

James L. Fosshage

Ricerca Psicoanalitica, 1999, Anno X, n. 2, pp. 133-153.

Il controtransfert come esperienza che l'analista ha del paziente¹

Traduzione dall'americano di Alessandra Consani e Maria Luisa Tricoli.

SOMMARIO

Facendo riferimento all'esperienza del paziente da parte dell'analista, il controtransfert è un costrutto in evoluzione. Assumendo una prospettiva olistica, propongo che l'esperienza che l'analista ha del paziente, espressione che preferisco a controtransfert, definisca la complessità del coinvolgimento dell'analista, collocandolo al giusto posto di guida dell'interazione e dell'intervento. La nostra continua esperienza del paziente non dipende solo dal paziente, ma anche dal nostro atteggiamento d'ascolto (centrato sul soggetto o sull'altro), dai nostri modelli e dalla nostra soggettività. Attraverso la propria esperienza, l'analista può entrare in sintonia con le emozioni e l'esperienza del paziente, dallo stesso punto di vista del paziente, ed è questa la prospettiva dell'ascolto centrato sul soggetto, aspetto privilegiato dalla Psicologia del sé.

L'analista, però, può anche sperimentare il paziente dal punto di vista di un'altra persona che è in rapporto col paziente, ed è questa la prospettiva dell'ascolto centrato sull'altro, accentuazione preferita dalle Teorie della relazione oggettuale e dagli approcci interpersonali. Sostengo che l'ascolto del paziente dall'interno e dall'esterno in una configurazione oscillante tra figura e sfondo, facilita molto l'esperienza di sé e l'esperienza di sé in relazione con l'altro del paziente.

SUMMARY

Countertransference as the Analyst's Experience of the Analysand

In addressing the analyst's experience of the analysand, countertransference is an ever-expanding construct. In keeping with the totalist perspective, I propose that the analyst's experience of the patient, instead of the term countertransference, more fully captures the complexity of the analyst's involvement and correctly places it as a central guide for inquiry and interventions. Our moment-to-moment experience of the patient is shaped not only by the patient, but also by our listening perspective, be it a subject- or other-centered vantage point, our models and our subjectivities. The analyst experientially can resonate with the patient's affect and experience from within the patient's vantage point – that is, the subject centered listening perspective (self psychology's emphasis); the analyst can experience the patient from the vantage point of the other person in a relationship with the patient, called the other-centered listening perspective (frequently the emphasis in object relations and interpersonal approaches). I am proposing that the analyst's listening from within and without, oscillating in a background-foreground configuration, can illuminate more fully the patient's experience of self and of the self in relation to others.

¹ Il presente articolo è stato pubblicato in edizione originale con il titolo *Countertransference as the Analyst's Experience of the Analysand: Influence of Listening Perspectives in Psychoanalytic Psychology*, 1995, 12 (3). Copyright Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

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

Il significato del controtransfert come esperienza che l'analista ha del paziente è sempre più condiviso. Nel modello "classico", rigidamente ancorato alla tradizione scientifica positivista, transfert rimanda ad un analista anonimo, neutrale e schermo opaco che restituisce le distorsioni e le proiezioni del paziente mentre controtransfert esprime il coinvolgimento involontario dell'analista, considerato come patologico, fuorviante e dannoso per il processo. Il controtransfert va quindi "riconosciuto" e "superato" (Freud 1910, p. 200). Man mano si è andati però ammettendo l'inevitabile e complessa copartecipazione alla relazione analitica dell'analista e del paziente. Oggi il concetto di controtransfert ha acquisito un significato più ampio: include non solo gli aspetti patologici, ma anche l'intera gamma dell'esperienza dell'analista, vista come utile al lavoro analitico. Questa nuova accezione di controtransfert è oggi nota come prospettiva olistica (Kernberg, 1965; Gorkin, 1987; Tansey e Burke, 1989).

Lo sviluppo delle Teorie delle relazioni oggettuali, della Teoria interpersonale, della Psicologia del sé, della Psicoanalisi intersoggettiva, ossia, più in generale, le prospettive relazionali (Greenberg e Mitchell, 1983; Mitchell, 1988) hanno dato un notevole impulso all'idea che la relazione analitica implichi una variegata incidenza reciproca tra i due soggetti interagenti. Al suo interno si è fatta strada un concetto di transfert del tutto nuovo che, pur all'interno di differenti accentuazioni, si caratterizza per l'attività organizzante della percezione, dell'affetto e della cognizione del paziente (Fosshage, 1994). Anche il concetto di controtransfert ne è risultato ridefinito sulla base della continua attività organizzante dell'analista, collegata alla sua esperienza e alla sua visione del processo analitico. Lo spostamento dal paradigma della scienza positivista, fondata sull'osservazione obiettiva, al paradigma della scienza relativista, basata sull'idea che sia l'osservatore a dare forma alla realtà, esprime il cambiamento teorico avvenuto nella psicoanalisi e permette la comprensione della relazione analitica come interazione di due soggettività e di due modi di vedere.

Mi propongo, in questo articolo, di approfondire, teoricamente e clinicamente, questo nuovo modo di intendere il controtransfert. In particolare prenderò in considerazione, dapprima, l'impatto che la modalità soggettiva dell'analista ha sull'esperienza che egli ha del paziente e, poi, l'uso clinico che l'analista può fare della propria esperienza.

Il transfert

Nel decennio trascorso, una molteplicità di autori, tra cui Wachtel (1980), Gill (1982), Hoffman (1983, 1991), Stolorow e Lachmann (1984-85), Hoffman e Gill (1988), Lachmann e Beebe (1992), Lichtenberg, (1990) e Fosshage (1994), hanno contribuito in modi diversi ad un modello nuovo o, come preferisco chiamarlo, ad un modello organizzativo di transfert, che per molti aspetti corrisponde a ciò che Berger e Luckmann (1967), Hoffman (1983) e altri hanno chiamato modello costruttivista. Sintetizzando questo modello di transfert, ho rilevato che i modi predominanti in cui noi arriviamo a vedere noi stessi e gli altri e che in modi diversi formano la nostra esperienza sono organizzazioni tematiche caricate di affetto ("stati mentali"). Questi principi organizzanti o schemi non distorcono una presunta "realtà obiettiva", ma incidono sempre sulla costruzione di una "realtà" esperita soggettivamente. (Fosshage, 1984, p. 8)

Perciò, il transfert esprime l'esperienza che il paziente ha della relazione analitica, costruita secondo suoi schemi organizzativi primari. Le costruzioni del paziente variano per frequenza d'uso, accessibilità riflessiva e modificabilità.

Kobut (1971, 1977, 1984) delineava due tipi di transfert: transfert d'oggetto e transfert d'oggetto-sé. In un secondo tempo è comparso un modello più chiaro del sé psicologico (Stolorow e Lachmann, 1984-85; Stolorow, Brandchaft e Atwood, 1989), che concettualizza il transfert come costituito da due dimensioni

fondamentali interagenti: la ricerca dell'esperienza del rapporto con l'oggetto-sé e quella che io chiamo dimensione relazionale ripetitiva.²

All'interno di questo modello, i bisogni evolutivi sono ritenuti conflittuali. Il conflitto proviene da fallimenti traumatici del passato che conducono sia alla paura di sperimentare nuovamente una frammentazione del sé (Ornstein, 1974) sia all'attesa dell'inevitabile riproporsi del fallimento. Tutto ciò richiede misure autoprotettive che diventano aspetti problematici inerenti la relazione e che in vari modi impediscono lo sviluppo e la risoluzione del conflitto. Le altre organizzazioni transferali sono cristallizzazioni di esperienze evolutive collegate allo sviluppo normale. Un paziente spera nel "nuovo", ma tende a costruire l'esperienza analitica mantenendo sia il "vecchio" che il "nuovo" (Fosshage, 1992).

Nel rapporto interattivo, il paziente e l'analista in modi diversi codeterminano il transfert. In ogni momento del rapporto, la gamma dei rispettivi contributi individuali varia moltissimo, richiedendo un'indagine analitica accurata per comprendere ciò che, da una parte e dall'altra, contribuisce all'esperienza del paziente. Gli analisti che credono che l'esperienza del paziente (e anche l'esperienza dell'analista) sia in vari modi codeterminata dai due partecipanti, per comprendere l'incontro intersoggettivo devono chiedersi continuamente quale significato abbia l'interazione per il paziente e, di conseguenza, porsi l'interrogativo: "Chi sta contribuendo all'esperienza del paziente e in che cosa?".

Nel caso che ho presentato in *Psychoanalytic Inquiry* si può cogliere un esempio dei contributi dell'analista e del paziente: "Così come mi idealizzi meno quando divento più umano e mostro la mia vulnerabilità, come ho fatto quando ho discusso il tuo progetto, allo stesso modo sei pronto a sperimentarmi come terribilmente vulnerabile e fragile e messo alle strette" (Fosshage, 1990, p. 473). Questo per dire che il contributo dell'analista deve riconoscere e in parte convalidare le percezioni del paziente. Ciò rende il paziente capace di diventare più ricettivo a nuove informazioni sul suo contributo all'interazione. Spesso, entrambi i contributi hanno bisogno di essere rilevati per mettere in risalto con successo il campo intersoggettivo.

Il controtransfert

Dal punto di vista semantico, il termine controtransfert esprime la reazione al transfert e perciò non coglie la complessità del coinvolgimento dell'analista. In realtà invece sia il paziente che l'analista partecipano alla relazione analitica con le loro soggettività attraverso le quali interattivamente costruiscono l'esperienza analitica (Atwood e Stolorow, 1984, Stolorow et al., 1988). La partecipazione dell'analista, come quella del paziente, può implicare organizzazioni più o meno problematiche. Analista e paziente codeterminano in modi diversi il controtransfert e, così come avviene con il transfert, ogni momento del processo viene determinato dall'apporto diversificato di ciascuno dei due partecipanti.

Piuttosto che esprimere questi contributi diversificati, il controtransfert concretizza quanto il paziente determini la relazione (aspetto cui si riferiva McLaughlin, 1981, parlando dell'importanza del paziente). Per tradizione il controtransfert veniva pensato come l'unica reazione dell'analista, se pur patologica, nei confronti del paziente. Molti analisti appartenenti alla prospettiva interpersonale o alla Teoria delle relazioni oggettuali, pur svincolando il controtransfert dalla patologia, hanno finito col delineare un ritratto del paziente che non solo ne fa l'attore principale, ma addirittura il gestore unico dell'esperienza dell'analista. Specifiche reazioni controtransferali sono viste frequentemente come risposte più o meno inevitabili a specifici transfert, per cui il controtransfert è visto come rivelatore diretto del transfert del paziente. All'interno di questi approcci il controtransfert serve di conseguenza da guida per leggere le configurazioni

² Stolorow, Brandchaft e Atwood (1989) si riferivano alla seconda come alla dimensione ripetitiva/conflittuale/difensiva. Il termine di Lachmann e Beebe (1992) "*configurazioni rappresentazionali*" e il mio termine "*configurazioni relazionali ripetitive*" non indicano configurazioni necessariamente conflittuali o difensive e di conseguenza tendono a designare accezioni più ampie

interpersonali e relazionali del paziente. Considerare però il controtransfert come risposta inevitabile e come espressione diretta del transfert, fa pensare sia che il paziente abbia un ruolo predominante, se non l'unico ad avere un ruolo, sia che tutti gli analisti reagiscono allo stesso modo. Ora queste due possibilità sottovalutano l'apporto irripetibile dell'analista nel suo proprio esperire l'esistenza del transfert. Per fare un esempio, nei confronti dello stesso paziente un analista può avere la sensazione che sia esigente, un altro assertivo ed un terzo urgentemente bisognoso. Analogamente mentre un analista sperimenterà ansia all'occasione di un transfert idealizzante, un altro lo colorerà di momentanea esaltazione ed un terzo lo vivrà come pericoloso. E comunque ogni analista riterrà di essere pervenuto alla comprensione del transfert.

Un certo numero di autori, con indirizzi teorici diversi, hanno cercato di superare l'aspetto limitante, quello centrato soltanto sul paziente, del termine controtransfert, per concettualizzare più adeguatamente la complessa interazione basata sull'influenza scambievole che intercorre tra analista e paziente. Ad esempio, McLaughlin (1981) ha proposto di usare il termine transfert nella sua accezione relativistica, per riferirsi sia all'esperienza del paziente che a quella dell'analista. Più recentemente e in un'ottica simile, Orange (1993) ha suggerito di usare il termine co-transfert per riferirsi all'esperienza che l'analista ha della relazione analitica e di mantenere il termine controtransfert per riferirsi alle sue risposte interferenti. Gill (1983), quando afferma: "Il rapporto transferale e controtransferale rimanda alle diverse prospettive del paziente e dell'analista in base alle quali ciascuno dei due ha un punto di vista plausibile" (p. 234), mantiene entrambi i termini, ma cerca di rendere la situazione analitica meno sbilanciata. Anche Wolf (1988) abbraccia una prospettiva olistica e di conseguenza definisce l'esperienza dell'analista come piacere di sentirsi efficace, conseguenza di bisogni arcaici irrisolti di oggetto-sé e reazione problematica ai transfert d'oggetto-sé. Atwood e Stolorow (1984) sostengono che "dall'interfaccia continua di transfert e controtransfert nascono continuamente due azioni basilari: la congiunzione intersoggettiva e la disgiunzione intersoggettiva" (p. 47). La congiunzione intersoggettiva concerne l'adesione problematica al materiale del paziente a causa di analoghe configurazioni dell'analista; la disgiunzione intersoggettiva si riferisce all'organizzazione del materiale del paziente in configurazioni diverse da quelle del paziente, cosicché il significato ne risulta alterato. L'autoconsapevolezza decentrata dell'analista facilita l'uso delle congiunzioni e delle disgiunzioni. Natterson (1991) evita il termine controtransfert e parla della soggettività dell'analista che partecipa pienamente al campo intersoggettivo. Lichtenberg (1990) preferisce il termine contro-empatia per evitare connotazioni peggiorative.

Con evidenza il termine controtransfert è problematico, sebbene molti di noi ne mantengano l'uso per scopi comunicativi. Anche se le precedenti formulazioni sono utili, propongo di riferirsi semplicemente all'"esperienza che l'analista ha del paziente". Ritengo che questa impostazione fenomenica sia una formula più completa e clinicamente più euristica.³

L'esperienza dell'analista può essere chiamata transfert per ciò che concerne l'attività organizzante dell'analista, ma non è l'attività organizzante dell'analista in quanto tale che ci interessa, ciò che più specificatamente conta è l'esperienza che l'analista ha del proprio paziente. Per questa ragione e per chiarezza espositiva preferisco mantenere il termine transfert a indicare la sola esperienza del paziente. L'esperienza percettivo-affettivo-cognitiva del paziente da parte dell'analista è soltanto una guida per esplorare, comprendere ed inquadrare gli interventi.

L'uso del controtransfert nell'ambito della Psicologia del sé è stato inquinato dall'adesione di Kohut (1971, 1984) al tradizionale punto di vista sul controtransfert (evidente nelle sue descrizioni delle reazioni problematiche a transfert idealizzanti e rispecchianti). È sulla base della posizione di Kohut che gli psicologi

³ Thomson (1980) ha mantenuto l'uso tradizionale del termine "controtransfert" in riferimento alle reazioni patologiche, ma ha distinto da esso ed ha approfondito l'uso dell'esperienza soggettiva del paziente da parte dell'analista.

del sé mantengono, di solito, il punto di vista tradizionale sul controtransfert e, di conseguenza, non usano clinicamente l'esperienza che fanno del paziente (cfr. Mitchell, 1990).

La riformulazione del concetto di controtransfert nella Psicologia del sé, a parte i pochi esempi citati, è stata lenta. Se il controtransfert è legato alla patologia, l'obiettivo non può essere che quello di eliminarlo. Inoltre, l'accento posto dalla Psicologia del sé sulla necessità di entrare nel mondo esperienziale del paziente minimizza l'importanza dell'esperienza dell'analista. La riconcettualizzazione del controtransfert è indispensabile per mettere in evidenza l'importanza e l'utilità clinica di questo concetto.

Se si adotta la prospettiva olistica del controtransfert come esperienza che l'analista ha del paziente, ne consegue che qualunque analista indipendentemente dalle sue convinzioni teoriche non ha nessun'altra scelta se non quella di usare il controtransfert come guida del lavoro analitico. E a che cos'altro mai potrebbe servire? L'approccio empatico rimanda ad una risonanza affettiva e l'introspezione mette in moto un processo riflessivo concentrato sul paziente e filtrato dall'esperienza dell'analista.

Così, in un'analisi improntata alla Psicologia del sé, come in tutti i tipi di analisi, l'esperienza dell'analista è preminente. Le differenze tra analisti non dipendono dal fatto che un analista si occupi della propria esperienza del paziente e la usi, ma dal modo in cui l'analista modella e usa la propria esperienza. Bisognerà occuparsi ancora molto di queste idee.

Fattori che contribuiscono all'esperienza che l'analista ha del paziente

Il contributo dell'analista

Diversi anni fa, al ritorno da una lunga vacanza, una paziente con fare spaventato e vergognoso mi disse che era venuta a casa mia, dove ho il mio studio, e aveva fatto il giro della casa spiando con il binocolo da ogni porta e finestra per trovare tracce di me e della mia vita. Tutti gli analisti indagherebbero per arrivare a capire il comportamento della paziente, ma ognuno con una propria esperienza e, quindi, la comprensione del comportamento della paziente sarà diverso per ogni analista: uno potrebbe sperimentarlo come un attacco sadico, un altro come un tentativo di controllo, un terzo come una ricerca di contatto. L'esperienza affettiva dell'analista potrebbe andare dall'ansia, alla rabbia, alla tenerezza e alla compassione. Basandosi, almeno in parte, sulla propria esperienza, ogni analista formulerebbe una diversa ipotesi di lavoro. Uno potrebbe pensare ad un problema di border, un altro a desideri di dipendenza infantile non abbandonati ed un altro ad una ricerca autoriparatoria di contatto con l'analista. Esistono, oltre al contributo del paziente, altri fattori importanti che incidono sull'esperienza dell'analista: i suoi modelli teorici, gli schemi organizzanti, le motivazioni al cambiamento (Lichtenberg, 1989), gli stati momentanei del sé (Lichtenberg, Lachmann e Fosshage, 1992) e le varie prospettive d'ascolto (ancora da delineare).

Il contributo del paziente

Il paziente inizia l'analisi alla ricerca di esperienze utili al cambiamento, cercando di proteggersi dal rinnovarsi del trauma legato alle mancate risposte, organizzando e costruendo l'esperienza analitica sulla conciliazione di vecchio e nuovo e tentando di mettersi in relazione attraverso i modi sicuri strutturati nelle relazioni passate (Fosshage, 1990, p. 613). Oltre alle svariate esperienze interattive, l'analista sperimenterà soprattutto forti influenze transferali provenienti sia dalle configurazioni relazionali ripetitive e patologiche del paziente sia dalla tendenza evolutiva del paziente che lo spinge a cercare quelle esperienze vitalizzanti (oggetto- sé) necessarie per il suo sviluppo (Fosshage, 1994). Da un punto di vista strettamente tecnico, ogni analista si propone di approfondire e interpretare sia le configurazioni chiaramente problematiche, sia le configurazioni relative allo sviluppo del paziente, tuttavia, ognuno coglierà queste spinte transferali in modo diverso in base a ciò che egli è e in base ai suoi modelli di riferimento, dando luogo ad un incontro

intersoggettivo unico. Ad esempio, il bisogno del paziente di sperimentare l'oggetto-sé coinvolgerà certamente l'analista in prima persona in modi molto complessi. L'analista, infatti, come Kohut (1977) ha rilevato, non può non entrare in risonanza con i livelli più profondi del paziente per potere intervenire sui bisogni di sviluppo e di autoregolazione dell'altro.

Quando il paziente sente il bisogno di qualcuno che lo protegga, l'analista deve sentirsi protettivo. Se l'analista non riesce a farsi toccare affettivamente, l'analisi risulta sterile.

Una candidata analista, durante una lezione, descrisse, vergognandosi e criticandosi molto, le sue fantasie di aiuto verso una paziente profondamente deprivata. A quanto pare, il suo supervisore le aveva detto che stava colludendo con la richiesta infantile della paziente di avere un genitore onnipotente, che la sua grandiosità stava dilagando e che avrebbe dovuto discuterne in analisi. Io, invece, ho vissuto la fantasia della candidata di portare aiuto come segno della risonanza in lei del profondo bisogno della paziente di una figura idealizzata. L'analista, per curarla con successo, deve essere, ed in quel caso lo era, profondamente toccata dalla forte spinta evolutiva della paziente.

L'atteggiamento d'ascolto

È stato merito di Freud aver sviluppato un metodo per esplorare in profondità il mondo intrapsichico del paziente. Lo schema di riferimento positivista, proprio della scienza del suo tempo, lo induceva, però, a considerare l'analista un osservatore obiettivo. Secondo la prospettiva molto più relativistica della scienza moderna, la neutralità dell'osservatore non è più sostenibile. L'analista, per rimanere in ambito psicoanalitico, modella e organizza soggettivamente ciò che percepisce del paziente. La consapevolezza della molteplicità delle prospettive in cui può essere letto l'incontro analitico spinse Kohut (1959-1978) a rivoluzionare il modello psicoanalitico, proponendo l'uso dell'osservazione empatica, dell'attenzione al punto di vista del paziente.

Ma l'analista può assumere varie prospettive d'ascolto. Lichtenberg (1984), ad esempio, delineò tre atteggiamenti d'ascolto diversi: quello dell'osservatore esterno, quello dell'amico partecipe e quello dell'ascoltare come se si fosse all'interno del paziente. Queste modalità sono apparentemente diverse, ma teoricamente, ossia rispetto al loro significato, sono uguali: l'osservatore esprime partecipazione basata più sul proprio punto di vista che non su quello del paziente e la finalità dell'osservatore è, però, sempre quella di capire che cosa sta succedendo nel paziente.

Ai fini della nostra discussione, propongo due prospettive d'ascolto che determinano profondamente l'esperienza che l'analista ha del paziente: l'analista può entrare in risonanza con le emozioni e l'esperienza del paziente dal "punto di vista del paziente", secondo la prospettiva d'ascolto centrata sul soggetto, propria della Psicologia del sé e può sperimentare il paziente dal punto di vista di un'altra persona in relazione con lui, atteggiamento che io chiamo "prospettiva d'ascolto centrata sull'altro", propria delle relazioni oggettuali e degli approcci interpersonali.⁴

Invece di usare l'espressione "percezione empatica", uso l'espressione "ascolto centrato sull'oggetto" per mantenere una simmetria con "ascolto centrato sull'altro" e per schierarmi chiaramente in favore di un atteggiamento d'ascolto. La percezione empatica di Kohut (1959-1978) è più ampia: indica sia una modalità d'ascolto sia una teoria strutturata su quella modalità d'ascolto.

La psicoanalisi classica si è sempre riferita al controtransfert associandolo ad un ascolto centrato sull'altro (ad esempio, il paziente è provocatorio, controllante, manipolatorio, seduttivo). Da un punto di vista

⁴ Credo che "l'osservatore esterno" e "l'amico partecipe" di Lichtenberg si riferiscano ad una combinazione delle due principali prospettive d'ascolto delineate qui. Ad esempio, quando ascoltiamo la descrizione di un evento relazionale del paziente, ci alterniamo tra un ascolto come se si fosse all'interno del paziente ed un ascolto come se si fosse l'altro, per arrivare ad una nostra valutazione dell'evento.

generale, tutte le relazioni, se si considera la dimensione dell'ascolto, implicano un'oscillazione tra le due prospettive sopracitate. È mia opinione che, nella situazione analitica, la modalità centrata sul soggetto e quella centrata sull'oggetto siano i due principali metodi d'ascolto e che informazioni importanti vengano raccolte sia con l'uno sia con l'altro.

Nel caso in cui la paziente scrutava la mia casa, ascoltare la paziente come se si fosse all'interno del suo mondo esperenziale aumenta (al di là dei modelli teorici) la capacità d'ascolto e di comprensione dei sentimenti di disperazione e di ricerca di una relazione autovitalizzante.

Ascoltare secondo la prospettiva centrata sull'altro aiuta l'analista (ed in seguito il paziente) a far luce sul modo in cui il paziente percepisce gli altri (almeno alcuni, tenendo presente che anche l'altro modella l'esperienza), ad esempio sentendosi invaso dalla relazione. Quando la mia paziente mi disse del suo bisogno di venire a scrutare la mia casa, fui dapprima colto alla sprovvista e provai un senso di intrusione. Pensai subito che il suo comportamento avrebbe potuto essere vissuto come invadente e suscitare con molta probabilità una risposta ostile. Queste percezioni erano suscitate dall'essermi posto nella prospettiva centrata sull'altro. La mia profonda attenzione per la paziente, unita ad un atteggiamento, almeno in buona parte, non difensivo, mi permise in quel caso di spostarmi abbastanza rapidamente su una prospettiva centrata sul soggetto. Allora potei sentire la presenza del suo bisogno, entrarvi in risonanza e capire la sua ostinata e disperata ricerca, in mia assenza, di una relazione autovitalizzante con me. La prospettiva dall'"interno del paziente" tende a diminuire le nostre reazioni in quanto diversi, la prospettiva "come se fossi l'altro" le accentua. Per esempio, quando un paziente ci attacca perché non ci prendiamo cura di lui, la modalità centrata sul soggetto aiuta a "decentrarci" (Atwood e Stolorow, 1984, Piaget, 1970-1974) rispetto alle nostre reazioni personali e a cogliere l'esperienza del paziente di non sentirsi curato, mentre la prospettiva centrata sull'altro facilita la comprensione di uno scenario relazionale in cui la rabbia e gli attacchi del paziente suscitano una reazione avversiva, confermando le sue aspettative e rinforzando la sensazione di non essere curato.

Come si collegano questi atteggiamenti di ascolto con la descrizione di Racker (1968) dei due principali tipi di controtransfert basati sulle identificazioni? Racker ha teorizzato l'identificazione dell'analista con l'Io e l'Es del paziente, in seguito riferita al sé del paziente, come identificazione concordante e l'identificazione con gli oggetti interni del paziente come identificazione complementare. Ciò che viene accentuato è l'identificazione dell'analista con aspetti del mondo interno oggettuale del paziente, ma non si fa riferimento all'esperienza dell'analista come altro in relazione con il paziente. Sandler (1976) afferma che il paziente entra nella relazione analitica assegnando a se stesso un ruolo e all'analista un "ruolo complementare" (p. 44). Il ruolo complementare dell'analista di Sandler, è simile all'identificazione complementare di Racker per via dell'accento che quest'ultimo pone sul mondo oggettuale interno. Ritengo che la prospettiva d'ascolto centrata sul soggetto evochi l'identificazione con il sé del paziente (cioè l'identificazione concordante), mentre la modalità d'ascolto centrata sull'altro faciliti l'identificazione complementare.

Nell'accentuazione esclusiva dell'ascolto dal punto di vista del paziente, per Schwaber (1992) il controtransfert è un'interferenza (resistenza) nella legittimità della percezione centrata sull'altro. Ritengo, invece, che entrambe le prospettive d'ascolto siano naturalmente presenti e che siano entrambe indispensabili per una comprensione completa dell'esperienza del paziente.

È possibile usare consapevolmente i diversi atteggiamenti? Nell'ascoltare l'altro, oscilliamo naturalmente, in maniera più o meno consapevole, tra la prospettiva d'ascolto centrata sul soggetto e quella centrata sull'oggetto, dando luogo, specialmente nel qui ed ora della relazione, ad una configurazione figura-sfondo in continuo movimento. La prospettiva d'ascolto può comunque essere provocata dal paziente o dipendere da cambiamenti motivazionali e stati del sé, più o meno problematici, dell'analista. Ad esempio, la profonda tristezza di un paziente può dare l'avvio ad un ascolto centrato sul soggetto, così che la risonanza con le emozioni del paziente può spianare la strada all'esplorazione e alla comprensione delle cause sottostanti. Se provoca anche tristezza nell'analista, l'ascolto centrato sul soggetto tenderà a spostarsi sulle tematiche

personali dell'analista. In questo caso si verificherà una congiunzione intersoggettiva problematica. E comunque, la tristezza può rendere consapevole l'analista del significato della sua relazione con il paziente, mentre la prospettiva centrata sull'altro potrebbe mettere in luce le difficoltà relazionali descritte in precedenza. Se l'analista, però, avverte una reazione di ostilità e si pone così nella prospettiva centrata sull'altro potrebbe sperimentare la tristezza come minacciosa.

Le interazioni problematiche per l'analista tendono a provocare la prospettiva d'ascolto centrata sull'altro. Essa è sicuramente veicolo di informazioni preziose sui pazienti (e naturalmente sull'analista) e sulla loro relazione. Oggi, si ritiene che la capacità dell'analista di attestarsi sulla prospettiva centrata sul soggetto faciliti la creazione di una base migliore d'osservazione (Lichtenberg et al., 1992) del paziente e dell'analista. Ritengo tuttavia che la familiarità con le due prospettive d'ascolto ne aumenti il controllo consapevole e ne permetta un uso più flessibile favorendo così una comprensione più completa del paziente.

L'uso dell'esperienza del paziente da parte dell'analista

Accorgersi della prospettiva d'ascolto in atto aiuta l'analista a gestire meglio la sua esperienza e suggerisce indicazioni sul momento in cui intervenire clinicamente. Un analista può condividere con il paziente la propria esperienza centrata sull'altro (approccio interpersonale); un altro concentrarsi sull'esperienza soggettiva del paziente (Psicologia del sé): entrambe arricchiscono la comprensione globale del paziente.

Usare uno solo dei due atteggiamenti d'ascolto come base del nostro intervento è pericoloso: manifestare l'esperienza dell'analista, specialmente quando proviene dalla prospettiva centrata sull'altro, implica un maggiore grado di soggettività da parte dell'analista e di conseguenza espone al pericolo potenziale di imporre le percezioni dell'analista al paziente e di inquinare la sua possibilità di attingere alla propria esperienza. Non manifestare mai l'esperienza dell'analista, in quanto persona diversa nel contesto relazionale, può favorire un mondo artificioso, isolato e, in ultima analisi, solipsistico e deprivare il paziente delle esperienze relazionali necessarie allo sviluppo.⁵

L'esperienza affettiva che l'analista ha del paziente ne determina gli interventi. Sebbene sia del parere che il lavoro analitico debba iniziare con la prospettiva centrata sul soggetto, ritengo che l'ascolto dell'altro dall'interno e dall'esterno, oscillando tra figura e sfondo, metta in luce maggiormente l'esperienza che il paziente ha di sé e di sé in relazione agli altri.

Mentre la prospettiva centrata sul soggetto porta ad interpretare i sentimenti del paziente, la prospettiva centrata sull'altro, sottolineando le conseguenze interpersonali dello stato e del comportamento del paziente, diventa utile per evidenziare l'esperienza che il paziente ha di sé e di sé in relazione con l'altro. Iniziare dall'esterno interpretando le situazioni interpersonali può essere recepito come critica e come implicita richiesta di cambiamento. Se però, l'approccio centrato sul soggetto non è possibile, l'*impasse* può essere superata condividendo con il paziente l'esperienza d'ascolto centrata sull'altro e comunicandogli la prospettiva d'ascolto dell'analista.

Facciamo l'esempio dell'analista che ascoltando dalla prospettiva centrata sull'altro sperimenta ostilità da parte del paziente. La possibilità di usare questa esperienza, dicendogli che ci sta provocando, per sciogliere l'ostilità, richiede che l'analista sappia che la propria percezione riflette esattamente l'esperienza del paziente, origine della percezione. L'approccio tradizionale invece innanzi tutto approfondisce l'esperienza del paziente. Se il paziente riconosce l'ostilità, allora si può procedere a metterne in luce le origini remote e recenti. Ma se il paziente nega di provare rabbia e ostilità, diventa allora necessario riflettere sulla nostra esperienza e spiegarla.

⁵ è da tenere a mente che qualunque intervento rivela la soggettività dell'analista, da un "ah!" ad una domanda, da un'interpretazione ad una confidenza. è solo una questione di sfumature.

Le spiegazioni possibili sono due: o il paziente era inconsapevole dell'ostilità oppure in quel momento eravamo noi a sentirci attaccati e portati a sperimentare il paziente come ostile. Se sentiamo che è vero il primo caso, possiamo scegliere di parlare della nostra esperienza soggettiva, seguendo la prospettiva centrata sull'altro, nella speranza che, vista la possibilità per il paziente di scoprire nuove strade da esplorare, venga presa in considerazione.

Casi clinici

Pur condividendo pienamente l'importanza che la Psicologia del sé attribuisce all'indagine empatica, che ho chiamato prospettiva centrata sul soggetto, propongo l'oscillazione tra le due prospettive d'ascolto, sostenendo l'utilità di seguire entrambe le modalità. Presento ora tre casi: il primo dimostra l'utilità delle informazioni acquisite attraverso la prospettiva centrata sull'altro, per capire la prospettiva del paziente. La seconda descrive un *enactment*, che concerne l'esperienza dell'analista proveniente dalla prospettiva centrata sull'altro e l'uso, che egli ne fa, utile per fare emergere il mondo interno del paziente. La terza presenta la comunicazione dell'esperienza dell'analista dalla prospettiva d'ascolto centrata sull'altro, che aiuta a superare un'*impasse* nel lavoro analitico. Questi casi non sono particolarmente eccezionali, avvengono ogni giorno

Primo caso

Barbara è un avvocato sui 30 anni. Secondo quanto riferisce, nell'analisi precedente, si è trovata in un'*impasse* a causa dei sentimenti di rabbia che le impedivano di instaurare una relazione intima e profonda con un uomo. I suoi modi e il suo comportamento esprimevano un'ambigua mescolanza di condiscendenza e rabbiosa ribellione.

Barbara, in ogni circostanza, riusciva ad essere sempre in ritardo.

Naturalmente era spesso in ritardo anche alle sedute. Entrava nella stanza ansante, sentendosi colpevole, scusandosi e dimostrandosi molto autocritica. Benché ammettesse che era un problema, sceglieva normalmente di parlare d'altro perché il tema del ritardo suscitava in lei troppa vergogna. Tutti la criticavano per i suoi ritardi, in particolare l'uomo con cui aveva una relazione sentimentale, e quindi si aspettava che anch'io la criticassi.

Ero convinto che farne oggetto di analisi, avrebbe esasperato la sua autocritica, per questo normalmente non commentavo i suoi ritardi. Aiutato dalla consapevolezza che si trattava di un suo comportamento tipico, potevo spostarmi gradatamente dai sentimenti di frustrazione che provavo (provenienti dalla prospettiva centrata sull'altro) all'ascolto della sua posizione senza intervenire (ascoltando da una prospettiva centrata sul soggetto). In questo modo nel corso di due anni arrivò a criticare sempre meno i suoi sentimenti.

Iniziiò persino a trovare piacevoli i suoi ritardi ed anzi a volte li aumentava di proposito. Il suo piacere era legato ad un nuovo sentimento di libertà rispetto alle richieste e alle aspettative altrui. Di tanto in tanto mi diceva che apprezzava molto il mio non toccare l'argomento del ritardo, diversamente dal suo precedente analista. Avevamo collegato i suoi ritardi al tema del subire e del ribellarsi al rigido e minaccioso controllo del padre. Un giorno mi disse: "Il mio precedente analista diceva: 'Lei deve solo pagare, arrivare in tempo e stendersi sul lettino'. Ma se faccio così, mi sento morire. Lei è più tollerante con me e adesso anch'io sono più tollerante con me stessa. Spesso penso: mi succederà qualcosa di terribile? Come lei sa, devo sempre essere buona e ciò mi sembra una cosa da matti".

Un comportamento estremizzato fa scattare la prospettiva d'ascolto centrata sull'altro. Sorgono spontaneamente le domande: che cosa provo nella relazione col paziente? Che cosa mi sta facendo provare? In questo caso, comunicare direttamente la mia esperienza secondo la prospettiva d'ascolto centrata sull'altro avrebbe riattivato ed esasperato le problematiche inerenti le storiche modalità relazionali. Invece,

riuscii ad usare l'esperienza come guida per approfondire l'esplorazione dell'esperienza di Barbara nella prospettiva centrata sul soggetto. Col tempo riuscimmo a far luce sulla sua rabbia per il controllo del padre, accompagnata da sentimenti di colpa e da un'immagine negativa di sé.

Secondo caso

Nei primi tre mesi del trattamento psicoanalitico, Lisa aveva raggiunto un transfert di oggetto-sé idealizzato che l'aveva rivitalizzata e fatta emergere da una depressione ripetitiva. Ma la rottura della relazione sentimentale con un uomo sposato, gettò nuovamente Lisa in una grave depressione. Si sentiva terribilmente disillusa dal fatto che io non avevo previsto la rottura e non ero in grado di tirarla rapidamente fuori dalla depressione. In seguito alla rottura, si mise alla ricerca di un altro analista facendo una serie di colloqui. Sebbene inizialmente accettassi la sua ricerca, che leggevo come espressione del suo bisogno di una relazione idealizzata, ad un certo punto mi sentii insolitamente frustrato e mi scappò un commento comico e melodrammatico: "Lei e i suoi quattordici colloqui!" Prontamente ribatté: "Erano solo due. Lei è arrabbiato con me!" Confermai senza problemi la sua percezione. Indagando poi sull'origine della mia rabbia, mi resi conto che ero profondamente preoccupato per Lisa. Da una parte cercavo con tutte le mie forze di aiutarla a superare la depressione, ma, nello stesso tempo, il suo fare altri colloqui suscitava ben vivo dentro di me un vissuto di tradimento, e una considerevole frustrazione. Avrebbe continuato l'analisi con me o no? Si sarebbe identificata con il mio vissuto di abbandono? Per fortuna, riuscimmo a spostarci dalla sua prospettiva e a scoprire che il suo tentativo di cambiare analista era determinato dalla delusione nei miei confronti, collegata profondamente ad un'esperienza passata vissuta nei confronti dei suoi genitori. In occasione di una grave difficoltà, aveva capito che non poteva contare sul loro aiuto. La paziente divenne consapevole di questo suo tema organizzante riprodotto nella relazione analitica all'occasione dell'episodio depressivo.

Retrospectivamente, capii che era stato agito uno scenario relazionale: avevo espresso sentimenti di rabbia dipendenti da ciò che mi sarebbe piaciuto essere e non ero, in quel momento, nella relazione con Lisa, esperienza ancorata alla prospettiva d'ascolto centrata sull'altro (e pure, indubbiamente influenzata dal mio particolare stato d'animo di quel giorno). Un'ulteriore indagine sull'espressione improvvisa della mia esperienza, incentrata sull'ascolto centrato sull'altro, ci mise in grado di illuminare lo scenario relazionale e i suoi significati dal punto di vista del paziente.

Terzo caso

Alcuni mesi dopo un leggero attacco di cuore, all'età di 45 anni, J., un uomo distinto e di bell'aspetto, iniziò una psicoanalisi con tre sedute alla settimana.⁶ L'attacco di cuore aveva fatto emergere una profonda insoddisfazione verso se stesso e la sua vita e in particolare aveva portato alla luce la sua incapacità di vivere emozioni profonde e provare passioni. Con tono concitato mi disse che spesso si sentiva costretto a dar prova di sé. Provava una fugace sensazione di libertà solo quando era in vacanza lontano da New York. Sebbene avesse avuto successo negli affari, non era mai soddisfatto. Non si era mai sposato e l'attacco di cuore aveva accentuato il suo desiderio di una relazione intima e di una famiglia. Aveva, per sei anni, frequentato di tanto in tanto una donna, ma non aveva mai pensato di sposarla perché sentiva la relazione insignificante. Continuava a cercare la donna perfetta. I suoi genitori provenivano da un'aristocratica famiglia europea. Lavoravano instancabilmente nell'azienda commerciale del padre. L'atmosfera in casa era formale e fredda, "mortale", a parte la collera violenta del padre indirizzata soprattutto verso i fratelli maggiori. Era terribilmente spaventato dall'idea di finire su un autobus, un'immagine antica che esprimeva bene il suo

⁶ Questo caso è stato citato anche in un articolo intitolato: *Interaction in Psychoanalysis: A Broadening Horizon* (Fosshage, 1995).

stato d'animo: sull'autobus persone infelici e senza vita andavano e venivano dal luogo del loro insignificante lavoro.

A circa due anni e mezzo di trattamento, J. propose di diminuire l'analisi di una seduta, sia a causa di un impegno finanziario, sia anche perché, comunque, si sentiva molto meglio.

In una seduta, su cui mi voglio soffermare particolarmente, affrontò di nuovo il problema della riduzione delle sedute e quella volta mi sentii pronto a parlarne. Parlò della riduzione in termini apparentemente non distruttivi, espliciti e ragionevoli. Dopo aver approfondito il problema, ci accordammo sulla riduzione del numero delle sedute a partire dalla settimana successiva.

La seduta proseguì su altri argomenti senza interruzione nel fluire delle associazioni, ma lentamente iniziai ad avvertire un sentimento profondo di abbandono. Sentivo che se ne stava andando, che stava disinvestendo il processo e la relazione con me. Avvertivo forse quel nascosto bisogno di relazione di J., contro cui si era sempre difeso? Stavo forse sperimentando che cosa avveniva nelle relazioni di J. quando iniziava a prendere le distanze? Oppure la mia era solo una reazione personale alla diminuzione delle sedute? Mi ero forse sintonizzato con il suo timore di sminuire e perdere la relazione, cioè con la prospettiva di percepire l'altro dall'interno? Mi ero sintonizzato con l'esperienza di essere distante nella relazione con J., cioè con la prospettiva di percezione centrata sull'altro? O mi sentivo particolarmente coinvolto e quindi la mia esperienza dipendeva solo da me? Dovevo accentrare la mia attenzione sulla sua esperienza soggettiva o usare la mia esperienza soggettiva e la diversità dei nostri vissuti (Wolf, 1988) in modo più concreto? Dopo aver soppesato tra me e me se condividere le mie sensazioni soggettive - dopo tutto sembrava tranquillo rispetto alla sua decisione - decisi di comunicarglielo, perché sentivo che la mia esperienza non era solo personale, ma rifletteva qualcosa di J. e della nostra relazione. Gli dissi che avvertivo una profonda reazione alla sua decisione di ridurre le sedute e che mi chiedevo quale ne fosse il significato (speravo in questo modo di coinvolgerlo in un approfondimento ulteriore). Solo dopo lo misi a parte della mia grande sensazione di perdita, di tradimento e di svuotamento della nostra relazione. Dopo questa comunicazione del mio bisogno emotivo di coinvolgerlo nel nostro lavoro analitico, dapprima mi disse di essere stato profondamente toccato dal mio tono emotivo e poi riferì del suo essersi sentito per la prima volta preso sul serio. Inavvertitamente il mio intervento gli rese possibile l'esperienza del sentirsi preso in cura, gli fece provare sentimenti sconosciuti, dolorosamente assenti nella sua storia familiare.

Da questa elaborazione emerse nuovo materiale. J. sentiva il trattamento sicuro, ma non parte del suo mondo. Tenendo separati i due mondi, poteva far progressi nella vita "fuori di lì". Sebbene ora si sentisse libero e vivo nella nostra relazione, aveva cominciato ad aver paura che, se l'avesse accettata, sarebbe finito nell'autobus, come si viveva a casa, in un'atmosfera sterile, devitalizzata, tagliato fuori dal mondo. La vitalità era sperimentata come esterna: esterna alla sua famiglia, esterna alla relazione intensa. Questo era il motivo per cui era sempre stato difficile sostenere una relazione e, ora, sostenere la relazione analitica. Questa nuova comprensione della configurazione transferale, permise ad entrambi di capire che non era il momento di interrompere e J. continuò le sue sedute tre volte alla settimana.

Il problema tecnico, che ho esposto, concerne l'uso diretto della mia esperienza soggettiva per indagare empaticamente l'esperienza del paziente. Non avendo chiare, a monte, le origini della mia esperienza, la presentai a J. per valutarla insieme. In questo la mia esperienza soggettiva nasceva dalla prospettiva d'ascolto centrata sull'altro, vale a dire sperimentavo la sua decisione di allontanarsi come se fossi stato in una relazione esterna con J. Il mio vissuto di abbandono non era in sintonia con il suo, anzi lui avvertiva una maggiore vitalità nello sfuggire alla sterilità dannosa legata alla nostra relazione. L'uso della mia esperienza d'ascolto nella prospettiva dell'altro rese possibile fare luce sugli aspetti non riconosciuti del mondo soggettivo del paziente.

Per riassumere, ritengo che l'espressione "esperienza che l'analista ha del paziente" colga bene la complessità del coinvolgimento dell'analista, meglio del termine "controtransfert", collocando l'analista al posto di guida dell'interazione e dell'intervento che gli compete. La nostra continua esperienza del paziente non dipende solo dal paziente, ma anche dal nostro atteggiamento d'ascolto (centrato sul soggetto o sull'altro), dai nostri modelli teorici e dalla nostra soggettività. Attraverso la propria esperienza, l'analista può entrare in sintonia con le emozioni e l'esperienza del paziente, può adottare lo stesso punto di vista del paziente, e questa è la prospettiva d'ascolto centrato sul soggetto, aspetto privilegiato dalla Psicologia del sé.

L'analista, però, può anche sperimentare il paziente dal punto di vista di un'altra persona che è in rapporto col paziente, e questa è la prospettiva dell'ascolto centrato sull'altro, propria delle teorie della relazione oggettuale e degli approcci interpersonali. Personalmente ritengo che l'ascolto del paziente dall'interno e dall'esterno in una configurazione oscillante tra figura e sfondo, faciliti maggiormente l'esperienza di sé e l'esperienza di sé in relazione con l'altro del paziente.

Sebbene l'esperienza dell'analista, secondo me, dovrebbe principalmente mirare a favorire il contatto empatico con l'esperienza soggettiva del paziente (prospettiva d'ascolto centrata sul soggetto), la comunicazione dell'esperienza dell'analista, proveniente dalla prospettiva d'ascolto centrata sul soggetto e da quella centrata sull'altro, può facilitare lo svolgimento del processo analitico.

BIBLIOGRAFIA

- Atwood G. Stolorow R.D. (1984) *Structures of subjectivity* The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Berger P., Luckmann T. (1967) *The social construction of reality* Anchor, Garden City, NY.
- Freud S. (1910) *Prospettive future della terapia psicoanalitica* trad. it. OSF, vol. VI, Boringhieri, Torino, 1974.
- Fosshage J. (1990) *Clinical protocol and the analyst's reply* Psychoanalytic Inquiry, 4, pp. 461-477 e 601-622.
- Fosshage J. (1992) *Self psychology: The self and its vicissitudes within a relational matrix* in Skolnick N.J., Warshaw S.C. *Relational perspectives in psychoanalysis* The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Fosshage J. (1994) *Toward reconceptualizing transference: Theoretical and clinical considerations* Inter. Journ. of Psychoan., 75, pp. 265-280.
- Fosshage J. (1995) *Interaction in psychoanalysis: A broadening horizon* Psychoan. Dialogues, 5, pp. 459-478.
- Gill M. (1982) *Analysis of transference 1: Theory and technique* Intern. Univ. Press, New York.
- Gill M. (1983) *The interpersonal paradigm and the degree of the therapist's involvement* Contempor. Psychoan., 19, pp. 200-237.
- Gorkin M. (1987) *The uses of countertransference* Aronson, Northvale, NY.
- Greenberg J., Mitchell S. (1983) *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica* trad. it., Il Mulino, Bologna, 1986.
- Hoffmann I. Z. (1983) *Il paziente come interprete dell'esperienza dell'analista* trad. it., Psicoterapia e Scienze Umane, 1995, 1, pp. 5-39.
- Hoffmann I. Z. (1991) *Discussion: Toward a social-constructivist view of the psychoanalytic situation* Psychoan. Dialogues, 1, pp. 74-105.
- Hoffmann I. Z., Gill M. (1988) *Critical reflections on a coding scheme* Intern. Journ. of Psychoan., 69, pp. 55-64.
- Kernberg O. (1965) *Notes on countertransference* Journ. of Am. Psychoan. Ass., 13, pp. 38-56.
- Kohut H. (1971) *Narcisismo e analisi del sé* trad. it. Boringhieri, Torino (1976).
- Kohut H. (1977) *La guarigione del sé* trad. it. Boringhieri, Torino, (1980).
- Kohut H. (1978) *Introspezione, empatia e psicoanalisi* in *La ricerca del sé* trad. it. Boringhieri, Torino, (1982).
- Kohut H. (1984) *La cura psicoanalitica* trad. it. Boringhieri, Torino, (1986).
- Lachmann F., Beebe B. (1992) *Representational and selfobject transferences: A developmental perspective* in Goldberg A. *New therapeutic visions: Progress in self psychology* The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Lichtenberg J. (1984) *The empathic mode of perception and alternative vantage points for psychoanalytic work* in Lichtenberg J., Bornstein M., Silver D. *Empathy II* The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Lichtenberg J. (1989) *Psychoanalysis and motivation* The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Lichtenberg J. (1990) *Rethinking the scope of the patient's transference and the therapist's counterresponsiveness* in Goldberg A. *The realities of transference: Progress in self psychology* The Analytic Press, Hillsdale, NJ.

- Lichtenberg J., Lachmann F., Fosshage J. (1992) *Self and motivational systems: Toward a theory of technique* The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Mclaughlin J. (1981) *Transference, psychic reality and countertransference* Psychoan. Quarterly, 1, pp. 639-664.
- Mitchell S. (1988) *Relational concepts in psychoanalysis* Harvard Univ. Press, Cambridge, MA.
- Mitchell S. (1990) *A relational view* Psychoan. Inquiry, 10, 523-540.
- Natterson J. (1991) *Beyond countertransference* Aronson, Northvale, NJ.
- Orange D. (1993) *Countertransference, empathy and the hermeneutical circle* in Goldberg A. *Progress in self psychology* (vol. 9) The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Ornstein A. (1974) *The dread to repeat and the new beginning* The annual of Psychoan., 2, 231-248.
- Piaget J. (1974) *The place of the sciences of man in the system of sciences* Harper e Row, New York.
- Racker H. (1968) *Studi sulla tecnica psicoanalitica* trad. it. Armando, Roma, (1970).
- Sandler J. (1976) *Countertransference and role-responsiveness* Intern. Review of Psychoan., 3, pp. 43-47.
- Schwaber E. (1992) *Countertransference: The analyst's retreat from the patient's vantage point* Intern. Journal of Psychoan., 73, 349-362.
- Stolorow R., Lachmann F. (1984/1985) *Transference: The future of an illusion* The annual of Psychoan., 12/13, 19-37.
- Stolorow R., Brandchaft B., Atwood G. (1989) *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach* The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Tansey M., Burke W. (1989) *Understanding countertransference* The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Thomson P. (1980) *On the receptive function of the analyst* Intern. Review of Psychoan., 7, pp. 183-205.
- Wachtel P. F. (1980) *Transference, schema and assimilation: The relevance of Piaget to the psychoanalytic theory of transference* The Annual of Psychoan., 8, pp. 59-76.
- Wolf E. (1988) *Treating the self* Guilford, New York.
- Beebe B., Lachmann F. M. (1988) *The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self and object representations* Psychoanalytic Psychology, 5, pp. 305-337.
- Beebe B., Lachmann F. M. (1994) *Representation and internalization in infancy: three principles of salience* Psychoanalytic Psychology, 11, pp. 127-165.
- Beebe B., Lachmann F. M., Jaffe J. (1997) *Le strutture d'interazione madre-bambino e le rappresentazioni del sé e dell'oggetto* trad. it., Ricerca Psicoanalitica, 1999, X, 1, pp. 9-63.
- Beebe B., McCrorie, E. (1997) *A model of love for the 21st century* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association Division 39, Denver, CO.
- Beebe B., Stern D. (1977) *Engagement-disengagement and early object experiences* in N. Friedman, S. Grand *Communicative structures and psychic structures* Plenum, New York.
- Benjamin J. (1988) *Legami d'amore. I rapporti di potere nelle relazioni amorose* trad. it., Rosenberg & Sellier, Torino, 1991.
- Benjamin J. (1990) *An outline of intersubjectivity: the development of recognition* Psychoanalytic Psychology, 7, pp. 33-46.
- Birdwhistell R. (1970) *Kinesics in context* Univ. of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Bucci W. (1985) *Dual coding: a cognitive model for psychoanalytic research* J. Amer. Psychoanal. Assn. 33, pp. 571-608.
- Bucci W. (1997) *Psychoanalysis and cognitive science*. Guilford Press, N.Y.
- Cappella J. (1981) *Mutual influence in expressive behavior: adults and infant-adult dyadic interaction* Psychological Bulletin, 89, pp. 101-132.
- Cappella J. (1991) *The biological origins of automated patterns of human interaction* Communication Theory, 1, pp. 4-35.
- Chapple E. (1970) *Culture and biological man* Holt, Rinehart, Winston, New York.
- Chatfield C. (1982) *Analysis of time-series* Chapman & Hall, London.
- Trevarthen C. (1979) *Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity* in M. Bullowa *Before speech: the beginnings of human communication* Cambridge University Press, London.
- Tronick E. (1989) *Emotions and emotional communication in infants* American Psychologists, 44, pp. 112-119.
- Tronick E. (1996) *Dyadically expanded states of consciousness and the process of normal and abnormal development*. Paper presented at the Colloque International de Psychiatrie Périnatale, Monaco.
- Trout D., Rosenfeld H. (1980) *The effect of postural lean and body congruence on the judgement of psychotherapeutic rapport* Journal of Nonverbal Behavior, 4, pp. 176-190.
- Warner R. (1987) *Rhythmic organization of social interaction and observer ratings of positive of affect and involvement* Journal of Nonverbal Behavior, 11, pp. 57-74.
- Warner R. (1988) *Rhythm in social interaction* in J. McGrath *The social psychology of time* Sage, London.
- Weiss P. (1969) *The living system: determinism stratified* in A. Koestler, J. Smithies *Beyond reductionism: new perspectives in the life science* Boston, Beacon Press.
- Werner H. (1948) *The comparative psychology of mental development* International Universities Press, New York.

Winton W. (1986) *The role of facial response in self-reports of emotions: a critique of emotion* Journal of Personality and Social Psychology, 50, pp. 808-812.