

Joyce Slochower

COLLISIONI PSICOANALITICHE



Titolo

Collisioni Psicoanalitiche

Autore

Joyce Slochower

Curatore: Giuseppe Ferrari

Traduttore: Valentina Penati

ISBN 9788867631339

Titolo originale: *PSYCHOANALYTIC COLLISIONS* © Second edition published 2014 by Routledge 27 Church Road, Hove, East Sussex BN3 2FA and by Routledge 711 Third Avenue, New York, NY 10017

All rights reserved. Authorised translation from English language edition published by **Routledge, a member of Taylor & Francis Group**.

Edizioni FerrariSinibaldi è il marchio editoriale di

SIPISS - Società Italiana di Psicoterapia Integrata per lo Sviluppo Sociale

Direttore Editoriale: Giuseppe Ferrari

© 2015 Sipiss S.n.c.

Tutti i diritti riservati, è vietata qualsiasi riproduzione anche parziale, con qualsiasi mezzo effettuata, anche ad uso interno e didattico, non autorizzata.

2015 - Edizioni FerrariSinibaldi - Via Menotti, 9 - 20129 Milano
www.edizionifs.com

Prima edizione: settembre 2015

Finito di stampare nel mese di settembre 2015

Collisioni Psicoanalitiche affronta un tema con cui ogni psicoterapeuta deve fare i conti: il divario tra illusione e realtà del sé professionale. Joyce Slochower esamina da vicino quelle situazioni in cui i desideri personali e professionali del terapeuta si scontrano con la realtà del lavoro clinico quotidiano. Il libro sviscera le dinamiche di queste collisioni sia nei terapeuti più esperti che in quelli meno esperti, proponendo delle modalità attraverso cui sostenere un ideale professionale ed esplorando, al contempo, il complesso impatto di tale ideale sul lavoro clinico. Nell'esaminare come le illusioni e gli ideali incidono sull'incontro terapeutico, sia nel bene che nel male, *Collisioni Psicoanalitiche* invita il lettore a entrare nella stanza di consultazione.

Questa seconda edizione è stata sostanzialmente revisionata. Include materiale teorico e clinico aggiornato e due nuovi capitoli. Slochower ha intuito che le collisioni psicoanalitiche possono essere sfruttate in maniera produttiva, anche se spesso non possono essere pienamente risolte. L'atto stesso del coinvolgimento - sia definendo un nuovo terreno di collaborazione a seguito di un evento problematico nel mondo reale, sia scontrandosi con l'impasse clinica derivante dalle diverse aspettative di analista e paziente, che confessando e affrontando le "insolvenze segrete" dell'analista - rivela come la speranza terapeutica possa coesistere con l'accettazione della fallibilità umana dell'analista.

Collisioni Psicoanalitiche mostra come l'idealizzazione sia intrinseca sia nel forgiare un'identità analitica che nel praticarla nel corso della vita. Il lavoro di Slochower sfida il lettore a confrontarsi con le proprie vulnerabilità e i propri limiti, abbracciando un ideale professionale che è al contempo umano e fonte di ispirazione. Questo libro rappresenta una risorsa essenziale per gli psicoanalisti, gli psicoterapeuti, i counselor e i lettori interessati alla pratica terapeutica.

Joyce Slochower è Professore Emerito all'Hunter College and graduate Center, alla City University di New York. È a capo della Faculty of the New York University Postdoctoral Program, dello Steven Mitchell Center, del National Training Program of the National Institute for the Psychotherapies, del Philadelphia Center for Relational Studies e del Psychoanalytic Institute of Northern California in San Francisco. È autrice di *Holding e Psychoanalysis* (Routledge, 2014) e di oltre sessanta articoli. Svolge attività clinica privata a New York.

In memoria di mia madre e di mio padre, Muriel
Zimmerman e Harry Slochower, e per i miei
figli, Jesse, Alison e Avinoam, e i miei deliziosi
nipotini Harry e Adi, che mi portano tanta gioia.

Collisioni Psicoanalitiche

Joyce Slochower

Ringraziamenti	9
Introduzione	13
PARTE 1	23
1 Illusioni terapeutiche	25
2 Negoziare un idioma personale.....	57
3 Creare uno spazio interiore	83
4 Le negligenze segrete dell'analista.....	109
PARTE 2	133
5 Crisi esistenziali nella stanza di analisi.....	135
6 Collisioni emotive	155
7 Collisioni teoriche in un'enclave analitica	177
8 Idealizzazioni asimmetriche e conflittuali	203
9 Idealizzazioni reciproche e disillusione.....	225
10 L'ideale e il reale.....	249
Bibliografia	275

RINGRAZIAMENTI

Collisioni Psicoanalitiche esplora quei momenti di impatto e di conflitto dirompenti, esattamente come vengono vissuti dentro e fuori dalla stanza di analisi. Parla di ispirazione e di fallimento e, in questo senso, parlo dei miei pazienti. La loro determinazione a cambiare, il loro profondo impegno per il lavoro e il nostro impegno reciproco mi hanno aiutato a riflettere sulla terapia e sul suo impatto su entrambi, paziente e analista. Spero di aver reso giustizia alla profondità dei loro contributi.

Essere un supervisore è un privilegio, un'occasione per imparare e contemporaneamente insegnare. Gli analisti in supervisione hanno arricchito e articolato di continuo la mia comprensione dei conflitti professionali. Sono grata per la loro onestà, riflessività e saggezza.

La mia collaborazione con The Analytic Press risale a più di un decennio fa, quando Steve Mitchell mi fece da editor per Holding and Psychoanalysis. Dopo la perdita di quel prezioso rapporto non potevo immaginare che avrei trovato un altro editore che avrebbe con entusiasmo partecipato alle mie riflessioni, ma Paul Stepansky l'ha fatto. La grande intelligenza e attenzione che mise nella lettura di questo manoscritto fu sia chiarificatrice che stimolante. E' stato un piacere lavorare con lui.

E' parte del mio processo di scrittura ricercare un feedback critico. Sono fortunata ad avere così tanti amici e colleghi che hanno

letto e che generosamente mi hanno dato preziosi consigli sulla stesura di questo manoscritto. Sono particolarmente in debito con Sue Grand e Ruth Gruenthal, per la prima revisione del testo. Nel corso degli anni, tanti altri colleghi e amici si sono impegnati nel darmi feedback. Sono grata a Jim Anderson, Lew Aron, Tony Basso, Donna Bassin, Jessica Benjamin, Ghislaine Boulanger, Jeanne Wolff Bernstein, Margaret Crastnopol, Andy Druck, Larry Epstein, Glen Gabbard, Stefanie Glennon, Adrienne Harris, Margery Kalb, Susan Kraemer, Stuart e Barbara Pizer, Nancy Seif, Mal Slavin, il mio caro amico Ruth Stein, ora tragicamente scomparso, e Donnel Stern. Hanno condiviso con me le loro menti, la loro amicizia e, in molti casi, anche il loro amore. Uno speciale ringraziamento va a mio figlio, Jesse Rodin, musicologo, per aver apportato con il suo occhio accademico uno straordinario contributo al manoscritto e per il fantastico lavoro di indicizzazione.

Si può apprezzare l'influenza avuta dal mio gruppo di studio del mercoledì pomeriggio sul mio pensiero circa l'esperienza degli analisti più anziani; il loro contributo è palpabile nel Capitolo 2. Un grazie anche al meraviglioso gruppo di studenti laureati del programma di Psicologia Clinica della City University Hunter College (Emily Bly, Teresa Castro-Lopez, Leora Trub, Eugene Tereshchenko, Marge Frosh, e Lucy Bichsel) per avermi fornito il supporto e l'assistenza editoriale alla stesura della prima edizione di questo libro. Grazie anche a Emily, Teresa e Eugene che hanno condotto le ricerche bibliografiche e hanno trovato anche i riferimenti più sfuggenti. Lucy e Eugene hanno corretto la sezione delle note. Tutti hanno partecipato alla stesura del libro tramite una stimolante discussione sulle diverse tematiche.

Sono grata all'artista, fotografa e psicoanalista Donna Bassin per la creazione della copertina. La sua immagine cattura i molti livelli in cui sperimentiamo le collisioni.

Infine, voglio ringraziare Elisheva Urbas, la quale mi ha aiutato con l'organizzazione finale del libro e del flusso teorico.

RINGRAZIAMENTI

L'autrice desidera ringraziare anche tutti gli studiosi che hanno dato il permesso di utilizzare i loro lavori all'interno di questo libro:

Per sempre giovani

Che Dio vi benedica e vi custodisca sempre
Possano tutti i vostri desideri diventare realtà
Possiate sempre fare qualcosa per gli altri e gli altri possano
sempre fare qualcosa per voi
Possiate costruire una scala per le stelle e salire su ogni gradino
Possiate rimanere per sempre giovani.

Copyright © 1973 di Ram Horn Musica; rinnovato nel 2001 da Ram Horn Music.

“Analytic enclaves and analytic outcome: A clinical mystery,” Joyce Slochower, *Psychoanalytic Dialogues*, 23: 243–258. Ristampato con il permesso di Taylor & Francis (www.tandfonline.com).

“The analyst’s secret delinquencies,” Joyce Slochower, *Psychoanalytic Dialogues*, 23: 451–469. Ristampato con il permesso di Taylor & Francis (www.tandfonline.com).

“Analytic idealizations and the disavowed: Winnicott, his patients and us. *Psychoanalytic Dialogues*, 21: 3–21. Ristampato con il permesso di Taylor & Francis (www.tandfonline.com).

INTRODUZIONE

Speranze e limiti in psicoanalisi

Giugno 2002. Tempo per scrivere, per iniziare i progetti immaginati durante un anno frenetico. Poi mia madre è morta, da sola e in modo inaspettato. Negli ultimi 10 anni ha sofferto di numerose problematiche fisiche e cognitive che ha gestito con un insieme di orgoglio e negazione. In concomitanza a ciò, anche il suo carattere e la sua affettività hanno iniziato a mutare. E' diventata più dolce, fisicamente dipendente, obiettivamente ansiosa. I suoi tratti caratteriali - la sua rigidità e la sicurezza con cui mascherava la propria ansia - si ammorbidirono e quasi sembravano spariti. La sua vulnerabilità divenne così palpabile che le vestigia della sua rigidità sembravano quasi come un eco, un fantasma di uno stato del sé che mancava di piglio e vitalità. Quando il suo mondo si è ristretto ed è diventato vago e nebuloso, mia madre si è trasformata nella mia quarta figlia; già genitore, mi sono tristemente, ma agevolmente, fatta carico di questo ruolo di cura. Avevo ormai raggiunto la mezza età, avevo 10 anni in più rispetto a quando ho perso mio padre. Pensavo di essere preparata, in parte sollevata dall'idea che la mia vita non sarebbe sempre stata gravata dal bisogno di cure di mia madre, ma le cose non stavano esattamente così. L'anno era stato particolarmente difficile, segnato dagli attacchi dell'11 settembre e da alcuni problemi personali che avevano richiesto non pochi sforzi. Questo insieme di cose mi avevano lasciato la sensazione che il mondo fosse mol-

to meno stabile e prevedibile di quanto credessi. Di fronte alla natura precaria dell'esistenza ordinaria e ai conflitti di cui la vita è piena, non riuscivo più a tenerli da parte.

Ho proposto questo aneddoto autobiografico al fine di rendere più tangibile la mia tematica centrale - la collisione tra aspettativa e realtà. Il nostro bisogno di sostenere un sentimento di possibilità, di speranza e stabilità, che Winnicott (1956) chiamava "continuità dell'essere", è molto profondo. Nel tentativo di mantenere la presa sul mondo ancora un po', mettiamo tra parentesi o escludiamo del tutto - a volte disconoscendolo - ciò che è eccessivamente disturbante. E quando quegli elementi rientrano nella nostra coscienza, siamo dapprima costretti a confrontarci e poi a negoziare il conflitto che ne consegue.

I momenti di conflitto sono spesso traumatici. Ma, col tempo, il bisogno di sperare (e negare) tipicamente si riafferma, tirandoci verso l'ordinario e lontano dall'inatteso. Eppure, le collisioni ci forzano a interfacciarci con i limiti del trattenere desideri e credenze, e risvegliano la nostra consapevolezza della dialettica tra illusioni e realtà meno ideali. Possiamo rinegoziare la nostra relazione con la realtà o ci ritireremo nuovamente nell'arena dell'illusione?

Visioni e collisioni nel processo analitico

Noi psicoanalisti non siamo immuni alla forza delle illusioni. Anche noi abbiamo bisogno di speranza e di immaginazione, se vogliamo entrare e sostenere noi stessi nel lungo viaggio terapeutico. Quando immaginiamo come i nostri pazienti potrebbero cambiare, ci impegniamo in una visione che si adatta alle particolari caratteristiche della nostra persona e della relazione terapeutica (vedi Rehm, 2013). Questa visione invoca speranza ma al contempo intensifica il rischio di escludere la nostra consapevolezza dai limiti del nostro lavoro e di quello del paziente. A volte, la speranza psicoanalitica sconfinava nell'illusione.

Come molti giovani analisti, all'inizio del mio training ero ispirata e motivata da un senso di possibilità terapeutica. Speravo

di aiutare i miei pazienti ad andare incontro a un cambiamento profondo e duraturo. E di certo questo desiderio era esteso a me stessa. La terapia avrebbe dovuto fornire una risposta ai misteri dello loro e delle mie storie, avrebbe dovuto annullare quelle esperienze che gli (e mi) avevano procurato più dolore. Sarebbero (e sarei) stati metaforicamente riparati, avrebbero (avrei) trovato la propria capacità creativa, si sarebbero, in definitiva, trasformati. Ero troppo sensibile, consapevole di me e in qualche modo troppo inconsapevole per ammetterlo a me stessa. Tuttavia, la forza di quei desideri quasi inconsci mi ha condotto alla terapia e a seguirla per alcuni anni. Non ero tanto mossa dalla rosea idealizzazione dell'esperienza reale quanto piuttosto da una sottostante sensazione di possibilità senza limiti. Il processo psicoanalitico incarnava un potere magico - fare, disfare, proteggere, ispirare.

Col tempo, la mia visione psicoanalitica è entrata in conflitto con la realtà clinica. Non tutto poteva cambiare, né per me né per i miei pazienti. Gradualmente e impercettibilmente, l'ideale di trasformazione personale è svanito e ho iniziato a vedere la terapia come uno sforzo più umano e meno ideale, in cui terapeuta e paziente combattono insieme. Volente o nolente ho dovuto modificare la fantasia con cui avevo iniziato la terapia; vedevo me stessa e gli altri in modo più complesso e sfumato. C'era una quota di sollievo in tutto questo, ma anche la tristezza che tipicamente si accompagna alla de-idealizzazione.

I momenti di conflitto sono intrinseci all'esperienza di essere un clinico e questo vale sia all'interno che all'esterno dell'incontro terapeutico. Le interruzioni che incontriamo possono essere piccole o grandi, temporanee o soggettivamente permanenti. Esse cambiano la propria forma, il contenuto e l'impatto ma ci forzano sempre a esaminare, riadattare e, a volte, abbandonare le nostre più profonde convinzioni. Quando una più chiara o più severa consapevolezza dei limiti della vita irrompono nell'ordinaria "continuità dell'essere" su cui facciamo affidamento, ci sentiamo destabilizzati, costretti a esaminare ciò che presupponevamo. L'ordinario si frattura o si dissolve.

I conflitti possono congelare l'analista o il processo, ma spesso rappresentano un catalizzatore per il cambiamento. Se ci stiamo

muovendo verso un rinnovato impegno creativo, una più profonda esperienza di sé o verso un processo terapeutico più ricco, dobbiamo trovare un modo per rinegoziare quei conflitti e rimodellare la nostra relazione con la “realtà”.

Panoramica generale

La seconda edizione di *Collisioni Psicoanalitiche*, come la prima, esplora il modo in cui l'esperienza soggettiva dei conflitti altera il senso di sé del terapeuta come professionista e come membro della diade terapeutica. Esplora le dinamiche e la forma delle collisioni psicoanalitiche nelle sue sembianze più drammatiche e ordinarie, teorizzando la forma di tali conflitti e proponendo nuove e aggiornate illustrazioni cliniche. I Capitoli 7 e 8 rappresentano la novità di questa edizione.

La Parte 1 esplora il modo con cui ci confrontiamo - e i tentativi di negoziazione - con quei fattori che determinano e destabilizzano la nostra identità professionale. Usando la mia esperienza, sia come giovane terapeuta che come analista, descrivo ed esploro l'esperienza di conflitto tra il desiderato e l'attuale 1) nella stanza di analisi; 2) quando sviluppiamo un'identità professionale; 3) quando scriviamo; e 4) quando ci confrontiamo con i nostri vuoti professionali.

Il Capitolo 1 esplora come le illusioni costruite e condivise tra paziente e analista modellano e limitano la traiettoria terapeutica. Descrivo qui il mio lavoro con Susan, una paziente che “un giorno” voleva avere un bambino e ignorava il fatto che il progredire della sua età era in contrasto con il rinvio di tale piano. Nel momento in cui ho messo a confronto lo spazio tra i miei sentimenti, credenze e desideri con quelli di Susan, ho dovuto combattere per trovare una via che aprisse a uno spazio di riflessione per noi due insieme e ho tentato di negoziare la collisione in cui ci siamo imbattute. Questa seconda edizione descrive anche una seduta di follow-up che ho svolto con Susan diversi anni dopo il trattamento.

Il Capitolo 2 illustra le dinamiche che determinano lo svilup-

po di un'identità terapeutica e la sua evoluzione nel corso della vita professionale. Come diamo forma a un idioma professionale? Come troviamo il modo per definire noi stessi come a volte unici (separati da) e a volte connessi alla posizione della nostra comunità professionale? Anche se probabilmente siamo consapevoli dell'esistenza di visioni analitiche in conflitto tra loro sin dall'inizio, all'inizio del training la nostra identità professionale è definita in modo relativamente ampio. Col tempo, la teoria che abbracciamo è più nettamente definita, rifinita e a volte ridefinita. Il compimento di questo processo rappresenta il nostro desiderio - e il nostro bisogno - di perseguire il sentimento dell'analista sufficientemente buono. Saremo in grado di negoziare il gap tra il nostro ideale di funzionamento e le nostre più limitate capacità cliniche oppure percepiremo questi conflitti come inconciliabili? Descriverò la formazione della mia identità professionale, così come le battaglie affrontate dai miei colleghi.

Il desiderio di scrivere professionalmente implica un atto di fede e di speranza, spesso venato dalla paura. Abbiamo qualcosa di nuovo e di valore da dire o le nostre idee sono vecchie e di scarso spessore? A volte il desiderio creativo si scontra con l'insicurezza, la paura delle critiche o il rifiuto. Per intraprendere e sostenere il processo di scrittura, abbiamo bisogno di trovare un modo per gestire questi conflitti senza farci immobilizzare da essi. Possiamo escludere l'eccessiva incertezza rispetto al nostro potenziale contributo mentre ancora mettiamo in discussione le nostre idee? Le alternative - negare completamente o mettere da parte le critiche o crollare nella disperazione e nell'autocritica - limitano o precludono l'accesso al processo creativo.

Il Capitolo 3 esplora la funzione delle illusioni creative organizzate attorno agli stati del sé idealizzati nell'aiutare l'autrice a entrare in contatto e a mantenere un senso di unicità creativa.

Il Capitolo 4 affronta il tema dei nostri fallimenti professionali e di come ci confrontiamo con essi. L'idea (ideale) secondo cui siamo in grado di rimanere presenti come esseri umani pieni e sensibili mentre usiamo noi stessi nell'interesse del paziente è soltanto questo: un ideale.

Esso esiste a una certa distanza dalla realtà: inevitabilmente, a

tratti la nostra volontà di mantenere un elevato grado di professionalità si scontra con l'umanità auto-centrata e porta a degli scivoloni professionali. La nostra difficoltà nell'affrontare la tensione tra chi vogliamo essere e chi siamo può tradursi in quello che io chiamo reati o insolvenze professionali - "furti" piccoli e di norma segreti in cui deliberatamente ricerchiamo qualcosa a nostro vantaggio mantenendo la pretesa di una postura terapeutica focalizzata. Esplorerò la natura di questi reati professionali e ne teorizzerò le dinamiche.

La Parte II si focalizza sulle situazioni cliniche caratterizzate dall'esperienza soggettiva della collisione. Queste collisioni possono assumere diverse forme. A volte emergono quando le previsioni vengono bruscamente dipanate dalla realtà: le aspettative individuali collidono con la vita in un modo che richiede un'intensa e attiva rinegoziazione se si vuole evitare il crollo. Altri conflitti sono di natura diadica: l'analista o il paziente si confrontano con una netta differenza tra la propria esperienza emotiva e ciò che è percepito e desiderato dall'altro.

Ancora, altre collisioni sono soggettivamente collocate "all'interno". Scopriamo con sorpresa e sgomento che non siamo chi pensavamo di essere, non sentiamo ciò che pensiamo dovremmo sentire, o falliamo nel soddisfare gli standard a cui aspiriamo. Sebbene le nostre illusioni esistano in tensione con gli altri aspetti "reali" del processo terapeutico, a volte ci precludiamo la consapevolezza di questi conflitti; il desiderato e il reale sono divisi tra loro, si scindono, si dissociano e a volte si collocano separatamente nell'analista e nel paziente. In altri momenti, paziente e analista co-costruiscono un set di credenze condivise (illusorie) l'uno sull'altro o sul trattamento stesso.

Il Capitolo 5 esplora la funzione nascosta delle illusioni protettive nel supportare il trattamento. Il ruolo sottostante delle credenze fisse e quasi inconscie che tamponano il processo analitico spesso rimane oscuro fino a quando la "realtà" irrompe nello spazio terapeutico protetto. Quando ciò avviene, possono verificarsi delle rotture traumatiche. Questo Capitolo descrive un trattamento in cui gli eventi di vita hanno trafitto questa pelle protettiva e hanno distrutto l'illusione su cui poggiava l'intero trattamento. Una crisi

nella vita del mio paziente non sembrava far rivivere il trauma che in precedenza l'aveva fatto deragliare, rivelando il ruolo delle credenze quasi inconscie che operavano sotto la superficie e superavano l'esperienza che io e il mio paziente avevamo di noi stessi e l'esistenza di uno spazio terapeutico protetto.

Il Capitolo 6 si focalizza sull'esperienza degli scontri emotivi all'interno della matrice relazionale. Quando una qualità della congruenza o della complementarità emotiva domina la relazione terapeutica, analista e paziente tendono a trovare che l'altro sia, emotivamente, dove dovrebbe essere. Quando non esiste alcuna congruenza, tuttavia, vi è la minaccia di una collisione emotiva. Temiamo che la nostra risposta ai sentimenti del paziente avrà un effetto tossico; il gap tra ciò che il paziente desidera e si aspetta da noi e la nostra condizione soggettiva è dolorosamente ampio. Le collisioni emotive sono particolarmente acute e dolorose quando le nozioni di paziente e analista di ciò che l'analista dovrebbe essere si scontrano con le risposte emotive dell'analista. Illustrerò una forma particolarmente acuta di questo dilemma, ossia l'esperienza discrepante di un desiderio erotico. La mia paziente Emily sembrava convinta che io ricambiassi il suo desiderio sessuale, sebbene rispondesti con freddezza e avversione ai suoi desideri, nonostante volessi rimanere accogliente e responsiva. La collisione emotiva che ne è derivata ha temporaneamente congelato la terapia, lasciandoci a combattere con un senso di vergogna. L'epilogo di questa rottura verrà descritto e analizzato nel dettaglio. Nel Capitolo 7 (nuovo in questa edizione) affronto un diverso tipo di collisione, che mi ha portato a confrontarmi con i limiti della mia teoria. Una collisione clinica mi ha lasciato molto perplessa ma mi ha permesso di articolare le idee che avevano guidato il mio approccio al lavoro sul trauma. Si trattava di un'analisi in cui sembrava non accadesse nulla: vi erano poche dinamiche esplorative, poco lavoro sul *trasfert*-*controtransfert*, poco da ricordare o da rivivere. Con mia grande sorpresa, tuttavia, la mia paziente Dani è profondamente cambiata. Nel momento in cui ho provato a formulare una comprensione del come e del perché fosse cambiata, sono stata costretta a rivisitare e in parte a rivedere il mio modo di teorizzare il lavoro sul trauma.

Il Capitolo 8 prende in esame una dimensione comune dell'esperienza della collisione emotiva - che è l'idealizzazione. I pazienti a volte hanno bisogno di idealizzarci, per poterci vedere esattamente come desiderano e come hanno bisogno che siamo (e hanno bisogno di essere loro stessi). La nostra esperienza - e la risposta - di intensa idealizzazione viene complicata dal nostro bisogno di apprezzamento da una lato e di riconoscimento dall'altro. L'ansia di destabilizzare il trattamento e di perpetuare la fantasia del paziente sul nostro conto facilitano e al contempo ledono il processo terapeutico. L'idealizzazione che la mia paziente Robin aveva di me - e la mia risposta - inizialmente hanno supportato il trattamento ma alla fine hanno contribuito al suo collasso. Indagherò il ruolo dell'idealizzazione e il mio contributo a questo collasso.

I pazienti non sono i soli a idealizzare. Anche noi a volte idealizziamo i pazienti, facendoci affascinare dalle loro capacità personali o professionali. Queste idealizzazioni tendono a rimanere inesprese, in quanto sia l'autostima professionale che un senso di vergogna precludono l'impegno in questi sentimenti.

Nel Capitolo 9 (nuovo in questa edizione), lascio la stanza d'analisi e utilizzo del materiale storico (d'archivio) per esplorare la relazione di Winnicott con i suoi pazienti Masud Khan e Harry Guntrip. In queste terapie, le idealizzazioni supportano, e al contempo limitano, l'esperienza terapeutica. Offrirò una prospettiva sullo sviluppo delle idealizzazioni comuni e asimmetriche, affrontando i fallimenti di Winnicott senza demonizzarlo.

Il Capitolo 10 amplia gli argomenti esposti nel Capitolo 8 e nel Capitolo 9 esplorando come il nostro ideale professionale si scontri con la realtà. Le variazioni contemporanee nell'ideale professionale ne hanno modificato la forma ma non l'ubiquità. Noi analisti abbiamo una nozione implicita di chi *dovremmo* essere, come *dovremmo* funzionare con i pazienti, come *dovremmo* sentirci nei loro confronti e, cosa più importante, nei confronti di noi stessi. Il potere di questa visione può renderci difficile riconoscere e affrontare i nostri fallimenti nel soddisfarla. Come negoziamo il gap tra chi siamo e chi vogliamo essere? Ci sforziamo di soddisfare gli standard e gli obiettivi soggettivamente percepiti

come “oggettivi”, ma inevitabilmente siamo lontani dal nostro ideale. Abbiamo bisogno di trovare un modo per contemplare queste collisioni e conservare un’identità professionale etica.

Collisioni Psicoanalitiche si occupa di come ci confrontiamo con ciò che preferiremmo negare di noi stessi. Parte dal presupposto che dobbiamo interfacciarci con questi inevitabili conflitti senza che la nostra visione professionale né la nostra vulnerabilità umana al fallimento crollino. Questo libro invita il lettore a esplorare i limiti dei propri ideali analitici nel contesto del nostro costante bisogno di essi.

PARTE 1

Lotte professionali e personali

1

ILLUSIONI TERAPEUTICHE

Susan mi piaceva davvero. Era una persona riflessiva, impegnata, divertente e onesta. Iniziò la terapia per volere della famiglia, preoccupata per via del fatto che Susan sembrava avere un blocco relazionale. Susan riconobbe di avere un problema di carattere relazionale, ma riteneva che la terapia fosse utile solo ai bambini e a coloro che amavano piangersi addosso. Tuttavia, questo non le impedì di dedicarsi completamente alla terapia e di lavorare sodo con lo stesso impegno che metteva in tutto ciò che faceva.

Susan si presentò nel mio studio con un sorriso. Senza tante cerimonie posò la sua grande borsa sul pavimento, sospirò e si rilassò sulla sedia. Durante il nostro primo anno insieme, abbiamo vissuto all'interno di un confortevole e accogliente rapporto di lavoro.

Susan si dimostrava aperta ai miei input, non si risparmiava mai ed era sempre onesta, risoluta e mostrava un atteggiamento adulto. Ogni tanto esprimeva la sensazione che lo spazio della terapia fosse, come diceva lei, "un rifugio, l'unico posto dove non eccedo con la razionalità".

Le cose cominciarono a migliorare. Eravamo arrivate al punto di chiarire il potere che i legami familiari avevano nell'offuscare la sua capacità di contatto con i propri bisogni e di farli valere. Susan divenne inoltre consapevole del modo in cui assumeva un ruolo genitoriale all'interno delle relazioni. Iniziò a separarsi un

po' dagli altri e a intrattenere relazioni più ricche e significative con la famiglia e gli amici.

Abbiamo lavorato su di una serie di questioni, ma un tema è rimasto sempre centrale per Susan: voleva avere dei figli. Lei adorava i bambini e loro la adoravano. Sognava di vivere in una casa colonica circondata da una nidiata di bambini. Susan descriveva spesso il caos gioioso che avrebbero portato nella sua vita. L'uomo con cui sperava di condividere questo piacere non si era ancora materializzato, anche se Susan non lo considerava un ostacolo insormontabile; poteva sempre diventare una madre single. Ma non adesso, il momento non era quello giusto. Alcune questioni della sua vita non erano ancora state risolte; doveva quindi aspettare.

Susan, tuttavia, stava per compiere 41 anni. Nonostante la sua consapevolezza di ciò, sembrava del tutto ignara delle questioni biologiche che avrebbero potuto interferire con i suoi piani. Tutto si sarebbe realizzato, di questo ne era certa.

Mi sentivo sicura del fatto che sarei stata in grado di aiutare Susan a smascherare tali interferenze. Esplorai la possibilità che sotto la fantasia materna di Susan giacessero dei conflitti non risolti e affrontai così con delicatezza il contrasto tra il tempo e il desiderio. Potevano la dipendenza e l'intimità intrinseche alla maternità rappresentare un altro potenziale vincolo? Susan era inconsciamente impaurita per il fatto che la propria vulnerabilità sarebbe stata smascherata nel momento in cui si fosse legata a un bambino? Lavorammo molto attorno a queste questioni, ma nulla si mosse. Alla fine mi resi conto che un'altra dinamica, più potente di questi problemi relazionali, era sottesa al modo di funzionare di Susan. Susan nutriva una convinzione quasi inconscia, di essere ancora molto giovane, più vicina ai 25 anni che alla sua effettiva età di quarantenne. Avrebbe avuto ancora molto tempo per diventare una madre; era, dopo tutto, poco più grande di una ragazza. In questa sua visione aveva un ruolo anche la stessa terapia; fino a quando lei fosse venuta in analisi, la vita si sarebbe fermata. La terapia (ed io) la proteggeva dall'affrontare le sue reali paure (vedi Modell, 1991). Inoltre, la terapia non le imponeva limiti di tempo.

Il rischio esistenziale e le illusioni di protezione

Sia che siano protettive o problematiche, le illusioni sono una forma particolare di desiderio e di fantasia (Freud, 1927) che supportano e limitano simultaneamente l'esperienza umana. Attraverso la creazione di un mantello invisibile, ci proteggiamo eliminando l'intollerabile rischio soggettivo o reale che oscura il confine tra il desiderato e il reale. A volte questa esclusione sembra quasi negare ciò che siamo (Maurois, 1968), o forse, più nel dettaglio, nega il fatto che siamo destinati a morire (Becker, 1973).

Le illusioni coinvolgono la volontaria sospensione della razionalità, ovvero permettono di entrare nel regno dell'ambiguo e dell'immaginario, senza assolutamente negare la realtà. Coleridge (1907) invocò questa frase per descrivere l'obiettivo dei poeti romantici: "La volontaria sospensione della razionalità, che costituisce la fede poetica" (p. 7).

Le illusioni possono assumere molte forme, ma quasi sempre riflettono il bisogno di fondo di sostenere una "continuità dell'essere" (Winnicott, 1947, 1963). Possiamo riconoscere la nostra vulnerabilità ad una particolare malattia e contemporaneamente aggrapparci alla certezza di poter allontanarne la minaccia; collochiamo quella minaccia in un'altra persona malata e non in noi stessi; questa diga protettiva ci rafforza di fronte all'incertezza.

Le illusioni su cui ci basiamo sono intrapsichiche, interpersonali e culturalmente derivate. Sono coerenti con i nostri desideri e le nostre paure; le nutriamo all'interno di uno spazio privato (a volte in uno stato di incoscienza), dove rimangono protette sia dal controllo interno che da quello esterno. Queste illusioni ci proteggono, ma solo in parte.

Quando Henry, un amico di Sarah, morì a causa di una malattia strettamente legata alla sua, Sarah dichiarò: "Non ho la sua stessa malattia (ovvero la forma più virulenta); la supererò anche se lui non ce l'ha fatta". L'illusione di Sarah le permise momentaneamente di escludere l'ansia per la propria vulnerabilità fisica e di rimanere emozionalmente vicina a Henry. Quando incontrava il suo medico, l'ansia per la propria condizione di salute riemergeva

brevemente, solo per essere di nuovo messa tra parentesi attraverso ciò che Sarah definiva come un'illusione auto-protettiva. Sarah si era trovata un modo consapevole per escludere l'ansia legata alla sua malattia senza compromettere la propria capacità di affrontare la realtà.

L'esperienza di Sarah illustra al meglio l'utilizzo dell'illusione. E' però forse più comune l'impiego delle illusioni per escludere completamente intere parti della realtà. Jim reagisce alla malattia di Henry associandola alla morte del padre occorsa per una malattia simile. Questi ricordi sono tuttavia impossibili da gestire in presenza di Henry. Jim, dunque, si allontana privando Henry della propria confortante amicizia; si sente al contempo in colpa (per aver abbandonato il suo amico) e privato di qualcosa (del suo rapporto di amicizia con Henry).

Mentre molti di noi si creano illusioni auto-protettive, per alcuni, le illusioni suscitano più ansia che comfort. In questo caso gestiamo la nostra ansia, non con la creazione di una difesa contro la vulnerabilità, ma individuandone la sua fonte. Il pericolo viene in questo modo tenuto sempre sotto stretto controllo. Il mio paziente Thomas non smetteva di pensare che gli aerei potevano anche precipitare; ogni viaggio era per lui un'agonia. Eppure, individuando con precisione ciò che considerava pericoloso, riusciva anche a limitarne l'effetto. Per Thomas era comunque più sicuro rimanere a terra.

Le illusioni condivise garantiscono un particolare grado di protezione. Prima dell'11 settembre, molti americani erano certi che gli Stati Uniti fossero al sicuro dai gravi attentati terroristici, avendo una visione di inespugnabilità del paese. Fino alla guerra del Kippur, gli israeliani hanno condiviso la convinzione che il loro esercito sarebbe sempre stato vittorioso. Questo tipo di illusioni collettive (Uselli, 1992) rafforzano l'individuo e creano un senso di invulnerabilità virtuale, a meno che la vita non si intrometta in maniera traumatica. Quando ciò avviene, le illusioni di protezione svaniscono improvvisamente. Questo tipo di vulnerabilità acuta non può essere tuttavia sostenuta a lungo; le illusioni di protezione vengono di solito ricostruite o in parte riformulate, nel tentativo di erigere una barriera ancora più forte

contro l'impensabile.

Perché Susan si era aggrappata con tanta insistenza all'immagine di sé come giovane e alla fantasia che il tempo non scorresse? Da una parte, la sua illusione le garantiva un senso di protezione che le permetteva di procedere al proprio ritmo, mettendo da parte le urgenze che caratterizzavano la sua vita. Tuttavia, d'altra parte, l'illusione di avere un tempo infinito erigeva una barriera impenetrabile contro altre realtà che avrebbero potuto far deragliare la propria vita. Nell'evitare l'idea che si trattasse di "ora o mai più", Susan si stava forse avvicinando al disastro? Poteva trovarsi del tutto impreparata all'idea di rimanere senza figli?

Susan sosteneva con tenacia le sue illusioni e lasciava solo un piccolo spazio all'esame di realtà (Rycroft, 1955). Eppure, riuscivo a sentire il potere di Susan, il suo non avere dubbi circa il fatto che aveva ancora molto tempo davanti a sé per avere dei figli. Mi preoccupai del fatto che non fosse consapevole della fragilità delle proprie auto-protezioni: se si fosse ammalata, o se non fosse stata in grado di concepire, o se i suoi genitori, i fratelli, o io fossimo morti improvvisamente?

Lavorai duramente per aprire questa scatola di questioni intoccabili. Susan, tuttavia, continuava ad eclissare la consapevolezza del proprio invecchiamento e non rispondeva ai miei tentativi di aiutarla a prendere in considerazione quello che si nascondeva dietro la certezza che il tempo per lei non fosse un ostacolo.

Susan aveva veramente bisogno di me per contenere la propria ansia o per confrontarsi con le proprie paure più profonde? L'illusione di giovinezza era essenziale per mantenere il suo senso di integrità? E per quanto riguarda le mie illusioni, stavo espandendo il mio senso di potere terapeutico credendo che l'analisi (e io) potevamo superare le complesse resistenze di Susan consentendole di affrontare l'inaffrontabile?

Le illusioni nel pensiero psicoanalitico

Discutendo del ruolo delle illusioni nel pensiero psicoanalitico, Mitchell (1988) ha individuato due modi opposti con cui ven-

gono concettualizzate. Da un lato, la psicoanalisi rappresenta il tentativo di smantellare i rigidi sistemi di credenze che difensivamente negano “la realtà”. Come analisti lavoriamo per aprire e ampliare la capacità dei nostri pazienti di affrontare ciò che sono e, in questo senso, ci opponiamo alle illusioni in virtù della nostra posizione analitica (ad es. Freud, 1914a; Rycroft, 1955; Sullivan, 1972; Fromm, 1991; Turner, 2002). Mettiamo in discussione ed esploriamo le illusioni del nostro paziente per, come sottolineò Renik (1995), perpetuare una sorta di *folie à deux* nella terapia. Eppure le illusioni non solo negano, *creano* anche; sono al centro dei processi di creatività e del gioco immaginativo, tra cui il gioco della psicoanalisi (Winnicott, 1945, 1951, 1958). Infatti, la parola “illusione” deriva a sua volta dal latino *ludere*, ovvero giocare (vedi anche Sanville, 1991 per una discussione sul ruolo del gioco in psicoterapia). Loewald (1975) allude a questo tema quando descrive la situazione psicoanalitica come un “gioco”, in cui sia il paziente che l’analista sono parzialmente, ma non del tutto, coinvolti:

Analista e paziente concorrono alla creazione di un’illusione, di un gioco. Il paziente assume la guida nel fornire il materiale per questa creazione di fantasia, mentre l’analista prende l’iniziativa nell’esplicitazione delle azioni e nel rivelare il ruolo dell’illusione... Paziente e analista in un certo senso sono co-autori del gioco.

(pp. 279-280)

Loewald sottolinea la compenetrazione tra fantasia e realtà nell’esperienza della terapia e in una vita vissuta genuinamente:

Questo realismo dell’adulto disilluso, in molti ambienti considerato come sano o almeno come tutto ciò a cui possiamo puntare, è il frutto della perturbazione, della mancanza di comunicazione diretta tra i sogni e le fantasie giovanili e ciò che chiamiamo reale, ovvero la vita razionale. L’esame di realtà è molto più di una funzione intellettuale o cognitiva. Esso può essere inteso in modo più completo

come la sperimentazione della fantasia, del suo potenziale di idoneità nel rendersi attuale. Questo potenziale comprende la stessa vita di fantasia. Abbiamo a che fare con il compito di una trasposizione reciproca.

(pp. 295-296)

Quando sono lievi, le illusioni supportano la realtà più che distorterla. Porose e fragili, le illusioni aprono il regno del paradossale. Gent (1992) coglie questo bellissimo paradosso: “Il percorso verso la verità passa attraverso l’intensità dell’illusione. Il transfert e il controtransfert non sono forse i veicoli per la ricerca della verità, bussando alla porta delle illusioni?” (p. 139). Qui, coesistono i desideri con gli aspetti più complessi della realtà, che ci permettono di sostenere un riconoscimento di quanto è stato momentaneamente messo da parte. Il senso di protezione aiuta sia il paziente che l’analista a tollerare l’ambiguità e l’incertezza, stimolando il movimento nello spazio interno al di là delle pressioni del momento (Slochower 2004, 2014).

Quando però le illusioni diventano spesse e impenetrabili, tendono a essere utilizzate per escludere l’impensabile. Le illusioni, per diventare realtà, non possono trovare spazio nella relazione tra paziente e analista, ma solo in uno o nell’altro membro della diade. Il paziente si sente sicuro, ma ad un prezzo elevato; ciò che lo minaccia viene sconfessato. Lo spazio transizionale e intersoggettivo si restringe o scompare, e il tempo si ferma.

Il processo terapeutico in tempo “reale”

L’esperienza psicoanalitica è caratterizzata sia da un tempo indeterminato sia dalla consapevolezza che la terapia (come la vita stessa) avrà un termine. Quando siamo in grado di lasciarci coinvolgere in un senso di illimitatezza, ci spostiamo fluidamente tra passato e presente, tra le urgenze e le esperienze passate¹. Questa difesa ci aiuta ad approfondire gradualmente il lavoro di analisi

¹ Come sottolinea Hoffman (1998), l’infinito di per sé provoca ansia.

con la sensazione che ci sia tutto il tempo del mondo per farlo. Ma questa è, naturalmente, un'illusione e porta con sé dei rischi: le illusioni invitano innanzitutto alla negazione, all'evitamento e portano anche con sé le delusioni. Fromm credeva fortemente che fosse sua responsabilità *non* aspettare che il suo paziente trovasse un significato, quanto piuttosto spingerlo più che poteva: "Ci vuole tempo ed è comunque abbastanza difficile...Se mi siedo e aspetto che sia lui a sfondare queste resistenze, possono volerci anni, e sprecherò il suo tempo" (citato in Evans, 1966, pag. 45). Hoffman (1998) osserva che "cerchiamo di mantenere l'illusione che l'analisi sia una sorta di *santuario* delle possibilità" (p. 73). Né noi né la situazione psicoanalitica possono davvero proteggerci dalla vita, dal tempo, dalla malattia o dalla morte del paziente o dell'analista. Hoffman chiarisce che ci sono dei limiti alla protezione del santuario analitico, in quanto "i momenti opportuni per agire vanno e vengono. Non necessariamente si ripetono e, certamente, non durano per sempre" (p. 73).

L'urgenza che Hoffman descrive non è sempre altrettanto sentita dal paziente e dall'analista. Anche se in qualche trattamento la pressione del tempo diventa una consapevolezza condivisa, è forse più usuale incontrare esperienze di atemporalità e di urgenza che tendono a dividersi, collocandosi separatamente nel paziente e nell'analista. Il paziente, dunque, non può tollerare la progressione apparentemente impercettibile del lavoro laddove noi possiamo farlo, o viceversa.

Quest'ultimo scenario ha dominato il mio lavoro con Susan: la paziente sembrava ignara del ticchettio dell'orologio mentre era catapultata in una dimensione di atemporalità, sperimentando questo processo di indagine come fosse una sorta di seduzione pericolosa piuttosto che un'opportunità terapeutica. Lo spazio dell'analisi poteva essere percepito come una protezione da Susan, ma a me sembrava una pericolosa caduta libera lontano dalla realtà. Sentivo una pressione enorme nel voler aiutare Susan ad affrontare la realtà.

In altri trattamenti, le cose vanno nella direzione opposta: è il nostro paziente che non riesce a sostenere una sensazione di eternità, mentre noi ci troviamo a tentare di tamponare le loro

urgenze. Le persone che sono altamente sensibili al rischio di ingannare se stesse è improbabile che trovino molto conforto nelle illusioni di qualsiasi tipo. Tendono, invece, a mantenere la consapevolezza della realtà al punto tale da precludere il lavoro analitico di indagine.

Ira ha solo pochi anni in più di Susan, ma si sente come se fosse già un uomo anziano. Le occasioni perdute oscurano il senso dell'attesa e della possibilità. Il tempo sembra rapidamente scivolargli via; non vede l'ora di vedere come le sue relazioni si svilupperanno, se il suo prossimo contratto arriverà a buon fine... ha bisogno che queste cose accadano immediatamente. Qualsiasi slittamento, qualsiasi prova che sta facendo meno bene di quanto sperato, è la dimostrazione che tutti i cambiamenti che pensava di aver fatto erano, dopo tutto, illusori. Sono io che cerco di sostenere l'illusione della sospensione del tempo durante l'analisi e di esplorare le resistenze di Ira nel farlo. Ira non può impegnarsi in un processo di esplorazione di se stesso perché ciò rappresenterebbe per lui una forma di seduzione pericolosa che lo allontanerebbe da ciò che è.

In entrambi i trattamenti, di Ira e di Susan, le esperienze di atemporalità e di urgenza trovano spazio separatamente nel paziente e nell'analista. Con Ira, ho cercato di mantenere l'illusione di uno spazio psicoanalitico aperto mentre egli si sentiva cinicamente dubbioso. Con Susan, ho spinto sul tema dell'urgenza mentre lei si arroccava sull'illusione dell'eterna giovinezza e della perenne speranza.

Il senso di auto-protezione di Susan e la sua negazione del passare del tempo, probabilmente, si sono formate in risposta alle prime esperienze avute con i genitori che le concedevano molta autonomia, lasciandola affrontare da sola le situazioni nuove. In risposta alla sensazione di "sentirsi sola", Susan divenne precocemente indipendente, evitò di lasciarsi turbare dagli ostacoli esterni e mantenne la propria stabilità anche quando i suoi genitori e i suoi fratelli sembravano vacillare.

Assunto il ruolo di bambino-genitore, Susan dissociò non solo la propria vulnerabilità e la propria ansia, ma anche quegli aspetti della propria volontà che si scontravano con le esigenze familiari.

Per alcuni aspetti il nostro lavoro aiutò Susan: ora poteva imporsi piuttosto che arrendersi alle richieste degli altri e si sentiva molto più libera di andare per la propria strada. Ma Susan rimase convinta che fosse un suo obbligo svolgere la funzione di protettore della famiglia. C'era poco spazio per i suoi desideri; i bisogni degli altri occupavano la maggior parte dello spazio relazionale. Forse Susan eludeva l'idea dell'invecchiamento e la possibilità che fosse "ora o mai più", perché, nonostante il suo desiderio cosciente di avere un bambino, non poteva sopportare l'ennesimo impegno? Dire che "un giorno" avrebbe avuto un figlio rappresentava un modo per evitare la sensazione inconscia di soffocamento emotivo associata con la maternità? O il fatto di avere un figlio tutto suo rappresentava per Susan la massima espressione del desiderio proibito e la possibilità di avere una propria vita (Slochower, 2004)? Forse il desiderio mascherava la paura di non poter essere una madre, dopo tutto.

Da bambina, Susan aveva sofferto di una malattia cronica. Anche se ora stava bene e sembrava aver dimenticato quell'esperienza, mi sono chiesta se la preoccupazione circa la propria integrità fisica avesse intensificato il suo bisogno di credere in un futuro senza limiti. Se Susan si difendeva dal terrore circa la propria mortalità, la consapevolezza dello scorrere del tempo poteva catastroficamente penetrare nel suo fragile senso di integrità fisica. Negare lo scorrere del tempo significava negare la vulnerabilità fisica.

In parte, stavamo ripercorrendo una dinamica tipica del suo nucleo familiare. Io (come sua madre) ero diventata un contenitore delle preoccupazioni che aiutarono Susan a ripudiare quei sentimenti; la sua certezza e la sua competenza mascheravano ansia, l'ansia che io percepivo e che lei sconsigliava. Non credo, tuttavia, che la mia ansia rappresentasse semplicemente l'identificazione con la madre o un processo di identificazione proiettiva di Susan. La posizione degli stati affettivi nelle relazioni diadiche riflette la compenetrazione delle dinamiche soggettive e relazionali (Slochower 2004, 2014). All'interno di questo mix vi erano aspetti di *me* che esistevano *al di fuori* dello spazio intersoggettivo; la mia forte identificazione materna era intensificata dal mio investi-

mento emotivo nel vedere cambiare la vita di Susan, per aiutarla ad avere un bambino. E, per ragioni personali, ero consapevole del ticchettio dell'orologio e volevo proteggerla dall'inesorabile avanzare del tempo (vedi la dissertazione di Cooper su un simile dilemma clinico (2000).

Di chi è l'illusione?

Anche se è forte la tentazione di attribuire le illusioni esclusivamente ai nostri pazienti (come fecero ad esempio Klein, 1940, Sullivan, 1972; Kernberg, 1984; Chasseguet-Smirgel e Grunberger, 1986; Teicholz, 1999), anche noi analisti siamo vulnerabili alla negazione dello spazio tra il "reale" e "l'ideale", tra ciò che è desiderato e quello che è nella realtà². Abbiamo il bisogno di credere nel potere della trasformazione psicoanalitica e il bisogno di cercare una base di sicurezze (Sandler, 1992) che ci sostengano. Le visioni del passato che rappresentavano l'analista come onnisciente e autorevole si sono oggi ammorbidite. Oggi vogliamo sottolineare la nostra vulnerabilità e la nostra personale partecipazione all'interazione terapeutica (Becker, 1973; Modell, 1975; Hoffman, 1983, 1991; Hirsch, 1987; Mitchell, 1988, 1991; Adler, 1989; Aron, 1991; Casement 1991; Jacobs, 1991; Burke, 1992; Ghent, 1992; Pizer 1992, 1998; Stern, 1992; Tansey, 1992; Spezzano, 1993; Ogden, 1994; Renik, 1995; Slochower, 1996a, b; Bromberg, 1998; Teitelbaum, 2000; Davies, 2004). Dal momento che siamo implicati nel processo terapeutico, siamo potenzialmente coinvolti nelle illusioni del nostro paziente e vulnerabili alle nostre. Le nostre illusioni assumono forme diverse e si organizzano attorno a diversi elementi del processo terapeutico. Alcune riguardano noi stessi, come la nostra capacità di guarire o le nostre capacità come genitori; altre riguardano il nostro paziente, come il potenziale creativo o la capacità di in-

² Quando Winnicott, durante un meeting della società psicoanalitica a Londra, ha annunciato che c'era un raid aereo in corso, è stato ignorato e il meeting è proseguito ininterrotto. L'illusione dell'invulnerabilità, la "continuità dell'essere" della società psicoanalitica, ebbe la meglio sull'attenzione ordinaria (e appropriata) al pericolo.

tuizione.

Quando le cose vanno particolarmente bene, troviamo la conferma della possibilità della psicoanalisi e del nostro potenziale terapeutico. Possiamo individuare tale potenziale nella nostra sensibilità, autenticità, sintonizzazione affettiva, giocosità o apertura mentale³. Ma qualsiasi nostro atteggiamento contiene un elemento illusorio che è potenzialmente in grado di modificare ogni nostra visione e di escludere tutto ciò che si scontra con esso. Idealmente, le nostre illusioni permangono in una costante dialettica con la consapevolezza di una realtà più complessa. Allorché manteniamo le nostre illusioni entro i confini di uno spazio protetto, piuttosto che rimanere invischiati in esse, possiamo farne un uso creativo e terapeutico. I momenti di insicurezza, invece, danneggiano le nostre illusioni terapeutiche. Questi momenti ci permettono, tuttavia, di mettere in discussione ciò che sta accadendo nel trattamento e in noi stessi, senza far crollare del tutto la possibilità terapeutica.

Le illusioni psicoanalitiche, se lievi, sostengono l'esperienza della continuità interiore sia per il paziente che per l'analista, senza precludere l'incertezza. Quando per la prima volta mi capitò di avvisare i miei pazienti delle mie vacanze, dissi: "Ci vediamo fra un paio di settimane", come se non ci fosse stata alcuna possibilità che io (o loro) non saremmo ritornati. L'impensabile, tuttavia, rimane nel perimetro della mia coscienza. Sono consapevole della possibilità di alternative catastrofiche, ma di solito non esprimo questa mia consapevolezza ai miei pazienti e, a volte, nemmeno a me stessa.

Ma quando le illusioni diventano invadenti, il nostro bisogno di sperare ci costringe a negare piuttosto che a mettere da parte le possibili cupe alternative. Il nostro impegno nell'escludere l'intollerabile ci spinge completamente nello spazio illusorio. Noi e il nostro paziente ci muoviamo inconsciamente nella direzione dei bisogni impliciti e delle credenze dell'altro, la visione della potenza terapeutica esalta il senso di emozionale sincronia e di spazio protetto nell'illusione di una realtà condivisa (Slochower, 1996c).

3 Gli studenti in training possono essere meno vulnerabili alle illusioni rispetto ai professionisti più esperti (Mal Slavin, comunicazione personale, 2005).

Ci lasciamo incorporare nel mondo dell'illusione: condividiamo l'illusione piuttosto che porci degli interrogativi circa la sicurezza analitica, la costanza o il nostro potere curativo (Modell, 1975). "Siamo la coppia analitica perfetta", "Supereremo gli ostacoli che erano di impedimento alla sua precedente terapia", "Posso darle esattamente ciò di cui ha bisogno e che le manca". Il paziente e l'analista tacitamente accettano di non sfidare le frontiere di queste credenze condivise che supportano la relazione tamponando gli elementi perturbatori. A un certo livello, queste illusioni co-costruite sono basate sulla capacità di accettare e di utilizzare il paradosso (Winnicott, 1971; Modell, 1991; Pizer 1996, 1998)⁴. Si stabilisce e si mantiene un senso di speranza, aiutando a ricostruire il futuro (Cooper, 2000). Su un altro piano, però, invitano al delirio creando una spessa barriera contro la realtà che può escludere ciò che ha urgente bisogno di essere affrontato.

Altre volte, l'illusione e la realtà sono separate nel paziente e nell'analista. Invece di condividere una visione co-costruita con il nostro paziente, ci troviamo a resistere al suo potere seduttivo. Cerchiamo, ad esempio, di portare il nostro paziente ad affrontare la realtà.

Così è stato per me con Susan. Lei rimaneva sempre giovane, espellendo l'ansia per la propria mortalità, mentre io rimanevo dolorosamente consapevole di quella realtà, desiderando con urgenza che lei la comprendesse, in modo che potesse muoversi più liberamente nella propria vita. Mentre scrivo queste parole, una vecchia canzone di Bob Dylan risuona nella mia mente, facendomi scendere le lacrime agli occhi:

Che Dio benedica e vi custodisca sempre
 Possano tutti i vostri desideri diventare realtà
 Possiate sempre aiutare gli altri e gli altri possano sempre aiutarvi
 Possiate costruire una scala per le stelle e salire su ogni gradino
 Possiate rimanere per sempre giovane

⁴ Questo tema è stato ripreso da altri teorici tra cui Rycroft (1955), Milner (1955, 1957, 1969), Kohut (1971) e Slochower (1996a, b, d, 2014).

Questa è una canzone che parla di idealizzazione e di illusioni. È la canzone che i miei figli hanno cantato il giorno del loro diploma, una canzone che mi ha sempre fatto piangere. Rappresenta le mie speranze, i sogni, l'amore per i miei figli e i miei nipoti. E, mi rendo conto, rappresenta pure le mie speranze per Susan. Essa riflette la mia identificazione materna, le mie illusioni su me stessa, su Susan, su di noi. Volevo che lei avesse tutto e non potevo sopportare l'idea che avrebbe affrontato il conflitto tra il desiderio e la realtà o il fatto di essere privata dell'esperienza della maternità.

Perché mi sono lasciata così coinvolgere da Susan? I nostri pazienti (e noi analisti) perdono molte opportunità nella vita, e anche se è sempre molto triste, è parte del nostro compito di analisti aiutare le persone ad affrontare i limiti della propria vita. Ma ho abbracciato la fantasia che Susan fosse uno dei miei figli, volevo fare bene per lei come voglio fare bene per i miei figli.

Da un certo punto di vista questa era solo una mia illusione. Ma su un altro livello è stata costruita congiuntamente; mi ero unita a Susan nell'erigere un tampone terapeutico reciprocamente protettivo che giaceva sotto la nostra divisione apparente di "realtà" e "fantasia". Finché mi facevo portatrice sia della speranza che delle preoccupazioni, Susan poteva allegramente andare per la propria strada, sicura che avrei protetto la sua e la mia illusione.

Quando lo compresi ho cercato di parlarne. Dissi a Susan che stavo facendo la parte di colei che si preoccupava per entrambe. Susan ridendo riconobbe che non poteva affrontare il futuro. Ma il suo riconoscimento non cambiò le cose; invece, Susan continuò a emarginare il problema, anche se lavorò duramente su altre questioni. Dal momento che stava facendo molto bene sotto altri punti di vista, cominciai a pensare che il problema della negazione di Susan del proprio invecchiamento poteva essere più mio che suo.

Trascorse un altro anno. Consapevole della sua tendenza a soddisfare le richieste delle altre persone, Susan prese una decisione relativamente alla propria carriera che l'avrebbe fatta sentire più libera. Avrebbe, tuttavia, dovuto ridurre temporaneamente il suo reddito; per farlo avrebbe dovuto prendersi una pausa dalla tera-

pia. Susan mi assicurò che avrebbe ripreso non appena la sua vita lavorativa si fosse stabilizzata. Ma, anche se sporadicamente si è messa in contatto con me, Susan non ritornò più in terapia.

Pur contenta che Susan avesse preso questa decisione professionale, ero frustrata dal fatto che aveva lasciato il trattamento prima che fossimo riuscite ad affrontare il tema della genitorialità. Nonostante la sua razionale consapevolezza circa l'evitamento di una scelta centrale per la propria vita, Susan non era andata oltre la negazione. E non ero riuscita ad aiutarla a farlo.

Concentrandomi senza riflettere sul senso dell'urgenza, avevo spinto Susan ad abbracciare la dimensione dell'atemporalità. Ma ora mi ero resa conto che dietro a questa divisione si nascondeva una sottile ma potente illusione che avevamo condiviso: Susan ed io credevamo che la terapia l'avrebbe protetta dai limiti della vita. Sono rimasta con la speranza che la salvezza di Susan dipesse dal nostro rapporto. In certi momenti, minacciai eccessivamente il bisogno di protezione di Susan; la mia illusione circa la potenza analitica escludeva la mia consapevolezza della sua vulnerabilità, in altri momenti diventavo incurante della fragilità sottostante alla sua allegra fiducia nel domani. Altre volte ancora, diventavo troppo protettiva, troppo disposta a lasciare riposare l'illusione, ad aspettare fino a quando Susan non fosse stata pronta. Non ero mai stata in grado di aiutare Susan (e me) a cavalcare la tensione tra l'illusione e la realtà. Mentre la sua vita era positiva, una cosa che desiderava era ancora assente.

Epilogo

Questo Capitolo è stato scritto nel 2004, diversi anni dopo che Susan aveva interrotto la terapia. Prima della sua pubblicazione nel 2006, contattai Susan e le chiesi di prendere in considerazione il fatto di pubblicare il suo caso. Incuriosita e ricettiva, Susan volle incontrarmi per discuterne. Nel mio ufficio, ancora una volta, Susan mi accolse calorosamente e pronunciò il suo caratteristico sospiro mentre si rilassava sulla sedia. Abbiamo parlato della sua vita, della sua nuova attività, del mio libro. "Sono rimasta sorpresa

da tutto quello che ha scritto nel Capitolo. Non avevo capito che aveva compreso tutto questo di me. Certamente non ho mai affrontato la questione dei figli, vero? Ho ancora del lavoro da fare. Voglio tornare in terapia dopo aver sistemato alcune questioni sul lavoro. So di averne bisogno. La chiamo fra qualche mese”.

La mia speranza che Susan sarebbe tornata in terapia si era realizzata. Questa volta avrebbe affrontato la sua illusione. Ma tutto questo fu di fatto un'altra illusione: sebbene ogni anno continuavano ad arrivare i biglietti di auguri di Susan accompagnati da un saluto allegro, non è mai tornata in terapia.

Passarono gli anni. Alla fine abbandonai la speranza che Susan sarebbe tornata. E poi un giorno, quasi cinque anni dopo, ricevetti una lettera scritta a mano senza mittente. Sul francobollo blu era riportata la scritta “Oh boy”. Capii subito. Susan aveva avuto un bambino. Era come se mi avesse fatto un dono, un dono per entrambe.

Volendo sottolineare l'evento, le scrissi (piuttosto che telefonarle) per congratularmi con lei. Susan rispose calorosamente, dicendo che avrebbe voluto portare il bambino per presentarmelo quando le cose si fossero stabilizzate. Passò un altro anno senza una sua visita. Ma un anno dopo, la sua solita cartolina fu accompagnata da una nota che diceva che voleva venire e presentarmi a suo figlio.

Quando Susan arrivò, era senza il suo bambino. Stava dormendo, disse. (Sospettavo, ma non dissi nulla, che Susan voleva che questo incontro fosse solo nostro. Forse voleva anche mantenere il suo bambino al di fuori della stanza di analisi, per affermare quanto fosse pienamente sua).

Susan mi ragguagliò sulla sua vita. Sembrava felice e serena, felice della sua maternità da donna single, sostenuta dai familiari e dagli amici. Non riuscì a spiegare esattamente come e perché prese la decisione di avere un figlio dopo che non era stata in grado di farlo per così tanto tempo. Ma in qualche modo leggere il contenuto del mio Capitolo e parlarne con me aveva cambiato le cose. Cominciò a riconoscere quello che lei voleva per sé, riconobbe ciò che aveva cercato di non vedere: era ora o mai più. C'era qualcosa di diverso anche se non riusciva a spiegare cosa fosse cambiato

in lei. Susan aveva cominciato a esplorare attivamente percorsi alternativi per la maternità e aveva deciso di ricorrere a un donatore di sperma. C'erano degli uomini nella sua vita, ma nessuna relazione seria (questo non mi sorprende data la sua storia). Anche se questa assenza di relazioni era po' malinconica, Susan rimaneva speranzosa e ottimista circa la propria vita.

Riconoscendo calorosamente il valore del nostro rapporto ma anche sottolineando la propria autonomia, Susan abbandonò la terapia ancora una volta, questa volta senza promettere che sarebbe tornata. Anche io le dissi addio e non ebbi più l'impressione che il lavoro con lei fosse rimasto incompiuto.

È relativamente raro seguire il nostro paziente fino alla naturale conclusione di un processo terapeutico, ancor più raro è vedere gli effetti post-trattamento di quello che era sembrato come un problema intrattabile. Certo, questo caso non rappresenta tutta la vita di Susan e nemmeno vuole essere una dichiarazione sulle conseguenze e i limiti del nostro lavoro. Eppure, il caso di Susan rappresenta uno di quei post-scriptum che gli analisti spesso non arrivano a vedere. Susan, finalmente, si era mossa da un'impasse creata dalle sue illusioni. Infine, ebbi la sensazione che lei fosse preparata sia per il meglio che per il peggio che la vita le avrebbe portato.

Sviluppare delle illusioni con funzione di antidoto

Le illusioni di protezione che come analisti sviluppiamo fondono i particolari della relazione terapeutica con le nostre dinamiche personali. Una sensazione di minaccia ci porta a negare inconsciamente o a invertire gli aspetti spiacevoli delle nostre esperienze e ad accedere a visioni confortanti di potenza terapeutica e di speranza. Quando manteniamo la consapevolezza di tale inversione, possiamo sostenere la tensione dovuta all'insicurezza e all'ansia. Ma se questa dinamica di fondo non è ben articolata, le illusioni di protezione tendono a irrigidirsi, diventando una difesa problematica contro ciò che riteniamo inaffrontabile.

William, oggi psicoterapeuta, entrò in terapia poco più che ven-

tenne. Ebbe una lunga storia di violenti abusi fisici da parte di suo padre con l'implicito consenso della madre. Per la maggior parte dell'adolescenza e della prima età adulta, William fu invaso da tempeste di rabbia e di odio verso di sé che hanno reso il suo Io disorganizzato e, a volte, frammentato. Si sentiva come se le sue viscere fossero invase dal veleno. Terrorizzato e rabbioso, William divenne con il tempo il suo stesso persecutore, trovando un momentaneo sollievo (per lo più simbolico) negli atti di autolesionismo.

Un'analisi molto lunga aiutò William a tollerare e a gestire questi stati affettivi dirompenti. Il suo funzionamento migliorò notevolmente e intraprese una relazione di coppia stabile. Anche se William rimaneva vulnerabile alla depressione e agli attacchi di panico occasionali, non ebbe più episodi di depersonalizzazione e riuscì a controllare le esplosioni di ira.

Gran parte di questo cambiamento ebbe luogo durante il periodo in cui William divenne uno psicoterapeuta. Nel ruolo di "guaritore degli altri" (parole sue), William trovò l'occasione per rielaborare e simbolicamente annullare il trauma precoce. Era importante che egli fosse sia autorevole che gentile, poiché agendo in modo diverso dal padre ha invertito l'esperienza di vittima passiva e ha tratto giovamento dall'ammirazione dei propri pazienti.

Nel corso del tempo, William sviluppò un'immagine di sé di terapeuta saggio, dotato di una buona solidità interiore. L'illusione di potenza terapeutica su cui si basava aveva radici sia nella sua psicologia personale che nella sua teoria di riferimento (la psicologia del Sé). In molti modi, questa illusione professionale fornì sollievo dal disgusto verso di sé e sostenne il lavoro clinico di William. Nei momenti in cui William veniva a patti con i residui tossici del suo Sé, non poteva fare a meno di utilizzare la sensazione di potenza terapeutica come antidoto.

Ma c'era anche un lato negativo: William non era in grado di gestire facilmente i sentimenti di impotenza e di disagio che provava. Mentre l'illusione terapeutica idealizzata teneva a bada i sentimenti di fondo di impotenza, di cattiveria e la frammentazione del Sé, comunicava sottilmente qualcosa della propria vulnerabilità ai pazienti, che tendevano a rispondere esprimendo

gratitudine e ammirazione nei suoi confronti. L'ammirazione proteggeva William dai sentimenti di inadeguatezza, ma probabilmente precludeva l'esperienza e l'espressione da parte dei pazienti di un transfert negativo.

Certamente, la profondità delle difficoltà personali di William hanno intensificato il suo richiamo a tali antidoti. Ci sono tuttavia momenti in cui tutti noi ci lasciamo andare a visioni rilassanti di noi stessi, dell'altro o del mondo che ci circonda, nel tentativo di contrastare la paura e il timore (Mitchell, 1993b). Creiamo quindi un'immagine idealizzata o amplificata della nostra capacità terapeutica verso i nostri pazienti (e noi stessi).

Quando questa immagine idealizzata viene usata come unico antidoto dalle paure, diventa un rigido scudo auto-protettivo. Nel setting terapeutico, noi contrapponiamo all'insicurezza circa la nostra efficacia terapeutica la nostra convinzione in noi stessi e il nostro potere clinico. A seconda della nostra teoria, ci concentriamo su diverse dimensioni del trattamento ideale, ad esempio, sulla nostra responsività affettiva, sulla tolleranza verso le emozioni dolorose o sulla conoscenza intima e penetrante del processo inconscio. Ma qualunque sia il nostro antidoto, queste sono visioni professionali che negano la possibilità del fallimento e che ci precludono in parte l'esame di noi stessi.

Le indicazioni che derivano dalle nostre visioni terapeutiche sono, in parte, inconsapevolmente derivate dai nostri desideri e bisogni. Sono, tuttavia, anche incorporate nelle teorie che abbracciamo (Friedman, 1988). Ogni teoria crea la propria visione analitica e ciascuna può essere utilizzata per sostenere una diversa illusione terapeutica. Mentre la metafora dell'analista come chirurgo è sfumata nel tempo, altre potenti visioni idealizzate dell'analista hanno trovato la loro strada nel lessico psicoanalitico. Qualunque sia la loro forma particolare, queste visioni possono essere invocate per alleviare la nostra vulnerabilità, l'incertezza e l'angoscia. Non tutti gli analisti si basano sulle illusioni; alcuni, infatti, sono particolarmente allergici ad esse: il costo di ingannare se stessi supera di gran lunga il dolore di fronte a ciò che si è. Le parti che ci fanno paura restano onnipresenti e possono non essere nemmeno sconfessate. I nuovi terapeuti, trovando difficile

credere nella propria potenza terapeutica, sono particolarmente suscettibili alla possibilità di rimanere bloccati nella propria insicurezza, acutamente consapevoli dei limiti del loro lavoro clinico e diffidenti nel prendersi il merito per i cambiamenti positivi o di immaginare che ciò possa succedere. Le loro ansie lasciano poco spazio all'idealizzazione e possono precludere del tutto il regno delle illusioni.

Oppure si tratta solo della prospettiva apparentemente realistica del giovane terapeuta sulle sue limitazioni professionali organizzate intorno a un'ennesima illusione? Anche mentre si dubita della propria competenza, si può idealizzare un modello teorico, un'insegnante preferito o un supervisore: "Se solo il Dr. X fosse qui, avrebbe saputo cosa dire". E se l'intervento suggerito dal Dr. X non funziona (o ritorna come un boomerang), il terapeuta tende a incolpare se stesso: era il suo modo di interagire con il paziente il problema, il suo supervisore avrebbe infatti svolto un lavoro migliore del suo. Le illusioni di perfezione terapeutica rimangono forse in ombra, ma non per questo sono meno illusorie. La ricerca di una visione terapeutica idealizzata a volte lascia poco spazio alla soggettività. Convincendosi che la migliore soluzione terapeutica sta nelle parole di un particolare saggio di psicoanalisi, alcuni terapeuti leggono freneticamente la letteratura a disposizione cercando il consiglio clinico "corretto", il modo giusto per essere, l'interpretazione più accurata da offrire, la soluzione per i momenti di impasse. In questo caso, le teorie non vengono utilizzate per informare, approfondire o articolare la prospettiva clinica del terapeuta: l'autore è un "conoscitore", un ideale irraggiungibile la cui saggezza sottolinea l'inadeguatezza del terapeuta. Può essere l'auto-denigrazione la conseguenza della dipendenza del terapeuta dalle parole di un autore?

Gli studenti non devono abbracciare questo tipo di illusione nei confronti del supervisore onnisciente. Può sembrare infatti fin troppo facile per gli analisti senior incoraggiare inconsapevolmente questo tipo di illusione. Come del resto è anche attraente sedersi comodamente nella posizione del più vecchio e più saggio, per impartire perle cliniche e teoriche come ci hanno insegnato a fare!

Quando non riusciamo a riconoscere la nostra complicità in questa divisione, si stabilisce un'illusione co-costruita di perfezione del supervisore. Questa visione consente per certi aspetti di supportare il processo di apprendimento ma, dall'altro lato, genera uno scollamento. Quando il candidato si sente cronicamente nel ruolo di uno studente inadeguato rispetto al suo insegnante o supervisore, si blocca in una posizione servile e passiva nei confronti di un altro idealizzato. Questa dinamica, spesso non riconosciuta, può costituire una grave interferenza durante il training (vedi Capitolo 2 per la discussione di questo problema).

Lo spazio terapeutico destabilizzato e le fragili illusioni

Quando sono lievi, le illusioni ci aiutano a sostenere la duplicità e le qualità paradossali della situazione analitica. Esse, tuttavia, rappresentano anche una minaccia per il processo di trattamento, soprattutto se utilizzate in modo rigido. D'altra parte, coloro che non riescono a tollerare affatto le illusioni, si trovano in difficoltà emotiva. Dobbiamo illuderci per funzionare; in loro assenza, il trattamento può diventare rapidamente instabile (perché la duplicità non può essere tollerata). L'esperienza di risonanza affettiva non evoca l'illusione di uno spazio protetto quanto, piuttosto, la minaccia imminente di una rottura catastrofica; il pericolo di confondere il desiderio con la realtà è onnipresente. E così è stato con Anne.

Anne, un'accademica di successo, entrò in analisi piena di entusiasmo e di speranza, nonostante una sottostante depressione abbastanza pervasiva. Anne, era stata una bambina solitaria, aveva vissuto le preoccupazioni dei suoi genitori e le aveva rimosse. Ebbe un rapporto positivo con una baby-sitter che però venne interrotto bruscamente e non fu in grado di trovare una relazione sostitutiva soddisfacente. Sospettivo che Anne fosse molto sensibile al tema della perdita e avesse la tendenza a monitorare con attenzione tutte le mie risposte emotive.

Fin dal primo momento ebbi l'impressione che Anne fosse molta attenta alle mie reazioni ogni volta che diceva qualcosa. Anne

aveva un atteggiamento aperto e sensibile, durante le prime sedute ammise timidamente di non essere abituata ad avere tutta l'attenzione di qualcuno. Mi raccontò, inoltre, quanto desiderava che io le fossi vicina, letteralmente e simbolicamente. Risposi calorosamente alla sua richiesta e Anne si rilassò. Sembrava trovare nella terapia un'esperienza di risonanza e di profonda connessione. Anche io apprezzavo il rapporto che si era costruito tra di noi. Non vedevo l'ora delle nostre sedute, che in genere iniziavano con dei sorrisi calorosi. Anne si sistemava comodamente sul divano e io mi rilassavo sulla mia sedia con un sospiro interiore di contentezza. L'apprezzamento reciproco e una quasi magica profondità del rapporto sembravano sostenere il lavoro di Anne nell'affrontare gli aspetti più dolorosi e nascosti della sua vita. Compresi come lo stretto legame con una madre fredda e prepotente l'aveva lasciata in bilico tra il desiderio (del legame) e la paura (dell'assenza). Dal momento in cui esplorammo il ruolo di Anne nel ricreare questa dinamica nel presente, Anne cominciò a sentirsi meglio con se stessa e meno vulnerabile alle rievocazioni dei rifiuti. Durante questo periodo di illusione condivisa, Anne ed io avevamo comunque delle parentesi meno idilliache all'interno del nostro rapporto, specialmente nei momenti in cui lei si sentiva inascoltata e io mi sentivo inutile.

Questa "facilità" nel trattamento non sarebbe però durata. Prima della fine del primo anno di terapia, mi resi conto che il sorriso di Anne era stato sostituito da uno sguardo diffidente. Era arrabbiata con me? Chiesi. No, rispose Anne, ma era preoccupata. L'ultima seduta non era finita senza problemi. Avevo la sensazione di sentirmi stanca o respinta da lei? Eravamo ancora in sintonia oppure sarei stata contenta di liberarmi di lei? Sempre più spesso, Anne era preoccupata di aver abusato della mia buona volontà, aveva il timore che tutto tra noi sarebbe caduto a pezzi molto presto, o forse lo era già.

La nostra illusione condivisa era venuta meno e il nostro rapporto si era rotto. In questo nuovo spazio analitico, nulla poteva più funzionare. Ogni volta che finivo una seduta, se non riuscivo a sorridere o a sorridere abbastanza calorosamente, Anne si sentiva devastata; si era verificato ciò che avevamo temuto. Le rassicu-

razioni avevano un effetto solo momentaneo; l'iper-vigilanza di Anne e il suo mettermi alla prova confermavano regolarmente le sue peggiori paure.

Anche i momenti più positivi non facevano altro che intensificare la vulnerabilità di Anne verso il collasso della relazione; sembrava inevitabile che l'avrei persa praticamente dopo ogni seduta. Anne si convinse che non c'era nulla di personale tra di noi, io ero solo una professionista che faceva il suo lavoro. Tutto era falso e privo di sentimento e Anne raddoppiò le proprie difese nei miei confronti.

Questo rapido cambio di prospettiva mi ha fatto sentire male e mi ha preso alla sprovvista. Come avevo fatto a violare il senso di sicurezza di Anne? Che fine aveva fatto la sensazione di intesa creativa che avevamo entrambe percepito? Il nostro lavoro, a quanto pareva, si era basato su qualcosa di molto fragile a cui Anne si era aggrappata, ovvero che io fossi perfettamente in sintonia con lei. Eppure, nel momento in cui questa convinzione è stata confermata, Anne (e io) diventò paradossalmente più vulnerabile. Mi sono anche chiesta se era stata tutta un'illusione che mirava a imitare un buon lavoro analitico. Avrei ancora potuto aiutare Anne?

Eravamo intrappolate in un circolo di intima connessione, di minacce di rottura e di sconvolgente disillusione. Quando Anne mi sentiva più vicina, la certezza del mio imminente abbandono aumentava la sua vigilanza. Anne non era l'unica a essere diventata iper-vigile. Anticipando il mio ormai inevitabile fallimento, mi sono trovata a essere sospettosa quando le cose tra noi sembravano scorrere facilmente. Sempre più spesso rispondevo ai momenti positivi con diffidenza, anticipando un crollo che sembrava essere ormai certo. Provai a entrare maggiormente in risonanza con i sentimenti di Anne, a esprimere le mie preoccupazioni, a evidenziare i collegamenti tra ciò che stava succedendo con le sue prime esperienze emotive. Non funzionò; il vortice negativo nel quale eravamo entrare sembrava inarrestabile.

Eravamo strette all'interno di uno spazio emozionale che ci toglieva il respiro. Mi sentivo oppressa dal controllo di Anne e incapace di fare qualcosa di diverso. Anch'io mi sentivo disillusa,

ero certa che non sarei stata in grado di aiutare Anne stante le inevitabili fluttuazioni tra momenti di vicinanza e di reattività difensiva. La mia speranza cominciava a scemare finché non sentii di aver raggiunto il limite. Almeno quanto Anne, anche io avevo bisogno di ristabilire un senso di spazio protetto.

In una seduta, Anne descrisse il doloroso rifiuto ricevuto dal nuovo fidanzato. Nel momento in cui ne parlammo, si girò verso di me dal divano e il suo viso si addolcì. Piangendo silenziosamente, disse quanto fosse bello essere capiti. Questo lavoro faceva sentire bene anche me. Ma, nel momento in cui il progredire della seduta ci fece nuovamente avvicinare, percepii una crescente tensione, ero consapevole del fatto che dovevo interrompere quel circolo vizioso. Cercando di scalfire quello che era diventato un modello prevedibile, dissi che comprendevo che proprio quando le cose diventavano più intime, il termine della seduta poteva sembrare un tradimento. Aggiunsi che sapevo che, per quanto tatto usassi, era inevitabile che si ripetesse il modello: vicinanza seguita dall'abbandono. Dissi (probabilmente con nostalgia) che avrei voluto trovare una via d'uscita da quell'impasse. Anne annuì riconoscendo con tristezza che non sapeva se sarebbe mai stata in grado di agire in maniera diversa.

Mi sentivo fiduciosa questa volta, avevo la speranza che il nostro comune riconoscimento di quel momento fosse servito. Ma non fu così. Anne arrivò alla seduta seguente depressa e diffidente. Nonostante tutto quello che ci eravamo dette, era sicura che la nostra relazione non fosse reale, lei era "solo un paziente". Ancora una volta, Anne si era chiusa emotivamente, convinta che non avrebbe ottenuto nulla di diverso da me rispetto alle sue esperienze precedenti.

Per Anne, i dubbi se il nostro rapporto fosse o meno reale distruggevano l'illusione di una intesa quasi perfetta, di cui sembrava avere un disperato bisogno. Non c'erano altri elementi in gioco. Solo il fatto che mi importasse abbastanza di lei; nulla poteva colmare il pericolo insito alla duplicità della relazione terapeutica. Esattamente come il paziente di Pizer (1992, 1996, 1998), Donald, Anne non poteva sostenere il paradosso, non era in grado di usare gli aspetti positivi della nostra relazione per impegnarsi

nell'illusione necessaria a sostenere il lavoro terapeutico. Stavamo affrontando ciò che non era negoziabile (Pizer, 1996).

Anne ed io vivemmo in questo spazio terapeutico straziante per anni. Anne visse come un enorme sollievo la mia comprensione per la più piccola delle rotture. Inconsciamente mirava a smentire e a confermare la triste certezza che io, come i suoi genitori, non ci preoccupavamo veramente per lei. Faticai a mantenere la costante speranza e la convinzione che fossi una buona analista anche di fronte alla frustrazione e alla disperazione dovute a questo continuo ciclo di rottura e di riparazione senza alcun risultato apparente. Nel momento in cui cedetti alla mia frustrazione, lasciando che Anne sapesse quello che sentivo, ne fu devastata. Non poteva integrare la possibilità che anche io potevo ricevere frustrazioni da lei, né poteva affrontare l'idea che fosse piena di nostalgia e di amarezza per le sue esperienze passate. Nonostante il suo senso di disperazione, Anne non riusciva a convincersi che io non ero l'oggetto materno idealizzato che tanto desiderava.

In una discussione sulla compenetrazione tra lo stile di attaccamento, i traumi e la dissociazione, Liotti (1999) suggerisce che i modelli di attaccamento insicuro dell'infanzia tendono a essere collegati con i processi dissociativi: le rappresentazioni dell'altro si spostano velocemente tra il salvatore, il persecutore e la vittima. Anche se questi cambiamenti a volte riflettono una storia di traumi acuti, possono anche essere interpretati in modo diverso, come "l'attivazione di un MOI (modello operativo interno) le cui origini sono riconducibili all'infanzia, cioè, ai ricordi impliciti dell'interazione con un genitore traumatizzato e spaventato che può condurre alla disorganizzazione dell'attaccamento" (p. 768). La prima relazione di Anne con la madre fu molto disorganizzata; il distacco emotivo e l'ansia della donna avevano reso difficile per lei rispondere empaticamente quando Anne aveva bisogno di qualcosa. Durante la terapia, il desiderio di creare un rapporto con un oggetto materno riparativo venne rievocato assieme con il pericolo associato a queste aspirazioni. La nostra potente relazione aveva attivato un sistema che lasciava Anne vulnerabile alle esperienze dissociative; ripetutamente si mise in una posizione di vittima, lasciandomi il ruolo del persecutore: "È a causa di que-

sto fallimento nell'interpretare il significato del comportamento del caregiver che il processo frammentato di rappresentazione dell'Altro (e, specularmente, del sé) contemporaneamente come soccorritore, persecutore e vittima, viene replicato" (Liotti, p. 766).

Non pensai mai di rinunciare a proseguire il mio lavoro con Anne, ci furono tuttavia un sacco di momenti in cui mi sono sentita invasa dalla disperazione.

Questa esperienza clinica ebbe un lieto fine, ma non quello che immaginavo o derivante da un improvviso e potente insight di Anne. Invece, tutto cambiò in maniera graduale, quasi impercettibile; Anne lentamente divenne meno preoccupata dall'abbandono simbolico e più in grado di credere sia nell'affidabilità della nostra relazione, sia nella sua capacità di recupero. Anche se le sue difficoltà testarono la mia capacità di mantenere un senso di speranza e di perseveranza nel mio lavoro, la sua responsività emotiva mi ha aiutato a contenere la mia disperazione e anche a rinnovare la mia speranza per una sua guarigione. Ho il sospetto che la mia lotta per mantenere un atteggiamento di partecipazione (Slochower, 1996d, 2014), insieme con il nostro impegno reciproco a vivere attraverso questi alti e bassi, abbia gradualmente sostenuto questo cambiamento nell'esperienza di Anne, di sé e dell'altro.

Anne ha utilizzato sempre di più lo spazio della terapia in modo elastico, accettandone le qualità paradossali (Ghent, 1992). Lei al contempo poteva contare su di me, ma era sola, senza di me. Anne cominciò a lasciare andare, a poco a poco, l'idea che un nuovo rapporto materno avrebbe riparato quello che lei sentiva che le mancava. Pizer (1998) descrisse un processo simile:

Semplicemente essendo lì e rimanendo lì... il terapeuta dà al paziente la possibilità di sperimentare una molteplicità di sentimenti nella continuità di una relazione costante... l'integrità personale può sopravvivere alla contraddizione e al paradosso (per esempio, l'inutilità e la speranza)... La tenacia e la perseveranza caratteristiche del terapeuta consentono di rimanere aperti alla rabbia, alla disperazione, al terrore, all'angoscia del paziente e trasmettere un senso

di fondamentale rispetto umano...il riconoscimento del terapeuta di fronte al non negoziabile non viene trasmesso attraverso le interpretazioni o le spiegazioni, ma solo in forma di atti autentici... La qualità fondamentale del riconoscimento terapeutico...

(pp.129-130)

Eppure esiste più di un motivo per spiegare questo cambiamento. Nel momento in cui cercai di contenere la mia frustrazione e la mia disperazione, Anne insisteva nel cercare di sostenere la nostra relazione e ciò che in essa sentiva essere utile per lei. In questo senso, il contenimento era reciproco. Cooper (2000) sottolinea la potenza di questa dinamica quando suggerisce che l'accento eccessivo sulla funzione di holding dell'analista può ridurre al minimo gli aspetti comuni di questo processo.

Il mio lavoro con Anne ha testato in entrambe la nostra capacità di coinvolgerci nei momenti di illusione, pur mantenendo la consapevolezza della loro fragilità e la vulnerabilità al crollo. Mi sono confrontata quasi quotidianamente con la mia incapacità di essere presente nel modo in cui Anne desiderava. In certe occasioni, il mio bisogno di contenimento sembrava essere tanto quanto quello di Anne (Slochower, 1996d, 2014); non era facile ammettere che, nonostante i miei sforzi, stavo fallendo. C'era il concreto pericolo di perdere la speranza in me e nel nostro lavoro, e che dimenticassi i momenti forti e positivi che avevamo condiviso. Feci spesso fatica a non dimenticare che Anne manteneva la capacità di farsi aiutare anche a fronte della sua delusione pervasiva, ciò sosteneva la consapevolezza che i miei fallimenti con Anne non erano assoluti. Avevo bisogno di fare quello che Anne non poteva fare: mantenere la memoria affettiva della duplicità del nostro rapporto in modo da tollerare la mia angoscia, la mia disperazione e la mia frustrazione.

Anne era altamente reattiva alle questioni relative all'inganno e all'esclusione e questi aspetti, particolarmente frequenti all'interno di una relazione terapeutica, rendevano il nostro rapporto straordinariamente pericoloso. Anne non poteva sospendere l'incredulità e vivere entro i confini dello spazio terapeutico senza

mettere in discussione la sua vitalità affettiva. La sua difficoltà a integrare l'idea della propria cattiveria ha determinato un incontrollato bisogno cosciente di annullare tale cattiveria attraverso la nostra relazione e attraverso la simultanea certezza che lei era, dopo tutto, degna di essere amata. Di volta in volta, le convinzioni inconse di Anne di essere abbandonata ci trascinaronο nelle rievocazioni che confermavano le sue peggiori paure.

Il senso di sicurezza di Anne all'interno della relazione terapeutica poggiava pesantemente su di un nucleo disfattivo e su di una cupa convinzione inconscia. Questa convinzione (che nessuno poteva prendersi cura di lei) portò Anne a rivivere ripetutamente l'esperienza del crollo e dell'abbandono.

Epilogo

Rivedendo questo trattamento (ora terminato) più di dieci anni dopo, sono in grado di approfondire ulteriormente la storia. Anne lavorò con me per più di quattro anni; durante la terapia la paziente continuò a migliorare anche se con alcune battute d'arresto. Il lavoro, in certi momenti divenne quasi giocoso. Anne stava facendo molto meglio nella sua vita, era più forte e più sicura di sé. Sempre più spesso, entrò nella stanza della terapia senza la necessità di mettere alla prova la vitalità del nostro rapporto e questa capacità la sostenne sia all'interno che all'esterno del setting. Ci sono stati ancora momenti nei quali Anne era esageratamente reattiva ai miei cambiamenti emotivi ma, in linea di massima, ne potevamo discutere senza precipitare in un collasso traumatico. Abbiamo riso insieme parlando della mia prossima vacanza e ci meravigliammo di come liberamente poteva lasciarmi andare.

Ma mentre le cose hanno continuato a migliorare, Anne rimase intensamente attaccata e incapace di contemplare la fine della terapia. Quando sollevai questa possibilità, lei fu irremovibile: non avrebbe mai interrotto la terapia. Non poteva lasciarmi andare. Consapevole del fatto che Anne forse si sentiva profondamente respinta da quella mia anticipazione, feci marcia indietro.

Certo, c'erano ancora molte cose su cui lavorare. Ma ero consa-

pevole del fatto che su un altro livello, continuando la terapia, avrei ribadito la sua convinzione di non poter sopravvivere senza il nostro rapporto. Nessun altro poteva fornirle ciò di cui aveva bisogno.

Mentre analizzavamo questa questione all'infinito, Anne rimaneva ferocemente aggrappata alla nostra relazione. Tuttavia, continuava a maturare e facevamo alcuni passi in avanti. Poi un giorno, circa un anno dopo, Anne entrò, descrisse il suo weekend frenetico e scherzosamente disse: "Ok. Ora è troppo. La tengo stretta a me da un sacco di tempo. Non sempre mi sento bene, ma ora, la maggior parte delle volte, posso contare su me stessa. Ho la mia vita e voglio il mio tempo e i miei soldi per me".

Così fissammo una data per la fine della terapia circa sei mesi dopo, quindi, ci salutammo. Anne poteva mantenere la nostra connessione interiore e andare avanti nella propria vita, non più con la nostra relazione al centro di tutta la sua esistenza.

Ciò non avvenne fino a che Anne non fu in grado di contenere l'illusione di un rapporto senza limiti e fino a che non entrò in un spazio più permeabile, poroso, ma protetto, meno fragile e quindi meno facilmente perturbato. La capacità di Anne di godere del nostro rapporto senza negarne i limiti ci ha permesso di muoverci all'interno di un'arena psicoanalitica più aperta, nel quale la terapia ha potuto fluire più liberamente. E alla fine, siamo state in grado anche di dirci addio.

Gestire la cura e le illusioni infrante

Le illusioni di protezione non possono essere facilmente sostenute quando la relazione terapeutica esiste sotto l'egida di un terzo. Negli Stati Uniti, l'accesso di molti pazienti alla copertura economica delle spese per la salute mentale è limitato non solo da un quantum economico per anno, ma anche dall'obbligo di una ri-certificazione di "necessità" ad intervalli frequenti, ad esempio ogni sei sedute.

I programmi di assistenza sanitaria possono dunque perturbare la relazione terapeutica introducendo un terzo elemento inde-

siderato nel campo intimo che si forma tra due persone. Tale elemento destabilizza il paziente e l'esperienza del terapeuta minando la costruzione di una cornice terapeutica affidabile e isolata dall'esterno. Sotto il controllo di un terzo, di un occhio non analitico, la diade affronta la natura finita di un contratto terapeutico che non può controllare. Si confronta non solo con le minacce comuni poste dalla vulnerabilità umana, ma anche quelle imposte da un'autorità esterna.

Dana ritornò in terapia con Vicky nel momento in cui sviluppò una debilitante condizione fisica legata allo stress. La prima esperienza di Dana con Vicky fu un grande successo; nel corso di una psicoterapia psicoanalitica durata cinque anni, sviluppò una nuova capacità di auto-riflessione, si liberò da un rapporto distruttivo, si sposò e si costruì una famiglia. Poco dopo, Dana lasciò la propria carriera professionale per dedicare più tempo ai suoi figli. Terminò la terapia con una costante sensazione di felicità per la sua nuova vita.

Quando Dana decise di tornare in trattamento alcuni anni dopo per affrontare le questioni legate alla propria genitorialità, non disponeva più della copertura sanitaria assicurativa totale fornita dal suo lavoro precedente ed era ora coperta da un'altra assicurazione utilizzata dalla sua nuova società. Questa compagnia richiedeva ogni sei sedute un certificato che giustificasse il proseguimento della terapia, ciò lasciava sia Vicky che Dana incerte sul fatto che la compagnia acconsentisse a un'ulteriore sovvenzione dell'analisi.

Anche in condizioni ottimali, per Dana era difficile godersi la dimensione illusoria dell'esperienza terapeutica. Lei era estremamente pragmatica e ansiosa, sempre consapevole del tempo e del costo del trattamento. Nel corso del suo precedente lavoro con Vicky, Dana divenne gradualmente in grado di utilizzare la terapia senza pianificare a priori di cosa parlare. Anche se non si fece mai coinvolgere in un rapporto di transfert intenso, Dana sviluppò un apprezzamento sincero per il processo terapeutico e ciò permise di usarlo all'interno di un ambiente rilassato e non compulsivo.

La struttura imposta dalla compagnia assicurativa amplificava

la tendenza di Dana a valutare e a pianificare, rompendo la sua fragile capacità di utilizzare lo spazio terapeutico in maniera indeterminata. Dana era cronicamente preoccupata dal fatto che le fosse permesso o meno di continuare la terapia. Ogni seduta contava. Se, da un lato, c'era un aspetto positivo in questo senso di urgenza, in quanto intensificava l'esperienza della terapia, dall'altro interferiva con la capacità di Dana di stare nel momento per rilassarsi e riflettere. Dana, come la sua compagnia di assicurazioni, aveva bisogno di risultati ora, ed era estremamente difficile per lei sospendere anche solo temporaneamente questo senso di angoscia.

Vicky, invece, lottava per contenere la propria rabbia nei confronti della società di assicurazione sanitaria di Dana, mentre compilava i certificati e i giustificativi per il prosieguo del trattamento. Vicky doveva contare il numero delle sedute. Si chiedeva quanto velocemente poteva aiutare Dana e quanto sarebbe stata in grado di abbassare la propria parcella quando la copertura assicurativa si fosse esaurita. La capacità di Vicky di sospendere l'urgenza era compromessa anche dall'intrusione della compagnia nell'esperienza del trattamento; Vicky era consapevole di come agiva in maniera più attiva e più pragmatica del solito con Dana. Vicky rispondeva alla pressione della compagnia assicurativa (e all'ansia di Dana) cercando di sollecitare dei cambiamenti il più rapidamente possibile. In una certa misura, Vicky sospendeva l'indagine analitica nel tentativo di aiutare Dana concretamente e subito.

Visioni psicoanalitiche e limiti psicoanalitici

Le illusioni psicoanalitiche ci sostengono a fronte dell'incertezza e dell'ambiguità caratteristiche dello sforzo analitico. La capacità di utilizzare in modo flessibile le illusioni e di mantenere la consapevolezza dei limiti dello spazio protetto senza perdere la speranza, crea una più aperta e fluida relazione terapeutica che ha meno probabilità di dissolversi di fronte al fallimento. Infatti, anche se noi siamo, come nota Sullivan (1953), più semplicemente

umani, a volte aspiriamo al sovrumano. Un'insistenza rigida sulle limitate possibilità della psicoanalisi può essere di per sé un fattore limitante che taglia il processo creativo.

In ultima analisi, non dobbiamo assolutamente né abbracciare, né abbandonare le nostre illusioni, ma immergerci temporaneamente in loro, pur mantenendo una parziale consapevolezza di ciò che stiamo facendo. Abbiamo bisogno di trovare un modo per accettare e godere dei momenti di successo terapeutico senza rinnegare i nostri limiti, per tollerare i momenti nei quali il funzionamento dell'analisi è sufficientemente buono e quelli in cui non lo è abbastanza. Quando saremo in grado di spostarci in maniera fluida tra questi diversi stati senza sentirci eccessivamente disturbati, le nostre illusioni preserveranno la loro funzione protettiva ma non quella di antidoto. E' la capacità di contenere una miscela complessa di illusione e di realtà che ci consente di puntare in alto e di conservare ancora il senso dell'umorismo relativamente a questa professione impossibile (Freud, 1937).