

## SITUAZIONI MUTATIVE

*Silvia Molinari Negrini*

Il titolo di questo seminario è nato prima che avessi un'idea precisa di come lo avrei potuto sviluppare, solo sull'onda della suggestione della parola "mutativa", che una recente rilettura del classico saggio di James Strachey aveva lasciato "liberamente fluttuare" nella mia mente.

Il titolo completo del lavoro di Strachey, pietra miliare nella storia dell'interpretazione, suona così: "La natura dell'azione terapeutica della psicoanalisi".

Nel testo S. identifica come strumento fondamentale della terapia psicoanalitica e agente del cambiamento l'Interpretazione Mutativa, che il saggio descrive e concettualizza.

Si parla quindi di terapia, di azione, di cambiamenti: l'argomento è "come cura la psicoanalisi"; la risposta di Strachey è: attraverso l'interpretazione mutativa, che è un'interpretazione di transfert, data nell'hic et nunc dell'affiorare di un impulso dell'Es rivolto verso l'analista, sulla cui rappresentazione e costruzione come oggetto arcaico fantastico si appunta il Transfert del paziente.

Quindi, secondo Strachey, l'analisi ha successo nel determinare trasformazioni stabili e strutturali nell'apparato psichico dell'analizzando in quanto, attraverso una serie di successivi insights che permettono atti cognitivi di riconoscimento e distinzione tra analista reale e analista oggetto del transfert, si viene via via modificando l'assetto intrapsichico col costituirsi di una diversa configurazione delle relazioni tra le strutture interne. ( Strachey parla, nell'ambito della teoria strutturale, di cambiamenti qualitativi e quantitativi del Super Io, dell'aumento della forza dell'Io e della capacità di compiere l'esame di realtà).

Questo fondamentale saggio di Strachey è stato pubblicato nel 1934; da allora teoria e clinica psicoanalitica sono state esplorate, percorse, riformulate, pensate, esperite da un' innumerevole schiera di psicoanalisti: sulle pagine di libri e riviste, nelle riunioni e convegni scientifici, negli scambi informali tra colleghi, in seduta col paziente o nelle riflessioni solitarie.

Credo che ognuno di noi, nel corso della sua pratica ed esperienza clinica, si costituisca un proprio bagaglio di osservazioni, riflessioni, convincimenti sul proprio agire psicoanalitico, sui fattori che fanno andare bene o fallire un trattamento, sui propri errori, occasionali o sistematici, la loro riconoscibilità e i modi per ripararli, sul come gestire aspetti personali, caratterologici o esperienziali che entrano nella relazione interpersonale col paziente.

Col tempo ci si costituisce uno stile personale di lavoro, che si appoggia a questo bagaglio e informa la nostra prassi clinica; e anche arriviamo a costituirci nostre private "teorie".

Queste "teorie" tendono a restare private, appunto, non mirano a entrare nel dibattito scientifico teorizzante, a venire discusse ed eventualmente confutate, a dover dimostrare la propria coerenza, congruenza e innovazione rispetto ad altre teorie; e proprio per questo, se da un lato sostengono e "significano" per l'analista il suo lavoro quotidiano, dall'altro difficilmente vengono esposte e discusse, al di fuori di informali scambi tra colleghi.

Vorrei proporre, in questa sede seminariale, alcune delle considerazioni e dei pensieri che si sono delineati, nel corso della mia pratica clinica, a proposito dei fattori terapeutici e comincerò dalla mia prima esperienza psicoanalitica: la mia analisi personale.

In particolare, mi aveva colpito come se ne presentificava il ricordo, quando consapevolmente cercavo di richiamarlo o quando un'immagine di essa compariva spontaneamente alla mia mente, nel corso della giornata o durante il lavoro clinico coi pazienti.

Ebbene: raramente ho riportato alla mente interpretazioni particolarmente illuminanti o quelle epifanie di senso che ristrutturano il campo cognitivo.

Le memorie che mi venivano incontro erano piuttosto di situazioni ad alta intensità emotiva, in cui l'analista dava un segno riconoscibile di vicinanza e comprensione, affettivamente connotato.

Al di là del setting? Fuori dall'aspettata e consueta neutralità e astinenza? Per il momento mi astengo dall'esprimermi a questo proposito.

Ma la curiosità mi ha fatto fare qualche piccola indagine, nel tempo, su che cosa le persone ricordano, della propria esperienza di analisi; che cosa era rimasto, o veniva richiamato alla memoria, di tutte quelle ore passate sul lettino per lunghi anni.

Molto spesso la risposta era proprio "quella volta che..." l'analista ha detto, ha fatto, ha risposto, ha corrisposto; un gesto, comportamentale o verbale, col quale, improvvisamente e inaspettatamente, si è configurato un significato nuovo al già detto e già pensato.

Quella situazione ha assunto un senso e un valore che le conferisce un posto privilegiato nel ricordo della storia della propria analisi, rappresenta l'emersione di un aspetto discontinuo e memorizzabile nella continuità processuale.

L'esperienza della propria analisi è stata naturalmente molto più vasta e complessa, ma il ricordo tende a scegliere, per rappresentarla, pochi "fatti".

Per quello che ho potuto riscontrare, a partire naturalmente dal mio modo di rappresentarmi e ricordare la mia analisi (ma anche, come accennavo, avendo ascoltato altre voci e altre memorie), i "fatti scelti" con cui cerchiamo di presentificarci l'immagine della nostra analisi sono sempre situazioni relazionali ad alto grado di intensità affettiva, in cui è stata vissuta una particolare vicinanza, registrato un contatto e un sentimento di essere stati accolti e compresi nei propri bisogni più profondi.

Possono essere bisogni di essere rianimato, riconosciuto, visto, ammirato, calmato, confortato; bisogni diversi anche per la stessa persona in diversi momenti; l'importante è che in quel preciso momento in cui il paziente li avverte, l'analista sia lì, capace e desideroso di coglierli, di riconoscerli e di dargli legittimità; e, vorrei aggiungere, animato dal desiderio di corrispondervi per amore del paziente, più che preoccupato di far bene la propria parte e di sorvegliare il proprio corretto assetto terapeutico, nel rigore del setting e nel mantenimento di neutralità e astinenza.

Incontriamo subito però una difficoltà: da dove ci può venire il convincimento che è proprio da un sentimento siffatto che siamo animati, di amore per il paziente (oltre che naturalmente da una sufficientemente buona capacità di monitorare la quota di esibizione narcisistica e aggressività insiti in ogni "agire"), tanto da poterci permettere di oltrepassare, sia pure temporaneamente, quelle norme (astinenza e neutralità, appunto) che sono a presidio del nostro corretto operare?

Qui la mia teoria personale, che potrei definire dell'"atto dedicato" si incrocia con un altro mio pensiero-fantasia, la "teoria del paziente prediletto" che, più o meno, suona così:

“Tutte le analisi che si concludono con soddisfazione reciproca di paziente e analista e che hanno determinato modificazioni significative percepite come buone ed evolutive da parte di entrambi hanno avuto, nel loro svolgimento, uno o più momenti o periodi in cui il paziente era sentito e rappresentato, nell’immaginario dell’analista, come “il paziente prediletto”.

Sto parlando di un transfert affettivo dell’analista per il paziente, un sentimento specifico che riguarda proprio lui (lei) e che non è una semplice risposta controtransferale al transfert del paziente ( non è cioè l’equivalente di “Amor che a nullo amato amar perdona”), e neanche l’espressione di una generale ( e generica) attitudine benevola dell’analista, un suo aspetto caratterologico personale.

I pazienti, anzi, si sentono grandemente irritati e frustrati se attribuiscono la comprensione e benevolenza che sentono provenire dall’analista verso di loro ad aspetti personali, se non addirittura a motivi opportunistici o esibizionistici, del terapeuta.

“Tanto, lo so, fa così anche con tutti gli altri...” è il pensiero, non sempre solo nascosto, con cui liquidano, con disappunto e amarezza, il senso e il valore di una comunicazione che avrebbe potuto invece essere assunta come buona e strutturante.

I pazienti sono di solito molto acuti nel percepire in noi aspetti di compiacimento narcisistico o forzature ed enfattizzazioni “affettive” nelle nostre comunicazioni e diffidano degli analisti “buonisti” per principio.

Quando parlo di transfert affettivo da parte dell’analista intendo invece uno slancio di amore “vero”, che sorge spontaneamente e investe la persona intera del paziente, ci fa sentire quanto ci intenerisce e ci sta a cuore, ce lo fa ascoltare con attenzione intensa e partecipe; ci può capitare di tornare spesso col pensiero a questo paziente in altri momenti della nostra giornata, può entrare nei nostri sogni.

E’ un piccolo innamoramento, da cui può scaturire peraltro una situazione molto particolare nell’ambito della relazione analitica: succede cioè che il paziente si trova davvero al centro dell’interesse affettivo dell’altro e ne può fare esperienza.

Per alcuni pazienti può essere la prima occasione di trovarsi a vivere e a poter rappresentarsi questa esperienza; ma anche per persone che hanno potuto fruire di nutrienti e felici esperienze relazionali questa situazione è potentemente dinamizzante di più ricche integrazioni affettivo-cognitive.

Mi sovengono due ricordi personali: Anna G., una delle mie prime pazienti, e una frase scherzosa che ho sentito da Musatti.

Dall’analisi con Anna G. sono originate le mie prime considerazioni sulle potenzialità terapeutiche e trasformative che si attivano nel corso di un’analisi anche al di là della normale attività interpretativa: Anna G. era gemella e in analisi ha potuto fruire, per la prima volta, di un’esperienza segreta di unicità, di uno spazio-utero esclusivo e dedicato.

Di Musatti ricordo che, a chi gli chiedeva se davvero la psicoanalisi servisse, rispondeva con autorevole perentorietà: “Certo!”, aggiungendo poi, con voce più bassa “soprattutto ai sani...”.

Seguendo i fili associativi delle due linee di pensieri, quella dell’ “atto dedicato” e quella sul “paziente prediletto”, mi si è venuto configurando, nel tempo, un convincimento: che le modificazioni strutturali dell’assetto psichico, riscontrabili nelle analisi che si concludono felicemente, sono il frutto di un’integrazione cognitivo-affettiva che si avvale sia di

un'efficace azione interpretativa (le famose "interpretazioni mutative" di Strachey), sia di momenti di particolare vicinanza e contatto affettivo che consentono un'esperienza significativa profonda dei movimenti di scambio affettivo della coppia analitica, nell'hic et nunc della situazione relazionale.

Questa appena descritta è una "situazione"; non una tecnica da usare e affinare o uno strumento di cui dispone l'analista; non ci si può "innamorare" a comando, o autoprescrivere empatia e vicinanza emotiva nel momento giusto.

E' piuttosto un accadimento che si può imparare a riconoscere e a facilitare, tenendo alto il livello della curiosità e dell'attenzione.

Definirei "situazioni mutative" questi momenti in cui movimenti o modificazioni dell'assetto psichico sono esperiti o rivelati e riconosciuti con l'intensità e il senso di verità emotiva che connotano un'esperienza di integrazione cognitivo-affettiva.

Sono quei momenti che più spesso vengono ricordati, della propria analisi: quando l'analista ci ha regalato una parola, un gesto, una tonalità di voce, una metafora, un suo pensiero che abbiamo sentito come proprio rivolto a noi, in quel momento davvero visti, compresi e "abbracciati".

L'effetto terapeutico e trasformativo di queste situazioni trae linfa dalla spontaneità e autenticità che connota questi momenti e conferisce intensità e verità all'insight cognitivo.

E', credo, esperienza comune a ogni analista il riscontro che l'atto cognitivo che l'interpretazione, anche la più completa, consente non è in grado, da solo, di attivare l'Inconscio e modificare gli assetti del mondo interno.

Certo. della possibilità di promuovere cambiamenti costituisce lo scheletro, ma è difficilmente descrivibile e teorizzabile di che carne rivestirlo.

L'uso dello strumento terapeutico psicoanalitico si avvale di una modalità operativa che somiglia più ad un alto artigianato che all'applicazione di un protocollo; a cavallo tra disciplina scientifica e scienza umanistica, lo psicoanalista sa di dover trovare, nello spazio-tempo costruito dal setting, il luogo e l'occasione per "somministrare se stesso come medicina" a un paziente che questo gli ha chiesto: di essere curato.

E' una richiesta che ci impegna e ci responsabilizza ben di più che se ci attribuiamo soltanto il compito generico di "prenderci cura".

Richiede di entrare in una relazione in cui si dispiegano, nei transfert e controtransfert, tutti gli aspetti, consci e inconsci, del mondo interno di due persone che si trovano insieme, nello stesso tempo e luogo.

E non c'è tecnica o protocollo che possa stabilire delle linee-guida sul come condursi, nel momento dell'incontro; l'analista deve inventare, trovare un modo per starci dentro.

Il setting garantisce che questa così complessa situazione possa venir esperita e svilupparsi in una processualità; è invece fuori della seduta che il pensiero logico "scientifico" può provare a registrare e ordinare i dati dell'esperienza, a immaginarsi possibili generalizzazioni e successive teorizzazioni.

L'ultima questione che vorrei porre è proprio quella del setting, in particolare di quella parte del setting che riguarda l'assetto psichico interno prescritto all'analista: neutralità, astinenza e sospensione del giudizio.

Che fine fanno questi concetti così fondanti della costituzione del nostro spazio di operatività psicoanalitica nella mia "teorizzazione" dell'atto dedicato o del "piccolo

innamoramento temporaneo”, che propongo come capaci di promuovere modificazioni strutturali nell’apparato psichico?

Sono da considerare come agiti dell’analista e trasgressioni rispetto all’assetto prescritto le condotte terapeutiche che vi si ispirano?

Mi sembra innegabile che lo siano. E tuttavia...credo che un buon assetto non venga infranto e reso inutilizzabile se, occasionalmente ed eccezionalmente, viene oltrepassato e trasgredito.

Sono i confini rigidi quelli che, se violati, diventano irrecuperabili nella loro funzione; quelli elastici assorbono la violazione e si ricostituiscono. Si potrebbe addirittura immaginare che la trasgressione che non distrugge conferma e rafforza l’assetto trasgredito, così come l’eccezione ( ma solo se è davvero eccezionale) conferma la regola.

Credo che proprio questo aspetto conferisca all’atto dedicato” un particolare valore affettivo e una valenza trasformativa: il paziente “sente” che l’analista ha fatto un’eccezione per lui, uscendo per un attimo dal ruolo e dall’assetto strettamente professionale; gli ha fatto un dono, dedica e omaggio alla sua singolarità e unicità di persona.

In quel momento non è solo un paziente a cui un bravo e sollecito terapeuta applica, in scienza e coscienza, la propria capacità professionale: può invece trovarsi a vivere un intenso momento di libero e paritario rapporto di reciprocità e di scambio con l’altro.

E sono convinta che crescita, arricchimento e modificazioni della struttura psichica di ogni individuo avvengano attraverso esperienze “ trofiche” di questo tipo.

Una buona e felice esperienza psicoanalitica può consentire esperienze analoghe anche a chi ha incontrato intoppi, ostacoli o carenze sulla strada della propria individuazione e crescita affettiva e relazionale.