

## **L'analista relazionale non intrusivo\***

*Robert Grossmark*

### **Introduzione**

Credo sia giusto dire che, da una prospettiva relazionale, la narrazione clinica prenda forma dall'intrecciarsi delle soggettività e dai processi consci e inconsci di paziente e analista. Mentre alcuni enfatizzano il ruolo della dissociazione e dell'enactment e altri mettono in primo piano la matrice intersoggettiva della terapia e il ruolo della conoscenza relazionale implicita, io credo che attualmente ci sia un'attenzione condivisa per una accorta comunicazione dell'esperienza dell'analista, o controtransfert, come parte della co-creazione della storia clinica- una versione di quello che Edgar Levenson (1983) descrisse come una costante tensione a immaginare e chiedersi: “che cosa sta succedendo qui attorno?” unitamente all'invito rivolto al paziente a riflettere e a impegnarsi nel processo, conscio o inconscio, dell'analista (Aron, 1996; Bass, 2009). In questo approccio più paritario e partecipato, sono favorite l'interazione e l'influenza reciproca.

Ritengo che per molti analisti contemporanei, da molteplici prospettive teoriche, e oso dire, anche per molti pazienti, si sia sdoganata l'idea della psicoanalisi come un'impresa reciproca e condivisa, invitante, profondamente più confortevole e rispettosa e in sintonia con l'attuale sentire verso le relazioni con l'autorità.

Vorrei esporre qui che indirizzare l'interazione paziente-analista nel qui-e-ora non è il solo modo in cui lavora un analista relazionale e neppure è il modo con cui un trattamento con un analista relazionale ha bisogno di svilupparsi. Penso ci siano altri aspetti del trattamento relazionale contemporaneo che intercettano e permettono di far emergere diversi registri delle esperienze dei pazienti. Tali aspetti sono meno frequentemente messi in primo piano nella descrizione del trattamento psicoanalitico relazionale. Descriverò un approccio terapeutico che enfatizza una relazione analitica non intrusiva e di sostegno, illustrandola con la presentazione di un caso. Offrirò una visione dell'azione terapeutica che abbellisce e modifica i concetti psicoanalitici di regressione, intersoggettività e vicinanza clinica.

Nello sforzo di descrivere il fenomeno clinico mi concentrerò e prenderò in prestito vari fili che compongono l'arazzo della psicoanalisi contemporanea: la psicoanalisi relazionale, la tradizione delle relazioni oggettuali, la teoria freudiana contemporanea, gli indipendenti britannici, la psicologia del Sé, la psicoanalisi intersoggettiva, l'Infant Research e molto altro. Riconosco che tessere insieme tali filoni potrebbe creare alcune inconsistenze linguistiche e teoriche, ma è stato fondamentale procedere in questo modo nello sforzo di sviluppare un linguaggio funzionale per trasmettere queste esperienze cliniche.

---

\* Traduzione a cura di Elena Facchi

### **Senza esistenza, rispecchiamento e riconoscimento**

Quando al paziente viene chiesto di impegnarsi in un'esplorazione dell'influenza reciproca e del "che cosa sta succedendo qui attorno?", viene invitato a un lavoro mentale collaborativo, ad "associare". Questo richiede un certo livello di sviluppo psicologico, un'abilità di simbolizzare e mentalizzare, una capacità di pensare alle cose, una "auto-coscienza riflessiva" (Bach, 1994, 2006). Soprattutto richiede che il paziente esista e che viva sé stesso come una persona intera in presenza di un'altra persona intera e separata; come un soggetto con un'esperienza soggettiva in presenza di un altro soggetto. L'idea che l'esperienza sia costruita in modo reciproco può essere vera dal punto di vista teorico, ma talvolta può essere molto lontana dalla realtà dell'esperienza soggettiva attuale del paziente rispetto all'analista e ai propri bisogni.

Per quei pazienti che non vivono sé stessi come esistenti nello spazio e nel tempo in una modalità continua e coerente e per coloro che non considerano gli altri esseri umani come interi, costanti e separati, come soggetti... è troppo aspettarsi reciprocità. La realtà di tali pazienti spesso implica una confusione rispetto al sentirsi vivi o morti e rispetto al fatto che il mondo, le altre persone e il Sé esistano davvero e ci si possa aspettare che continuino ad esserlo. Questi stati del Sé danneggiati possono coesistere contemporaneamente a stati del Sé affini, verbalmente capaci e intelligenti. Vorrei proporre che trattare pazienti che soffrono di questa fatica a sentirsi esseri vivi, interi e separati, può traumatizzarli ancora, e che piuttosto può essere co-costruita un'analisi "come-se". L'analista vicino ed espressivo, che può trattenere la propria esperienza per valutare come è legata all'interazione nel trattamento, può inavvertitamente far vergognare o mettere a tacere tali pazienti, e ciò può complicare la dissociazione delle parti più danneggiate del mondo interno del paziente.

Bromberg (1996, 2006) e D. B. Stern (2004) hanno suggerito che nel trattamento di pazienti dominati da una struttura dissociativa, l'ingaggio con il conflitto intrapsichico è il segno che il trattamento stia raggiungendo una fine soddisfacente, piuttosto che pensare che la risoluzione del conflitto sia una parte necessaria della cura. In modo analogo, Slochower (1996) ha notato che "la relazione analitica intersoggettiva è un risultato terapeutico duro da raggiungere, che spesso non emerge per molto tempo nel processo terapeutico" (p.33). Uno potrebbe inoltre dire che con i pazienti di cui sto parlando, l'abilità di mettersi in relazione e riconoscere un altro nella stanza è il segnale che il trattamento ha funzionato piuttosto che una parte necessaria del trattamento.

L'analista che analizza la propria esperienza, invitando il paziente a fare altrettanto, potrebbe anche indurre un'idealizzazione. Secondo lo spirito paritario di Ferenczi, la tecnica relazionale ha enfatizzato l'uso di un linguaggio colloquiale ordinario nel trattamento psicoanalitico. Tuttavia è importante considerare che l'abilità degli analisti di esprimere e analizzare le loro esperienze esita in un genere di interazione molto lontana dalla conversazione ordinaria gergale e che tale interazione, che può essere oltre la capacità del paziente, può inavvertitamente incoraggiare profonde idealizzazioni. L'umanità vera dell'analista può essere traumatica per le parti del Sé che sono governate da invidia, onnipotenza e vergogna. Ricordo che Michael Balint osservò che i pazienti con cui il suo amico Sandor Ferenczi applicava la tecnica attiva e reciproca, manifestavano una maggiore, e non minore, dipendenza da lui (Balint, 1968, p.174). Ferenczi stava lavorando nella direzione di una relazione paritaria; i suoi pazienti erano incantati dalla sua abilità nel farlo. Credo che questo faccia riflettere e sia ammonitorio.

Sto parlando qui della sensibilità dell'analista nei confronti delle esperienze di morte, di non esistenza, di essere in pezzi dei pazienti o delle difficoltà nel semplice continuare a esistere. L'esperienza di stati come questi può essere interrotta dal focalizzarsi dell'analista sul regno verbale, esprimendo curiosità

e analizzando che cosa il paziente stia facendo e/o suscitando negli altri e nell'analista. Bion parlò dell'“oggetto analista intrusivo”, come curioso, ma incapace di resistere a essere il contenitore delle parti della personalità del paziente, che né lui stesso né l'analista conoscono ancora e che tanto meno possono descrivere o parlare in merito (Bion, 1962).

Mi sembra che il silenzio, la quiete, la pazienza e il non parlare del contro-transfert siano stati confusi per “neutralità”. Certamente i concetti di “neutralità” e “astinenza” sono stati smontati nella misura in cui riflettono una psicologia unipersonale (Hoffman, 2006). Ma forse un esito involontario di questa analisi è che qualcosa dell'approccio paradossale di Winnicott al fenomeno transizionale sia stato oscurato (Winnicott, 1960). Possiamo accettare il credo relazionale che co-costruiamo continuamente esperienza in analisi e riconosciamo che non tutti i pazienti ne hanno esperienza, o sono consapevoli che questo possa accadere o anche che portare tale fatto alla consapevolezza dei pazienti sia sempre di valore. Prendo da Winnicott (1958/1965) il fatto che siamo messi continuamente in una matrice intersoggettiva e che al trattamento sia permesso svilupparsi in alcune aree dell'essere psicologico a cui siamo a malapena capaci di dar senso, tanto meno di descrivere a parole, far emergere e dargli forma.

Vorrei descrivere brevemente il mio lavoro con un giovane uomo insolito, che apertamente ha rifiutato ogni mio tentativo di esaminare il processo tra di noi e ogni interpretazione del suo funzionamento psicologico. Egli era insolito nel tipo di relazione d'oggetto molto particolare, che ha chiaramente chiesto e richiesto avere con me. Era piuttosto chiaro che egli non fosse vivo nel significato abituale del termine, non sentiva di aver vissuto veramente e neppure dava per assodato il fatto di essere una persona intera che viveva in una realtà spazio-temporale coerente. Dirò altro di lui più avanti. Il punto è che parti delle esperienze di molti pazienti sono danneggiate in questo modo. Queste aree della mente o stati del Sè sono descritti raramente dai pazienti stessi e possono essere seguiti in profondità da un analista che può trasmettere sottilmente che ciò che serve è un partner/paziente parlante, sensibile e impegnato per entrare in relazione con l'analista o almeno provare a farlo.

Ogden (1989) ha parlato di “atto di furto” (p.176) laddove un analista desideroso di connettersi con un paziente può rubargli l'opportunità di inscrivere l'analisi nell'unico modo che consciamente o inconsciamente sceglie.

### **Michael e Enid Balint e l'analista non intrusivo**

Scrivendo negli anni Sessanta e basando il proprio pensiero sulle relazioni oggettuali e sulla tradizione degli indipendenti winnicottiani, Michael Balint (1968) ha descritto pazienti, che non potevano usare la tradizionale tecnica psicoanalitica del tempo. Per loro non erano utili le interpretazioni; egli ha notato che loro non desideravano tanto “la gratificazione di un istinto o pulsione (p. 159), ma un certo genere di relazione oggettuale, una relazione “più primitiva di quella che si crea tra due adulti” (p. 161). Provvedere a far emergere e accogliere tale relazione d'oggetto nel trattamento era ciò che poteva essere curativo per questi pazienti. Ho trovato molto utili e realistiche le sue raccomandazioni tecniche. Innanzitutto egli sottolinea il bisogno di “riconoscere ed essere con il paziente” (p. 172) e per l'analista di “non essere intrusivo e ordinario” (p. 173). Nel linguaggio di Balint questo facilita una “regressione benevola” con cui Balint intende una situazione terapeutica che promuove l'emergere delle parti “più primitive” del funzionamento del paziente, che sono più strettamente implicate nel suo modo deteriorato di essere al mondo. Egli ha distinto la

regressione benevola da forme maligne di regressione che possono evolvere dagli aspetti onnipotenti e onniscienti della tecnica analitica. Nel mondo di Balint l'analista onnisciente e onnipotente è colui che aderisce e insiste sulle verità delle sue interpretazioni. Nel clima psicoanalitico contemporaneo, "onniscienza" e "onnipotenza" possono emergere in molte altre forme, inclusa la sottovalutata tendenza a procedere come se discutere l'interazione in corso nel qui e ora sia sempre una buona idea - vale a dire procedere senza considerare

quanto lavorare in questo modo possa influenzare il paziente, la cui domestichezza in questa area non è ben sviluppata come quella dell'analista.

Balint (1968) e sua moglie Enid Balint (1993), in una serie di scritti sulla tecnica psicoanalitica, hanno parlato del fatto di essere "non intrusivi". Ho letto ciò come diverso dall'idea di un analista neutrale o astinente. Piuttosto ritengo sia molto utile nel fatto di andare nella direzione di una relazione che al paziente sembra essere e, loro direbbero, ha bisogno di essere creata nel trattamento.

Essi hanno evidenziato che l'unico valore ottenuto dal trattamento da pazienti come questi - pazienti con molta invidia, odio ed estrema vulnerabilità - deve essere sperimentato come proveniente da loro, dalle loro menti, con le loro parole e i loro sforzi. La necessità di tale approccio non si oppone alla sensibilità per cui l'esperienza nel trattamento sia co-costruita. Permette comunque a questi pazienti di avere lo spazio per usare il "campo" co-costruito del trattamento nel modo di cui essi hanno bisogno, nel qui-e-ora.

Quindi, come stare con un paziente come questo o con stati del Sé come questi? Balint ha riconosciuto il dilemma implicato e ha parlato del medium per lo più non verbale nelle fasi di un trattamento come questo.

"...da alcuni anni ho provato una tecnica che permette al paziente di sperimentare una relazione a due che non può, non ha bisogno e forse non deve neppure essere espressa in parole, ma semplicemente, "agita" nella situazione analitica" (p. 174)

Egli ha continuato che più tardi, quando il paziente è emerso da questa fase, il processo e l'acting out possono essere attraversati. Attualmente potremmo dire che quando la struttura dissociativa è riconosciuta, poi possiamo sperimentare e parlare del conflitto con il paziente (Bromberg, 2006 e D.B. Stern, 2004). L'approccio di Balint suggerisce un vivere attraverso l'enactment, aspettando che il paziente trovi la risoluzione nel suo proprio idioma. Qui c'è un accordo con alcuni analisti contemporanei, anche se essi stessi hanno diverse concezioni di "intersoggettività". Sto pensando al recente lavoro di Bruce Reis (2009) sulla testimonianza attiva. Reis privilegiava un accompagnamento silenzioso e un "essere-con il paziente", mentre dolorosi e traumatici enactment hanno luogo nel trattamento. Un taglio simile nella posizione analitica si trova in gran parte del lavoro di Bollas (2009) e in particolare in un recente lavoro sulla libera associazione. Slochower (1996, 2004) ha sottolineato che l'analista può utilizzare una posizione di holding quando "l'esplorazione intersoggettiva può essere distruttiva piuttosto che facilitante" (Slochower, 1996, p.34). Con questi scrittori io non sento il "silenzio" come un silenzio letterale di "assenza di parole", piuttosto un silenzio pieno di tatto e collegato, uno "stare con" (Reis, 2011), che non si intromette nella padronanza delle sensazioni e delle particolari esperienze dell'analista da parte del paziente, sapendone più di lui e offrendo al paziente più di quanto possono creare insieme nel momento. Noi possiamo accompagnare con una "quiete che non è silenzio" (Reis, 2011), mentre loro "galleggiano nelle rêverie della loro soggettività" (Bach, 2008, p.41).

Balint (1968) ha parlato del fatto di accettare che per il paziente di questi tempi, le parole non funzionano davvero come un mezzo di comunicazione. "Esse sono senza vita, ripetitive e stereotipate, non significano quello che dicono" (p. 177). L'analista deve accettare questo e "abbandonare ogni

tentativo di organizzare il materiale prodotto dal paziente” (p. 177). Di conseguenza, Balint ha raccomandato che “l'analista deve creare un ambiente, un clima in cui lui e il suo paziente possano tollerare la regressione in un'esperienza reciproca” (p.177).

In questa visione, la tecnica psicoanalitica implica una sensibilità ai bisogni del paziente, tale per cui queste parti regredite o stati del Sé possano trovare la loro espressione. Uno ha bisogno di essere consapevole di non essere troppo distante, che può essere vissuto come abbandonico, o troppo vicino, che può essere vissuto come gravante e intrusivo. Questa è una “reciprocità” che è controllata dalle sensibilità verso i più intimi e complessi bisogni del paziente. La metafora evolutiva è inevitabile qui: come un genitore con un bambino piccolo, l'interazione è reciproca, ma è guidata dalla sensibilità verso i bisogni, i limiti e le tolleranze del bambino. Reciproca, ma non simmetrica (Aron, 1996).

All'interno di questa relazione reciproca e non intrusiva il paziente “troverà se stesso e andrà avanti con sé, sapendo per tutto il tempo che c'è una ferita in lui...che non può essere analizzata al di fuori dell'esistenza; inoltre gli deve essere permesso di scoprire la sua strada verso il mondo oggettuale- e non deve essergli mostrata la “giusta” modalità attraverso alcune profonde o corrette interpretazioni (Balint, 1968, p. 180) “.

Questo include un contributo centrale da parte della tradizione degli indipendenti nella pratica psicoanalitica, così come descritta da Parsons (2009). Elaborando delle idee di Ferenczi sul processo clinico (1926/1950), Parsons sottolinea che: “ciò che viene dal paziente e ciò che il paziente sperimenta come una sua scoperta nell'incontro analitico conta molto di più di qualunque cosa venga dall'analista. Quello che proviene dall'analista è cruciale, certamente, ma solo nella misura in cui facilita l'esperienza di sé da parte dei pazienti” (p.223).

Thomas Ogden (2005) ha parlato della precoce holding che la madre offre al bambino, che adotta il senso di essere vivo del bambino, del “continuare a esistere”, il senso di continuità dell'essere è sostenuto nel tempo. Questo stato è “senza soggetto” e chiede alla madre “un annullamento di sé stessa nel suo sforzo inconscio di uscire dal modo del bambino” (p. 95). La presenza non intrusiva della madre fornisce uno scenario per la formazione del bambino per iniziare a rendere sé stesso evidente, per lo sviluppo di evolvere, per il bambino per sperimentare movimenti spontanei e diventare padrone delle sue sensazioni” (p. 95). Ogden ha indicato che se la madre intrude come soggetto separatamente dalla rêverie con il bambino, “questo creerà uno strappo nel tessuto delicato dell'esperienza di continuità dell'essere del bambino” (p.94). “Non intrusivo” non significa neutrale o astinente. È molto lontano da questo: implica il più profondo coinvolgimento che sia umanamente possibile.

L'analista offre sé stesso come “lo spazio umano in cui il paziente diventa intero” (Ogden, 2005, p.96). Questo genere di contenimento è, “nel modo più significativo, uno stato non intrusivo di arrivare insieme in un posto (p.97).

Spesso questo implica interazioni che non fanno sentire niente come un “lavoro psicoanalitico”. Winnicott ha parlato di pazienti che entrano e parano di dettagli della loro giornata o settimana come se questo fosse tutto ciò che è richiesto, facendo sentire allo psicoanalista che nessun lavoro analitico sia stato fatto; e Ogden descrive conversazioni riguardo l'arte, lo sport e altri aspetti della vita del paziente con nessuna interpretazione del contenuto o commento rispetto al dispiegarsi della relazione. Lontano dall'essere un lavoro non analitico, queste conversazioni racchiudono la più profonda interazione umana, nella loro grande ordinarietà. In questi discorsi “ordinari”, troviamo lo sviluppo della capacità di far discendere pensieri dalle esperienze vissute e l'abilità di sognare, di processare i dati grezzi dell'esperienza in pensieri. Il lavoro dell'analista, poi, significa entrare in relazione con il

paziente in queste modalità, tollerando il fatto che nessun lavoro analitico sia da considerare fatto. Come aggiunse Parsons (2009), questo implica anche molta paziente attesa da parte dell'analista.

## **Il Caso di Kyle**

Kyle mi ha insegnato a essere il suo analista. Entrando nel mio studio la prima volta sette anni fa, un uomo sulla ventina, biondo e alto, leggermente grosso ed elegantemente vestito, con degli occhiali spessi e uno sguardo intenso, lui stava fermo davanti al divano, fissandomi, e poi sembrò lasciasse cadere il suo corpo in una posizione seduta sul divano. Capii che abitava il suo corpo e l'essere, in un modo molto particolare, m'immaginai che il suo corpo mi stesse già raccontando una storia di caduta e abbandono e che molto del nostro lavoro e comunicazione sarebbero passate nel regno della sensazione fisica e dell'azione; sua e mia.

Il suo linguaggio, molto articolato e pieno di intuizioni psicologiche, mi arrivò come un battito, uno tsunami irrefrenabile di parole-cose. Le sue parole continuavano a venire a me e dentro di me, a volte sbattendo, altre volte penetrando e altre ancora accarezzando. Sempre in modo totalmente fisico. Lui mi disse che stava lottando con una profonda depressione, per la quale era in terapia dall'adolescenza. Si era appena trasferito per stare con il suo fidanzato e aveva concluso una terapia di qualche anno, che lo aveva aiutato con il procrastinare durante l'università. A New York aveva consultato alcuni terapisti e non aveva ancora trovato qualcuno con cui si trovasse a suo agio. Mi disse che stava combattendo con intensi sentimenti di disperazione e con familiari impulsi a richiudersi nel suo appartamento e ritirarsi dal mondo, qualcosa che aveva fatto ripetutamente negli anni recenti. Lui e il suo fidanzato da sette anni litigavano con maggior frequenza e l'attività sessuale si era ridotta a quasi nessun contatto. Il suo fidanzato era ingrassato molto e non sembrava nemmeno più attratto dall'altro. Non stava lavorando e non era sicuro di quale fosse il passo successivo. Il suo fidanzato era benestante di suo e aveva una florida carriera, e Kyle non provava alcuna urgenza di trovare un'entrata. Kyle sapeva che qualcosa fosse molto faticoso per lui e la sua vita.

In mezzo al flusso di parole, mi sembrò di capire che lui volesse ritirarsi in sé stesso, scomparire in una zona senza tempo, in una foschia intorpidita dove s'immergeva in letture o in Internet, volendo esistere completamente fuori dal tempo, dimenticandosi di lavarsi, mangiare o dormire. Da qui il procrastinare degli studi universitari.

Al centro del suo mondo c'era sua madre. “Lei è una brava persona, ma... “. Egli descriveva il suo totale coinvolgimento e l'interferenza nella sua vita. Più recentemente, per lo più attraverso un costante contatto telefonico, la madre e il suo attuale marito avevano scelto tutti i suoi corsi universitari, guidandone l'organizzazione e le attività quotidiane, nonostante egli frequentasse l'università in un altro Stato. La relazione era annodata da aggressività e odio e da una totale dipendenza. “Lei ha un grave disturbo di personalità borderline. È tutta oscillazioni d'umore e collera”, diceva. Egli descriveva litigi urlanti. “Quando dà in escandescenza, lo faccio anch'io”. “Voglio bene a mia madre, ma ho bisogno di tempo per me”. “Ho bisogno di prendere decisioni, di motivarmi”. Quando Kyle raccontò a sua madre che stava con un uomo, si presentò il giorno dopo per intervenire e riportarlo a casa. Lui resistette, ma qualche mese dopo fu ingannato da una richiesta di ritorno a casa per una “crisi familiare”. “Mi hanno intrappolato, che era OK, penso: la mia vita non stava andando da nessuna parte”. In seguito si ricongiunse con il suo ragazzo.

Io cercavo di prendere il controllo della narrazione della sua vita e della famiglia, ma, come divenne familiare con Kyle, io mi sentivo così inondato e confuso che la coerenza era impossibile. Appresi

che il padre biologico aveva lasciato sua madre prima che lui nascesse, che c'erano stati alcuni tentativi di ricongiungimento falliti, che lui è stato educato principalmente da sua madre e dal suo secondo marito, (a cui si riferiva come "padre") e che c'erano state altre due importanti relazioni nella vita della madre. Tutti questi uomini venivano indicati in modo intercambiabile come "mio padre". Sua madre era una di dieci bambini appartenenti a una grande famiglia irlandese-americana, allargata e caratterizzata da una predominanza di alcolismo. Non riuscii a capire chi fossero i cugini della madre e chi i fratelli; tutti erano indicati da Kyle come "mio cugino", "mio zio" e così via. E per rendere le cose simpaticamente più facili, molti avevano gli stessi nomi. Ascoltando tutto ciò, ero imbevuto nella profonda confusione che rappresentava il tratto distintivo del suo essere. Mi sembrò che la relazione più intima e significativa della sua vita fosse con i suoi "nonni". Ci impiegai del tempo per capire che questi fossero i genitori del padre biologico. Kyle fece dei grandi sforzi nel tempo per andare a trovarli e mantenere una relazione significativa con loro.

Mi sentivo continuamente confuso. Inizialmente andavo in panico e ponevo domande nel futile tentativo di ottenere chiarezza, interrompendo il suo flusso di parole. Le spiegazioni non aiutavano. Imparai a restare in questo denso mondo di confusione e quasi-psicosi, e in qualche modo cercai di trovare un modo per sentirmi a mio agio o almeno di sopravvivere, lasciando intatta la mia mente. Dopo circa un anno di trattamento suo padre morì per un attacco di cuore improvviso e io sentii come se stessi cadendo in un buco profondo, cercando disperatamente di aggrapparmi a qualcosa per aiutarmi. Di fatto chi era morto? Egli fu coinvolto in un procedimento legale per mesi; era l'unico erede e c'era una compagna, che lo ha combattuto legalmente, rubando tutti gli averi dalla casa del padre deceduto. Infine diventò chiaro che l'uomo che era morto fosse in realtà il primo marito della madre, dopo che il padre biologico era scomparso dalla scena. "Abbiamo avuto una buona relazione per un po'", disse Kyle. "Ci siamo sballati per un po' insieme". La mia mente voleva affrettarsi e verso un'ancora di salvezza, una linea temporale. Quest'uomo è esistito quando era un ragazzino? Devono essersi sballati insieme quando lui aveva quanto? 11? 12? 13 anni? "Ma", Kyle continuò, "una volta che la violenza iniziò, le cose non furono più le stesse, e non terminò". Suo padre terrorizzò sistematicamente lui e sua madre per diversi anni prima di andarsene finalmente. L'unico sollievo era sballarsi insieme. E ora aveva ereditato una grossa somma da quest'uomo.

Con niente di stabile per aggrapparsi alla realtà, a parte una iper-eccitante intrusione, non sorprese il fatto che fosse sessualmente precoce e promiscuo da un'età molto giovane. Si masturbava in maniera compulsiva dall'età di sette, otto anni. Dai quattordici anni circa faceva regolarmente sesso nei bagni pubblici con uomini. Egli dice di essere noto in quegli ambienti, dove uomini più vecchi gli praticavano sesso orale o si masturbavano reciprocamente. Sempre più panico da parte mia, quando questo mondo dell'abuso si sviluppava, ma registravo che, non appena lui parlava di sesso, io sentivo che noi avevamo davvero un soggetto, quanto meno un focus, e la mia mente poteva almeno stabilirsi in un solco. Ah ah: un abuso narrativo. Questo era di certo il potere del sesso. Lui, come me, in questi momenti poteva sentirsi fugacemente orientato verso una realtà, nello spazio del fisico/sessuale.

Da adulto la sua sessualità è stata zona di compulsione, di contatto con la realtà e di folle e maniacale onnipotenza. Mi disse con un senso di cinico orgoglio: "Quando si tratta di sesso e droga, io ho fatto tutto. A parte l'eroina, ho provato ogni sostanza. A parte cadaveri e bambini, ho sperimentato tutto sessualmente". Effettivamente egli sarebbe capace di compiere qualsiasi cosa pur di trovare un'esperienza di sempre crescente eccitazione: defecare nella bocca di un uomo, guardare una donna fare sesso con un cane, battere degli uomini sui testicoli finché non vomitano dal dolore; queste sono solo alcune delle esperienze che descrisse. "Mi sento come Dio; posso trattare un uomo come un

bagno”. “Sono al di sopra delle leggi della realtà. Io posso venire mentre lui vomita dal dolore. Sono un dio”.

Umiliazione e controllo. Nessuna sorpresa, mi sentivo attorcigliato in questa dinamica nel trattamento. Richiamai l'attenzione su questo. Non stava cercando di controllarmi e manipolarmi, legandomi in una sorta di relazione sadomasochista? Non riesco a ricordare le parole esatte che ho usato. Ma questo è il punto. Lui era d'accordo. Certamente lo sono. Sono io. Cos'altro vorrei? Io dissi “Possiamo analizzare questo?”. E di certo egli capì che questo era quello che faceva tutto il tempo con le persone, quello che sua madre e i suoi “padri” fecero a lui e che era una ripetizione di un trauma insopportabile. Per lui un noioso insight psicologico. “Certo, lo sapevo”. E partì per altre narrazioni. Mi arrivavano molte parole. Più esperienza, merda, defluiva verso di me. Nel corso del tempo tuttavia riconobbe che aveva queste difficoltà nelle amicizie. “Mi rendo conto di quanto abbia intimorito le persone. Semplicemente non ascolto”. Egli voleva profondamente essere più di un umano tra umani. Egli diventò dipendente dal sesso online. Voleva creare un personaggio per sé stesso e sparire in un mondo illusorio con diversi partner. “Io posso creare me stesso nel personaggio delle loro ultime fantasie”.

Io resistevo. Certamente la sua sregolazione del tempo e dello spazio impregnò il nostro lavoro con crescente intensità. Saltava appuntamenti senza dare spiegazioni. Chiamava per le sedute a volte in tempo, a volte in ritardo. In diverse occasioni pensai che avesse abbandonato la terapia, per poi rispondere al telefono mentre suonava durante il tempo della sua seduta e ascoltarlo iniziare a parlare; “Ciao, sono Kyle”; e riprendere la seduta da dove l'avevamo lasciata tempo fa. Stavo vivendo in un mondo in cui uno viene continuamente dimenticato, e ha paura che tutto possa sparire senza ragione o avvertimento; dove ci sono lacrime nel tessuto del tempo.

Ha sempre pagato per tutte le sedute programmate. La sessione telefonica divenne più bizzarra e difficile da gestire. Dopo mezz'ora durante una seduta, egli fece menzione a quando stava guidando l'auto con sua madre o forse aveva un amico seduto accanto a sé. Scompariva per settimane e chiamava, dicendo solo dopo un po' che era in Thailandia con il suo fidanzato. Non feci cenno al fatto che avrebbe potuto informarmi. Il premio va alla seduta telefonica in cui sentii un rumore persistente mentre parlavamo, e in risposta alla mia inchiesta, egli disse: “Oh, sono in doccia”. In quale luogo si trovava? Non sentivo m'importasse veramente a quel punto.

Provai a definire alcuni limiti. Più che con qualunque altra cosa, stavo lottando con delle assenze non annunciate. Posi attenzione sulla questione, dicendo che il trattamento richiedeva una struttura più coerente, che voleva dire essere presente e almeno segnalare prossimi spostamenti: apparentemente ordinari requisiti di confine. Si infuriò. Il trattamento sostanzialmente finì. Era irremovibile e assolutamente fermo nella sua convinzione. “Questo è un suo problema, non mio. Questo sono io. Non posso fare in altro modo”, e così via. Ero molto influenzato dalla sua rabbia verso di me. Sentivo profondamente che avevo sbagliato a imporre questa struttura su di lui, che era il mio bisogno di riprendere un po' di potere, di riacquistare quella sensazione di fuori controllo che permeava la terapia. Non potevo trovare altro pensiero nella mia testa: aveva ragione. Questo riguardava me, ciò che potevo o non volevo far tollerare a me stesso.

È così semplice. Ascoltare il paziente e essere l'analista che il paziente ha bisogno che tu sia. Non l'analista che tu pensi di essere o vorresti essere. In verità trovai questo totalmente liberatorio. Questo era da parte mia masochismo o “resa” (Ghent, 1990)? Probabilmente un po' di entrambi, ma una volta che lascia entrare l'esperienza, smisi di provare a portarlo a parlare della nostra relazione e di capire cosa stava succedendo; una volta che permisi a me stesso di fluttuare con lui, “abbandonando ogni tentativo di organizzare il materiale”, la terapia cambiò. Col senno di poi, credo che la sua rabbia e



l'insistenza fornirono paradossalmente un contenitore alla terapia in quel periodo, e permisero di calmarmi rispetto alle mie ansie in merito alle sue assenze e alla sregolazione. Steven Cooper (2000) ha offerto delle intuizioni circa il "mutuo contenimento" in analisi, e credo che qui noi vediamo Kyle proteggere la sua terapia, contenendo le paure del suo analista, così come noi e il trattamento potevamo crescere nel suo idioma.

Lui è cresciuto, ed emerse, il pensiero fisso di non essere mai esistito. Per tutta la sua vita egli sentì di essere una forma nel sogno di qualcun'altro, pensando che quando si sarebbero svegliati, lui e tutto il mondo attorno a lui avrebbero smesso di esistere. È cresciuto giocando sul bordo dell'esistenza; gli agiti sessuali e l'iperstimolazione; un'ossessione per i veleni- da ragazzino aveva elaborato dei piani per avvelenare tutti quelli che conosceva e di fatto aveva davvero creato con cura degli intrugli velenosi; e ripetute esperienze in cui non c'era. Diceva di poter differenziare ciò che chiamava la sua dissociazione dal suo non esserci. La dissociazione, per esempio, quando affrontò la violenza di suo padre, era per paura e timore di essere sopraffatto. In accordo con lui, era dolce e lenitivo dissociarsi, non sentire niente, quando assediato dal dolore e dal terrore. Almeno una parte resta viva in modo da dissociarsi. Il più delle volte lui non lo era. Iniziò ad aprire i suoi diari adolescenziali e li guardammo insieme durante le sedute. Tristezza e il costante desiderio di essere morto. L'assalto furioso e quotidiano di liti burrascose e frequente violenza. Un ossessivo interesse per gli Aztechi. Essi temevano che il sole non sorgesse il giorno dopo, così facevano sacrifici umani agli dei per assicurarsi che invece il sole sorgesse. Infine questo era lui.

Non rispose mai con così tanto riconoscimento ai miei commenti che capisco ora chi era e come egli visse in questa zona crepuscolare di non esistenza- ma poi, quasi nulla di quello che io abbia mi detto esisteva, anche se mi faceva la paternale per come gli rispondevo. Tuttavia, c'erano sempre più sedute in cui faceva commenti come: "sto parlando di questo sentirci uniti, posso sentire qualcosa". Certamente non lo stava prendendo da me. Kyle doveva "trovare la sua strada verso il mondo oggettuale" (Balint, 1968, p. 180).

C'è molto di più da raccontare rispetto alla storia dello sviluppo di Kyle per descrivere e spiegare il suo modo di essere nel mondo. Basti pensare che io credo che i fallimenti nella holding e nel contenimento, insieme all'intrusività annientante di sua madre e dell'ambiente, abbiamo mantenuto lontano da lui le esperienze che avrebbero favorito un'esistenza. Egli non aveva costanza d'oggetto o dell'ambiente e di conseguenza non poteva confidare nel fatto che lui o il mondo potessero continuare a esistere da un momento all'altro. La terapia sembrava fondarsi sul mio essere capace di vivere con lui in questa continua non-esistenza, saperlo, tollerarlo e non aspettarmi di più. Con le parole di Balint: "Creare un ambiente, un clima in cui il paziente e l'analista possano tollerare la regressione in un'esperienza reciproca" (p. 177).

Le sedute erano spesso riempite con nuovi argomenti provenienti dalla stampa e da discussioni politiche. Lui voleva sapere il mio punto di vista in merito a diversi temi politici e storici. Gli argomenti di maggior discussione erano potere, crudeltà e dominazione. Volle sapere della mia famiglia, della mia storia familiare. S'interessò molto dell'Olocausto e lesse in maniera considerevole in merito. Parlavo con lui in maniera aperta e onesta. Lasciai molto lontano la questione dell'auto-rivelazione dell'analista. Capii che aveva bisogno di qualcuno con cui entrare in relazione, con cui pensare, qualcuno da conoscere e da cui essere conosciuto in un modo non interferente, qualcuno con cui potesse "sognare sé stesso nell'esistenza", usando le parole di Ogden (2009, p.15). Come suggerì Winnicott, queste sedute spesso non somigliavano affatto a un'analisi o a una psicoterapia. Le crisi del Medio-Oriente, i problemi dell'Irlanda del Nord, il ruolo dell'Ucraina nella seconda guerra mondiale, il regime di Chavez in Venezuela, e così via. Ogni tanto mi inviava via mail lunghi saggi

che aveva scritto o articoli che aveva trovato nel web e voleva coinvolgermi in discussione su di essi. Io volevo essere con lui in queste discussioni e solo per impegnarlo in quello che era particolarmente rilevante per lui, nelle rare occasioni in cui egli l'avesse fatto emergere. Per esempio, mentre stavamo parlando di imperialismo, egli commentò che egli riusciva a capire ora che la sua mente fosse stata “colonizzata” dalla follia di sua madre.

In generale io ero non intrusivo, mentre ero totalmente e strettamente coinvolto. Silenziosamente creavo collegamenti nei miei riguardi, tracciando la mia rêverie e il mio pensiero circa il processo psichico, mentre ero impegnato in queste discussioni con sincerità e reale interesse. In questi momenti un mio sentimento profondo è l'opposto di ciò che uno sente più frequentemente tra gli approcci psicoanalitici: è OK che si verifichino questo genere di interazioni extra-terapia o enactment, nella misura in cui possono essere oggetto di discussione o analizzate in seguito. La mia sensazione era che fosse della massima importanza entrare in queste interazioni come me stesso, senza ornamenti; ed era ugualmente importante che non ne parlassimo in seguito, a meno che egli arrivasse in quel genere di legame che ho citato come l'essere colonizzato.

Lui stava “sognando sé stesso nell'esistenza” con me. Giocando con le parole di Ogden, credo che la mia presenza non intrusiva abbia creato il setting perché la sua struttura diventasse evidente, il suo sviluppo evolvesse e la sua spontaneità crescesse finché egli fosse padrone delle sue sensazioni. Penso che io avrei voluto intromettermi e deviare l'intero tentativo, interferendo con la mia soggettività non richiesta da lui: la parte di me che aveva bisogno di “analizzare”, di “fare delle buone sedute psicoanalitiche”, di essere un “soggetto” in una “relazione intersoggettiva” e di “risolvere enactment”. Egli non ha mai avuto esperienza di una madre che si permetteva la rêverie della preoccupazione materna primaria, in cui sia la madre che il bambino vivono in una realtà co-costruita governata dalla cura e responsabilità ai bisogni primari del bambino e in cui la madre rinuncia a parte del suo orientamento verso il mondo reale al di fuori del loro bozzolo. Winnicott ci dice che la madre è in una sorta di psicosi. So cosa vuol dire.

Come con altri pazienti come lui, Kyle mostrava piuttosto che parlare. Egli aveva fatto interventi di liposuzione. Venne in studio mentre era ancora convalescente, si strappò la camicia per mostrarmi il suo torso, che aveva quattro buchi, da cui trasudavano le ultime gocce del grasso che è stato ampiamente rimosso. Io stavo nell'idioma del momento. Parlammo del trattamento di liposuzione, la sensazione fisica del disagio e i suoi desideri di avere un corpo più esile, l'opinione favorevole per il medico, che lo aveva aiutato a sentirsi meglio senza indagarne le ragioni- non era stato che sovrappeso. Tenni per me i miei pensieri circa il suo mostrarmi la personificazione del contenitore danneggiato della sua mente, le rotture della sua pelle psichica e il suo apprezzamento per me che ora lo stavo incontrando là dove lui aveva bisogno di essere incontrato. Con il linguaggio di Bion, siamo stati testimoni dell'introduzione nel trattamento di elementi beta, “qualcosa di più basilare, concreto e fisico di quello che generalmente noi indichiamo con le sensazioni” (Lombardi, 2007, p. 388). Come ha suggerito Lombardi (2007), questo processo può emergere solo all'interno e attraverso gli effettivi corpi fisici del paziente e dell'analista. Questi elementi, emergenti attraverso il corpo di Kyle nella stanza della terapia, venivano trasformati, attraverso la mia rêverie e il processo del parlare con lui nel suo idioma, in esordi di elementi alfa di un'esperienza più coerente.

Egli ha iniziato a sentirsi meglio. La compulsione sessuale è una cosa del passato. Ripensando a questo, ora possiamo parlare dei suoi disperati tentativi di trovare un contatto e un senso dell'essere vivo. Si è iscritto a un dottorato nel suo campo e, sebbene la tenuta sia ancora un problema, si organizza per andare avanti di semestre in semestre. Ha chiuso la sua relazione a lungo termine, realizzando di essersi sentito abusato e vittimizzato dalla trascuratezza e dall'abuso emotivo del suo

partner. Ha insistito attivamente perché sua madre e il patrigno andassero in terapia e, nonostante questo sia difficile e non ci sono grandi risorse dove vivono, entrambi stanno andando in trattamento e l'intera scena familiare si è calmata. Egli impone limiti ragionevoli con loro e sembra capire quanto, anche per sua madre, sia difficile essere un essere umano.

Con ancor più forza, dice di essere vivo ora e parla del fatto di non essersi mai sentito un essere umano tra gli altri nella sua vita. Lui non esisteva. Questo era molto significativo durante la rottura con il fidanzato, che avvenne nel giro di pochi anni. Qualche mese dopo la separazione, ritornando nell'appartamento in cui vivevano insieme per recuperare alcuni averi, egli trovò l'ex-fidanzato trasformato in un altro essere. Era un uomo magro, il volto alterato dalla chirurgia estetica e l'appartamento trasformato in una prigione sadomasochistica dipinta di nero. Come avrebbe detto Searles (1960): "un ambiente non umano". Egli sentì che la metamorfosi del suo ex-fidanzato non rivelò soltanto la sua vera follia, ma servì anche a descrivere il grado in cui Kyle non esisteva, ma era una cosa, usando la stimolazione e la perversione per costruire una falsa e travestita versione dell'essere un essere umano. Egli mi ringraziò. Era vivo. Noi continuiamo il nostro lavoro.

Presento il mio lavoro con Kyle per mostrare che ci sono pazienti che possono beneficiare di una più vasta gamma di pratica relazionale. Una tecnica che implica l'abilità di essere non intrusivo, mentre si è in relazione con il paziente nel registro e idioma che richiede; una tecnica in cui la non intrusività non è neutralità e in cui gli enactment devono essere vissuti con e attraverso (Joseph, 1985), e non portati nella sfera della comprensione o della risoluzione; una tecnica in cui gli agiti promuovono il portare alla vita il paziente.

### **Regressione, mutua regressione e regolazione regressiva reciproca**

Insieme a Kyle, io sono stato in grado di "creare un ambiente, un clima" in cui entrambi potevamo tollerare la "regressione in un'esperienza reciproca" (Balint, 1968, p. 177). Kyle poteva regredire e portare dentro la sua morte e non-ancora-vita, e io trovavo un modo per tollerare gli effetti disturbanti nel campo del setting psicoanalitico e nella mia mente, così che questo potesse essere un'esperienza produttiva.

La regressione qui non è vista come un artefatto del trattamento psicoanalitico, inclusi il divano e il setting psicoanalitico, piuttosto l'emergere del mondo interno del paziente e del suo modo di essere nel mondo. Etchegoyen (1991) lo ha messo in questo modo: "Il paziente viene con la sua regressione, la sua malattia è la regressione" (p.553). Vorrei elaborare questo punto, dicendo che il paziente è la sua regressione. Kyle era la sua regressione, e attraverso il mio essere non intrusivo nella relazione con lui, lui è stato capace di essere questo Kyle nel trattamento. Bromberg (1979) fece eco a questo e suggerì che quando l'analista riesce ad essere non intrusivo, la regressione del paziente:

"È qualcosa che avverrà di per sé sotto certe condizioni, la prima è lasciare che accada. Con molti pazienti, in effetti, iniziai a osservare che l'unico modo in cui la regressione non avveniva durante la terapia, era quando consciamente o inconsciamente la impedivo, diventando sempre più interattivo" (p. 651).

Aron e Bushra (1998) fecero una panoramica del concetto di regressione, la riconsiderarono alla luce dell'enfasi relazionale contemporanea sulla reciprocità ed elaborarono l'idea di regressione di Balint come "esperienza reciproca". Essi diedero alla regressione il ruolo di porta d'accesso verso stati differenti e sottolinearono che la cosa più importante della situazione analitica è favorire l'accesso agli stati alterati. Inoltre enfatizzarono che questo accedere a stati alterati non sia e non può essere

proprietà del paziente da solo. Deve esserci una reciproca regressione, un muto accedere a stati alterati. L'analista deve essere disponibile a entrare e abitare in stati alterati, scomodi e a volte traumatizzanti, che possono sfuggire a descrizioni e chiarimenti. Riconoscendo che il mio linguaggio sia insufficiente a descrivere il genere di esperienze bizzarre a cui sono stato sottoposto con Kyle, posso dire che sensazioni di frammentazione catastrofica, solitudine, inutilità, onnipotenza, fantasie bizzarre e dismorfofobia furono un luogo noto per me per un prolungato periodo di tempo. Vorrei specificare che un'insistenza nell'inviare con la mia presenza avrebbe impedito l'emergere di questi fenomeni nella relazione analitica e sarebbe potuto evitare in una versione dello "oggetto analista intrusivo" di Bion, che introduceva interpretazioni per ovviare di essere il ricettacolo della parti psicotiche della personalità del paziente. Vorrei aggiungere che introdurre la mia personale esperienza e spingere per un'interazione più mentalizzata e riflessiva sarebbe stato un tentativo per salvarmi, non soltanto dall'incontrare l'esperienza di Kyle vicina alla psicosi, ma mi avrebbe anche protetto dagli stati quasi-psicotici e frammentati prodotti nella mia mente. Per esempio, avrei potuto insistere per una descrizione più dettagliata delle sue relazioni familiari per chiarire chi era chi. Ricorderete il caos che ho provato quando Kyle descrisse i vari membri della famiglia e i "padri". Forse uno avrebbe potuto cercare di costruire un genogramma, formalmente o informalmente. Questo avrebbe alleviato la mia ansia e la confusione e avrebbe portato maggior coerenza ai trascorsi e ai miei appunti. Tuttavia, "l'informazione" che veniva trasmessa non era semplicemente i nomi e le relazioni che comprendeva la sua famiglia. Per il nostro lavoro era più importante il senso di assenza di confini, frammentazione e mancanza di identità che mi veniva dato, che ricevevo e con cui poi lottavo per viverci dentro. Quando "suo padre" morì, io vissi una sorta di ansia psicotica ("Chi era morto di fatto?", vedi sopra). Questa è una "regressione reciproca" (Aron & Bushra, 1998), che mi ha permesso di "entrare profondamente nel suo mondo" (Ellman, 1991) e "accompagnarlo" (Kahn, 1975).

La regressione reciproca richiese la mia disponibilità a una regolazione reciproca (Stern et al., 1998). Mi regolai su ritmi e contorni inusuali del modo di essere di Kyle. Dovetti tollerare la sua mancata comparizione in seduta, i suoi attacchi di discorsi incessanti e pressanti e soprattutto tutta la sua peculiare firma e l'idioma, che pervadevano la mia mente e il "campo" totale del nostro lavoro (Baranger & Baranger, 2009; Ferro, 1992). La regolazione reciproca descritta da Stern (1998) è sempre diretta all'obiettivo e a servizio della crescita. Certamente ci sono stati lunghi periodi di tempo in cui mi sono reso disponibile a essere regolato nella direzione del mondo interno di Kyle, dei suoi particolari ritmi e cadenze emotive. Questa era una "regolazione reciproca regressiva e benigna", in cui il "movimento evolutivo progressivo" (Stern et al., 1998, p. 907) paradossalmente coinvolgeva una tangibile perdita di coerenza e di senso della direzione da parte mia. Ma come indicarono Lachmann e Beebe (1996), questa regolazione reciproca in corso era essa stessa l'azione terapeutica, promuovendo in definitiva la crescita del senso di esistere e di Sé di Kyle. Lachmann e Beebe hanno anche enfatizzato che queste regolazioni in corso tra analista e paziente sono internalizzate e in sostanza influenzano il mondo interno e le regolazioni dei pazienti "a dispetto del fatto che siano mai state verbalizzate". Questo è "l'azione terapeutica delle regolazioni in corso" (Lachmann & Beebe, 1996, p.5).

Io trovai l'incertezza in merito alle sparizioni di Kyle più insuperabile da parte mia e quando provai a forzarlo per modificare il suo comportamento perché si adattasse ai miei bisogni psicologici, quei sentimenti portarono per lo più a una rottura del trattamento. La descrizione di Ghent (1990) dell'esperienza di resa e la sua contrapposizione tra resa e masochismo, che egli definì come una perversione della resa, è stata molto utile per me in questo lavoro. Per consentire l'ingresso nella morte e nella bizzarra vita psicologica del paziente e permettersi di essere parte di questa regolazione

reciproca regressiva, uno deve arrendersi e accogliere queste esperienze che possono portarci lontano dalle nostre idee di noi stessi come analisti e dall'ideale della relazione analista-paziente.

### **Relazioni oggettuali contemporanee e l'analista non intrusivo**

I bioniani contemporanei come Ferro (1992, 2001, 2009) e Lombardi (2002, 2005, 2007) ci hanno aiutato a capire ed entrare in relazione con noia, stati semi-autistici, e breakdown nei nostri pazienti. C'è un apprezzamento della partecipazione dell'analista nella costruzione del campo della relazione analitica, dell'uso della rêverie dell'analista come traccia verso la narrazione emergente dal campo e della costruzione di narrazioni che “alfabetizzano” e danno coerenza (funzione alfa) al di fuori di pezzi di proto-esperienza (elementi alfa) che sono spesso collocati in sensazioni corporee e sintomi (Lombardi, 2007).

Per esempio Ferro (2009) ha raccomandato di stare il più vicino possibile ai “narremi” del paziente, “le varie unità funzionali minori” (Corrao citato in Ferro, 2009, p. 46), che hanno il potenziale di diventare una narrazione di significato, attraverso il processo di contenimento. Così la storia personale del paziente può “aprirsi” (p. 6) e con l'utilizzo della soggettività e creatività dell'analista, può dare origine a un “pensare originale”. Molto in sintonia con l'immagine dell'analista non intrusivo che sto descrivendo nello scritto, Ferro ha indicato che l'analista non interferisca con la storia del paziente e usi “ingredienti” e “parole” (p. 6), che offre il paziente. L'analista non deve usare “parole che alterano i proto-narremi del paziente e fanno violenza a loro” (p. 6). Egli ha raccomandato che con i pazienti che descrive come aventi “tendenze autistiche” (p. 14): “i contributi dell'analista devono essere minimali così da evitare di maneggiare dosi di stimolazione sensoriale o di altro tipo che eccedono la capacità di questi pazienti di “alfabetizzarli”. Non deve esserci un'attività interpretativa attiva del mondo interno del paziente o della relazione analitica, poiché la quantità di proto-emozioni sollevata provocherebbe la loro immediata evacuazione, dato che la mente è carente nella capacità di trasformarle in immagini emotive, esperienza o pensiero (p. 14)

Sentimenti che colgo perfettamente in questo scritto. Tuttavia, Ferro ha poi suggerito che l'analista “non ha scelta, ma può agire come il coro greco in una tragedia greca, confinando sé stesso a commentare l'azione che si svolge sulla scena”. Qui è dove la concezione di analista non intrusivo diverge. Certamente Kyle non poteva ingerire nulla che gli veniva offerto e ho imparato la sua tendenza a una “evacuazione immediata” di ogni elemento, che non fosse ancora pronto a ricevere e che non provenisse da lui. L'immagine di un analista che agisce come un coro greco, che commenta l'azione sul palco, evoca un analista che è all'esterno dell'interazione e che può guardarla chiaramente. In questa concezione del trattamento, il paziente ha bisogno di essere disponibile per, interessato a, capace di metabolizzare le idee e le osservazioni dell'analista. Lo strumento dell'analista è soprattutto l'interpretazione, anche se prende in considerazione, con tutta la sensibilità possibile, la disponibilità del paziente a ingerire ed è il più vicino possibile ai narremi e all'attività proto-mentale del paziente. Certamente il lavoro di Ferro è pieno di esempi belli ed evocativi della capacità dell'analista di giocare con il paziente, di “stare, tutto il tempo necessario, sul testo manifesto” (p. 19) finché il paziente “non abbia sviluppato un intestino, o una funzione mentale, capace di trattenere, digerire e assimilare le interpretazioni” (p. 19). Io stesso ho metabolizzato molto di questo lavoro, prendendo molto nutrimento clinico da esso. Vorrei aggiungere, tuttavia, che di nuovo l'enfasi è sull'interpretazione dell'analista come lo strumento definitivo della cura analitica. L'analista è descritto come colui che presta la sua mente al paziente finché il paziente non sia in grado di metabolizzare le interpretazioni.

Il mio approccio pone meno enfasi sulle interpretazioni che vengono dall'analista e dà centrale importanza al potere curativo del condividere e sostenere il paziente, non appena gli stati regrediti entrano in scena. Questo mette in primo piano l'accompagnare e il condividere stati dell'essere e si focalizza meno sul parlare di ciò che sta succedendo o è successo (interpretazione). Kyle è stato aiutato a diventare vivo, poiché egli ha trovato qualcuno che poteva accompagnarlo in questa mancanza di vita e terrore, che poteva vivere attraverso questo con lui e sopravvive insieme a lui; qualcuno che non insisteva nell'imporre la sua persona/analista e permetteva a Kyle di forgiare il suo particolare sentiero verso la sensibilità e la coerenza: “per trovare la sua via verso il mondo degli oggetti” (Balint, 1968, p. 180).

Utilizzando il lavoro di Bion e dei kleiniani contemporanei, Riccardo Lombardi ha sottolineato le intense difficoltà all'interno dell'analista e della relazione terapeutica, quando si lavora con persone che sono sopraffatte da vergogna, depersonalizzazione e psicosi (Lombardi, 2002, 2005, 2007). C'è un'attenzione per pazienti che non hanno esperienza di sé come collocati nei loro corpi o nelle loro menti, e Lombardi ha offerto coinvolgenti descrizioni della risposta fisica del paziente (Lombardi, 2005, p. 1092; Lombardi, 2007, p. 387) ai pezzi indigeribili della esperienza del paziente e dei suoi “modi di essere” (Matte-Blanco, 1988). Lombardi ha sottolineato l'importanza dell'esperienza condivisa di questi modi di essere. Tuttavia, gli interventi che ha descritto coinvolgono la spiegazione da parte dell'analista dell'esperienza in corso nei termini del mondo interno del paziente, in modo tale che il paziente possa iniziare a occupare la sua propria esperienza e distinguere sé dall'altro. Questi interventi potrebbero essere in contrasto con il mio lavoro con Kyle, dove piuttosto che esprimere comprensione attraverso la precisazione di quello che credevo stava succedendo dentro di lui e nel campo analitico, io preferivo stare con lui nello spazio reale che stava occupando e di cui stava parlando, raccontando della rottura dell'Unione Sovietica. È vero, questo genere di materiale suggerisce diverse interpretazioni del suo mondo interno (la frammentazione, di cui può aver paura, potrebbe farlo provare a sentirsi libero dalla tirannia della madre colonizzante interiorizzata, etc.) o della nostra relazione (il suo desiderio e la paura di riprendere la sua autonomia e il terrore che lui fosse lasciato con nuovi e pericolosi oggetti persecutori, che potevano influenzare la nostra relazione), ma vorrei dire che il “bordo d'entrata” (Miller, 1985) di questi momenti, usando parole di Kohut, era il reciproco coinvolgimento che Kyle stava cercando, non appena egli lavorò su questi temi in un registro simbolico. Il mio stare in relazione con lui in modo non intrusivo gli ha permesso di trovare la sua specifica strada attraverso questi temi con la stabilità, il contenimento e il coinvolgimento emotivo della mia presenza. Vorrei tenere a mente i tipi di analisi descritte da Ferro, Lombardi ed altri.

Mi sembra che ci siano diversi modi di capire in maniera utile l'impatto terapeutico di queste discussioni con Kyle. Certamente si potrebbe dire che esse implicano la trasformazione degli elementi beta e che la nostra relazione stava offrendo la funzione alfa necessaria per questo. La mia osservazione era che Kyle fosse capace di entrare nella “vitalità” grazie alla mia coinvolta compagnia, e non era semplicemente ed esplicitamente disponibile per l'ingestione di meta-analisi di quello che stava accadendo tra noi. Uno potrebbe anche sottolineare la funzione della conoscenza relazionale implicita e di un processo di adattamento, che il gruppo di studio di Boston sul processo di cambiamento ha descritto, e vorrei ora considerare quanto l'analista non intrusivo potrebbe riferirsi a queste teorizzazioni dell'azione terapeutica.

## **Funzione oggetto-sé, empatia e l'analista non intrusivo**

Senza dubbio c'è molta confluenza tra la concezione dell'analista non intrusivo e l'idea di Kohut per cui l'analista deve essere disponibile per qualunque “necessaria, ma assente” (Lichtenberg, Lachmann & Fosshage, 1992) funzione oggetto-sé di cui il paziente ha bisogno nel transfert (Kohut, 1971, 1977) e deve lottare per non deragliare lo sviluppo del transfert. Allo stesso modo l'enfasi della psicologia del Sé sull'uso accorto dell'empatia come un mezzo per ascoltare e conoscere il paziente (Lichtenberg, Bornstein & Silver, 1984; Orange, 1995), la regolazione dell'emozione e dell'eccitazione della coppia analitica, le distruzioni e le riparazioni che compongono la relazione terapeutica (Lachmann, 2008; Lyons-Ruth, 1999), sono tutti rilevanti per la formulazione dell'analista non intrusivo, ma intimamente impegnato, che sto illustrando.

Tuttavia Kohut era scettico circa l'abilità della psicoanalisi di trattare pazienti che non potevano stabilire transfert narcisistici stabili e che manifestavano tendenze “borderline” o “maniaco-depressive” (1971, p.18). Egli sentiva che pazienti che non potevano integrare il loro esibizionismo arcaico e la grandiosità “dentro la struttura totale del Sé grandioso” (P. 18) non fossero capaci di creare transfert narcisistici, che costituiscono il fattore curativo della terapia.

Pertanto Kyle non si sarebbe considerato come disponibile per il tipo di trattamento che lui e io costruiamo, in particolare quando consideriamo il grado di instabilità nel suo senso di sé e dell'altro, insieme con la sua creazione di un'inusuale cornice terapeutica nei termini di tempo e spazio.

Sotto il profilo dell'analista non intrusivo, troviamo molto in comune con il gruppo di studio di Boston sul processo di cambiamento (Boston Change Process Study Group et al., 2002; Stern et al., 1998), che hanno suggerito che a volte il cambiamento che avviene in analisi non è, e non ha bisogno di essere, accompagnato da un'esplicita verbalizzazione del processo. Lyons-Ruth (1999) ha indicato che esistono forme di conoscenza implicita o procedurale in un “dominio implicito o inattivo”, che emergono solo “facendole” (p. 578). Vorrei dire che per Kyle, il trattamento poteva procedere solo su un certo registro: i miei pensieri sul nostro processo non potevano essere rese espliciti, piuttosto dovevamo essere entrambi legati in una certa forma di “fare”. Per esempio, quando egli mi mostrò il suo torso forato, io rimasi all'interno del registro e del contenuto che lui occupava, parlai di liposuzione e del suo dottore, senza nessuna aggiunta in merito a una comprensione che andasse al di là dell'immediata esperienza percepita. Silenziosamente io contenni le mie reazioni intellettuali e viscerali a quel momento.

Inoltre, forse la maniera in cui ho permesso al disturbato mondo interno di Kyle di manifestarsi e riempire lo spazio terapeutico tra noi e dentro di me può essere correttamente descritta come una forma di rapporto empatico. Questa relazione empatica ha coinvolto poco in termini di espressioni della mia comprensione, ma ha implicato un crescente legame implicito tra Kyle e me, che aderisce alla “relazione empatica” caretaker-bambino che Lichtenberg et al. (1984) hanno evidenziato.

Se c'è una divergenza tra questo lavoro e quello degli intersoggettivi “amici dell'empatia” (Lachmann, 2008), credo sia nell'area della tecnica e della regressione reciproca: il consentire e il contenere più profondi e disorganizzati stati dell'essere nel trattamento. Uno potrebbe dire che i “momenti di incontro” e la “conoscenza relazionale implicita” siano stazioni di passaggio sulla strada verso una maggiore organizzazione interna, integrazione, regolazione e vicinanza. Nel caso di Kyle la mia “relazione empatica” gli ha permesso di portare nel trattamento e nel mio mondo interno i suoi stati meno regolati, meno organizzati e meno legati. Penso che dovevo vivere attraverso questi stati con lui e non fare niente a lui, in modo che potesse appropriarsi dello spazio terapeutico e modificarlo secondo la sua propria immagine.

## Conclusioni

Ho descritto il mio lavoro con Kyle per sottolineare una lettura contemporanea e un utilizzo clinico della concezione dell'analista non intrusivo, descritta da Michael Balint (1968) ed Enid Balint (1993). L'enfasi correlata sul valore del silenzio, l'attesa e la regressione in un'esperienza reciproca sono tutte viste come complementari ai concetti contemporanei di co-creazione e del profondo impegno emotivo dell'analista con il paziente nel campo analitico. C'è un'attenzione nei riguardi dell'analista che permette di far emergere il mondo interno del paziente all'interno della relazione analitica nel linguaggio del paziente, così che il paziente possa giungere alle sue proprie sensazioni, corpo e mente. In particolare, ma non solo, con pazienti come Kyle che non sono psicologicamente vivi in una modalità sentita e riconoscibile, l'emergenza di questi stati regrediti spesso avviene in un registro "inattivo". Enfatizzo il valore dell'analista che lascia sviluppare il processo, che accompagna il paziente e non lo chiude all'interno delle interpretazioni e delle inchieste della relazione, che non provengono dal paziente.

Ho affrontato solo alcune, ma non tutte, le influenze dell'ambiente psicoanalitico contemporaneo, che sono intrecciate nella mia comprensione di questo aspetto del processo analitico, e ho provato a evidenziare alcune somiglianze e differenze tra questa concezione dell'analista non intrusivo e altre idee del processo clinico.

Kyle è stato capace di dirmi che si sentiva vivo per la prima volta nella vita. Ha continuato a sperimentare la sua consapevolezza per la prima volta. Ha descritto di sentire pace nella sua mente, di avere pensieri chiari, di ascoltare e percepire gli altri come aventi processi simili. Si è eccitato e scoraggiato da questi fenomeni quotidiani apparentemente semplici. Egli è ancora molto e sempre sarà Kyle. Come ho scritto, egli ha iniziato a parlare con i parenti e intende arrivare a definire una linea temporale della sua infanzia e della sua vita. Sembra aver iniziato a scoprire la sua soggettività: il suo "nuovo inizio" (Balint, 1968, p. 131).

## Bibliografia

- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Aron, L., & Bushra, A. (1998). *Mutual regression: Altered states in the psychoanalytic situation*, Journal of the American Psychoanalytic Association, 46, 389-412.
- Bach, S. (1994). *The language of perversion and the language of love* Northvale, NJ: Aronson.
- Bach, S. (2006). *Getting from here to there: Analytic love and analytic process*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Bach, S. (2009). *Remarks on the case of Pamela*. Psychoanalytic Dialogues, 19, 39-44.
- Balint, E. (1993). *Before I was I: Psychoanalysis and the imagination*. London, UK: Guilford.
- Balint, M. (1968). *The basic fault*. London, UK: Tavistock.
- Baranger, M., & Baranger, W. (2009). *The work of confluence: Listening and interpreting in the psychoanalytic field*. London, UK: Karnac.
- Bass, A. (2009). *An independent theory of clinical technique viewed through a relational lens: Commentary on paper by Michael Parsons*. Psychoanalytic Dialogues, 19, 237-245.



- Bion, W. R. D. (1962). *Learning from experience*. London, UK: Heinemann.
- Bollas, C. (2009). *Free association*. In C. Bollas (Ed.), *The evocative object world* (pp. 5-46). Hove, UK: Routledge.
- Bromberg, P.M. (1979). Interpersonal psychoanalysis and regression. *Contemporary Psychoanalysis*, 15, 647–655.
- Bromberg, P. M. (1996). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma and dissociation*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Bromberg, P. M. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Mahwah, NJ: The Analytic Press.
- Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., Nahum, J., Sander, L., Boston. Change Process StudyGroup. (2002). Explicating the implicit: The local level and the microprocess of change in the analytic situation. *The International Journal of Psycho-analysis*, 83, 1051–1061.
- Cooper, S. (2000). *Mutual containment in the analytic situation*, *Psychoanalytic Dialogues*, 10, 169-194.
- Ellman, S. J. (1991). *Freud's technique papers: A contemporary perspective*. Northvale, NJ: Aronson.
- Etchegoyen, R. H. (1991). *The fundamentals of psychoanalytic technique*. London, UK: Karnac Books.
- Ferenczi, S (1950). *Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis* (2nded.). London, UK: Hogarth. (Original work published 1926)
- Ferro, A. (1992). *The bipersonal field: Experiences in child analysis*. London, UK: Routledge.
- Ferro, A. (2002). *In the analyst's consulting room*. London, UK: Routledge.
- Ferro, A. (2009). *Mind works: Technique and creativity in psychoanalysis*. London, UK: Routledge.
- Ghent, E. (1990). *Masochism, submission, surrender*. *Contemporary Psychoanalysis*, 26, 169-211.
- Hoffman, I. Z. (2006). *The myths of free association and the potentials of the analytic relationship*. *International Journal of Psycho-analysis*, 87, 43-62.
- Joseph, B. (1985). *Transference: The total situation*. In M. Feldman & E.B. Spillius (Eds.), *Psychic equilibrium and psychic change; Selected papers of Betty Joseph* (pp. 156–167). London, UK: Routledge.
- Khan, M. (1975). Introduction. In D. W. Winnicott (Eds.), *Through pediatrics to psycho-analysis*, 2nd edition (pp. xi–xxxix). New York, NY: Basic Books.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York, NY: International Universities Press
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York, NY: International Universities Press.
- Lachmann, F. M. (2008). *Transforming narcissism: Reflections on empathy, humor, and expectations*. New York, NY: The Analytic Press.
- Lachmann, F. M., & Beebe, B. A. (1996). Three principles of salience in the organization of the patient–analyst interaction. *Psychoanalytic Psychology*, 13, 1-22.
- Levenson, E. (1983). *The ambiguity of change*. New York, NY: Basic Books.
- Lichtenberg, J. D., Bornstein, M., & Silver, D. (1984). *Empathy I*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., & Fosshage, J. L. (1992). *Self and motivational systems: Toward a theory of psychoanalytic technique*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Loewald, H. W. (1980). *Papers on psychoanalysis*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Lombardi, R. (2002). *Primitive mental states and the body*. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 363–381.
- Lombardi, R. (2005). *On the psychoanalytic treatment of a psychotic breakdown*. *Psychoanalytic Quarterly*, 74, 1069-1099.

- Lombardi, R. (2007). *Shame in relation to the body, sex, and death: A clinical exploration of the psychotic levels of shame*. *Psychoanalytic Dialogues*, 17, 385-399.
- Lyons-Ruth, K. (1999). *The two person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive representation, and the emergence of new forms of relational organization*. *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 576-617.
- Matte-Blanco, I. (1988). *Thinking, feeling and being*. London, UK: Routledge.
- Miller, J. (1985). *How Kohut actually worked*. In A. Goldberg (Ed.), *Progress in self psychology* (Vol. 1, pp. 13–32). New York, NY: Guilford.
- Ogden, T. H. (1989). *The primitive edge of experience*. Northvale, NJ: Aronson.
- Ogden, T. H. (2005). *This art of psychoanalysis: Dreaming undreamt dreams and interrupted cries*. London, UK: Routledge.
- Ogden, T. H. (2009). *Rediscovering psychoanalysis: Thinking and dreaming, learning and forgetting*. London, UK: Routledge.
- Orange, D. M. (1995). *Emotional understanding: Studies in psychoanalytic epistemology*. New York, NY: Guilford.
- Parsons, M. (2009). *An independent theory of clinical technique*. *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 221-236.
- Reis, B. (2009). *Performative and enactive features of psychoanalytic witnessing: The transference as the scene of address*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 90, 1359-1372.
- Reis, B. (2011, April). *Silence and quiet: A phenomenology of wordlessness*. Panel presentation at the annual spring meeting of the American Psychological Association, Division 39, New York, NY.
- Sandler, J. (1976). *Dreams, unconscious fantasies and 'identity of perception'*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 3, 33-42.
- Searles, H. (1960). *The non-human environment: In normal development and schizophrenia*. Madison, CT: International Universities Press.
- Slochower, D. (1996). *Holding: Something old and something new*. In L. Aron & A. Harris (Eds.), *Relational psychoanalysis, Volume 2: Innovation and expansion*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Slochower, D. (2004). *Holding and psychoanalysis: A relational approach*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Stern, D., Sander, L., Nahum, J., Harrison, A., Lyons-Ruth, K., ... Tronick, E. Z. (1998). *Non interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 903–921.
- Stern, D. B. (2004). *The eye sees itself: Dissociation, enactment, and understanding*. *Contemporary Psychoanalysis*, 40, 197-237.
- Winnicott, D. W. (1960). *Playing and reality*. London, UK: Routledge.
- Winnicott, D. W. (1965). *The capacity to be alone*. In D. W. Winnicott (Ed.), *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 29-36). New York, NY: International Universities Press. (Original work published 1958).

## Riassunto

Descrivo un approccio relazionale non intrusivo nel trattamento psicoanalitico di stati e modi d'esistere inanimati e non esprimibili verbalmente. Intendo sviluppare una sensibilità relazionale contemporanea che valorizzi il coinvolgimento intersoggettivo tra analista e paziente e l'enactment di stati dissociati e non espressi, unitamente ai concetti di regressione e di analista non intrusivo come

centrali nel lavoro degli analisti indipendenti britannici, con una particolare attenzione per Michael e Enid Balint. Sottolineo che nell'essere non invadente, l'analista non è neutrale o astinente, ma profondamente coinvolto, trasformando l'analista nei bisogni del paziente. Si presenta un caso come resoconto di un lavoro analitico che si è sviluppato e reso possibile dalla mia presenza non intrusiva, favorendo l'idioma personale, le relazioni oggettuali e i primitivi bisogni di sviluppo del paziente. Offro un'interpretazione contemporanea di regressione che include la reciprocità, la regolazione e l'accompagnamento. Propongo un concetto di “regolazione regressiva reciproca benigna”, evidenziando e differenziando alcune influenze provenienti dal campo psicoanalitico contemporaneo. PAROLE CHIAVE: intersoggettivo, enactment, relazioni oggettuali, regressione, regolazione regressiva reciproca benigna

**Abstract** *The Unobtrusive Relational Analyst*

I describe an unobtrusive relational approach to the psychoanalytic treatment of nonalive and nonspeakable states and ways of being. I build upon a contemporary relational sensibility that values the intersubjective engagement of analyst and patient and the enactment of dissociated and unformulated states, together with the concepts of regression and the unobtrusive analyst central to the work of the British independent analysts, with a special focus on Michael and Enid Balint. I stress that in being unobtrusive, the analyst is not neutral or abstinent, but deeply engaged and becomes the analyst the patient needs. A case is offered as an account of analytic work that was enhanced and made possible by my engaged but unobtrusive presence, and the privileging of the patient's own idiom, object relating and early developmental needs. I offer a contemporary rendition of regression that encompasses mutuality, regulation and accompaniment. I suggest a concept of “benign regressive mutual regulation” and outline and differentiate some of the influences from the contemporary psychoanalytic field.

KEYWORDS: intersubjective, enactment, object relating, mutuality, benign regressive mutual regulation

Robert Grossmark

[rgrossmark@verizon.net](mailto:rgrossmark@verizon.net)