

Edgar A. Levenson¹

Ricerca Psicoanalitica, 2001, Anno XII, n. 3, pp. 299-312.

Self-revelation e self-disclosure²

Traduzione dall'americano di Davide Milonia.

SOMMARIO

L'Autore delinea, in una prospettiva interpersonale, la differenza tra *self-revelation* e *self-disclosure* premettendo che l'essenza della posizione interpersonale sta nell'autoconsapevolezza dell'analista, cioè in una particolare attenzione alla natura della propria partecipazione. La *self-revelation* si riferisce a quegli aspetti del terapeuta che inavvertitamente o deliberatamente è possibile che il paziente colga. La *self-disclosure* riguarda tutto ciò che il terapeuta deliberatamente decide di mostrare (o dire) al paziente.

La *self-revelation* è inevitabile. Se ci si espone ad essere visti, si dovrebbe riconoscere ciò che è stato svelato, ammetterlo e servirsi dell'occasione come fonte di dati.

Nei riguardi della *self-disclosure* l'A. è molto cauto. Sembra che la *self-disclosure* sia spesso un tentativo di riparazione dopo un *acting-in*. Si tratta di un espediente da usare con parsimonia, e solamente con pazienti con i quali si ha una solida alleanza terapeutica.

SUMMARY

Aspects of self-revelation and self-disclosure

The Author delineates an interpersonal perspective on self-revelation and self-disclosure, maintaining that the essence of the interpersonal position lies in the analyst's self-awareness, that is, in an exquisite attention to the nature of his or her participation. Self-revelation refers to those aspects of the therapist that are inadvertently or deliberately permitted to be apprehended by the patient. Self-disclosure is whatever the therapist deliberately decides to show or tell the patient.

Self-revelation is inevitable. If the analyst stands revealed, he should recognize it, admit it and use the occasion as a source of relevant data.

The author is wary about self-disclosure, as it often seems to be a reparative effort by the analyst after some acting-in on his or her part. It is a device to be used sparingly, and only with patients with whom one has a solid therapeutic alliance.

Gill, durante un seminario, in una relazione dal titolo *The interpersonal paradigm and the degree of the therapist's involvement*, disse, con la sua consueta lucidità, che non c'è una chiara correlazione tra le posizioni dottrinali dell'analista e l'uso che fa di se stesso come strumento terapeutico (Gill, 1983). In altre parole, entrambi i termini, *self-revelation* e *self-disclosure*, vanno contro le regole istituzionali (cfr.

¹ Edgar A. Levenson, M.D. è analista didatta presso il *William Alanson White Institute* e docente di psicologia all'Università di New York..

² Questo articolo è stato pubblicato in *Contemporary Psychoanalysis*, 1996, vol. 32, n. 2, pp. 237-248 con il titolo *Aspects of self-revelation and self-disclosure*.

Si ringrazia l'Autore e l'Editore per la gentile concessione.

Hoffman, 1983). Questa osservazione, che deriva dalla accurata rivisitazione che Gill fa della letteratura interpersonale, gli ha dato, come egli dice, “una scossa illuminante e inattesa” poiché per i freudiani è sempre stato articolo di fede che gli interpersonalisti “interagiscono” con i loro pazienti (Gill, 1983, p. 204).

Che cos’altro è stato, invece, l’interpersonalismo?

Nella prospettiva interpersonale della *self-revelation* e della *self-disclosure*, “essere interpersonalisti” e “divenire interpersonalisti” non sono in nessun modo sinonimi! L’essenza della posizione interpersonale sta nell’autoconsapevolezza dell’analista, ossia nella particolare attenzione alla propria partecipazione al lavoro analitico. Gill la mette così: “Ciò che importa è divenire consapevoli di ciò che si sta facendo piuttosto che di che cosa si deve fare” (Gill, 1983, p. 211). Per l’analista interpersonale ogni percezione, ogni interpretazione, ogni domanda, ogni omissione di indagine deriva dal tipo di partecipazione dell’analista al campo intersoggettivo. Ciò richiede che l’analista monitorizzi meticolosamente le proprie reazioni, inclusi ricordi e associazioni spontanee; ma, quanto di ciò debba essere rivelato al paziente, è tutta un’altra questione.

Tra gli interpersonalisti ci sono grandi differenze, non per quanto riguarda l’importanza da attribuire alla consapevolezza, ma per quanto riguarda l’uso della relazione paziente-analista: si oscilla da posizioni di assoluto conservatorismo non partecipativo a posizioni radicalmente opposte.

Il titolo di questo articolo *Self-revelation* e *self-disclosure* lascia intendere che tra i due concetti debba esserci una qualche differenza. *Rivelarsi* (*reveal*) significa far conoscere ciò che fino allora era nascosto (un atto passivo). *Esporsi* (*expose*) significa rendere pubblico qualcosa di reprovabile, come un crimine, ma non è di questo che ci stiamo occupando; *svelare* (*disclose*) significa agire, far conoscere un evento che è stato preso in considerazione, ma, per valide ragioni, non è stato pienamente rivelato.

Voglio sviluppare queste differenze. La *self-revelation* dovrebbe riferirsi a quegli aspetti del terapeuta che inavvertitamente o deliberatamente è possibile che il paziente colga. La *self-disclosure* dovrebbe riguardare tutto ciò che il terapeuta deliberatamente decide di mostrare (o dire) al paziente.

Penso che la *self-revelation* sia inevitabile. Anche se gli analisti accettassero di indossare un’uniforme arancione e arredare lo studio in modo standard (divano da vignetta, sedia, ritratto di Freud e laurea incorniciata), svelerebbero comunque se stessi dall’apparenza, dall’espressione, dall’arredo dello studio, dai loro libri, dalle inflessioni regionali. E questo è ovvio. Tuttavia ci sono rivelazioni meno ovvie. Tradizionalmente, tendiamo a vedere i pazienti sopraffatti dall’ansia, assorbiti da se stessi e così lontani dal contatto con la realtà della stanza d’analisi da non essere in grado di vedere cambiamenti anche evidenti, per esempio che l’analista sta zoppicando o che si è tagliato la barba. Oggi che la mistica psicoanalitica di una volta è notevolmente diminuita, possiamo sostenere un concetto di interpersonalismo più egualitario, vale a dire, che l’ansia è un’esperienza contagiosa e partecipata. Un paziente ansioso produrrà un analista ansioso e viceversa; e un analista eccessivamente ansioso è per i pazienti un interlocutore molto pericoloso.

È proprio vero, i pazienti monitorizzano gli analisti, con particolare attenzione alla loro ansia, e sono attenti ad ogni indizio di autosvelamento. Pur essendo lì per parlare di sé spesso colgono i cambiamenti nell’intervento dell’analista: ad esempio, l’interpretazione diventa più elaborata, più dottrina.

Ancora: nelle esperienze di supervisione è normale che il paziente sogni del supervisore, attribuendogli di solito correttamente il genere. Ci sono, naturalmente, variazioni in questa attribuzione. Sembra che alcuni pazienti molto ossessivi diventino ciechi, ma ho il sospetto che quest’ottusità sia più strategica che reale. I cosiddetti pazienti narcisisti, al contrario, sono estremamente attenti all’ansia del terapeuta e, a differenza dei pazienti nevrotici, sempre protettivi, non esiteranno a scorticare il terapeuta per le sue manchevolezze. All’estremità di questo spettro ci sono quei rari pazienti che sembrano essere straordinariamente in contatto con il terapeuta percependo gravidanze allo stato iniziale, malattie, cambiamenti di vita. Ci sono anche alcuni pazienti che sembrano veramente preveggenti, sembra che

operino nel regno della sincronicità junghiana o che, in qualche modo inspiegabile, vadano al di là del mondo normale.

Il paziente può comunicare le sue riflessioni al terapeuta o, più probabilmente, tenersele per sé. Possono essere osservazioni anche non registrate coscientemente e mantenute fuori della consapevolezza con una “disattenzione selettiva”, per usare un termine sullivaniano che indica il preconscious distogliere degli occhi. Sentimenti di rabbia dissociata, depressione, attrazione sessuale o disperazione possono poi essere svelati attraverso un sogno o un *acting-out*.

Se la *self-revelation* può essere definita come ciò che il paziente può vedere attraverso un velo scuro, nonostante gli sforzi del terapeuta di essere imperscrutabile (e non mi riferisco alla neutralità, che non credo sia possibile o desiderabile), allora l'unico problema che si pone è se il terapeuta debba confermare o, almeno, riconoscere ciò che il paziente vede. Può essere necessario che il terapeuta accetti la possibilità che il paziente abbia visto qualcosa anche al di fuori della consapevolezza di ciò che Lacan definisce “Il soggetto-supposto-sapere” (citato da Wilden, 1972, p. 21). E con ciò si va a smuovere un vero vespaio psicoanalitico. Il *continuum* di risposte, partendo dalla meno attendibile, è:

1. il paziente proietta sull'analista; ogni problema di verosimiglianza è irrilevante;
2. il paziente ha in parte ragione: ha colto qualcosa, ma la mette al servizio di una distorsione a causa della propria dinamica intrapsichica. È necessario accertare l'accuratezza delle percezioni del paziente per sapere come investigare sulle sue distorsioni;
3. ciò che più c'interessa non è l'accuratezza delle percezioni del paziente, ma la sua realtà psichica, cioè come egli si vede. Questa posizione accetta la realtà del paziente senza ritenere che abbia un rimando alla verità, cioè che rispecchi la realtà così come la percepisce il terapeuta;
4. il costruttivismo sociale o la posizione ermeneutica considerano la narrazione del paziente intrinsecamente valida tanto quanto quella del terapeuta; problemi riguardanti l'oggettività o la soggettività della percezione della realtà sono irrilevanti;
5. la realtà esterna è mutualmente convalidabile da paziente e analista poiché, a causa della natura dell'ansia e delle difese, entrambi hanno vaste aree d'inconsapevolezza, che inducono scotomizzazioni nella percezione del campo interpersonale.

La consapevolezza si sviluppa consensualmente, non solo attraverso la precoce messa a fuoco di aree di esperienze inattese, ma anche tramite l'esame delle molteplici prospettive interpretative del significato di ciò che viene osservato. Come M. Eagle ha affermato: “Qualsiasi cosa si possa dire da un punto di vista teorico su ‘narrazioni’ e ‘costruzioni’, il fatto è che i terapeuti di norma fanno un autentico sforzo per afferrare ciò che sta veramente avvenendo e qual è la natura del caso.” (Eagle, 1987, p. 182, trad. it.). Ciò richiede che il terapeuta rispetti la percezione del paziente e accetti la possibilità che possa vedere delle cose che egli stesso non vede. Dopo tutto, che cos'è il controtransfert se non i punti ciechi del terapeuta? Se un paziente pensa che sono arrabbiato e io non sento di esserlo, allora che succede? Se esamino attentamente i miei sentimenti e ancora non trovo la mia rabbia, che cosa significa? Potrebbe darsi che sia ancora fuori della mia consapevolezza. Non è necessario sapere, arrivare a una conclusione. Più semplicemente, si può restare seduti e aspettare ulteriori chiarimenti. Non credo che i sentimenti spiacevoli nei confronti dei pazienti siano veramente dovuti al controtransfert. Fastidio, noia, sensazioni sessuali e rabbia sono, secondo me, tutte risposte appropriate a qualcosa che concerne realmente il paziente e sono utilizzabili nella terapia. Come si diceva una volta a proposito delle pallottole vaganti durante la guerra civile: “Non vedi mai quella che ti colpisce”. Come ha rilevato Gill (1994), la consapevolezza del controtransfert è spesso retrospettiva, è il senno di poi. È veramente seccante: il controtransfert opera bene solo al di fuori della consapevolezza. Normalmente emerge tramite un *acting-out* (da una parte o dall'altra) o attraverso un sogno (anche qui, da una parte o dall'altra). Per inciso, mi

hanno insegnato che ogni sogno del paziente, nel quale io appaio chiaramente, dovrebbe essere considerato un'indicazione sul mio controtransfert, vale a dire, il paziente ha visto proprio me.

La mia posizione sulla *self-revelation*, dunque, è che essa sia inevitabile. Non c'è nessuna iniziativa del terapeuta. Il paziente scoprirà delle cose del terapeuta sia che egli stia meticolosamente attento a non rivelarsi sia che si comporti con naturalezza. L'unico interrogativo è in che misura convalidare le scoperte del paziente. Così il problema diventa l'utilizzo della *self-disclosure* (un'azione) come mezzo per controllare la *self-revelation* (un'esperienza).

Sono del tutto d'accordo con Gill, che era dell'avviso di confermare la percezione del paziente. Credo che "rendere esplicito" ciò che si vede sia inerente alla prassi psicoanalitica (Gill, 1983, p. 232). Ciò rassicura il paziente sul fatto che la sua percezione del mondo è degna di essere presa in considerazione e che può contribuire alla terapia. Non c'è nulla di peggio di un paziente che deve credere nell'onnipotenza del terapeuta e che non può credere nella propria capacità di leggere il mondo.

Purtroppo non è insolito che la terapia diventi persuasione retorica creando dei veri credenti, quei poveri disgraziati giunti alla seconda o terza terapia, che ne conoscono gli incanti, capiscono le loro dinamiche nei minimi dettagli, ma non sono abbastanza autonomi per cambiare (Levenson, 1978).

Non si può paragonare questa versione della *self-disclosure* con l'esperienza emozionale correttiva o con l'ambiente accogliente (*holding milieu*), nel quale il paziente può fare l'esperienza di essere rispettato perché ciò è bene per lui. Ho in mente un processo meno protettivo: essendo mia convinzione che il terapeuta non possa usare i propri concetti canonici come una mappa del territorio, è indispensabile il *feedback* del paziente per dare senso a tutto il contesto. Certo, la terapia si svolge tra due partecipanti all'interno di un campo intersoggettivo, ma ciò non implica che la *cura* venga fatta attraverso il transfert-controtransfert o che gli analisti interpersonali ignorino l'esperienza privata del paziente, reale e immaginaria, passata e presente. Dobbiamo, invece, credere che quando ascoltiamo il resoconto di una esperienza che il paziente ha vissuto a cinque anni, la modalità del nostro ascolto e che cosa ne faremo saranno inevitabilmente soggettivi e legati alle nostre esperienze. Non esiste un ascolto imparziale, quindi la cura consiste in un graduale comune processo di presa di coscienza. Ciò potrebbe sembrare perfettamente ovvio e persino ingenuo. Chi non sarebbe d'accordo? Ma mi sembra che la letteratura sia costellata di esempi in cui l'esperienza del paziente viene totalmente trascurata.

Si noti che la consapevolezza non presume la *self-disclosure*, che è una questione totalmente differente e implica una decisione attiva da parte del terapeuta volta a rivelare qualcosa di se stesso o qualche sua reazione, al paziente. La *self-disclosure* è un processo non privo di problemi che si estende lungo un *continuum*, proprio come la *self-revelation*: potrebbe essere utilizzata o come criterio generale di terapia oppure come risposta specifica ad uno specifico contesto. Nel primo caso, la *self-disclosure* potrebbe aver luogo prendendo a caso un tema che emerge dal discorso, per esempio, parlando semplicemente del proprio weekend, dei bambini, delle vacanze; oppure può essere introdotta più attivamente, socializzando con il paziente, partecipando a spettacoli, inaugurazioni, matrimoni o feste. Come risposta più specifica all'interno di un contesto, il terapeuta può svelare reazioni particolari che prova nei confronti del paziente (per esempio, il proprio controtransfert), ma all'interno di una cornice più ristretta.

Faccio notare, però, che *non* è una risposta innescata da un input del paziente come la *self-revelation*, quindi, è più difficile giustificarla. Si può dire che tutti gli analisti, come Gill, consigliano la discrezione, per evitare "analisi selvagge" (Gill, 1994, p. 118). Ma, dopo aver dato questo ammonimento, che cosa potrebbe legittimamente giustificare la *self-disclosure* come filosofia generale? Forse un sentimento egualitario, la sensazione che il paziente possa avere una giusta conoscenza del terapeuta come persona piuttosto che come immagine. Che cosa potrebbe motivare la *disclosure* come risposta ad uno specifico contesto? Ovviamente, la sensazione che quel genere di interazione abbia valore terapeutico. Ma come prendere una decisione? Ci sono molte ragioni che potrebbero motivare una *disclosure* inappropriata. Infatti, se ne

potrebbe stilare una lunga lista: solitudine, reazione al disprezzo del paziente, desiderio di assumere un ruolo, di essere ammirato o invidiato. Molte delle persone con cui lavoriamo sono più ricche e spesso godono di maggiore considerazione sociale e successo di noi.

I pazienti imparano le regole, per questo una propensione generalizzata alla *self-disclosure* potrebbe essere, paradossalmente, meno problematica di un suo uso saltuario, al “momento opportuno”. Se cercate di essere imperscrutabili, i pazienti impareranno che queste sono le regole del gioco e non penseranno necessariamente che siete una persona fredda e distaccata. Se, in linea generale, cercate di essere totalmente spontanei e presenti, saranno più propensi a perdonarvi qualche mancanza di tatto o qualche *gaffe*.

La *disclosure* come risposta specifica al paziente è molto più complessa. Possiamo pensare a due categorie di risposte: reazioni che ritenete di comprendere e offrite al paziente come parte del processo interattivo; reazioni che avvertite non senza perplessità e che mettete in campo, sottoponendole al paziente perché vi risponda. In entrambi i casi, si deve essere pronti a lavorare, tramite le reazioni dei pazienti, sulla propria *disclosure*. Se, il cielo non voglia, vi aspettate che ciò funzioni, ho paura che stiate sostenendo quella idea nefasta per la psicoanalisi che è la temuta Esperienza Emozionale Correttiva, vale a dire, appoggiarsi al paziente per cambiare. E questo non sarebbe poi tanto male se funzionasse, ma, nella mia esperienza, questi interventi normalmente funzionano solo quando non ce lo aspettiamo, quando emergono per qualche spinta interna. Ognuno di noi deve fare ciò che fa e lavorare al di là delle conseguenze senza preoccuparsi del fatto che si tratti di una cosa “buona”, “cattiva” o “controtransferale”. Dobbiamo abdicare alla correttezza, dobbiamo diventare Colui-Che-Sa.

Vorrei far riferimento ad un breve caso clinico per dimostrare alcuni aspetti problematici dell’argomento che stiamo trattando. Si tratta di un uomo alla soglia dei cinquant’anni. I dettagli della terapia non sono particolarmente rilevanti per l’uso che ne voglio fare. È sufficiente dire che, nel terzo anno di terapia, riferisce un sogno che gli ha dato l’impressione di “provenire da sinistra”.

Stava in piedi nel vestibolo di un club privato, parlando con il gestore. Improvvisamente un uomo enorme, quasi uno scimmione, attacca il gestore e lo stringe in un abbraccio mostruoso. Il mio paziente (che è un uomo magrolino) è atterrito e salta sul dorso dell’aggressore, cercando di allontanarlo. Il gigante lo scaraventa lontano con un sonoro manrovescio. Egli gli salta di nuovo addosso e nuovamente viene scaraventato dall’altra parte della stanza. Non riporta seri danni. Tutto ciò accade nel totale silenzio. Non c’è sangue né il gestore riporta danni evidenti. Associazioni? Il paziente non ne ha. Non ci sono residui diurni significativi. È perplesso. Gli chiedo: “A chi assomiglia il gestore?”. Con questa domanda mi accingo a svolgere un’inchiesta dettagliata, che serve a determinare il contesto del sogno ed ha intenti differenti dalle libere associazioni. Il dirigente è un uomo sulla settantina (come, per strana coincidenza, è l’analista). Che nome ha il club? Si chiama “Harmonie Club”. Toh! L’uomo che dirige l’Harmonie Club (che gestisce il mantenimento dell’armonia) si trova a subire l’attacco di uno sconosciuto assalitore e ad essere difeso (invano) dal mio paziente. Gli chiedo: “Pensa che potrei essere io?” Il paziente prontamente concorda. L’intento di questa domanda non è quello di suggerire al paziente qualcosa di cui egli non sia già a conoscenza, ma mostrare che sono pronto ad accogliere le implicazioni transferali del sogno.

Aggiungo: “Forse sente di dovermi difendere da una qualche parte di lei che vorrebbe strozzare l’uomo che mantiene l’armonia e non le lascia esprimere la rabbia.” In realtà la nostra relazione è irragionevolmente cordiale. Ho riflettuto a lungo sul perché e sul come mai tra di noi ci sia così poco attrito, competizione, disapprovazione e sentimenti forti. Mi rendo conto che c’è qualche elemento controtransferale nella nostra *intesa cordiale*. Il paziente si affretta a rassicurarmi che è davvero benevolo nei miei confronti; lo sa che ha problema a mostrare, o solo avvertire, aggressività o rabbia nei miei confronti. Sarebbe felicissimo di farmi dei favori, se solo potesse.

Gli dico di ritenere che il sogno commenta la qualità della mia partecipazione al rapporto analitico e che ora la sta approfondendo difendendomi a tutti i costi.

Il disarmante stile inoffensivo del paziente è stato determinante per il suo notevole successo professionale. È un professionista molto intelligente e competente, energico e deciso, che riesce ad evitare comportamenti aggressivi, sebbene abbia regolarmente a che fare con persone difficili e anche prepotenti. La sua relazione con il padre è stata caratterizzata da amabilità, affetto e totale assenza della consueta irrequietezza adolescenziale; non ha mai odiato suo padre, non lo ha mai disprezzato. Sua madre si aspettava molto da lui, ma anche lei non ha mai manifestato il minimo sdegno o disprezzo per il padre, un uomo gentile ma non di grande successo. È molto compiaciuto di ciò, ma questo ha impedito che io entrassi in rapporto con lui. Come un vecchio detto psicoanalitico afferma: "Ricorda che il paziente fa le cose sempre meglio di te."

Il paziente in esame è maestro nel deviare l'aggressività maschile. Chi potrebbe provare risentimento per un uomo così gradevole? Sono cosciente di incontrare una grande difficoltà nel disapprovarlo per cose che, in un altro paziente mi susciterebbero sentimenti più negativi. Ora potrei pensare, manipolando come un abile prestigiatore qualche aspetto della teoria dell'oggetto-sé, che si tratta di qualcosa che egli mi ha fatto, qualcosa che mi ha messo dentro. So bene, invece, che esistono motivi e complicità solo miei che si prestano a questa seduzione.

Gli ho detto che mi stava proteggendo da un attacco e ho aggiunto che ero consapevole di temere qualche accenno di disapprovazione da parte sua e di confondere questo mio sentimento con i suoi. Siamo poi andati avanti discutendone amichevolmente, ma è proprio questo che dimostra che qualcosa è andato storto. L'effetto del mio tentativo di *self-disclosure* era, penso, di disarmarlo, di dirgli: "Guarda che bel tipo sono!" non, come si potrebbe pensare, di facilitare l'espressione della sua rabbia. Certo, l'intero processo di analisi del sogno, potrebbe essere stato un *enactment* dovuto alla nostra collusione. Forse il suo sogno era abbastanza trasparente, me lo ha offerto perché io fossi intelligente e lo interpretassi come una sorta di seduzione. Perché non vede il significato del sogno? Perché non sperimenta la propria rabbia? Che cosa sarebbe successo se del sogno non ne avessi fatto nulla? Il paziente avrebbe affrontato qualche altro problema? Forse si sarebbe andati verso uno scontro più aggressivo, con un vissuto più reale? Che cosa sarebbe successo se avessi offerto una *disclosure* più autentica? Se avessi parlato dei miei sentimenti di competizione e di invidia nei suoi riguardi? D'altra parte, forse la linea che ho scelto era efficace. Chi lo sa? Il senso di un incontro psicoanalitico dipende dal suo risultato. Non potete sapere che cosa avete fatto finché non vedete ciò che accade! Ciò suona come il titolo di una canzone *country*, ma è vero. Il terapeuta viene presentato, nel sogno del paziente, come il gestore dell'armonia. Il terapeuta l'accetta come una *self-revelation* e non consente che il paziente sia l'unico ad assumersene la responsabilità, un *enactment* che, sebbene sia correttivo, può a ragione essere disarmante. Il terapeuta procede ad una *self-disclosure* relativa alle sue difficoltà di confrontarsi con l'aggressività del paziente, e ciò può aver, inavvertitamente da un punto di vista controtransferale, attenuato la rabbia del paziente. Come ho detto, non credo che ci si possa proporre a priori di fare una cosa che funzioni. Ciò porta a quello che Freud chiama il peccato d'ambizione del terapeuta. Ciò che avviene con il paziente coincide con l'elaborazione terapeutica (*the playing-through is the working-through*) ed è il meticoloso esame dei vari punti di vista sulla interazione, cosa che alla fine porta al cambiamento, e mai attraverso un piacevole percorso diretto. Penso che l'autoconsapevolezza sia la chiave di tutto. Una volta che il terapeuta è consapevole che nel campo interpersonale esiste un problema *mutuo* riguardo alla rabbia e alla competizione e quando il paziente ha mostrato, attraverso il sogno, che anche lui è consapevole di ciò e pronto a chiudere la contesa, allora nella relazione paziente-analista avverrà gradualmente e quasi inevitabilmente l'elaborazione dell'*enactment*.

Riferire ai pazienti la reazione controtransferale che si sta avendo quando ci si sente perplessi fa compiere un gran passo avanti, un passo ulteriore rispetto all'autocoscienza. Riferire ai pazienti i propri

sogni su di loro e cercare informazioni da loro è un altro audace passo avanti. (Tauber, 1954). Penso davvero che questo possa essere utile. In quest'ultimo caso, però, l'analista deve buttare via le convinzioni astratte sul controtransfert e farsi una sua esperienza personale, come se partecipasse al processo senza nessuna idea chiara in proposito, con una totale disponibilità ad indagare gli *input* che vengono dal paziente. Come ho detto, si può ragionevolmente sostenere che se viene scartato il concetto di controtransfert come risposta distorta e il corollario che ne consegue, per cui il lavoro del terapeuta consiste in una cernita di ciò che è appropriato e di ciò che è distorto, allora si può considerare come dato rilevante semplicemente la propria partecipazione al lavoro terapeutico. Penso che questa sia un'ottima idea, ma molto difficile da applicare. Certamente non si può presumere che il terapeuta, nel presentare il risultato della sua indagine al paziente, stia semplicemente fornendo dati neutri d'osservazione liberi da sue motivazioni personali, né che il paziente avrà la forza d'animo di resistergli. C'è molto da indagare su paziente e analista per rispondere alle esigenze di una partecipazione così rigorosa.

Credo che possiamo essere tutti d'accordo sul fatto che la terapia funziona solo grazie al contenimento operato dal *setting*. La terapia è rappresentazione; non è un aspetto superiore della vita reale. Il contenimento del *setting* circonda la relazione analista-paziente e, quindi, la loro ansia. Gli psicoanalisti non sono né meglio né peggio di chiunque altro. Non hanno raggiunto una maturità emotiva superiore, come i loro figli e partner potrebbero facilmente attestare, ma, come i capitani di mare, sono spesso di gran lunga più nobili sulla nave che non a terra. Così, quanto più si smantella il *setting*, tanto più il gioco diviene rischioso. L'elasticità del processo è limitato dall'ansia del terapeuta (si potrebbe anche dire, dalla grandiosità del terapeuta) ma, di nuovo, la grandiosità tende ad essere uno strumento alquanto fragile, che per lavorare più remunerativamente è meglio ridimensionare.

Normalmente, si pensa al *setting* come preconditione della terapia; per es., la durata e la frequenza delle sedute, l'uso della poltrona o del lettino, gli accordi sul pagamento, sulle sedute saltate, ecc.. Tuttavia, c'è una componente del *setting*, spesso poco valutata, che ha a che fare con le iniziali circostanze del trattamento: come sceglie il paziente quel particolare terapeuta; perché analista e paziente si accordano per lavorare insieme; quale comprensione iniziale hanno entrambi delle sofferenze del paziente; per quali motivi un approccio psicoanalitico è adatto a loro? Molte terapie falliscono perché non è stata fatta luce su questa fase di avvio estremamente importante (Levenson, 1982). In gran parte del materiale clinico, la cosa che più colpisce è la mancanza di attenzione alle circostanze iniziali della terapia. Il paziente verrà portato in supervisione? Come è stato selezionato? Chi ha fatto lo *screening*? Che peso ha esercitato il terapeuta nella selezione? Quanto bisogno aveva il terapeuta (candidato o meno) di un paziente? Quanto sono stati ponderati i criteri di accettazione del paziente? Pazienti adatti alla psicoanalisi possono essere rari; gli istituti di *trainings* spesso hanno il brutto vizio di prendere pazienti disposti ad andare in terapia cinque volte a settimana.

C'è un discorso sotteso a tutto ciò. Si tenga presente che sia la *self-revelation* sia la *self-disclosure* sono entrambe dimensioni della relazione paziente-analista. È implicito che l'azione terapeutica miri a produrre effetti positivi. Ma la relazione è solo metà del trattamento. Nella terapia ci sono due strumenti importanti: l'immaginazione del paziente e il mondo delle interazioni, che altrove ho chiamato *poetica* e *pragmatica* (Levenson, 1988). Non si può non essere colpiti dalla spontaneità dell'immaginazione e della vita fantasmatica del paziente, che ha spesso la caratteristica di "un messaggio nella bottiglia", come se qualcuno stesse facendo passare i segreti oltre la censura. Si deve ugualmente essere colpiti dalla esclusività e complessità del campo interpersonale, dal "sistema del sé" del paziente, dalle operazioni difensive estremamente sofisticate di auto-equilibrio messe in atto non contro le fantasie interne, ma contro gli altri, e dalla capacità di queste difese di essere attivate nella relazione con il terapeuta: questi sono i veri problemi. Ciò che si dice è contemporaneamente agito, un isomorfismo stupefacente e, dal punto di vista terapeutico, molto utile. Tradizionalmente gli analisti sono critici verso

l'immaginazione dei pazienti e considerano il campo interazionale come resistenza da analizzare per sbarazzarsene. Sullivan, invece, ha sostenuto il mio medesimo punto di vista (cfr. Gill, 1983, p. 332). Oggi gli analisti vivono il campo interazionale paziente-analista come il luogo della terapia, più che come interferenza. Ciò, come ho detto, fornisce al terapeuta uno strumento terapeutico efficace, anche se rischioso. Gli dà un'occasione per vedere direttamente *in vivo*, i problemi sott'esame e per utilizzare la propria partecipazione. Ma, ciò si presta anche a trasformare i pazienti in proseliti, a tendere alla guarigione attraverso l'imposizione delle mani.

In conclusione, ritengo la *self-revelation* inevitabile. Credo che se ci si espone ad essere visti, si dovrebbe riconoscere ciò che è stato visto, ammetterlo e servirsi dell'occasione come fonte di dati. Nei riguardi della *self-disclosure* sono molto cauto. Ho avuto dei successi sorprendenti, ma anche dei disastri. Sembra che la *self-disclosure* sia spesso un tentativo di riparazione dopo un *acting-in*. Si tratta di un espediente da usare con parsimonia, e solamente con pazienti con i quali si ha una solida alleanza terapeutica. Certamente, non tutti saranno d'accordo con quanto affermo. I successi che si possono ottenere con questa tecnica dipendono in ultima analisi dalla capacità di comunicare simpatia ai pazienti senza soffocarli; e ciò può variare molto in base allo stile del terapeuta e alla benevolenza che ispira. In realtà non mi piace l'idea che la cura dipenda esclusivamente dalla relazione con il terapeuta. Mi piacerebbe, invece, che la terapia si fondasse sul flusso del materiale del paziente, che la cura emergesse dal contatto del paziente con la propria ricchezza immaginativa, dalla sua capacità di ritrovare la propria voce. Ritengo che la relazione con il terapeuta delimiti il campo e sia il terreno di gioco per raggiungere quell'obiettivo. Credo fermamente che i pazienti possano arrivare a sorprendenti *insight* sulla loro vita che non sono diretta conseguenza dell'interazione con il terapeuta, ma non possono emergere senza l'aiuto della partecipazione dell'analista.

Il Sufis dice che non c'è problema impossibile per un teorico. Anche Harry Stack Sullivan ha detto che la chiarezza è l'ultima cosa che si sperimenta prima di diventare schizofrenici. Ha detto anche: "Mi salvi Iddio da una terapia che va bene!" Concordo pienamente. Il dubbio è alla base del clinico, nostro onere e onore. Le mie convinzioni tendono a spostarsi verso ciò che alla fine sembra funzionare meglio. A volte sono colpito dall'impatto che hanno i miei interventi, altre volte da un inatteso spostamento della direzione del materiale che fluisce dal paziente o da un improvviso *insight* che sembra venire dal nulla e non da qualcosa che posso pensare di aver fatto o detto.

Bisogna ammetterlo: tutto ciò è imbarazzante. Tutto è in discussione: in che modo usiamo noi stessi nella prassi psicoanalitica, le implicazioni cliniche della partecipazione e dell'agito, le implicazioni politiche delle posizioni metapsicologiche e la relazione di tutto ciò con la "migliore" psicoanalisi. Se, davvero, la psicoanalisi si trova ad un bivio, allora che cosa dobbiamo fare? Forse, detto con le parole dell'immortale Yogi Berra: "Quando ti si presenta una nuova strada, imboccala!"

BIBLIOGRAFIA

- Eagle N. M. (1987) *La psicoanalisi contemporanea* trad. it., Sagittari Laterza, Roma-Bari, 1988.
- Gill M. (1983) *The interpersonal paradigm and the degree of the therapist's involvement* Contemp. Psychoanal., n. 19, pp. 200-237.
- Gill M. (1994) *Psicoanalisi in transizione* trad. it., Cortina, Milano, 1996.
- Hoffmann I. Z. (1983) *Il paziente come interprete dell'esperienza dell'analista* trad. it., Psicoterapia e Scienze Umane, 1995, n. 1, pp. 5-39.
- Levenson E. (1978) *Psychoanalysis: cure or persuasion?* in E. O. Witenberg *Interpersonal psychoanalysis: new directions* Gardiner Press, New York.

- Levenson E. (1982) *Playground or playpen*. Comments on *The psychoanalytic process* by Dewald P., *Contemp. Psychoan.*, n. 18, pp. 365-372.
- Levenson E. (1988) *Show and tell: the recursive order of transference* in A. Rothstein: *How does treatment help?* Intern. Univ. Press, Madison, CT.
- Tauber E. S. (1954) *Exploring the therapeutic use of counter-transference data* *Psychiatry*, n. 17, pp. 331-336.
- Wilden A. (1972) *System and structure: essays in communication and exchange* Tavistock, London.

- Mitchell S. A. (1995) *Interaction in the kleinian and interpersonal traditions* Contemp. Psychoan., n. 31, pp. 65-91.
- Renik O. (1993) *Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity* Psychoan. Q., n. 62, pp. 553-571.
- Renik O. (1995) *The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure* Psychoan. Q., n. 64, pp. 466-495.
- Renik O. (1996) *The perils of neutrality* Psychoan. Q., n. 65, pp. 495-517.
- Stern D. B. (1983) *Unformulated experience* Contemp. Psychoan., n. 19, pp. 71-99.
- Strachey J. (1934) *The nature of the therapeutic action of psycho-analysis* Intern. J. Psychoan., n. 15, pp.127-159.
- Tansey M. J., Burke W.F. (1989) *Understanding countertransference: from projective identification to empathy* Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Valenstein A. F. (1973) *On attachment to painful feelings and the negative therapeutic reaction* Psychoanalytic Study Child, n. 28, pp. 365-392.