

Maria Luisa Tricoli

Ricerca Psicoanalitica, 1997, Anno VIII, n. 1, pp. 143-154.

Oggetto-sé o autocoscienza: brevi note su un caso clinico

SOMMARIO

Traendo spunto da un caso clinico, viene affermato che il cambiamento nel rapporto analitico non è determinato dalla riparazione del deficit né da un'interpretazione empatica del significato dell'esperienza del paziente. Esso è, piuttosto, suscitato da un atto di autocoscienza attraverso il quale il paziente comprende il significato inconscio da lui attribuito alla relazione e la funzionalità del suo mantenimento in relazione all'immagine strutturata di sé.

SUMMARY

Self-object or self-consciousness

Taking a clinical case as a starting point for her reflections, the Author points out that any change in the analytical relation is neither caused by the reparation of a structural defect, nor by an empathetic interpretation of the patient's experience. The change is due to the process of self-consciousness, which allows the patient to understand the unconscious meanings given to the relationships and what their functionality is in order to maintain the own structured identity.

A proposito dell'antico dibattito sul "ruolo dell'insight cognitivo in opposizione con l'attaccamento affettivo" nel processo del cambiamento terapeutico, si potrebbe dire con Stolorow che nell'ultimo decennio "il pendolo abbia oscillato nella direzione dell'attaccamento affettivo" soprattutto in quegli autori che hanno sottolineato il "potere mutativo di nuove esperienze relazionali con l'analista" (Stolorow, 1994, p. 48). Stolorow aggiunge, però, che, assumendo una prospettiva intersoggettiva, la dicotomia tra insight attraverso l'interpretazione e insight tramite il legame affettivo con l'analista si rivela un falso problema (ib., p. 49), poiché le interpretazioni transferali non sollecitano soltanto acquisizioni cognitive, ma esprimono anche "l'accordo dell'analista con gli stati affettivi e con i desideri evolutivi del paziente" (ib.).

Concordo sul fatto che, non aderendo più oggi alla teoria pulsionale ed essendo stata raggiunta una visione più unitaria del funzionamento dell'essere umano, la contrapposizione tra cognitivo e affettivo non può più essere mantenuta. Ciò va visto nell'ambito del superamento, che pare ormai generalmente condiviso, della teoria pulsionale. Tuttavia, alla luce dell'approccio di marca relazionale alla genesi del disagio psichico e all'intervento su di esso, è necessario definire il ruolo giocato dai determinanti inconsci all'interno della relazione terapeutica, ruolo che spesso viene portato sullo sfondo rispetto agli aspetti reali della relazione.

Puntare sull' "accordo dell'analista con gli stati affettivi e con i desideri evolutivi del paziente", sembra rimandare ad una concezione dell'individuo che "naturalmente" tende al suo benessere. È necessario, inoltre, chiedersi che cosa si intenda per "desideri evolutivi". Si tratta del "piano inconscio" di Weiss e Sampson? Se è così, che ruolo gioca nell' "accordo" tra analista e paziente l'aspetto inconscio di negazione dei desideri evolutivi, che sia il paziente sia l'analista presentano?

Farò riferimento ad un esempio clinico.

Lucia viene in terapia lamentando uno stato di depressione. Piccola e piuttosto massiccia, un viso liscio ed immobile, in contrasto stridente con gli occhi chiarissimi, tristi e lacrimosi. Dice con un fil di voce che le sembra di non essere mai cresciuta. Una bambina vecchia. Trent'anni al massimo. Invece ne ha quarantatré. Il suo lavoro in una compagnia di assicurazioni, che pure è abbastanza vario, non le piace. Non ha mai avuto un rapporto affettivo, se non una storia platonica, con il compagno di una sua amica più grande, finita ancor prima di cominciare. Ha delle amiche, ma, quando le frequenta, ritiene di infastidirle.

Racconta una storia pesante: una madre gelosa del marito e paranoica, che "finalmente" è morta quando Lucia aveva 27 anni; scenate continue, la paura sua e della sorella minore di scoppi d'ira improvvisi, immotivati, inarginabili. Una madre che aveva un progetto preciso sulle figlie, specialmente sulla maggiore, e a cui era indispensabile adeguarsi.

Viene in analisi perché le sembra di non farcela dinanzi ad un'ulteriore incontrollabile disgrazia che minaccia la sua vita: la sorella Teresa (41 anni), che ha già un bambino di due anni, è di nuovo incinta. Teresa ha una grave malattia autoimmune che, secondo i medici, comporta gravidanze a rischio. Invece, il bambino è nato, sta bene, così come la madre. Lucia teme che Teresa non prenderà in considerazione la possibilità di abortire, perché ha già detto che vuole sentirsi libera di fare ciò che desidera, senza considerare minimamente gli altri, cioè lei, Lucia, che non potrà gestire la nuova situazione. La sorella è una persona non molto responsabile; ha perso da tempo il lavoro che aveva ed anche il marito non ha un lavoro fisso. Per di più è anche lui un irresponsabile, dal carattere violento e imprevedibile. Il padre di Lucia, che si è di nuovo sposato qualche anno fa, e la moglie attuale sono molto disponibili nei confronti del nipotino, occupandosi di lui per parecchie ore al giorno. Teresa, però, non è capace di intrattenere con loro buoni rapporti, così Lucia dovrà continuare a fare opera di mediazione tra loro in situazioni sempre più pesanti.

Queste notizie emergono nel primo colloquio. Lucia parla al rallentatore, ma senza pause, con voce bassa e monocorde. Di tanto in tanto respira profondamente, come per trovare la forza di continuare, ma dalle sue parole non traspare nessun sentimento. Sembra aver costruito una struttura logicamente coerente su una base totalmente distorta.

Sento l'esigenza di indagare se è davvero così poco consapevole come appare. Le chiedo: "Come mai si sente così coinvolta nelle scelte di sua sorella? Forse ritiene di essere responsabile per lei, come quando era piccola, secondo quanto ha già detto?"

Alza la testa e mi guarda con un guizzo di sorpresa, che si trasforma subito in una durezza rancorosa. Non mi dice che non ho capito niente di lei e non se ne va sbattendo la porta, perché non è questo il suo stile, ma è come se lo facesse. Dice: "Evidentemente lei non è mai stata responsabile di due bambini, che non avrebbero potuto sopravvivere senza di lei! Non esiste un'alternativa: devo occuparmi delle conseguenze delle scelte di mia sorella".

Nelle sedute successive, emergono molti comportamenti e stati d'animo ricorrenti. Mi sento molto inquisitrice, nel chiederle quali siano i suoi sentimenti rispetto agli scarni eventi della vita attuale che riferisce e stabilendo collegamenti con i vissuti relativi all'infanzia e all'adolescenza. Sento di forzare la paziente ad un ritmo di lavoro stabilito da me, ma ho la sensazione che un corso più tranquillo sarebbe vissuto come una mia adesione all'idea ripetutamente manifestata che non ci sia nulla da fare.

Dopo solo poche settimane di analisi, la paziente improvvisamente esordisce dicendo di rendersi conto che il suo problema nasce dal suo timore che se non si occuperà della sorella succederà una catastrofe. Pensa che, se la sorella decidesse di separarsi dal marito (in questi due anni e mezzo di matrimonio sono sorti gravi contrasti), costui potrebbe ucciderla, o rapire la figlia. Si rende conto che questa è una sua paura e, per di più, si sta chiedendo se lei stessa non abbia bisogno delle scelte irrazionali e rovinose di sua sorella per sentirsi viva, avendo rinunciato a vivere in prima persona. In fondo lei ha sempre sollecitato Teresa, in passato, quando non c'era nessun partner in vista e non si sapeva nulla della malattia, ad avere un bambino come desiderava.

Sembrerebbe un insight meraviglioso, ma non posso proprio prestarvi fede. Che cosa può essere mai successo in poche settimane? Certo, Lucia ha raccontato che alla morte della madre aveva pensato di poter finalmente costruire una famiglia perfetta con il padre e con la sorella, la famiglia che aveva sempre desiderato. Aveva cominciato a cucinare, curare la casa e a trattare la sorella come una bimba piccola che aveva diritto a tutte quelle cure che non aveva ricevuto. In quella occasione, le avevo fatto notare che aveva pensato di trasformare la sua famiglia d'origine in una famiglia ideale, piuttosto che costruirsi una sua e ciò l'aveva colpita. Tuttavia tra questa osservazione e la possibilità di riconoscere l'aspetto inconscio dei suoi desideri e la paura di realizzarli c'è un abisso.

C'è un altro problema che la paziente ha presentato come vitale. La madre ha lasciato alle figlie la casa in cui hanno sempre vissuto. Il padre si è trasferito nella casa della seconda moglie. Lucia ha ritenuto di poter continuare la convivenza dopo il matrimonio della sorella, ma la cosa si è rivelata impossibile a causa dell'atteggiamento violento del cognato. Così Lucia ha lasciato la sua casa e si è sistemata in un appartamento con due giovani studentesse non residenti in città, che considerano l'abitazione come un luogo di passaggio, da non tenere in ordine e curare ed in cui non è necessario che ciascuno abbia il proprio spazio. Attualmente vive tutto il giorno fuori casa, fermandosi a dormire da qualche amica ogni volta che può farlo. Torna nell'appartamento solo nei week-end, quando le due ragazze non ci sono. Non dà nemmeno come recapito il numero di telefono di quella casa, perché lì lei non c'è mai.

Questa situazione viene presentata come intoccabile, adducendo il motivo che si tratta di una soluzione economicamente vantaggiosa, l'unica che Lucia possa permettersi col suo stipendio. Lucia si dilunga nello spiegare quanto sia difficile vivere senza un proprio spazio; si scusa perché non è così forte da tollerare la situazione.

Nell'arco delle prime settimane di analisi, Lucia riprende il discorso della casa dicendo di essere consapevole di dover affrontare e risolvere il problema di uno spazio suo, perché non può aspettarsi che qualcun altro lo risolva per lei. Si rende anche conto che vorrebbe che la soluzione venisse da suo padre, che dovrebbe prendere l'iniziativa di vendere la casa, di cui è usufruttuario, e comprarne due più piccole per le figlie. L'aspettativa però non è realistica perché il padre rifiuta di sentir toccare l'argomento, forse spaventato all'idea di veder dissolvere i risparmi di tutta una vita. La paziente dice che proprio il fatto di avere un'aspettativa così forte nei confronti del padre la paralizza, impedendole di prendere una decisione a lei funzionale.

Ancora una volta noto un cambiamento di livello di coscienza che sarebbe stupendo, se solo potessi prenderlo sul serio. L'ipotesi più attendibile che riesco a formulare è che la paziente abbia intuito il livello di spiegazione a cui l'analista mira e che vi abbia aderito per identificazione, spinta dal desiderio di essere capita e accettata. È questo l'equivalente del transfert positivo e irreprensibile. Come il bambino piccolo, il paziente tende ad essere accettato ed inoltre viene in analisi con una grande richiesta di aiuto, atteggiamento che è sufficiente a metterlo in una posizione di attesa e di dipendenza. Certamente ci sono pazienti che esprimono fin dal primo momento l'aspetto di negazione del desiderio, manifestando una sfiducia, ormai strutturata, rispetto alla possibilità di cambiamenti positivi, ma non è stato così per questa paziente.

Come mai Lucia ha inconsciamente scelto la strada dell'identificazione con gli schemi mentali dell'analista, cosa che all'inizio dell'analisi certamente porta ad un alleviarsi dei sintomi? La risposta può essere cercata soltanto nell'ambito dell'interazione che si è creata nel setting analitico.

Fin dal primo incontro, mi sono sentita attratta dall'abisso di sofferenza di questa paziente ed insieme colpita dalla paradossalità della sua situazione. Mi è sembrata una persona dotata di buone capacità logiche e con abitudine all'introspezione. Queste caratteristiche mi sono apparse in stridente contrasto con le sue argomentazioni, tanto è vero che, nel primo colloquio, ho seguito l'impulso di indagare sul suo livello di consapevolezza, benché sapessi che ciò sarebbe suonato come un giudizio. È come se avessi voluto

prenderla per le spalle e scuoterla dicendole: “Ragiona, come ti puoi raccontare queste storie! Non rovinarti la vita così”. E la paziente si è messa a “ragionare”, rimandandomi ciò che io avevo in mente e che non le avevo detto.

Lucia ha parlato molto di sua madre, del suo continuo dare ordini, che dovevano essere puntualmente eseguiti per evitare scenate, della sua pretesa di sapere tutto delle figlie, dell'impossibilità di farsi ascoltare anche riguardo ad esigenze minime. Dice di aver reagito rinunciando a farsi valere, obbedendo e “mettendosi in un angolo”, perché non c'era altro da fare.

A mano a mano che la storia della paziente si delinea, mi rendo conto che, da un certo punto di vista, la qualità della mia relazione nei suoi confronti - quella che io avverto interiormente e che per ora si è manifestata a livelli minimi - è uguale a quella che sua madre ha instaurato con lei. Infatti il mio vissuto è di aver capito subito come stanno le cose, di sapere tutto di lei, anche quello che non sa: ho già in mente un autorevole progetto di cambiamento, che mi accingo a proporle, anche se con gradualità e rispetto, o forse si potrebbe dire con empatia.

Lucia si è comportata con me come con sua madre: obbedisce alle regole del setting, parla di sé in maniera non superficiale, ma non fa trasparire nessun sentimento, o forse dà per scontato che i sentimenti coincidano con le razionalizzazioni con cui chissà quante volte si è raccontata la sua vita. La lettura della realtà, che propone, e i sentimenti che l'accompagnano si sono irrigiditi a tal punto che la paziente si meraviglia se non vengono condivisi e, nello stesso tempo, è come se non si aspettasse nessuna possibile condivisione.

Rispetto a me “si è messa in un angolo”, con la speranza visibile che la tiri fuori di lì. In relazione a questa speranza, ripete le modalità di interazione che le sono proprie, le uniche del resto che conosca. Il suo desiderio cosciente è quello di arrivare a star meglio attraverso il lavoro analitico, ma ciò che suggerisce col suo comportamento è passività e disperata sfiducia.

Al di sotto della mia disposizione “empatica” e dell'alleanza terapeutica, che la paziente dimostra di aver instaurato, c'è quindi un mondo stratificato di significati legati alla relazione intersoggettiva che si è instaurata nel setting.

Le strutture inconscie di significati strutturati che ci costituiscono (transfert) emergono sempre immutate in qualsiasi relazione, fino al momento in cui non se ne svela la matrice inconscia, rendendo così possibile la costruzione di una nuova struttura più funzionale. Tuttavia la modalità e i tempi di emersione del transfert del paziente sono legati alla concretezza dell'interazione con l'analista, che partecipa alla relazione con il limite - che è nello stesso tempo una ricchezza - della propria struttura individuale. Il fatto che l'analista abbia reso oggetto di autoriflessione le sue strutture inconscie di base gli dà la possibilità di non cadere in comportamenti reattivi, ma non cambia la sua storia, né, tanto meno, fa di lui una persona senza vissuti ed affetti. In breve, il paziente manifesta fin dal primo incontro le sue strutture di base ricorrenti, ma i modi e i tempi in cui lo fa, sono legati alle strutture basilari dell'analista.

Quando nella letteratura sull'argomento si parla dell'esistenza di molteplici “transfert”, credo che si alluda alle svariate modalità e tempi di manifestazione del transfert, che cambiano in relazione al qui ed ora della relazione concreta.

Che l'analista si senta attratto o infastidito dal paziente, quindi, non ha nessun valore ai fini del trattamento. Ciò che è fondamentale, invece, è che si renda conto dei giochi che intercorrono nella relazione e dei significati sottostanti.

Viene comunemente affermato che, in assenza di sufficienti gratificazioni, si verifica un arresto nel processo di sviluppo del sé. Mi sembra, invece, che ciò che si blocca o si irrigidisce è il sistema di significati che l'individuo ha attribuito a sé e all'altro nella relazione, perché non ha avuto la capacità - o non è stato aiutato ad acquisirla - di rimettere in gioco quei significati, relativizzarli e cambiarli. Per questo motivo

comportamenti antichi, miranti ad ottenere accettazione e sicurezza, vengono passivamente ripetuti, anche se disfunzionali, finché non diventano oggetto di una riflessione autocosciente.

In una terapia d'appoggio, può non essere difficile modificare il comportamento dei pazienti rendendolo più funzionale. Per raggiungere questo scopo, non si dovrebbe analizzare l'interazione paziente/analista, ma piuttosto, puntando sul normale desiderio di liberarsi del disagio, proporre modelli più funzionali di comportamento, sostenendo il paziente nel loro conseguimento con un sufficiente atteggiamento empatico. L'analista si porrebbe così come una figura primaria idealizzata, che comprende e propone ciò che è bene attraverso un processo pedagogico.

Il fine dell'analisi però, non è cambiare il comportamento del paziente o renderlo più sicuro e fiducioso verso la vita, ma piuttosto capire i principi organizzativi inconsci che presiedono alla rottura del legame con l'altro, come dice Stolorow (1994, p. 129), ed anche i principi organizzativi inconsci che mantengono quel legame.

Stolorow (1996, pp. 59-60) enuncia due fondamentali dimensioni del transfert continuamente oscillanti in una dimensione di figura-sfondo:

1) la dimensione dell'oggetto-sé in cui il paziente desidera vivamente che l'analista gli procuri le esperienze di oggetto-sé risultate mancanti o insufficienti negli anni dello sviluppo; 2) la dimensione ripetitiva, che è fonte di conflitto e resistenza, in cui il paziente si aspetta e teme di ripetere con l'analista le esperienze primarie e i fallimenti del suo sviluppo.

Quando l'analista non è percepito in sintonia, compare in modo più manifesto la resistenza e il conflitto, mentre i desideri di oggetto-sé del paziente passano in secondo piano, nel timore di una ripetizione traumatica dei primi insuccessi infantili. Quando, invece, l'analista è percepito in sintonia, perché ha compreso gli stati affettivi di tipo reattivo del paziente e i principi che li organizzano, la dimensione dell'oggetto-sé si rinforza mentre la resistenza retrocede sullo sfondo (ib., p. 59). Può accadere, quindi, aggiunge Stolorow (ib., p. 60), che sia proprio il paziente ad opporsi alla dimensione ripetitiva del transfert a causa del timore di compromettere il legame con l'analista attraverso la manifestazione della propria affettività.

Dall'incontro dialettico tra la realtà psicologica dell'analista e quella del paziente emergono situazioni di congiunzione e di disgiunzione. Nelle situazioni di congiunzione "i principi organizzatori dell'esperienza del paziente producono espressioni che corrispondono a configurazioni di base nella vita psichica dell'analista" (ib.). Nelle situazioni di disgiunzione "l'analista assimila il materiale prodotto dal paziente in configurazioni che ne alterano in modo significativo il senso" (ib.). Sia la disgiunzione che la congiunzione possono costituire un impedimento al processo analitico se non diventano oggetto di autocoscienza, prima da parte dell'analista e successivamente, attraverso l'interpretazione, da parte del paziente. Stolorow conclude affermando che "l'analista, cosciente dei propri principi organizzatori e del corso che essi imprimono all'andamento della relazione terapeutica, modella, attraverso un'investigazione orientata empaticamente, un'interpretazione del significato dell'esperienza del paziente, tale da consentirgli di sentirsi profondamente compreso. A sua volta il paziente, dal profondo del proprio mondo soggettivo, intesse questa esperienza di comprensione nell'ordito dei desideri legati all'oggetto-sé, favorendo il ripristino di un processo di sviluppo impedito e consentendo che la formazione di nuovi principi organizzativi prenda l'avvio" (ib. p. 61).

La posizione di Stolorow, rimanda a quella kohutiana relativa ai bisogni di oggetto-sé, che l'analista dovrebbe soddisfare, per fornire la base indispensabile alla ripresa dello sviluppo psichico interrotto. Ma occorre una precisazione. È vero che il paziente arriva in analisi con un desiderio di accettazione e conferma ingigantito a causa della frustrazione subita. Ma non si tratta più del desiderio dell'infante inerme, che non può sopravvivere se non è oggetto di accettazione totale.

Nell'adulto il desiderio di accettazione si è già assolutizzato, essendosi indissolubilmente legato all'esperienza di frustrazione e alle strategie messe in atto dall'individuo per la propria sopravvivenza, divenendo già un desiderio impossibile. Il disagio nasce proprio dal fatto che quel desiderio viene rigidamente perseguito nella relazione terapeutica, così come in tutte le relazioni significative, attraverso modalità sclerotizzate ormai destinate all'insuccesso. Essendo le radici di queste strategie comportamentali inconse, nessun tipo di accettazione empatica sarà utile a produrre cambiamenti durevoli. È per questo che, come dice Stolorow, i momenti di "congiunzione" tra paziente e analista, non illuminati dall'autocoscienza, divengono un grosso *impasse* nel processo analitico (ib. p. 60).

Ritengo che alla base di qualsiasi disagio ci sia un conflitto, che mi sembra utile teorizzare come risultato di una tensione tra il desiderio di autoaffermazione e cambiamento - che considero specie-specifico - proprio di ciascun individuo e il desiderio opposto di mantenere intatta, e quindi immobile, la propria struttura psichica.

Un aspetto che riguarda entrambi questi desideri è costituito da ciò che è stato definito come "pulsione epistemofila", una spinta che induce l'essere umano a dare senso ai propri vissuti e agli eventi della propria vita. Ma proprio per il bisogno di mantenere un'immagine accettabile di sé, ogni individuo è inconsciamente portato a ricercare spiegazioni che non intacchino o disconfermino l'immagine che ha già strutturato di se stesso.

In questo senso è molto interessante l'affermazione di Stolorow (1994, p.63), che propone come principio generale sovraordinato il "bisogno di mantenere l'organizzazione dell'esperienza", anche se disfunzionale, finché non diventa oggetto di una riflessione autocosciente.

È ovvio che un sistema di significati che coincide col proprio mondo individuale è profondamente colorato di affettività e che, per accettare di sovvertirlo, l'individuo dovrà sentirsi sufficientemente sicuro di non soccombere al dolore di un cambiamento, che percepisce come un annullamento di sé. Tuttavia nessun accoglimento empatico sarà in grado da solo di fornire questa sicurezza.

Se il bisogno di mantenere l'organizzazione della propria esperienza è la principale fonte di resistenza e, d'altra parte, proprio la rigidità dell'organizzazione è causa di disagio, scopo dell'interpretazione sarà comunicare con gradualità al paziente quale organizzazione dell'esperienza egli manifesti nella relazione e quali sono le strategie inconse irrigidite a cui di norma egli ricorre per mantenerla.

Il paziente cambierà, con un atto di autoriflessione quando, attraverso l'analisi della relazione, comprenderà sia l'assolutezza del suo desiderio inconscio di affermazione (di sé, del proprio desiderio, del proprio stile di vita, dei propri giudizi e vissuti), sia la forza della negazione di quel desiderio, su cui ormai egli si è attestato.

Lo strumento per ottenere questo scopo è l'interpretazione, da non intendersi però in senso classico, come recupero del passato rimosso. Il riaffiorare del ricordo dell'evento reale o vissuto come reale non può essere di per sé terapeutico: a volte, anzi, può inchiodare il paziente al comportamento disfunzionale già strutturato.

L'interpretazione deve portare alla luce il gioco inconscio di affermazione di sé, come unità di significati strutturati, e di contemporanea negazione di sé a causa di significati strutturati associati a quell'affermazione. È questo il processo dell'autocoscienza, in cui l'individuo si impadronisce dei significati che ha attribuito alle sue relazioni e, relativizzandoli, li riimmette nella storia da cui, cristallizzandoli, li aveva esclusi.

Ritornando alla mia paziente, per circa un anno ho cercato di stabilire con lei parallelismi e legami tra le situazioni presenti, di cui sembra che non si possa parlare, e le relazioni significative del passato, di cui invece si parla molto, ma per sottolinearne la pesantezza e l'impossibilità di cambiarne il senso. Cautamente

confrontazioni, più che interpretazioni. Di proposito non ho toccato il transfert, attendendo il momento opportuno.

Si sono create delle metafore con cui abbiamo ripercorso la sua storia. Abbiamo scavato nel suo "mettersi nell'angolo", per paura di veder esplodere sua madre, o per non provare l'insopportabile "delusione dell'incapacità dell'altro", come è avvenuto nei confronti di suo padre; abbiamo ritrovato comportamenti analoghi nelle relazioni attuali. Abbiamo scoperto narrazioni nuove, che hanno modificato la sua storia, rendendola più coerente.

Lo stile della comunicazione è rimasto lo stesso: monocorde e anaffettivo, mai un moto di gioia o di contrarietà.

Un giorno mi parla a lungo della sensazione angosciata di non poter star meglio mai, nonostante i suoi sforzi. Alla fine aggiunge che ciò è in aperta contraddizione col suo venire puntualmente in analisi.

Mi sfugge una breve risata, a cui segue la domanda risentita di Lucia su che cosa ci sia mai da ridere sulla sua sofferenza. Rispondo: "Per fortuna che nella sua impossibilità così totale esiste una breccia! Comunque è la prima volta che lei manifesta un sentimento diretto verso di me".

Segue un silenzio, poi Lucia dice: "C'è un altro motivo per cui fin da piccola mi sono messa in un angolo: per affermarmi negandomi. Non potendo avere una madre e un padre conformi al mio desiderio, ho annullato me stessa per colpire le loro attese su di me ed affermarmi così in qualche modo. Anche qui ho fatto la stessa cosa: le ho raccontato tutto quello che lei si aspettava da me e sono stata accondiscendente, solo per non darmi tutta davvero".

Da quel momento l'analisi ha mutato livello, toccando decisamente quello delle motivazioni inconse, perché la paziente ha cambiato il proprio punto di vista su se stessa: da persona deprivata e "messa nell'angolo" da adulti affettivamente carenti, ha cominciato a vedersi come persona che "si è messa nell'angolo" per una sua funzionalità, che oggi si può riconoscere come pesante e illusoria.

Ciò non toglie nulla alla "realtà" del trauma infantile. Viene però affermato con forza che non è quello il campo specifico del lavoro analitico. Niente e nessuno al mondo può riparare o cambiare la nostra storia, mentre invece possiamo trasformarne il senso, scoprendo i significati che noi stessi le abbiamo attribuito e fedelmente mantenuto.

BIBLIOGRAFIA

- Fosshage J. (1992) *Self Psychology: The Self and Its Vicissitudes within a Relational Matrix* Skolnick and Warshaw, The Analytic Press, Hillsdale, N.J.
- Hoffman I.Z. (1983) *The Patient as Interpreter of the Analyst's Experience* *Contemp. Psychoanal.*, vol. 19, pp. 389-422.
- Levenson E. (1983) *L'ambiguità del cambiamento trad. it.*, Astrolabio, Roma, 1985.
- Kohut H. (1977) *La guarigione del sé trad. it.*, Boringhieri, Torino, 1980
- Sampson H. and Weiss J. (1986) *The Psychoanalytic Process* The Guilford Press, New York-London.
- Stolorow R.D., Atwood G. E. (1992) *I contesti dell'essere trad. it.*, Boringhieri, Torino, 1995.
- Stolorow R.D., Atwood G.E., Brandchaft B. (1994) *La prospettiva intersoggettiva trad. it.*, Borla, Roma, 1996.
- Stolorow R.D. Atwood G. (1996) *La prospettiva intersoggettiva RP Ricerca Psicoanalitica*, 1996, VII, n. 1 -2, pp. 55-69.