analista. Viceversa la resistenza all'associare liberamente può riflettere un desiderio di essere leale e di rispettare la privacy di un'altra relazione (non analitica). Le possibilità sono numerose.

Qualsiasi cosa succeda, sia che paziente e analista diventino più coerenti, più presenti, più spaventati, più concreti, più brillanti o incapaci di pensare, tutto deve sempre essere considerato come dinamica intersoggettiva e quindi verificare il tipo di enactment che potrebbe essere in gioco.

Riconoscendo il potere delle forze inconsce in campo analitico, é necessario pensare che anche l'interpretazione (o qualsiasi altro tipo di intervento), senza che l'analista se ne accorga, può rappresentare un qualche enactment. Assumere il ruolo interpretativo può inconsciamente portare entrambi, analista e paziente, a vivere l'analista o a viverci da parte dell'analista, come un'autorità dotata di potere. Oppure interpretare (o qualsiasi altro intervento) può essere un modo per tenersi fuori, staccarsi emozionalmente,

generare distanza, magari in funzione di una qualche forma di collusione. Oppure ancora interpretare può essere un modo di entrare e penetrare il paziente con tutti quei significati simbolici che questo potrebbe veicolare sia per il paziente sia per l'analista. Succede la stessa cosa quando l'identificazione proiettiva e introiettiva o altre forme di identificazione sono in gioco. Può entrare in campo una fantasia inconscia condivisa dove uno finisce dentro l'altro oppure dove uno è penetrato fisicamente dall'altro? Può esserci qualche desiderio di controllo oppure di essere controllato, di colonizzare o essere colonizzato, di cooptare o essere cooptato?

Anche il silenzio dell'analista, spesso considerato "neutrale" e dato come alternativa sicura quando non sappiamo come intervenire, può non essere per niente "sicuro" o "neutrale". Sebbene il silenzio dell'analista possa essere rispettoso, partecipativo, sintonizzato e facilitante, può però anche essere legato a qualche forma di enactment sado-maso-chi-sti-co e quindi essere tossico. Come Winnicott (1949, 1969) ha sottolineato, il silenzio dell'analista qualche volta può provocare il suicidio. Lo stesso naturalmente si può dire della disclosure, visto che può aver a che fare con qualche tipo di collusione o enactment inconscio.

Il punto nodale dell'intersoggettività, indipendentemente dal tipo specifico di coinvolgimento tra analista e paziente, è domandarci che cosa potrebbe inconsciamente succedere se eludessimo la nostra coscienza. Anche se attestati su una qualche forma riflessiva di rêverie analitica o su una qualche osservazione della interazione in atto, che si stia in silenzio o che si parli, possiamo sempre essere inconsciamente coinvolti in una qualche subdola collusione. Per questo motivo, la così detta "reazione terapeutica negativa" può non essere semplicemente una funzione della dinamica negativa del paziente, come si è spesso sostenuto. Potrebbe anche essere una reazione iatrogena a un aspetto della partecipazione del paziente della quale l'analista non si rende conto.

Lo stesso naturalmente può essere applicato all'idealizzazione o a qualsiasi altro tipo di risposta del paziente (Ehrenberg, 1974-2005). Anche le libere associazioni, come tutti sappiamo, possono essere tutt'altro che "libere". A volte invece di favorire il lavoro analitico possono ostacolarlo e diventare un tutt'uno con un certo tipo di collusione tra paziente e analista per mantenere una distanza di sicurezza o per evitare coinvolgimenti potenzialmente pericolosi.

Come possiamo allora lavorare tenendo conto delle forze inconse pre-senti nel campo analitico e dell'incidenza bi-direzionale dell'interazione analitica?

La mia opinione è che se accettiamo di non potere mai trascendere la vulnerabilità inconscia sia del paziente sia dell'analista e se prendiamo come un dato di fatto che questa è la condizione del lavoro analitico, davvero possiamo estendere le possibilità concrete dell'analisi (altrimenti lavoriamo su un'illusione). Ho sperimentato in particolare che stare molto vicino ai dati della nostra esperienza e lavorare partendo dall'interno della nostra intersoggettività - ciò che chiamo "intimate edge" della relazione - permette di strutturare un tipo di processo che diventa realmente mezzo di lavoro e luogo dell'azione terapeutica.

Lo sforzo di chiarire come ciascuno influenzi e sia influenzato dall'altro cambia realmente l'evoluzione dell'interazione. Piuttosto che interessarci agli sviluppi transferali e controtransferali, potenzialmente tossici e attuati per vie potenzialmente tortuose, se si lavora sull'intersoggettività il processo viene ad attestarsi su elementi molto minuziosi e interessanti.

Aiutare a chiarire i desideri e le tendenze a dominare o a essere dominati, a trovare qualcuno che decida per sé o a decidere noi per gli altri, verificare fino a che punto una particolare struttura interattiva possa essere erotizzata, può essere di aiuto nel chiarire come l'affermazione di un bisogno possa innescare, senza che l'altro se ne accorga, atteggiamenti seduttivi, dando luogo a enactment sado-masochistici. Può essere determinante in un'analisi avere chiaro quanto paziente e analista tendano a "colonizzarsi" o a "cooptarsi" l'un l'altro. La stessa cosa può avvenire per le diverse forme di diniego dei limiti, finalizzate a mantenere, indipendentemente dai motivi sottostanti, l'illusione di una qualche forma di "interezza" o di "fusione". Qualunque siano le possibili dinamiche, dispiegare minuziosamente ciò che questi enactment mettono in

campo, è fondamentale se si vuole sostenere l'evoluzione del processo analitico. Diversamente, una risposta positiva a un'interpretazione brillante, dove fattore fondamentale rischia di essere la gratificazione del desiderio di essere preso in cura, potrebbe rientrare, a giusto titolo, nella categoria di ciò che potremmo pensare come "cura di transfert"

Seguendo la visione intersoggettiva, la definizione di "processo analitico" viene rivoluzionata.

Quando un paziente idealizza l'analista e/o mette a maggesi la sua abilità di pensare o di "vedere", esplorare le inafferrabili modalità interattive sottostanti è diverso dal permettere che l'illusione e la collusione implicate siano subite. Se ci sono problemi nel trattare con un altro imperfetto (in un mondo imperfetto) questi possono essere affrontati. Situazioni queste ben diverse da quelle in cui si cerca di raggiungere un buon oggetto cercando di essere un buon oggetto.

In genere, l'idealizzazione dell'analista è risposta ad una configurazione inconscia che il paziente coglie nell'analista oppure possiamo pensare che il paziente stia manipolando l'analista giocando con le sue vulnerabilità narcisistiche (Ehrenberg, 2005), oppure ancora può esserci in campo qualche altro tipo di legame.

Chi sta spingendo verso che cosa? Indotto da chi? Chi sta rispondendo a qualcosa, a chi e come? E come si palesa quel particolare modo di strutturare la relazione, investita eroticamente (oppure no), per paziente o analista o per ambedue?

Focalizzarsi su come la capacità di pensare o simbolizzare può essere compromessa, permette di esplorare i conflitti e le ansie che riguardano il pensare o il simbolizzare. Non sto parlando dell'abituale funzione di pensiero dell'analista che fornisce delle "interpretazioni". Interpretare nell'ottica intersoggettiva ossia prendere in considerazione le forze che provengono da entrambi, porta realmente l'analista a precludersi l'assunzione di un "ruolo" interpretativo o di essere l'altro, saggio che sa. L'accettazione del coinvolgimento analista-paziente e la disponibilità a chiarire la collusione e l'enactment, permette di accedere e affrontare i conflitti che riguardano il "pensare" o il fingere di saperlo fare oppure il desiderio di essere un bambino in relazione all'altro, padre o madre che sa tutto.

Chiarire le spinte e i modi in base ai quali il paziente "si consegna" alle esigenze che provengono dall'altro o che egli stesso suscita nell'altro, chiarire il perché e il come di queste spinte invece di favorire che il paziente ne rimanga invischiato, equivale alla differenza che c'è tra aiutare una persona a risolvere i suoi problemi insegnandole a pescare o dandole il pesce. La prima modalità può essere liberatoria e arricchente.

Rimane comunque il fatto che nonostante si cerchi di chiarire le questioni intersoggettive, si è coinvolti in esse. Affrontare il problema può essere sentito come un modo di "prendersi cura" ed essere "protettivi" tanto quanto può avvenire nell'interpretare.

Entrare nell'ottica intersoggettiva aiuta però in parte ad affrontare questo problema. Se ci rendiamo disponibili a vedere se e come le cose "si mescolano", a guardare sempre più da vicino a come vanno le cose, non solo per quanto riguarda il contenuto, ma anche il processo interattivo, ciò che coglieremo diventa "la risposta". Se le associazioni cominciano ad aprirsi e i sentimenti diventano accessibili e qualche cosa "si muove" nel paziente o nell'analista o tra di loro, se la struttura dell'in-terazione comincia a cambiare, allora abbiamo la prova che qualche cosa di significativo da un punto di vista analitico è successo.

Quando questo succede, quando le associazioni diventano più libere e le cose si muovono, siamo certamente in presenza di un importante cambiamento, non il contrario. Ogni nuovo cambiamento poi apre la strada ad altre possibilità in una progressione senza fine. Quando lavoriamo a ciò che chiamo l'"intimate edge" della relazione una cosa ne trascina un'altra.

Decostruire ciò che spinge all'enactment e riconoscere come vi partecipiamo è diverso, secondo la mia esperienza, dal prendere il ruolo di colui che interpreta.

Piuttosto che cercare di essere chiari o "puliti", arriviamo a riconoscere la nostra vulnerabilità e l'accettiamo. Questo poi permette di esplorare qualsiasi reazione i pazienti possano avere quando fanno i conti con i nostri

limiti o la nostra fallibilità. Spesso si tratta sia di reazioni positive che negative.

È molto diverso da ciò che capita quando un paziente risponde bene a un'interpretazione "saggia". Certamente, là dove l'analista si pone come "saggio" assumendo il ruolo di chi si "prende cura" o di chi "è preso in cura", ha un maggior impatto, ma non è rispettoso del contenuto di ciò che viene detto. Per alcuni, il solo fatto di avere qualcuno che ascolta e che è interessato può essere molto significativo. Di fatto, alla lunga ciò diventa però una "linfa" che può rinforzare il sentimento e il desiderio di essere dipendenti e i timori di assumersi gradi maggiori di autonomia e iniziativa. A volte ciò che l'analista ipotizza veicolare un suo porsi come un oggetto buono può essere sperimentato dal paziente come minatorio e dominante.

È possibile che in questi casi l'analista sia coinvolto in qualche enactment interattivo senza neppure accorgersene. La difficoltà a permettersi di considerare questa possibilità spesso ha un impatto negativo, dal momento che relega una parte vitale di qualche cosa che è in gioco tra paziente e analista ad essere escluso dal lavoro analitico.

Facciamo un esempio: recentemente una collega sosteneva di aver sentito le interpretazioni del suo analista come magnifiche, nutritive e di vero aiuto. Eppure, poco dopo, si è sentita profondamente arrabbiata perché le interpretazioni dell'analista le erano servite a mantenersi in uno stato di dipendenza e di sogno. Nonostante sentisse di essere cambiata nel corso del trattamento, percepiva che il cambiamento avvenuto andava nella direzione di diventare sempre più dipendente dal suo analista e sempre meno fiduciosa nelle sue abilità. La sua idea era che il trattamento avesse rinforzato le sue ansie e il suo senso di inadeguatezza, invece di aiutarla a riconoscerle e a trovare i modi per farci i conti.

Un altro esempio che mi viene in mente coinvolge una particolare interazione presentata da un collega in un recente meeting. Una collega gli aveva riportato come il suo supervisore fosse entrato nel suo ufficio e si fosse comportato in un modo che a lei era parso sgarbato. E aggiunse che, dal momento che si trattava del suo capo, non era riuscita a dire niente. Riferì poi che, essendo successivamente andata in seduta, il suo analista aveva interpretato la sua reazione come da riferirsi, per come si era sentita trattata, ai sentimenti verso suo padre. La collega in questione considerò questa una "buona interpretazione".

Sebbene questa interpretazione possa avere avuto, a un certo livello, una qualche validità, penso che si possa ragionevolmente dire che non è stato affrontato ciò che stava accadendo tra supervisore e supervisionato, tra paziente e analista.

L'interpretazione dell'analista precludeva il considerare e il valutare fino a che punto la reazione al supervisore fosse legittima in quel contesto concreto. Potremmo, naturalmente, domandarci se interpretare come fece l'analista, implichi un enactment di sottomissione o di superiorità, implicazione per altro valida sia per il supervisore sia, in passato, per suo padre.

Se così fosse, dovremmo domandarci: come l'analista si infilò in questa posizione? Il paziente tende a creare questo tipo di scenario con tutti? E inoltre, questa reazione dell'analista è abituale per lui, o è specifica della sua interazione con questa paziente?

Decostruire ciò che è stato agito nel qui e ora dell'interazione e capire come ambedue si siano lasciati coinvolgere in questo tipo di enactment, può diventare la base di un importante lavoro analitico.

Vediamo un'altra interazione presentata in un meeting analitico: in risposta a un paziente che esprimeva timori di essere invaso, l'analista disse qualche cosa come "cercherò di trovare quale è la giusta distanza nei suoi confronti". Stava cioè promettendo di regolare la distanza tra paziente e analista durante le sedute.

Secondo me, c'è una bella differenza tra contenere semplicemente la vulnerabilità del paziente e affrontarla come un problema analitico. Trasmettere il messaggio "mi prenderò cura di te" o "puoi contare su di me", non fa i conti con il sentimento del paziente di sentirsi in balia dell'altro e di viverci incapace di prendersi cura di sé. Non permette di accedere al desiderio e alle fantasie (cosce e inconse) che sono in gioco. Siamo in presenza di un desiderio di fondersi o di una negazione della separazione?

Fare i conti con la possibile collusione quando rispondiamo protettivamente, mette a fuoco le forze presenti in entrambi i lati di questa interazione e diventa un modo per svelare le situazioni sottostanti. Perché il paziente è incapace di proteggersi dalle intrusioni? Perché e come potrebbe provocare l'intrusione, rendendosi o non rendendosi conto? Si dà da fare perché l'altro lo protegga?

Invece di colludere con il paziente e supportare il suo sentirsi vittima, l'individuare ciò che è manifesto nell'interazione attuale può spesso rendere un paziente capace di cogliere il disconoscimento del suo potere e della sua iniziativa. Permette di far vedere al paziente come agisca il suo potere. Permette inoltre di chiarire fino a che punto "affidarsi" possa essere investito eroticamente e possa assumere una dimensione sado-masochistica.

Generalmente il fatto che avvenga questo tipo di chiarimento è liberatorio e arricchente e di conseguenza le cose si sistemano. Associazioni cariche di affetto e ricordi precedentemente inaccessibili tendono a emergere, conducendo verso importanti nessi e insights.

Tenendo presente quanto abbiamo detto, consideriamo ora perché l'analista dovrebbe ricevere, secondo alcuni, le identificazioni proiettive del paziente e restituirglielie in una forma "elaborata" o "metabolizzata", mentre, dal mio punto di vista, aprire il gioco intersoggettivo e osservare con cura la presenza degli enactment e della collusione porterebbe più efficacemente ad esplorare i desideri e le fantasie e i timori coinvolti.

Chiarire i modi in cui azione e desiderio sono proiettati ed esplorare le forze concretamente implicate da ambedue le parti, inclusi i modi con cui paziente e analista si "affidano" e/o "comandano", rende l'enactment "aperto".

Quando si percorre questa strada, le rappresentazioni del mondo interno e di quello intersoggettivo tendono a risistemarsi; le associazioni diventano "più libere", non il contrario e particolari ricordi precedentemente non disponibili possono essere recuperati o qualche volta vissuti per la prima volta collegati alla corrispondente affettività.

Quando questo avviene, l'insight segue. Passato, presente, persino futuro, possono essere visti attraverso nuove lenti e vissuti con maggiore libertà e iniziativa. Questo spiega perché la storia che un paziente presenta all'inizio, solitamente cambia verso la fine dell'analisi.

Nella mia esperienza, lavorare aprendo il dialogo analitico a ciò che succede intersoggettivamente e demistificando gli enactment coinvolti, inclusi i modi con cui il potere è distribuito o attribuito, mette in campo un nuovo modello di rigore analitico (Ehrenberg, 1974-2005). Anche il paziente è aiutato a recuperare un senso di iniziativa e di potere là dove è stato disconosciuto. Aiuta a creare un contesto di sicurezza che non solo espande le possibilità analitiche e relazionali, ma facilita anche l'acquisizione di un senso di sicurezza che permette ai pazienti di correre dei rischi che altrimenti non avrebbero mai corso. In effetti, ciò permette di lavorare in modo efficace con problematiche minacciose e disturbanti, non solo quindi con i pazienti più disturbati (tradizionalmente considerati non analizzabili), ma anche con i più tipici casi di pazienti analitici.⁴

Lavorare all'"intimate edge" richiede di essere in contatto con le nostre emozioni e di utilizzare le nostre reazioni come determinanti il nostro lavoro e questo lo possiamo fare sia perché di fatto esistono sia perché, se vi accediamo, osserviamo ricadute importanti sui nostri pazienti e sul processo.

Così facendo permettiamo, in effetti, ai pazienti di scoprire che essi possono avere un'incidenza su di noi, in che cosa consista questa incidenza e anche esplorare se sono colpiti dall'essere in grado o di non essere in grado di avere un'incidenza su qualcuno. Rendere tutto ciò esplicito tende a trasformare il momento presente in qualche cosa di sempre più aperto e generare un tipo particolare di processo che qualche volta può diventare il centro del lavoro analitico.

Ciò che è in questione in questo modo di lavorare supera ogni distinzione tra interno ed esterno, poiché ciò che emerge intersoggettivamente sempre concerne sia l'interno che l'esterno e viene ad incidere su entrambi.

Riconoscere che non solo il paziente, ma anche l'analista siano inconsciamente vulnerabili, richiede rispetto per quanto non sappiamo o non possiamo sapere, richiede qualche cosa di simile all'idea di "possibilità negativa" (Keats, 1817, p. 43) di paziente e analista. Scrive Keats: "Quando un uomo è capace di stare nelle incertezze, nei misteri e nei dubbi senza l'impazienza di pervenire subito a fatti e ragioni".

Ciò che ho in mente implica tolleranza e rispetto del "non sapere", non solo cognitivamente, ma anche affettivamente, implica anche una capacità e una volontà di rischiare di essere affettivamente vulnerabili. Ciò richiede, almeno in alcuni momenti, apertura da parte del paziente e dell'analista a situazioni caotiche e ansiose.

Partendo da questa prospettiva, va considerato che il bisogno di "conoscere" momento per momento in quale direzione il lavoro analitico si stia indirizzando, può essere una difesa dall'ansia del "non conoscere" e/o un modo per proteggerci dall'apertura all'"ignoto". Può anche riflettere un timore di cambiamento: "presumere che si possa e si debba conoscere", limita ciò che potrebbe essere possibile conoscere da un punto di vista analitico ed esperienziale, può essere un modo per proteggerci da nuove esperienze. Se potessimo sapere prima ciò che potrebbe accadere, rinchiuderemmo il paziente in un nostro copione, invece di essere aperti al coinvolgimento e a lasciarci toccare dall'altro.

Tutto ciò non dà spazio alla sorpresa, allo sperimentare il mistero e lo stupore reali di raggiungere, nell'interazione, nuove possibilità relazionali ed esperienziali.

Mi viene in mente un mio paziente che mi chiedeva di essere un'analista saggio, supposto sapere e che era grandemente sconcertato quando non fornivo risposte. Fu commovente quando mi raccontò un sogno in cui si rese conto che nessuno dei due aveva la risposta: "Siamo tutti e due al buio". Per lui che era sempre in cerca di un'autorità che sapesse, scoprire che i suoi pensieri erano spesso buoni o migliori di quelli degli altri, che spesso non c'era né "buono" né "migliore" ma solo scelta personale, sembrò essere un'importante svolta, anche se difficile da affrontare. Non si poteva più non fare i conti con dolore, delusione, timore, sofferenza (penso qui al libro di Fromm (1941) *Fuga dalla libertà*, al lavoro di Schachtel's (1959) sulle "fossilizzazioni" e ad alcuni degli scrittori esistenzialisti che hanno trattato esattamente questo tipo di situazioni).

Lavorare in questo modo richiede la capacità di riconoscere che spesso solo il paziente può aiutare l'analista a svelare il "mistero" del momento presente. Mi viene in mente un esempio della mia pratica clinica.

Con la mia paziente Sara mi succedeva di vivere dei momenti apparentemente inspiegabili (Ehrenberg, 1992): nonostante il suo grande dolore, mi capitava di distrarmi. In una seduta, mi accorsi che mentre Sara piangeva io ero distratto e questo mi fece provare orrore per la mia insensibilità. Sebbene lei notasse a stento la mia distrazione, le dissi che non capivo che cosa mi stesse succedendo. Sentivo che come minimo le dovevo delle scuse. Sara rifiutò di parlarne. Insistetti. Più insistevo più mi rendevo conto però che questa mia insensibilità non mi apparteneva. Cercai allora di ricondurla ai suoi pensieri, a ciò che era successo, ma Sara reagiva dicendo che non si trattava di "una gran cosa".

Le dissi che per me questo era "una gran cosa" e che pensavo che fosse importante cercare di capire che cosa stesse succedendo. Alla fine, esasperata, disse qualcosa come: "Che cosa è una gran cosa? È ciò che mia madre mi diceva sempre tutte le volte che cercavo di parlarle di qualche cosa"? Mi stava ripetendo una volta di più che ciò che lei provava anche in questo momento tra noi due, non era per lei "una gran cosa". Con questo suo intervento, naturalmente senza rendersene conto, mi ha aiutato a vedere che ciò che c'era in gioco tra noi due era correlato con i problemi che aveva avuto con sua madre. In seguito, fui in grado di aiutarla a vedere come lei avesse risposto alla mia domanda senza rendersi conto di quello che stava dicendo. Le dissi che la sua incapacità di capire che ciò che era capitato tra di noi, dal mio punto di vista, era "una gran cosa" e che la sua propensione ad accettare senza protestare questo tipo di trattamento da parte mia o da parte di chiunque altro, era parte del problema. Questa volta lei non disse nulla. Il perché fossimo cadute in

questo enactment, tuttavia, non era ancora chiaro.

In una seduta successiva ci fu un momento in cui stavamo per riproporre la stessa scena. Fui in grado di osservarla in un momento molto doloroso, mentre si ritirava, respingendomi in un modo così subdolo che non avremmo mai potuto notare, se, alla luce dell'interazione precedente, non fossi stata attenta. Ciò ci permise di chiarire chi aveva fatto che cosa a chi e in che ordine, allora con sua madre, ora con me. Alcune importanti associazioni riguardanti le esperienze dolorose dell'infanzia cominciarono ad emergere. Mi sentii commossa fino alle lacrime quando iniziò a descrivere l'estremo disappunto e i colpi che aveva sopportato e i modi in cui aveva imparato a tagliarsi fuori per proteggersi.

Nelle sedute successive riuscì, per la prima volta, a esprimere il dolore che non si era permessa di sentire a suo tempo. Riferiva che era soltanto ora, attraverso la nostra interazione, che poteva immaginare che anche allora avrebbe potuto comportarsi in modo differente e quanta tristezza questa scoperta evocasse. Il culmine di questa prima fase del nostro lavoro fu la sua coscienza di un crescente senso di disagio rispetto al dover aspettare un'intera settimana tra una seduta e l'altra e un senso di speranza e urgenza nel voler lavorare più intensamente assieme. Chiese di aumentare le sedute a due volte la settimana e subito dopo a tre, il che era "una gran cosa" come imparammo più tardi. Fino ad allora, in effetti, l'idea di "volere qualcosa" con il grande rischio di essere delusa era stato insopportabile, così si era "protetta" col "non volere niente". Descrisse esperienze di infiniti tradimenti nella sua famiglia e come "il capire poteva essere usato come un'arma". Elaborò che temeva le esperienze positive proprio perché la portavano a sperare.

Sentiva che era più facile aspettarsi il peggio o non aspettarsi niente per non rischiare di rimanere delusa (per ulteriori dettagli sul lavoro che seguì, vedi Ehrenberg, 1992).

Il processo interattivo è diventato in questo modo il mezzo di lavoro e il luogo dell'azione terapeutica, dal momento che la nuova (e inaspettata) esperienza interattiva di un tipo di relazione che la paziente non aveva mai immaginato potesse essere possibile (a causa dell'esperienza nella sua famiglia), è stato per molti aspetti una rivelazione per lei e la sua realizzazione sembra avere avuto un impatto trasformante (Ehrenberg, 2003, 2005).

Sebbene accentui l'"aprirsi al momento presente", che mi ricorda l'invito di Blake (1800-1803) a scoprire "il mondo in un granello di sabbia", il processo che sto presentando implica ben più che trovare ciò che già esiste ed è lì pronto per essere trovato. Sto, in effetti, perseguendo un modo di coinvolgersi aperto a nuove possibilità esperienziali che permetta loro di "nascere", maturare e fiorire. Questi sviluppi e le esperienze che generano "non sono a portata di mano". Sono creazioni intersoggettive e spesso, come, nel caso di Sara, sembrano meraviglie e magie. Nonostante si possa essere critici rispetto al concetto di "nuova esperienza" riferito a questo tipo di coinvolgimento, ciò che sto presentando non è semplicemente un modo di facilitare "una nuova esperienza" o "un lavorare nel momento presente". Ci sono molti tipi di "nuove esperienze" e molti modi di "lavorare nel presente". Io mi riferisco all'unico tipo di nuova esperienza che permetta di raggiungere nuove possibilità esperienziali e analitiche generate dal lavorare nel qui e ora secondo quella modalità che descrivo come intimate edge.

Lavorare in questo modo richiede di essere nel momento presente (Ehrenberg, 1984, 1996 e anche 1974-2005). Sottolineo ciò perché né paziente né analista possono predire o controllare quando l'uno o l'altro potranno aprirsi e anche perché la disposizione ad aprirsi oppure no, è spesso influenzata interattivamente. Individuare quando ci sentiamo più o meno aperti e perché, più o meno vulnerabili o disposti ad essere vulnerabili e perché dovrebbe diventare una parte preziosa del lavoro analitico e un modo per chiarire le questioni intersoggettive che sono in gioco.

Permette di porsi domande come queste: perché ci permettiamo di rischiare di più con una persona piuttosto che con un'altra? Oppure con la stessa persona in certi momenti e non in altri? Perché siamo disposti ad entrare in luoghi "caotici" con alcuni pazienti e non con altri, oppure con lo stesso paziente in certi momenti e non in altri? Che cosa stiamo raccogliendo oppure a che cosa stiamo rispondendo o viceversa quando ci

manteniamo “puliti”? Perché ci sentiamo insicuri quando ci sentiamo tali? Tutto ciò diventa materiale utile per il campo analitico.

Visto che l'intersoggettivo esiste solo intersoggettivamente e cambia di momento in momento, in ogni momento si realizza una nuova possibilità intersoggettiva, tipica di quella particolare diade e di quel particolare momento, cambia anche qualche cosa di interno e la coscienza si espande di modo che nessuna delle due persone rimane quella che era prima. Qualche cosa si risistema internamente in ciascuno dei due, così che poi ogni partecipante “possiede” qualche cosa che non “possedeva” prima.

L'insight cui uno accede e di cui non sapeva potesse essere capace, è qualche cosa che conserviamo, anche quando l'esperienza è finita, diventando una sorta di “proprietà privata”. Per esempio, il paziente di cui ho parlato prima, che voleva che fossi l'analista che sa, fu molto esplicito quando descrisse la sua esperienza drammatica di “apertura” interna nel toccare con mano il suo potere personale e la sua nuova libertà di godere della sua mente nel contesto della nostra relazione. Riferì che si sentiva come se “si stesse sollevando il soffitto della sua immaginazione”.

NOTE

1 Questo articolo fa riferimento ad altri articoli precedenti: *Dealing with the unconscious dimension of the psychoanalytic interaction* presentato al Psychoanalytic Psychotherapy Study Center (PPSC), New York City, 24 marzo, 2006; *Unconscious experience: relational perspectives* presentato al panel “Three Visions on the Relational Perspective” al Convegno della International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy (IARPP), 23 giugno, 2005, a Roma; *On subjectivity and objectivity in the analyst: their respective roles in clinical work* presentato al panel “Subjectivity and objectivity in the analyst” dell'American Psychoanalytic Association, 21 dicembre, 1996, New York City; *Facilitating change* presentato alla conferenza su “Developmental process and the enigma of change in psychodynamic therapy” sponsorizzato dal Change Process Study Group of Boston, Boston Institute for the Development of Infants and Parents, Massachusetts Mental Health Center, 7-8 Marzo del 1997.

2 Questa posizione è sintonizzata con i cambiamenti del pensiero scientifico in termini di relatività e di riconoscimento dell'influenza dell'osservatore sull'og-get-to osservato e anche sull'influenza dell'osservato sull'osservatore.

3 Qualche volta la giusta soluzione può giungere da motivazioni errate, come quando si prendono per vere certe premesse, anche se non sono applicabili.

4 Sebbene una frequente risposta ai miei primi lavori fosse “oh, lavori con pazienti così disturbati!”, questi erano gli stessi pazienti che non erano stati in grado di raggiungere lo stesso livello di lavoro con i precedenti analisti che avevano lavorato in modo più tradizionale. Il fatto di disintossicare l'immediata interazione permise loro di sentirsi abbastanza sicuri di lavorare più profondamente e questo processo divenne un importante mezzo di lavoro

BIBLIOGRAFIA

- Blake W. (1800-1803) *Auguries of Innocence. The complete poetry of William Blake* Modern Library, New York, 1941.
Buber M. (1958) *I and Thou* Charles Scribner's Sons, New York.
Ehrenberg D. B. (1974) The “intimate edge” in therapeutic relatedness *Contemp. Psychoanal.* 10: 423-437.
Ehrenberg D. B. (1976) The “intimate edge” and the “third area” *Contemp. Psychoanal.*, 12:489-96.
Ehrenberg D. B. (1982) *Psychoanalytic engagement: The transaction as primary data* *Contemp. Psychoanal.*, 18: 535-555.
Ehrenberg D. B. (1984) *Psychoanalytic engagement: Affective considerations* *Contemp. Psychoanal.*, 20:560-583.

- Ehrenberg D. B. (1985) Countertransference resistance *Contemp. Psychoanal.*, 21: 563-576.
- Ehrenberg D. B. (1987) Abuse and desire: A case of father-daughter incest *Contemp. Psychoanal.*, 23:593-604.
- Ehrenberg D. B. (1990) Playfulness in the psychoanalytic relationship *Contemp. Psychoanal.*, 26: 74-95.
- Ehrenberg D. B. (1992) On the question of analyzability *Contemp. Psychoanal.*, 28: 16-31.
- Ehrenberg D. B. (1992) Analytic interaction beyond words *Contemporary Psychotherapy Review*, 7: 5-24.
- Ehrenberg D. B. (1992) The role of encounter in the process of working through *International Forum of Psychoanalysis*, 1, 1: 44-50.
- Ehrenberg D. B. (1992), *The Intimate edge: extending the reach of psychoanalytic interaction* Norton, New York.
- Ehrenberg D. B. (1995) Countertransference disclosure Discussion: Panel on "Self-disclosure: Therapeutic tool or self indulgence" *Contemp. Psychoanal.*, 31: 213-228.
- Ehrenberg D. B. (1996a) On the analyst's emotional availability and vulnerability *Contemp. Psychoanal.*, 32: 275-286.
- Ehrenberg D. B. (1996b) On subjectivity and objectivity in the analyst: their respective roles in clinical work lavoro presentato alla American Psychoanalytic Association, New York, December, 1996. Non pubblicato.
- Ehrenberg D. B. (1997) Boundaries and risks: Working with erotic transference lavoro presentato alla American Psychological Association, Chicago, Illinois, August, 1997. Non pubblicato.
- Ehrenberg D. B. (2000) Potential impasse as analytic opportunity: Interactive considerations *Contemp. Psychoanal.*, 36: 573-586.
- Ehrenberg D. B. (2001) In the grip of passion: Love or addiction? On a specific kind of masochistic enthrallment in Jean Petrucelli and Catherine Stuart Hungers and compulsions: The psychodynamic treatment of eating disorders and addictions, Northvale, Jason Aronson, New Jersey.
- Ehrenberg D. B. (2002) On opening the internal boundary of the psychoanalytic relationship lavoro presentato alla International Society for Relational Psychoanalysis, New York, gennaio 18-20, 2002. Non pubblicato.
- Ehrenberg D. B. (2003) A radical shift in thinking about the change-process: Commentary *Psychoanalytic Dialogues*, 13: 579-603.
- Ehrenberg D. B. (2004) Sul "non sapere": nuove esplorazioni sull'area e sui confini dell'intimità in Franco Borgogno Ferenczi Oggi, Bollati Boringhieri, Torino.
- Ehrenberg D. B. (2004) How I became a psychoanalyst *Psychoanalytic Inquiry*, 24, 4.
- Ehrenberg D. B. (2005) Afterword to the intimate edge in therapeutic relatedness in L. Aron e A. Harris *Relational Psychoanalyst* The Analytic Press, New Jersey.
- Ehrenberg D. B. (2005) Working at the "intimate edge": Intersubjective considerations *Psychoanalytic Inquiry*, 25, 3: 342-358.
- Ferenczi S. (1933) *Confusione delle lingue tra adulti e bambini* Fondamenti di Psicoanalisi, Guaraldi, Rimini, 1974.
- Freud S. (1915) *L'Inconscio* OSF, vol. 8, Boringhieri, Torino, 1976.
- Fromm E. (1941) *Fuga dalla libertà* trad. it., Edizioni di Comunità, Milano, 1980.
- Gill M. M. (1982) *Teoria e tecnica dell'analisi del transfert* trad. it., Astrolabio, Roma, 1985.
- Hoffman I. Z. (1983) The patient as interpreter of the analyst's experience *Contemporary Psychoanalysis*, 19: 389-422.
- Keats J. (1817) Letter to his brothers George and Tom Keats, December, 1817 in *Letters of John Keats : A Selection* Edited by Robert Gittings Oxford University Press, Oxford, 1970.
- Levenson E. A. (1972) *The Fallacy of Understanding* Basic Books, New York.
- Levenson E. A. (1983) *L'ambiguità del cambiamento* trad. it., Astrolabio, Roma, 1985.
- Little M. (1951) *Il Controtransfert e la risposta del paziente* in C. Albarella e M. Donadio (a cura di), *Il Controtransfert*, Liguori, Napoli, 1986.
- McDougall J. (1979) Primitive communication and the use of countertransference in L. Epstein A. H., *Countertransference* Aronson, New York: .
- Racker H. (1957) *Significato e usi del controtransfert* in *Studi sulla tecnica psicoanalitica* trad. it., Armando, Roma, 1970.
- Racker, H. (1968) *Studi sulla tecnica psicoanalitica* trad. it., Armando, Roma, 1970.
- Sandler J. (1976). *Il controtransfert e la risposta del paziente ad esso* in C. Albarella e M. Donadio (a cura di), *Il controtransfert*, Liguori, Napoli, 1986.
- Searles H. (1975) *Il paziente come terapeuta del suo analista* in *Il controtransfert* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino,
- Schachtel E. (1959) *Metamorphosis* Basic Books, New York.
- Singer E. (1971) The patient aids the analyst: Some clinical and theoretical observations in B. Landis, E. Tauber *In the name of life* Holt, Rinehart, Winston, New York.
- Wilkinson H. (2003) Impossible meeting: Too strange to each other for misunderstanding Darlene Bregman Ehrenberg's *The Intimate Edge* *Internat. J. Psychother.* 8: 65-75.
- Winnicott D. W. (1949) *L'odio nel controtransfert* in *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi* trad. it., Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D. W. (1965) *Sviluppo affettivo e ambiente* trad. it., Armando, Roma, 1970.
- Winnicott D. W. (1969) *Gioco e realtà* trad. it., Armando, Roma, 1987.