

Soggettività e sentimenti nel gioco del controtransfert

Antonino Lo Cascio, Roma

Introduzione

In questo scritto mi occuperò della soggettività del terapeuta con particolare riguardo ai sentimenti di gratificazione e di frustrazione vissuti in relazione al lavoro terapeutico.

Poiché il punto di riferimento di questo saggio è poi una certa visione del lavoro analitico, visione che si è andata gradatamente sviluppando nel corso degli anni come una critica costruttiva se pur spietata della mia esperienza, farò implicito riferimento a precedenti scritti sull'argomento. Ed è proprio a partire da questa visione critica dell'esperienza mia ed altrui che ritengo la soggettività del terapeuta come un dato di estremo interesse nella relazione terapeutica;

l'importanza è tale che, seguendone il dipanarsi e concentrandosi su alcuni suoi contenuti — poniamo i sentimenti di gratificazione e di frustrazione —, è possibile cogliere i punti più significativi della relazione stessa, il suo modo di funzionare come i suoi disfunzionamenti.

Ritengo che la causa di questi ultimi possa risiedere nel prevalere dell'Inconscio nei confronti della essenza del contratto terapeutico; ciò vuoi dire che può prevalere l'Inconscio di uno dei due o di entrambi i contraenti, ugualmente chiamati al rispetto dell'accordo stabilito.

Il rispetto del contratto, come il rispetto della dignità dell'altro, non può mai autorizzare il terapeuta né a porre in atto modalità pedagogiche, né tantomeno ad assumere il ruolo della parte proiettatagli dal paziente (che possono poi risultare la stessa cosa).

I vincoli derivanti dal contratto non sono sentiti da chi scrive come limitazione alle proprie capacità terapeutiche, ma, liberamente ed accuratamente scelti, sono intesi al pari delle rive di un corso d'acqua che, per la loro stessa presenza, individuano e definiscono un fiume.

Gli elementi che strutturano le modalità dell'incontro comportano una serie di tensioni e di attenzioni che attivano l'emotività e che rendono necessaria la costruzione di un campo analitico di cui la soggettività del terapeuta fa parte al contempo come contenente — in solido con le regole del setting — e come contenuto parziale.

Il doppio ruolo, solo apparentemente contraddittorio, della soggettività del terapeuta comporta dunque uno spazio ed una presenza che sono però rigorosamente calibrati in modo tale da poter offrire stabilmente contenimento, accettazione, nonché elaborazione e restituzione. Analogamente la « presenza » del terapeuta oscillerà tra identificazione e distanza.

Proprio in quanto attraverso la soggettività del terapeuta si realizza, tramite il meccanismo della identificazione, anche una forma di conoscenza ma altrettanto un pericoloso avvicinamento confusivo, è necessaria una particolare attenzione pari solo a quella richiesta dalle interazioni con il paziente, dalle quali quest'ultimo trae non solo a livello conscio elementi utilizzati per la conoscenza di sé.

Queste poche ed incomplete notazioni mi sembra giustifichino il tema prescelto che verrà trattato attraverso il rimando ad un setting che rifiuta sia lo spon-

taneismo ingenuo od occhiuto sia il rigido controllo dello stato affettivo attuato attraverso la repressione o la negazione, e che propone l'elaborazione come modalità principale per utilizzare adeguatamente la soggettività del terapeuta.

E certamente, si badi, questa soggettività, all'interno della relazione terapeutica, non è certo l'inconscietà. Ma la sua materia, nella mutevolezza delle vicissitudini che la modificano, può sempre involontariamente trasformarsi nella complice di un Inconscio che, opponendosi alla crescita ottenibile grazie all'uso della ragione, può irretirla nei suoi schemi sottraendola alla simbolica dell'incontro per perderla nella logica della follia.

Da qui l'esigenza di un'attenzione che non deve mai essere considerata eccessiva.

Occuparsi della presenza di sentimenti di gratificazione o di frustrazione nell'ambito della soggettività del terapeuta in relazione al suo lavoro clinico vuoi dire innanzi tutto fare una prima distinzione da una serie di luoghi comuni per i quali ad esempio la psicoterapia sarebbe caratterizzata da un uso istituzionalizzato della gratificazione del paziente, mentre l'analisi trarrebbe i propri effetti di stimolo ad una crescita autonoma dal ricorso sistematico alla frustrazione. L'opinione di chi scrive non collima con quella appena tracciata e, limitatamente ai fini di questo lavoro, potrebbe invece essere quella secondo la quale « psicoterapia » o « analisi » apparirebbero non solo ad uno statuto scientifico differenziato quanto anche ad un atteggiamento indifferenziato del terapeuta; sarebbe quest'ultimo a determinare, nella sostanza della relazione con il paziente, quel tipo di modalità che corrisponde più strettamente alle proprie necessità psicologiche ultime (e cioè non ulteriormente trasformabili). Dunque, secondo questa impostazione che tenderebbe a negare la scelta di una psicoterapia o di un'analisi sulla base dei dati riguar-

danti il paziente, anche il tema psicoterapia/analisi potrebbe trarre qualche delucidazione da questo scritto, centrato sulla soggettività ma anche sulla natura e sui destini dei sentimenti di gratificazione e di frustrazione presenti nel terapeuta.

Infatti l'esperienza di questi sentimenti potrebbe determinare la scelta — obbligata — del metodo, sia agendo a livello inconscio sia passando attraverso una costruzione idealizzante proiettata nella realtà e ritenuta capace di affrontarla con una risposta adeguata.

Un esempio, estremamente grossolano e prossimo al paradosso se pure paradigmatico, potrebbe essere quello di un costante agire gratificante da parte di quel terapeuta il cui principale timore inconscio fosse rivolto alla propria aggressività come a quella altrui;

il caso opposto, quello di un operatore con forti componenti aggressive inconsce che potrebbe attivare una relazione in cui fosse previsto per il paziente il ruolo del masochista.

Una coscientizzazione parziale di tali elementi potrebbe portare alla costituzione di un « derivato » che verrebbe proposto al mondo scientifico come quel modo che solo si adatta alle esigenze del mondo interno del paziente attraverso la ricostruzione affettiva di quei nuclei tanto frustrati nell'infanzia ovvero, al contrario, come quel campo di crescita che si attiva unicamente rimandando al paziente ciò che infantilmente viene richiesto all'immagine genitoriale.

Un'analisi delle radici di questi derivati potrebbe permettere una maggiore autenticità dell'incontro tra terapeuta e paziente, nel senso evidente che non vi è autenticità quando si vedono i propri problemi in sostituzione dei problemi dell'altro.

Cercando di vedere la problematica nel campo storico, la presenza della coppia di contrari gratificazione-frustrazione sembra aleggiare ubiquitariamente nell'opera di Jung e, forse, con un certo sbilanciamento a favore del primo dei due termini. Tuttavia

la riflessione sul metodo junghiano — sempre, va sottolineato, negato da Jung — lo scorrere del tempo, l'acquisire l'esperienza, il superare lacune e contraddizioni presenti nella sua opera, peraltro dichiaratamente ametodologica e mai antropologicamente conclusa, permettono oggi di riconoscersi come psicologo analista senza la necessità di irretirsi in taluni aspetti della Psicologia Analitica. E cioè senza chiudersi a quelle prospettive capaci di alimentarne certe radici ed alcuni possibili sviluppi.

Questo progredire in una delle direzioni possibili può essere costituito dal privilegiare una linea, prettamente junghiana, caratterizzata da tre punti di riferimento: il tipo di rapporto (vis-a-vis), la particolare attenzione rivolta all'Inconscio e la cura nel costruire il campo adatto a coglierne i significati.

Questi tre punti ideali, che emergono come punti di reperi, comportano non certo un metodo bensì la messa a fuoco di una serie di importanti problemi. Il primo punto ad esempio comporta la necessità di tenere in specifico conto il clima di intersoggettività che il vis-a-vis determina. La facilitazione all'identificarsi nell'altro può rappresentare per il terapeuta un potente mezzo conoscitivo, ma per rimanere tale deve continuamente diffidare del fascino dell'identità (di matrice narcisistica) ed attuare quel distinguersi che evita la confusività; altrimenti quest'ultima andrebbe inesorabilmente a sostituire la peculiare dimensione di una necessaria intersoggettività.

La particolare attenzione rivolta all'Inconscio vuoi dire al contempo l'attenzione per l'inconscio del paziente ma anche per l'inconscio del terapeuta.

Quest'ultimo livello investe il tema della soggettività e richiede una precisazione.

L'inconscio dell'operatore dovrebbe essere abitato da elementi di risposta alla presenza del paziente (controtransfert), specifici per quel paziente e per le situazioni che si verificano all'interno del setting; ma non soltanto. Infatti sulla base dell'esperienza di chi scrive, potrebbe anche contenere alcuni aspetti emotivo-affettivi della teoria nella quale al livello co-

sciente l'operatore si riconosce e che potrebbero essere stati rimossi sulla base di particolari affinità con elementi complessuali irrisolti. In altre parole alcune parti della teoria esisterebbero sia, ovviamente, nel livello cosciente sotto forma di *idea*, sia nel livello inconscio sotto l'aspetto di emozione, relativa a quel contenuto ideativo. Per inciso si può dire che questo livello inconscio del terapeuta, che per comodità ho definito « transfert dell'analista », andrebbe a costituire la motivazione di quella *fede* nella teoria che alcune volte è dato di riscontrare. Se non sufficientemente controllato questo livello inconscio potrebbe in determinate situazioni disattendere la realtà dell'intersoggettività e guidare il corso della relazione con il paziente. Salvo ad entrare in conflitto con aspetti del controtransfert, determinando in questo caso situazioni particolari e complesse.

L'attenzione per le presenze inconsce all'interno della relazione con il paziente comporta una particolare cura nella costruzione di quel contenitore, di quel *temenos*, che deve risultare capace di costituirsi come uno spazio mentale per entrambi i componenti la coppia; questo spazio, ritualizzato e rigorosamente sollevato dai continui attacchi della realtà, può permettere — negandosi quale spazio di realizzazione di desiderio — elaborazione ed interpretazione, concentrazione ed insigni

L'attenzione al rapporto, all'Inconscio, allo spazio di incontro può riassumersi nell'attenzione del terapeuta ai suoi compiti ed alle sue capacità individuali. La linea costituita da questi tre punti è frutto di una delle possibili scelte all'interno dell'universo junghiano e può rappresentare un orientamento per una ricerca centrata sulla attività conscio-inconscia dell'operatore, ricerca che si rivendica tanto centrale quanto almeno nel recente passato era considerata essenziale la patologia del paziente.

lli

Ritengo il discorso finora svolto non tanto una introduzione al tema, quanto una vera e propria illu-

strazione dell'importanza dell'atteggiamento conscio-inconscio dell'operatore e cioè della sua soggettività; un'esemplificazione sia pure indiretta del peso che può esercitare la soggettività qualora questa non possa venire colta nelle sue radici, trasformata in conoscenza dell'altro come di sé, inverata nella dimensione di un incontro autentico con l'altro e sottratta a tentazioni di annessione o di colonizzazione. Infatti nella I^a parte di questo scritto ho evidenziato come la scelta del tipo di relazione con il paziente possa eludere la situazione strutturale del paziente stesso ed attuarsi invece secondo modalità che esprimono le esigenze inconse (o i loro derivati) dell'operatore.

Nella II^a parte ho ipotizzato come la teoria — e la formazione — possa avere connessioni con l'Inconscio e rappresentare una lettura dall'Inconscio e non già una lettura dell'Inconscio.

In questa terza parte, ritenendo di aver suscitato sufficiente interesse attorno al problema della « presenza » dell'operatore, affronterò l'aspetto specifico della genesi e del destino dei sentimenti di frustrazione e di gratificazione nel corso di un trattamento. Mantenendo invariata l'ottica utilizzata nelle prime due parti considererò il problema dal punto di vista del terapeuta, accennando al paziente solo quando ciò dovesse risultare necessario alla comprensione del discorso.

Lo studio delle dinamiche di frustrazione e di gratificazione rientra nell'analisi delle dinamiche conscio-inconscie del terapeuta ed è importante perché il terapeuta stesso possa evitare di usare la sua soggettività per guidare il rapporto, come agendola in esso; è importante infatti che tale soggettività, esistente, venga usata come materiale inconscio da elucidare e non come verità, come risultato della dinamica intersoggettiva e non come diagnosi. Una situazione diversa comporterebbe di necessità una fortissima carica *educativa*, capace solo di plagiare o di ottenere « transfert » legati al comportamento del terapeuta e pertanto irriducibili.

I vissuti del terapeuta nel corso del setting non vanno

dunque agiti in parole e gesti e neppure negati o repressi. Vanno al contrario colti e *sospesi*: la loro elaborazione potrà allora offrire preziosi spunti di comprensione alla situazione dell'altro, comprensione che spesso la teoria o le funzioni egoiche del terapeuta neppure sfiorano o addirittura mistificano.

La soggettività del terapeuta va inoltre confrontata di continuo con il contratto terapeutico stabilito con il paziente all'inizio del rapporto; ed il significato dei vissuti del terapeuta, ricavato dalla confrontazione con il contratto, potrà essere diverso a parità di vissuto ma in relazione a contratti diversi. Ad esempio il vissuto nel terapeuta di non voler essere pagato o di essere pagato troppo poco per una seduta vissuta come insoddisfacente, può essere un importante elemento che può esprimere significati ben diversi se posto a confronto con contratti che prevedono norme precise o sfumate o che non abbiano previsto modalità adeguate per il pagamento delle sedute non usufruite.

Ma vediamo da vicino la nascita ed il destino possibili per dei sentimenti di gratificazione o di frustrazione che possono emergere nel terapeuta nel setting.

Se ci occupiamo della loro origine, dobbiamo considerare due versanti, quello interno del terapeuta e quello relativo alla presenza del paziente; ciò anche se dovrebbe essere lecito supporre la non esistenza di un controtransfert che non sia di risposta.

A tali categorie di variabili ne va aggiunta una ulteriore che si costituisce in base al *luogo* ove si manifesta lo stimolo capace di ingenerare sentimenti di gratificazione o di frustrazione (e così se all'interno del setting o al di fuori di esso, tramite ad esempio telefonate — ammesse o no dal contratto —, incontri casuali, ecc.) ed in ultimo una categoria finale relativa al momento della comparsa del sentimento e cioè se quest'ultimo si presenta come immediata risposta alla comparsa dello stimolo o se in un tempo differito. Data la grande quantità di situazioni determinata dalla esistenza di due gruppi di variabili, sotto-distinte in variabili ulteriori, è impraticabile l'uso di esempi capaci di illustrare ogni possibile variante.

Ciò che si può dire è che in genere risultano più tenaci i sentimenti ingenerati da stimoli provenienti dal versante dello stesso terapeuta, al pari di quelli generati dal versante del paziente ma avvenuti al di fuori dello spazio/tempo analitico.

D'altra parte, e questo discorso cercherà di sostituire ogni adeguato esempio, il terapeuta dovrebbe essere abituato ad osservare i propri vissuti, che sono evidentemente importanti ai fini della conoscenza della situazione relazionale e dell'interiorità del paziente. Tuttavia, quando questi vissuti sono costituiti da un'esperienza di gratificazione o di frustrazione, sembra che le capacità di autoanalisi dell'operatore possono scolorarsi o addirittura eclissarsi. Si tratta in questi casi di vissuti generalmente o tendenzialmente egosintonici che solo *l'allenamento al sospetto* permette al terapeuta di cogliere e ciò grazie al raggiungimento di una posizione di *eccentricità* che sia tale rispetto al paziente come rispetto a sé stesso.

Il distanziare da sé tali sentimenti permette di connetterli all'idea, e dunque per converso di riconoscere nella sua unità ed interezza l'oggetto-stimolo che è stato capace di ingenerare la risposta affettiva.

Non si può non ricordare che affermazioni, gesti e comunque materiali conscio-inconsci del paziente possono direttamente ingenerare nell'operatore sentimenti che quest'ultimo potrebbe prendere come reazioni proprie ed adeguate alla realtà dello scambio solo se si potesse ritenere che i movimenti del paziente fossero indirizzati alla sua individualità. Tuttavia la conoscenza della dinamica transferale del paziente permette di cogliere, salvo le eccezioni previste, l'indirizzo alla figura interna del paziente proiettata sul terapeuta per lo stesso meccanismo del transfert. Ed in ogni caso una reazione « personale » del terapeuta determinerebbe di per sé una reificazione della comunicazione, con la conseguente perdita della carica simbolica. Di fatto un impossessamento di tali oggetti relazionanti del paziente da parte del terapeuta determinerebbe contemporaneamente due risultati; il primo dei quali consisterebbe nell'impegnare il terapeuta ad un rapporto diretto — senza

distanza — con il paziente, con la conseguente attenuazione di una possibilità allargata d'ascolto che andrebbe invece a concentrarsi su di un'unica banda, privando così il terapeuta della possibilità di una presa d'atto di come il paziente interagisce con le proprie immagini.

A ciò seguirebbe uno stato di cecità del terapeuta, occupato di fatto a lenirsi le ferite o a preparare un adeguato contrattacco (e ciò comporterebbe di fatto il ribadire la scissione tramite la proiezione operata dal paziente su di sé) ovvero a rifiutare l'oggetto gratificante o ad ornarsene per controbilanciare le proprie insicurezze.

Si tratterebbe di fatto di un'interruzione della dimensione analitica per entrare in una dialettica più confacente alle regole dei partecipanti ad un'azione di psicodramma.

È difficile indicare in un senso generalizzante il gradiente di difficoltà relativo all'uso corretto dei sentimenti di gratificazione o di frustrazione distinguendoli sulla base della duplice provenienza. Quando la genesi è dovuta ad un oggetto-stimolo proveniente direttamente dal paziente il rimando alla immagine proiettata dovrebbe risultare più agevole; meno facile quando la situazione stimolo nasce direttamente nel terapeuta in risposta ad un materiale del paziente di per sé non direttamente qualificabile come gratificante o frustrante se non relativamente alle aspettative più intime o meno coscienti riguardanti il destino del paziente.

Evidentemente in questo caso la materia prima è la condizione dell'operatore che non corrisponde alle auspiccate condizioni di neutralità. Ci occuperemo successivamente di questo problema, proseguendo qui nella apparente meticolosa trattazione casuistica delle situazioni e avvertendo che l'ingenuità dello schema di riferimento adottato al fine di costituire un semplice modello didattico di comunicazione non deve ingannare sulla complessità dei processi mentali coinvolti da tali situazioni.

Un campo diverso e particolare viene attivato quando i vissuti insorgono immediatamente o con qualche

tempo di latenza a seguito di comunicazioni che avvengono ai limiti del setting e che trovano l'operatore nell'impossibilità di elaborare anche silenziosamente l'avvenimento in presenza del paziente o che colgano l'operatore in un atteggiamento che per semplicità qui definisco naturalistico e che corrisponde a ciò che G. Maffei con una felice immagine indica quando dice che l'operatore si trova « fuori della stanza nera del gabinetto radiologico ».

Qui i sentimenti ingenerati indirettamente o più ancora direttamente sono abbastanza difficilmente elaborabili e possono permanere a lungo nel terapeuta che spesso può compiere una distinzione solo razionale e quindi scarsamente efficace per il lavoro successivo con il paziente.

Questo problema ci immette direttamente nel destino ulteriore dei sentimenti di gratificazione e frustrazione sorti in relazione al lavoro clinico con il paziente.

Il discorso fin qui portato ha probabilmente posto in una evidenza sia pure indiretta il pensiero di chi scrive relativo alla soggettività del terapeuta ed in particolare riguardo ai sentimenti di gratificazione e di frustrazione. Ho già detto che la soggettività, o per meglio dire una certa quota di essa, costituisce la matrice per una risposta a stimoli — generalmente inconsci — portati dal paziente, stimoli colti direttamente dal terapeuta o anche, apparentemente, ignorati. Come è chiaro che tale contingente appartiene al versante controtransferale, è altrettanto evidente che tali gruppi di soggettività devono essere vagliati con particolare attenzione, riconosciuti nelle loro componenti; mai, invece, considerati come punti di riferimento bensì come materia di analisi. Nel lavoro di supervisione ad esempio il vissuto del terapeuta viene indagato nell'ambito, diciamo così, di un sistema di due equazioni nel quale esistono due black boxes i cui dati strutturali sono solo parzialmente conosciuti — almeno dal supervisore, e per quanto riguarda la « scatola » dell'operatore.

Il lavoro di supervisione, che non entra nel mondo interno del terapeuta e che si limita ad indicarlo

attraverso l'analisi delle relazioni tra inputs ed outputs, rende più agevole al terapeuta l'allargamento e l'approfondimento della situazione e del mondo interno del paziente attraverso il riesame della relazione terapeutica stessa. L'analisi delle risposte interne del terapeuta evocate dalla presenza del paziente rende noto al terapeuta stesso il significato della prima equazione e riduce ad una sola incognita il contenuto della seconda. Dunque il terapeuta si trova di fronte un problema risolvibile nella misura in cui ha potuto chiarire la propria « equazione personale ». Dovrebbe per converso poter risultare chiaro che qualora si volesse costituire in partenza una sola equazione, la cui incognita considerata riguardasse esclusivamente il paziente, si arriverebbe a tipi di risoluzione che poco avrebbero a che fare con la conoscenza del paziente stesso.

In altre parole il terapeuta così come analizza il vissuto del paziente, a differenza del paziente stesso che tende a considerarlo come un dato — assoluto — e non invece come un effetto — relativo — altrettanto deve analizzare i propri vissuti ed i propri sentimenti.

Per comprendere i danni o quanto meno le distorsioni conoscitive che la mancata analisi dei vissuti del terapeuta comporta, possiamo fare un adeguato paragone riportandoci a quelle situazioni nelle quali il paziente non riesce a staccarsi dai propri vissuti, magari relativi ad oggetti proiettati sul terapeuta, permettendo al transfert, e cioè all'inconscio, di ripetersi secondo la logica della stasi e della morte. Senza entrare nel gioco dell'esemplificazione che risulterebbe infinito, possiamo ben immaginare quale possa essere il destino dell'ascolto di un terapeuta che si senta frustrato dal suo paziente e quali potranno essere i suoi interventi. Questi ultimi saranno generati ad esempio da una dimensione di genitore deluso, e dunque abbandonante o colpevolizzante. Sappiamo che questa matrice non potrà che confermare il paziente nei suoi vissuti di transfert che risulterà ora più difficilmente analizzabile proprio perché *realmente* indotto — ripetuto — dal terapeuta all'interno

d'una simbolica del rapporto un transfert imm modificabile strutturato stabilmente da un corto circuito continuamente autoinnescantesi.

Del pari l'ascolto non potrà che essere ottuso ai polimorfi messaggi quali i sogni, il materiale di vita, gli agiti all'interno del setting, che il paziente offre in codice al terapeuta.

È raro nel campo dello psichico, e maggiormente in quello della tecnica psicoterapeutica, proporre alcunché, sostanziabile da qualcosa di più di una semplice verosimiglianza.

Nel nostro caso però esiste per il terapeuta la possibilità di una dimostrazione di quanto finora detto qualora ci si ponga ad osservare la dinamica di un sentimento, poniamo appunto di gratificazione o di frustrazione, sorto nel corso d'una seduta. Infatti se non ci si abbandona a questo sentimento (sentimento che ha alterato, restringendola, la condizione di ascolto) ma se ci si limita a tenerlo dentro di sé allontanandolo dal proprio centro ed analizzandolo dopo, l'effetto dell'interpretazione lo trasformerà *subitaneamente* in qualcosa d'altro.

Il terapeuta assisterà contemporaneamente alla caduta di quel sentimento, alla nascita di un elemento di conoscenza che riguarderà tanto se stesso quanto qualcosa del suo paziente, ed otterrà lo spontaneo recupero dell'adatto atteggiamento d'ascolto.

Questo repentino cambiamento di uno stato affettivo mi sembra rappresenti un risultato assolutamente preciso, sempre sperimentabile, sempre efficace, una verifica rara ad ottenersi nel nostro campo di lavoro, orientato volentieri, chissà perché, verso livelli di assoluta ineffabilità.

Ma il terapeuta non è obbligato ad adire questi livelli superni e può invece porsi all'interno del rapporto, con la dovuta vicinanza/distanza, utilizzando quegli stessi meccanismi di presa di coscienza e di trasformazione che propone al proprio paziente.

Tornando al nostro discorso, un sentimento di gratificazione potrebbe condurre ad esempio, e tra l'altro, ad eludere il grande tema dell'aggressività, strutturando all'interno della realtà del rapporto analitico

un'immagine di « analista buono » e aprendo la strada ad una condizione di inflazione, legando strettamente il paziente al mantenimento indefinito del rapporto; un rapporto virato nel colore dell'onnipotenza e destinato ad aumentare i più profondi sentimenti di impotenza (di entrambi).

IV

È chiaro che una visione anche meno apocalittica delle cose, ma che ritenga che il terapeuta non sia munito di verità che si possano attingere all'esterno del rapporto, aumenta considerevolmente il lavoro analitico.

È altrettanto chiaro che un tale punto di vista fa forza sulle capacità del terapeuta acquisite attraverso il training, sulla sua capacità di stare nel rapporto e molto meno su di una enciclopedica cultura accademica come su eventuali abbandoni alla provvidenza divina. È chiaro anche che una tale visione non risente dell'atteggiamento univoco d'un imprinting monoteista ma rimanda semmai ad un politeismo (o meglio ad un pluralismo) che laicizza la conoscenza in una dimensione che certo un Hillman non potrebbe fare propria.

Questa posizione, sicuramente non spontanea — non vi sono modelli nella vita reale, come non vi sono nell'ambito dei rapporti affettivi e sociali modelli per la relazione analitica — è un possibile risultato di un training interiore che si può attuare qualora una spietata analisi delle proprie esperienze conduca a raggiungere quel punto di vista che definivo prima. D'altra parte questa modalità attinge ad uno dei due atteggiamenti fondamentali della mente umana. E se il terapeuta rivolgerà l'estroversione verso la sua propria vita reale, potrà attingere alla propria introversione per ritrovare e mantenere quel rapporto con le immagini e con il mondo interiore che, quale produttore di cultura, è fonte di conoscenza e non già campo di applicazione dei suoi derivati.

Tutto ciò si riassume in un atteggiamento particolare

del terapeuta nel setting, uno stato mentale che si può indicare come neutralità.

Questa particolare neutralità non corrisponde alla freddezza di un presunto specchio ma partecipa con la propria soggettività che non ammette sapere a priori e che contiene entrambi gli aspetti contraddittori d'un nodo complessuale; evidenziando così con lo stesso interesse tesi ed antitesi, luce ed ombra, restio al fascino illusorio di entrambe se intese come termini isolati, separati e assoluti. È uno stato di partecipazione e di distacco capace di dubitare della teoria come dei propri vissuti, allenato ad evitare stati di impotenza come di onnipotenza ed attento alle trappole narcisistiche come alle « pressanti esigenze di realtà » capaci di reificare ogni messaggio.

Conclusioni

Ho tentato in questo lavoro di stimolare l'attenzione del lettore nei confronti dell'osservazione della soggettività del terapeuta ed in particolare dei sentimenti di gratificazione e di frustrazione che possono comparire nel corso delle sedute con i pazienti. Rinunciando all'uso di una esemplificazione clinica che ritengo pressoché improponibile in un rapporto che non sia quello dello scambio diretto attraverso le parole, ho delineato in una maniera ametodologica e a volte ridondante alcune possibili dinamiche, esaltandone i guasti o i benefici ai fini di una maggiore chiarezza che, pure se fosse ottenibile, negherebbe i chiaroscuri dei quali è invece intessuta la abituale realtà clinica. Ho inteso considerare il mondo interno del terapeuta poiché ritengo che l'osservazione di questo polo sia un compito non più eludibile per qualsiasi terapeuta. Questo compito abbisogna degli strumenti che per primi sono stati acquisiti tramite la analisi personale e che vengono poi perfezionati nel corso del training attraverso le diversificazioni delle proposte che si realizzano nello scambio didattico con gli altri colleghi.

Ma non vi è analisi o training che possa sopperire

all'osservazione della propria esperienza e della pratica clinica. Affrontarla senza preconcetti di scuola ma anche senza ingenuità, con fiducia e spirito critico affina le capacità di comprensione dell'altro e di se stesso. Ed è probabile che ciò, comportando qualche pur piccolo avanzamento nella conoscenza di quanto sconosciamo e desideriamo conoscere del modo di funzionare della mente umana, contribuisca ad un miglioramento della capacità di esistere di ciascuno.