

Centro Psicoanalitico di Bologna
19/12/2013

NOTE INTRODUTTIVE AL CONCETTO DI SOGGETTIVAZIONE

Nicolino Rossi

Introduzione

Il termine soggettivazione, come tutti quelli ad esso correlati o derivati dal sostantivo soggetto (soggettività, soggettualizzazione, soggettivizzazione, intersoggettività), è entrato a far parte in modo sempre più deciso del linguaggio psicoanalitico a partire dagli anni novanta.

Tuttavia essi non hanno trovato spazio in maniera univoca nella letteratura psicoanalitica, essendosi affermati soprattutto in quella francese ed in quella nordamericana, anche se l'accezione con cui vengono usati, il modo in cui sono stati integrati nella più generale impalcatura teorica e le implicazioni per la pratica clinica differiscono in modo rilevante.

Nell'affrontare l'argomento, pertanto, può essere utile tenere presenti alcuni punti principali, quali:

- la definizione del concetto e di quelli ad esso correlati, così come l'individuazione dell'area dei fenomeni che ad essi vengono ricondotti;
- le origini e le tappe evolutive fondamentali del processo di soggettivazione lungo il percorso dello sviluppo psichico;
- le manifestazioni cliniche nelle quali tale dimensione è maggiormente coinvolta;
- le implicazioni per la pratica psicoanalitica.

Problemi di definizione

La soggettivazione fa riferimento all'acquisizione della capacità di riconoscersi come un soggetto che sperimenta pensieri, sentimenti ed intenzioni, che entra in rapporto con altri soggetti a loro volta portatori di stati psichici.

Il processo di soggettivazione porta alla progressiva acquisizione del sentimento di essere agente di pensieri, stati affettivi, sentimenti, impulsi e di poterli condividere con altri soggetti; ciò comporta la capacità di dare un senso proprio, soluzioni personali, creative ai conflitti interni e permette di potersi pensare ed interpretare come portatore di una propria specificità, storicamente determinata, in rapporto con gli altri, che vengono allo stesso tempo considerati come dotati di una loro specificità, pur all'interno di una comunanza di funzionamento. E' su tale fondamento che insiste il sentimento dell'identità, che credo comprenda soprattutto le identificazioni

secondarie e comporti l'esperienza di integrazione e persistenza nel tempo di caratteristiche e disposizioni (Russo, 2009).

Se soggettivazione esprime la dimensione processuale di tale condizione psichica, soggettività e soggetto diventano la sua versione sostantivale ed indicano sia la meta o l'esito a cui il processo tende sia l'ente che è sede delle proprietà psichiche che fanno parte della soggettivazione stessa. Questa puntualizzazione, che può a ragione apparire superflua e ridondante, mi sembra tuttavia opportuna per due ordini di motivi: uno, di carattere più generale, legato alla problematicità, sempre presente quando si scrive e si legge di psicoanalisi, relativa alla denominazione di un fatto clinico o di un costrutto teorico, ovvero del che cosa vuole intendere quella parola; l'altro, più specificamente inerente al tema in questione, imposto dall'uso prevalente che di tali costrutti viene fatto in differenti culture psicoanalitiche, con conseguenti implicazioni sul piano teorico e clinico di rilevante portata. E così, mentre nella psicoanalisi nord-americana, maggiormente interessata alla dinamica interattiva sia sul piano clinico che su quello della ricerca empirica, è stato privilegiato il concetto di soggettività, soprattutto nella versione di intersoggettività, in quella francese, più attenta alla dimensione processuale, soprattutto in relazione al trattamento degli adolescenti, è prevalente o direi esclusivo quello di soggettivazione, al punto che tutti noi, parlando di soggettivazione pensiamo immediatamente a particolari referenti bibliografici mentre, se parliamo di soggettività, andiamo con la mente immediatamente in altri contesti teorici.

Sappiamo che la psicoanalisi si è occupata soprattutto degli oggetti, anche quando parlava di soggetti. In una sintetica e schematica panoramica dell'evoluzione della nostra teoria si può affermare che siamo passati da un modello pulsionale, in cui la pulsione cerca l'appagamento, a quello relazionale, in cui la pulsione cerca l'oggetto (è del 1941 il manifesto di Fairbairn: "lo scopo finale della libido è l'oggetto", 56), con tutte le vicende teorico cliniche e le diverse forme in cui la teoria delle relazioni oggettuali si è declinata, a quella intersoggettiva, in cui c'è un soggetto che ricerca un altro soggetto (Mitchell, 2002).

Se la svolta relazionale ha messo al centro del funzionamento psichico la relazione sé-altro, intesa come configurazione interpersonale ed intrapsichica, sia nel versante reale che in quello fantasmatico, l'attenzione alla dimensione soggettiva ed intersoggettiva ha sottolineato un ulteriore livello di complessità, chiamando in causa la intenzionalità dell'individuo, anche nella sua componente autoriflessiva, e l'esigenza di ogni essere umano di essere riconosciuto dall'altro nella sua specifica soggettività. Un cambiamento che ha progressivamente interessato non solo la concettualizzazione dell'apparato psichico e delle vicende relazionali che accompagnano la crescita dell'individuo, ma anche la pratica psicoanalitica, nella quale i fondamentali principi della tecnica e della teoria del cambiamento (importanza e ruolo della neutralità, dell'astinenza, dell'interpretazione) hanno dovuto progressivamente confrontarsi con nuovi approcci che davano maggiore risalto alle modalità ed alle forme dell'interazione in cui è coinvolta la coppia analitica a livello inconscio e conscio.

A rendere ragione di un tale passaggio, che pone al posto degli oggetti i soggetti, vi è stata la constatazione, sempre più documentata e condivisa, che la vita psichica ha bisogno non solo dell'altro per realizzarsi ed evolvere, ma anche che l'altro sia riconosciuto come soggetto; dunque ciascuno ha bisogno di essere riconosciuto e confermato nella propria soggettività in uno scambio reciproco che comporta il riconoscimento della soggettività altrui (Benjamin, 1980).

Una tale prospettiva nella lettura della vita psichica ha trovato sostegno in osservazioni fatte sia in ambito clinico che in quello della ricerca empirica.

A livello clinico l'incontro con particolari disturbi psicologici, che si rivelavano sia non pienamente spiegabili secondo i modelli esplicativi abitualmente usati sia refrattari al cambiamento utilizzando la tecnica classica, ha portato ad esplorare l'utilità ed anche la necessità di modificazioni tecniche che coinvolgevano soprattutto una maggiore flessibilità del setting e un più diretto coinvolgimento dell'analista nello scambio con il paziente (Ponsi, 1999).

A livello osservativo è stata messa in evidenza in modo indubitabile la fondamentale importanza svolta dallo scambio attivo, e gravido di significati soggettivi, tra la madre ed il bambino nel promuovere e facilitare lo sviluppo psichico di quest'ultimo (Carli e Rodini, 2008; Riva Crugnola, 2007); le ricerche in questo ambito, che si collocano nella più vasta area della ricerca infantile sul primo sviluppo psichico, cognitivo ed affettivo, confermava e dava sostegno sia alle ipotesi esplicative di particolari disturbi sia all'utilizzo di una tecnica terapeutica più interattiva.

D'altra parte il lavoro clinico con gli adolescenti mostrava che gli ostacoli al passaggio ad un funzionamento più maturo ed adulto e le caratteristiche che lo definiscono in modo più adeguato non sono sufficientemente spiegabili ricorrendo ai costrutti psicoanalitici di tipo strutturale, ma presuppongono la conquista di una particolare capacità complessiva che si esprime come consapevolezza di sé e dell'altro in quanto soggetti (Cahn, 2000).

All'origine della riflessione teorica e clinica sulla soggettivazione si ritrovano, pertanto, alcuni punti di riferimento fondamentali costituiti da:

- La tradizione nordamericana, che si articola nei contributi legati alla a) prospettiva intersoggettiva, sviluppatasi più decisamente nella prassi clinica, le cui origini vanno fatte risalire al pensiero di autori come Kohut e Sullivan (Orange et al., 1999) ed alla b) *infant research*, come esplorazione empirica della nascita e delle trasformazioni della vita psichica nel bambino all'interno della trama relazionale, a partire dalle iniziali forme di intersoggettività primaria, che coinvolge attivamente ed in uno scambio reciproco sia il bambino che le figure con cui interagisce, in primo luogo la madre; a livello clinico questa prospettiva si è incarnata nel lavoro del gruppo dei ricercatori di Boston (il BPCSG, 2012). In linea con questa posizione credo si collochi il lavoro clinico e di ricerca condotto in Inghilterra da Fonagy e collaboratori, il cui costrutto di funzione riflessiva, o mentalizzazione, si riferisce alla capacità di leggere, di riflettere e dare senso ai propri stati psichici ed a quelli altrui, una

capacità che si acquisisce attraverso l'esperienza di essere stato a propria volta compreso dalla mente di un altro (Fonagy et al., 2005; Allen e Fonagy, 2008).

- la psicoanalisi francese o, per essere più precisi, gli autori che hanno fatto della soggettivazione un concetto centrale per la comprensione delle trasformazioni psichiche che intervengono in adolescenza e per caratterizzare gli obiettivi e la specificità del lavoro clinico con questi. In questo contesto il termine soggettualizzazione viene utilizzato per indicare l'insieme delle condizioni, primariamente quelle legate alla disposizione ed ai comportamenti materni, che favoriscono il processo di soggettivazione individuale (Cahn, 2000).

Se nella tradizione nord-americana l'aspetto prevalente è costituito dalla messa in discussione del modello pulsionale e dall'affermazione della dimensione relazionale, e più specificamente del dialogo intersoggettivo, come elemento fondamentale sia per la comprensione dello sviluppo affettivo e delle sue alterazioni sia per la conduzione di un efficace lavoro psicoterapeutico, negli autori francesi è presente l'esigenza di integrare la lettura dei fenomeni psichici nell'ottica della soggettivazione all'interno del modello pulsionale (l'investimento pulsionale dell'oggetto è sempre presente, sia da parte del bambino sia da parte della madre) e, più in generale, degli assunti della seconda topica freudiana, i cui principi, tuttavia, vengono considerati insufficienti e bisognosi di essere ampliati ed arricchiti per riuscire a rendere ragione di certi fenomeni psicodinamici, come quelli legati alla soggettivazione (Cahn, 2010; Richard e Wainrib, 2008).

In Italia la prospettiva soggettiva, qui genericamente intesa, e la terminologia ad essa correlata non hanno trovato aperto accoglimento se non in alcuni contributi di valutazione critica, nel senso buono del termine, delle posizioni che si andavano affermando aldilà dell'oceano, anche se i fermenti culturali, le ipotesi teoriche prospettate e le implicazioni cliniche conseguenti hanno permeato in modo significativo il nostro pensiero psicoanalitico, per quanto in una forma propria e con un linguaggio peculiare, come sembrano indicare i vari contributi dedicati a *l'analista come persona*, (Rivista di Psicoanalisi, 2003) che affrontano tali problematiche, ma utilizzando una denominazione, quella di persona, che sembra voler evitare confusioni e sovrapposizioni con le posizioni statunitensi.

Va tuttavia ricordato che la prospettiva della soggettivazione trova nell'opera di Winnicott un punto di riferimento ineludibile e centrale, sia sul piano teorico che clinico.

Nascita ed evoluzione della soggettività

Il processo di soggettivazione si sviluppa fin dai primi mesi di vita, all'interno dello scambio affettivo che coinvolge il bambino e chi si prende cura di lui, e va incontro a trasformazioni verso forme sempre più complesse, stabili ed integrate nei periodi evolutivi successivi, in particolare durante la fase edipica e quella adolescenziale. Tuttavia, anche per il processo di soggettivazione vale quanto è stato acquisito come una proprietà di altre funzioni psichiche, vale a dire che va considerato come un

percorso continuo e mai definitivamente completato, soggetto ad evenienze di perdita, più o meno parziali e temporanee, di fronte a particolari esperienze di vita o a momenti di trasformazione psichica, così come a recuperi ed alla conquista di livelli di funzionamento più evoluti. Nelle diverse forme di psicopatologia tale processo può essere più o meno ostacolato e compromesso ed è compito del trattamento psicoanalitico, soprattutto attraverso la comprensione delle vicende relazionali che coinvolgono il paziente e lo psicoanalista, favorirne la ripresa o il passaggio a forme più mature o ampliarne il dominio rispetto alle diverse componenti della realtà psichica.

Tuttavia in esso si possono individuare alcuni momenti significativi che riguardano la sua iniziale apparizione nella vita psichica e di relazione del bambino, il suo consolidamento nel corso della seconda infanzia ed il raggiungimento della sua forma più completa nel corso dell'adolescenza.

Anche se i dati osservativi hanno messo in evidenza che i bambini si pongono fin dall'inizio in un attivo rapporto di scambio con le persone con cui entra in contatto ed alcuni autori sostengono che essi sono in grado di attribuire stati mentali all'altro molto precocemente, più realisticamente sembra si possa collocare intorno agli 8 mesi di vita l'emergere di una prima forma stabile e ben riconoscibile di soggettività, intesa come capacità di riconoscimento di stati mentali propri ed altrui (Carli e Rodini, 2008; Fonagy et al. 2005; Stern, 1985). In questo momento si cominciano a condividere i mondi interni, possono essere apprezzate sintonie affettive o viene subita la loro mancanza. C'è una sostanziale unanime condivisione nel riconoscere che a permettere l'avvio ed il progredire del processo di soggettivazione sia la presenza di un oggetto soggettualizzante in grado di mettere a disposizione del bambino tutte quelle funzioni messe in luce dai vari autori, primariamente quelle individuate e descritte da Winnicott, tra le quali lo sguardo materno rispecchiante occupa un posto centrale (Russo, 2009; Winnicott, 1971).

Un successivo momento cruciale del processo di soggettivazione è legato alla fase edipica, le cui vicende diventano la condizione di un completamento e sostanziale consolidamento di quello già raggiunto nei periodi precedenti. Mi riferisco al passaggio alla triangolarità come momento evolutivo indispensabile per lo stabilizzarsi della esperienza della separatezza e per la realizzazione piena della soggettività propria ed altrui. Credo che la rilettura della configurazione edipica in termini spaziali operata da Britton (2000, 2006) fornisca una prospettiva illuminante a questo proposito. In questa chiave di lettura il bambino che accede alla triangolazione edipica viene ad occupare una terza posizione che lo mette in condizioni di osservare la coppia genitoriale, dalla quale, a sua volta, può sentirsi osservato e pensato. L'autore definisce spazio triangolare questa conquistata libertà mentale che permette di osservare le interazioni ed osservarsi nella interazione e di prendere in considerazione i punti di vista altrui ed il proprio senza sentirsi obbligato a rinunciarvi. Nella prospettiva della soggettivazione, dunque, è con la risoluzione della fase edipica che si raggiunge la capacità, quando le esperienze precedenti si sono svolte in modo sufficientemente buono, di rappresentarsi la mente dell'altro, dei

genitori, mentre si è fatti oggetto del loro pensiero. Dal punto di vista evolutivo tale condizione corrisponde al raggiungimento da parte del bambino, solo a partire dai 3-4 anni, di una teoria della mente più evoluta, in grado di considerare non solo i desideri ma anche le credenze altrui e di valutarne anche la falsità o veridicità, così come viene mostrato dalle ricerche sulla falsa credenza (Camaioni, 2002; Fonagy et al., 2005). La triangolarità, dunque, esponendo a condizioni di accoppiamenti di corpi e di menti che possono includere od escludere, diventa l'esperienza cruciale di rielaborazione, ampliamento e consolidamento della capacità rappresentativa estesa anche alla soggettività dell'altro.

Il terzo momento significativo, e per certi versi conclusivo, del percorso di soggettivazione è quello adolescenziale. E' noto che l'adolescenza si configura a tutti i livelli, quello cognitivo, pulsionale ed identitario, come il passaggio, favorito dai processi maturativi biologici che l'avviano e l'accompagnano, che sollecita la riapertura delle soluzioni date alle vicende affettive infantili per dare loro un assetto più o meno stabile, anche se potenzialmente non conclusivo. E' proprio in adolescenza che il processo di soggettivazione, come appropriazione soggettiva dell'attività rappresentativa, del corpo e delle pulsioni che vi affondano le radici, raggiunge un suo livello più evoluto e relativamente compiuto e stabile (Campanile, 2003; Cahn, 2000, 2010; Monniello, 2013; Ruggiero, 2011). Per quanto riguarda le identificazioni diventa possibile una loro riorganizzazione con la riconduzione a sé di quelle più autentiche e strutturanti e con l'affrancarsi da quelle alienanti, conseguenza di uno strapotere dell'oggetto all'interno della vita psichica del soggetto.

Sono stati gli autori francesi, primariamente R. Cahn, ad approfondire il processo di soggettivazione soprattutto in relazione all'adolescenza, legando la sua importanza e studiandone le vicende proprio in funzione della comprensione dei cambiamenti adolescenziali e della tecnica e delle finalità del lavoro psicoanalitico rivolto alla cura delle sue alterazioni patologiche.

In sintesi gli aspetti caratterizzanti del costrutto di soggettivazione sono i seguenti:

- 1) La soggettivazione designa il processo che porta alla scoperta, alla appropriazione e riappropriazione soggettiva della realtà psichica, nel senso di una sua estensione ad aree scisse o a quanto viene sperimentato solo a livello di pensiero e come oggettivo;
- 2) Tale processo evolve in ampiezza, complessità e stabilità lungo tutto il percorso evolutivo, trovando tuttavia alcuni momenti centrali nel suo avvio, nel secondo semestre di vita, nel suo stabilizzarsi e consolidamento nella fase edipica e nel raggiungimento di una sua forma più completa ed ampia nel periodo adolescenziale;
- 3) Si tratta di un processo che viene sperimentato a livello conscio e preconsciouso, ma presuppone cambiamenti nella realtà psichica inconscia;
- 4) Investe primariamente l'Io, ma coinvolge in modo trasversale tutte le strutture psichiche;

- 5) Il suo percorso prende avvio all'interno della relazione madre-bambino (matrice relazionale indistinta, intersoggettività primaria) ed è reso possibile dalla presenza di particolari qualità di questa e della figura materna, primariamente la sua partecipazione soggettiva allo scambio, che permettano di svolgere la funzione soggettualizzante, indispensabile per l'avvio e la prima evoluzione del processo di soggettivazione, il quale, tuttavia, continua a procedere nelle fasi successive, fino alla conquista di una capacità autoriflessiva, che si accompagna alla consapevolezza della relatività della propria esperienza soggettiva.

La clinica

Sul piano clinico, limitazioni o distorsioni più o meno estese del processo di soggettivazione si possono presentare all'interno di quadri patologici di diversa gravità e natura, i quali sono, tuttavia, caratterizzati proprio dalle particolari difficoltà che pongono al trattamento psicoanalitico nell'affrontarli. Tali alterazioni diventano più evidenti nelle organizzazioni di tipo borderline, che Cahn (2000) definisce come il limite tra l'accesso alla posizione di soggetto e l'impossibilità a farlo, piuttosto che tra nevrosi e psicosi. L'autore ritiene che in tali patologie alla coppia nevrosi infantile –nevrosi di transfert subentri la mancanza di nevrosi infantile come mancata soggettivazione. Il lavoro analitico si configura come la costruzione di un spazio psichico dove collocare i conflitti e le rappresentazioni, ad opera dell'analista che diventa un agente soggettivante ed aiuta a realizzare una progressiva integrazione ed armonizzazione delle diverse componenti della vita psichica.

Pur nella loro varietà credo che le numerose forme patologiche in cui emerge in modo predominante un disturbo della soggettività possano essere ricondotte a due tipi di funzionamento psichico: quello caratterizzato dal disinvestimento affettivo (si può pensare ai casi severi di autismo o, più in generale, ai funzionamenti di tipo schizoide, alle organizzazioni di personalità che, in apparenza normali, rivelano un adattamento meccanico ed operativo, la tendenza ad instaurare rapporti interpersonali limitati ad un uso strumentale dell'altro, con incapacità di investimenti libidici, come accade in alcune categorie di pazienti psicosomatici, nei normopatici descritti da J. McDougall, nei casi di funzionamento come se o con un falso sé, le modalità relazionali di tipo simbiotico e così via) e quello in cui predominano i meccanismi di scissione e proiettivi, vale a dire quella varietà di disturbi che rientrano nell'area delle organizzazioni borderline della personalità.

Nella prima categoria è facilmente riscontrabile una carenza nel processo di soggettivazione, a vari livelli e diversamente estesa, che si accompagna ad un funzionamento mentale caratterizzato dalla "oggettività", seguendo la terminologia di Britton (2006), una modalità che tende a generalizzare, a guardare le cose dal di fuori o dall'alto e a normalizzare ogni evento od esperienza con attitudine impersonale e piuttosto priva di coinvolgimento emotivo.

Il film "l'Ultima corvée (1973), di Hal Ashby, aldilà di una lettura come metafora dei mutamenti sociali e culturali nella società americana e del suo risvegliarsi dal torpore e dall' assuefazione al potere, costituisce una efficace rappresentazione di un processo di soggettivazione. E' la storia di un marine, Meadows, condannato ad alcuni anni di detenzione in un carcere militare per un furtarello di scarso rilievo, probabilmente dovuto ad un impulso di cleptomania. Il militare si presenta subito come una persona depressa, ma ciò che colpisce non è solo il suo comportamento passivo e rinunciatario, ma un' accettazione delle vicende che lo colpiscono senza coinvolgimento emotivo e con una sorta di fiducia acritica nelle regole, che solo perché presenti diventano giuste e necessarie; una totale mancanza di soggettività, che sorprende i due commilitoni che hanno il compito di condurlo alla prigione a cui è destinato. Questi, Buddusky e Mulhall, due scafati perdigiorno (che possono anche rappresentare una coppia di genitori un po' perversi e disinteressati al bambino), dopo un primo momento in cui pensano di approfittare della missione assegnata, che offre loro l'occasione di andare a spassarsela non appena avranno portato il prigioniero a destinazione, finiscono per coinvolgersi in un compito, per così dire, di iniziazione del loro prigioniero. Il viaggio diventa un itinerario di crescita dello sprovveduto militare che sembra ben rappresentare la conquista di una progressiva soggettivazione: con le esperienze offerte dalle circostanze, ma anche messe a sua disposizione dagli accompagnatori, egli riesce a sviluppare il desiderio sessuale, il piacere della bisboccia, la possibilità di arrabbiarsi e, perfino, il progetto di svignarsela, inizialmente per lui impensabile, e di conseguenza anche per i suoi increduli custodi. Un percorso di soggettivazione, riattivato dal rapporto intersoggettivo con i commilitoni, attraverso il quale si rende possibile anche un doloroso contatto con il passato, che sembra essere stato caratterizzato da trascuratezza e da abbandoni traumatici. L'esperienza condivisa, tra l'altro, genera trasformazioni negli stessi compagni di viaggio, i quali, dal loro modo abituale di affrontare la vita, spavaldo e teso ad un superficiale e non privo di cinismo "carpe diem", sembrano approdare ad un nuovo livello di consapevolezza di tipo depressivo.

La seconda categoria di pazienti sembra caratterizzata da una spiccata "ipersoggettività", nel senso, tuttavia, non di una consapevolezza della propria soggettività o del riconoscimento delle differenze soggettive tra le persone, bensì dello strapotere che la soggettività ha a livello intrapsichico come inconsapevole esperienza dominante, che pretende nell'altro una assoluta sintonia affettiva, la cui mancanza genera quelle reazioni di ribellione e di ansia persecutoria che si possono osservare nelle relazioni reali come nel lavoro psicoanalitico.

Tali funzionamenti mentali, presenti in modo massiccio nelle personalità più disturbate ma molto diffuse in forme più leggere, possono coesistere, nel senso che una modalità può nascondere aspetti di quella opposta a livello più profondo, e rivelano comunque un assetto difensivo, che utilizza meccanismi di dissociazione, di

diniego più o meno esteso della realtà psichica o della sua espulsione all'esterno con il suo controllo maniacale, rivolto alla eliminazione dell'angoscia conseguente a precoci esperienze traumatiche nella relazione diadica con la figura materna e nell'incontro con la situazione triangolare.

Nella prima categoria la relazione primaria è stata verosimilmente caratterizzata da un comportamento materno eccessivamente controllante ed intrusivo, che ha portato il bambino a proteggersi dal contatto con l'oggetto ed a privilegiare precocemente, nel mondo interno e nelle relazioni reali, la figura del terzo (la parte buona scissa dell'oggetto primario o il suo surrogato edipico), con il quale poter mantenere un legame idealizzato, anticipando la triangolazione edipica, per quanto con finalità difensiva e non certo come conquista di un più evoluto livello maturativo. Tale configurazione sembra correlabile con quel funzionamento di tipo oggettivo che istituisce una specie di zona franca, protettiva nei confronti di uno scambio diadico eccessivamente invasivo. Nella seconda categoria ad essere intollerabile è stato proprio l'incontro prematuro con il terzo, verosimilmente imposto troppo precocemente, in una fase che doveva essere ancora occupata da un esclusivo scambio diadico; un terzo che viene ora individuato sensibilmente in tutte le condizioni che ne possono richiamare la presenza ed allontanato con forza dalla scena inconscia come nella realtà; ciò al fine di evitare l'angoscia che si ripropone di fronte alle situazioni che evocano nuovamente il trauma originario legato alla mancanza di un oggetto disponibile, vitale e affidabile. In entrambi i casi il processo di soggettivazione è stato comunque compromesso dalla mancanza di un adeguato contributo di soggettività da parte dell'oggetto primario.

Il trattamento delle coppie si configura come un setting privilegiato, permettendo l'osservazione della relazione da un punto di vista esterno, terzo; allo stesso tempo la presenza del terzo permette di cogliere nei movimenti transferali di ciascuno, non solo verso il proprio partner e verso l'analista, ma anche verso la coppia costituita dall'analista e dal partner, l'intreccio delle sottili dinamiche diadiche e triangolari che sono sempre all'opera contemporaneamente. La situazione edipica è sempre presente fin dall'inizio, anche quando la coppia passa molto tempo ad interagire in modo conflittuale come se l'analista non esistesse. In relazione alle caratteristiche psicodinamiche prima ricordate è molto diffusa una configurazione di coppia caratterizzata da un partner, di solito colui che ha promosso l'incontro, che mostra subito un transfert positivo verso il terapeuta, coinvolgendolo in una fantasia di intesa sintonica, e dall'altro che vede con sospetto la presenza del terzo. Si animano pertanto due fantasie, una che tende a coinvolgere il terzo nella relazione di coppia, come una presenza che può fare da ponte ed unire, e l'altra che vede il terzo come un intruso che disturba la relazione, alimentando la frattura e le incomprensioni, con sentimenti di gelosia ("si parla solo qua", "questi incontri ci stanno allontanando"). In realtà ad un livello più profondo ciascuno teme la presenza del terapeuta come terzo e tende ad inglobarlo in una relazione privilegiata di natura diadica, con modalità più aperta da parte del partner del primo tipo, in modo nascosto ed in una fantasia segreta di accoppiamento, da parte dell'altro, al punto che nel corso del trattamento queste

disposizioni possono capovolgersi. Questa configurazione finisce per coincidere con le due modalità insicure descritte nella teoria dell'attaccamento come polarità insicuro-ambivalente ed insicuro-evitante. Il partner del primo tipo, dominante in seduta, lamenta abitualmente con forza e con modalità esteriorizzanti, a volte anche drammatiche e verbalmente violente, la mancanza di amore, di desiderio e di intesa nel proprio coniuge; l'altro, più silenzioso e scarsamente attivo in seduta, cerca di addurre ragioni di carattere razionale, di buon senso ed obiettive a difesa delle proprie posizioni e denuncia la componente più o meno dispotica delle richieste del coniuge che l'obbligano a subire il suo desiderio.

Esempio clinico

La soggettività dell'analista

La soggettività dell'analista ha costituito uno dei temi maggiormente dibattuti in ambito psicoanalitico negli ultimi decenni, legandosi e confondendosi con il problema del controtransfert. A chiamare con forza all'interno della scena analitica anche la persona dell'analista è stato soprattutto il problema clinico posto dal trattamento dei pazienti prima ricordati, soprattutto quelli dell'area borderline, per la potenza con cui invadono la scena analitica, ma anche quelli intrappolati in un guscio di tipo schizoide, per la refrattarietà a farsi toccare dal lavoro analitico. Sono i pazienti i cui problemi e disturbi non si collocano nell'area del conflitto infantile e del transfert (i bei pazienti di una volta!), ma sono riconducibili alla mancata conquista di una più o meno riuscita soggettivazione. Nel trattamento i loro bisogni e le loro angosce non si esprimono in conflitti e non informano le disposizioni transferali suscettibili all'intervento interpretativo, ma vengono spostati sul confine della relazione analitica, nel luogo di scambio tra paziente ed analista, imponendo il coinvolgimento dell'analista nella relazione analitica: l'azione della cura prevede primariamente la formazione di uno spazio interno nella psiche del paziente e confini più definiti ed affidabili, che possa facilitare la nascita o la ripresa del processo di soggettivazione nel paziente; una funzione soggettualizzante che si gioca primariamente a livello di setting: "ciò che si è giocato con l'oggetto soggettualizzante - in questo tempo precedente a ogni possibilità di rimemorazione, di simbolizzazione - non può dunque essere (re)suscitato, ripetuto, che a livello della cornice e/o negli spazi più oscuri, più arcaici della relazione transfero-controtransferale, una intersoggettività al di qua di ciò che si gioca nell'intrapsichico, che sia conscio o no" (Cahn, 2008, pg.24). L'autore ritiene che il ruolo che deve svolgere l'analista per poter assolvere alla funzione di oggetto soggettualizzante è l'opposto di quello dell'analista classico; è la percezione reale dell'oggetto soggettualizzante che può correggere gli aspetti negativi della rappresentazione. E' come se il paziente dovesse essere messo progressivamente in condizione di dare un nome ed un significato, o riconoscere e legittimare, a quanto appartiene alle varie componenti del mondo interno (desideri e paure, fantasie, aspetti identitari)

Spesso i colleghi raccontano dell'effetto benefico sortito da un proprio atto mancato, da un lapsus, un enactment, circostanze a volte apprezzate dai pazienti anche se non sempre riconducibili ad una plausibile spiegazione teorica. Credo che questi siano esempi che si possono inquadrare all'interno della prospettiva della soggettivazione. E' come se in tali circostanze al paziente si offra la possibilità di contattare la soggettività dell'analista e di utilizzarla come un indispensabile fattore di nutrimento per l'arricchimento della propria. All'opposto costituiscono causa di ostacolo del processo di soggettivazione o motivo di un rafforzamento del suo blocco quegli elementi del lavoro analitico, appartenenti al comportamento dell'analista o al setting, che si configurano come un ospite esterno, un terzo, le cui funzioni intrinseche non possono essere ancora utilizzate dal paziente, ed allo stesso tempo diventano uno schermo alla soggettività dell'analista, un ostacolo a potervi accedere. Il terzo è una presenza ineludibile e fondamentale per lo sviluppo psichico e per il trattamento analitico ed è presente fin dalle origini nella mente del bambino e della madre, come lo è nell'esperienza psicoanalitica, ma sappiamo anche che la sua presenza può e deve essere intesa anche come solo potenziale, come uno sfondo fantasmatico prima di diventare quella realtà oggettiva e psichica significativa, che conosciamo come la configurazione edipica strutturante per lo sviluppo psichico. Ed ogni anticipazione sulla scena relazionale infantile e clinica della presenza del terzo può diventare un ostacolo alla costruzione della soggettività del paziente, quando questi non può ancora tollerare la presenza. Sul piano evolutivo questo può essere legato a molteplici fattori, che vanno dalla scarsa presenza della soggettività materna (la mente materna occupata da un lutto, da una relazione di coppia e così via) alle richieste di una figura paterna precocemente invasiva e così via. Sul piano clinico le condizioni disturbanti ed intollerabili per il paziente possono essere costituite dalle condotte dell'analista (le interpretazioni offerte) o dalle regole del setting che, nella loro applicazione classica e poco flessibile, non solo non possono essere comprese ed usate dal paziente, ma possono essere incluse nella sua area traumatica come ostacolo al dialogo con la mente dell'analista. Ugualmente il paziente può percepire gli interventi dell'analista come non autentiche, come espressione di un suo dialogo con la teoria che viene sentita come privilegiata a scapito dei propri bisogni, o come l'attuazione di una regola oggettiva insensibile alle sue specifiche esigenze, sentendosi nuovamente esposto alla mancanza di uno scambio intersoggettivo sintonico ed esclusivo.

Esempio clinico

All'opposto i pazienti con caratteristiche riconducibile ad un funzionamento di tipo oggettivante accettano volentieri il setting e gli interventi dell'analista, che sembrano agire, tuttavia, più a livello razionale, come un indottrinamento di natura pedagogica, senza poter essere realmente interiorizzati. Il risultato è che il trattamento analitico, che si svolga con l'accettazione passiva da parte del paziente di quanto accade, e con il rinforzo delle sue difese, o con la ribellione aperta agli interventi interpretativi ed

alle regole del setting, procede senza autentici cambiamenti o va incontro al fallimento.

Si può dire che all'analista tocchi gestire con equilibrio e creatività il rapporto tra la sua partecipazione professionale ed il suo contributo personale, che costituiscono come le due polarità della coppia edipica, secondo un bilancio che è destinato ad assumere proporzioni e forme diverse con i vari tipi dei pazienti e nei vari momenti del percorso analitico, mettendo a disposizione del paziente non solo la sua perizia tecnica e l'assetto che permetta lo svolgimento della cura, ma anche aspetti di sé che vanno dagli atteggiamenti di base, come quelli raccomandati da Winnicott (1962, 213), ai pensieri, alle fantasie, ai collegamenti che aiutino quest'ultimo a costruire un mondo interno ed una storia personale, fino alle reazioni emotive più immediate e più o meno incontrollabili, come quelle dovute all'enactment.

Dunque le esigenze del paziente e l'attenzione dell'analista si incontrano sempre nel delicato crinale tra la problematica diadica e quella edipica, che dialogano in una contrappuntistica alternanza lungo il percorso della cura, che deve barcamenarsi, come tra Scilla e Cariddi, lasciando sullo sfondo la seconda, senza tuttavia mai perderla di vista, per occuparsi della prima e chiamando in causa la seconda, nei modi e nei tempi necessari (a volte anche dopo tempi lunghi ed addirittura in un secondo trattamento), quando la realtà clinica lo richiede.

Intorno a tali difficoltà cliniche si è diffuso negli ultimi decenni un acceso dibattito sulla conduzione del trattamento psicoanalitico e sulle differenze che si sono evidenziate tra gli orientamenti che affermano non solo la ineludibilità, ma anche la necessità di una interazione intersoggettiva in seduta e quelli che sono legati maggiormente alle posizioni classiche della pratica analitica (Ponsi, 1999; Turillazzi Manfredi e Ponsi, 1999).

Nel lavoro clinico il modo di procedere classico e quello legato alla prospettiva della soggettivazione, che vanno tenuti presente nel corso del trattamento o nella stessa seduta, non sono necessariamente in contrapposizione, costituendo due approcci che si completano ed integrano in una pratica analitica che deve essere costantemente attenta ai diversi bisogni del paziente di un analista più presente come figura o come sfondo, come fonte di soggettività o come garante oggettivo, all'interno di un equilibrio delicato, che muta di volta in volta e lungo il percorso analitico; "holding soggettualizzante e interpretazione della relazione oggettuale non solo non costituiscono necessariamente due tempi diversi della cura, essi danno soprattutto luogo a dosaggi che esigono un costante aggiustamento, da un momento all'altro, della cura o anche della seduta", afferma Cahn (2008).

Sul piano teorico, invece, le due prospettive, per quanto entrambe portatrici di una visione in grado di fornire risposte ad alcuni interrogativi e difficoltà posti da specifiche configurazioni psicopatologiche, sono piuttosto diverse. Nella prospettiva della soggettivazione il paradigma terapeutico classico, almeno nella sua declinazione più ortodossa, va incontro ad un significativo ribaltamento e non solo all'introduzione di parametri. Mi chiedo come si possa far coincidere un modello che vede la figura dell'analista come schermo opaco sul quale possano dispiegarsi le proiezioni del

paziente, primariamente quelle transferali, con quello che vuole la soggettività dell'analista come presenza non solo ineludibile (l'irriducibilità di Renik, 1993), ma anche come ingrediente irrinunciabile per il processo di soggettivazione del paziente. E' sempre Cahn che riconosce che il ruolo dell'oggetto soggettualizzante è all'opposto di quello dell'analista classico, in quanto l'effetto trasformativo non è legato all'evidenziazione del fantasma, ma alla percezione reale dell'oggetto soggettualizzante; e continua sottolineando che è proprio attraverso "il transfert di cui è portatore che l'analista deve interpretare l'analisi del transfert che passa per ciò che ne costituisce l'oggetto (2008, p. 26)"; all'opposto, continua l'autore, si hanno analisi-indottrinamento nelle quali le interpretazioni vengono apprese, ma non soggettivate.

In questa prospettiva le differenze teorico-cliniche presenti negli orientamenti psicoanalitici acquistano spessore e le variazioni terminologiche riflettono differenze di contenuto. Negli autori più vicini al modello classico e, più in generale, appartenenti alla tradizione culturale europea, il riconoscimento dell'importanza ed anche della necessità del contributo offerto dalla persona dell'analista alla riuscita del trattamento psicoanalitico avviene sempre all'interno della consapevolezza che la scena analitica, come la mente del bambino, è abitata, dalla configurazione triangolare e che il lavoro clinico deve comunque confrontarsi con la dimensione conflittuale e con l'organizzazione difensiva in cui sono inclusi i bisogni del paziente, le spinte pulsionali e le conseguenze delle esperienze traumatiche subite.

Diversamente la prospettiva intersoggettiva, privilegiando soprattutto la dimensione interattiva o i contributi della *infant research* sulla relazione precoce madre-bambino, è maggiormente focalizzata sullo scambio duale, nella sua dimensione di ricerca di esperienze di intesa e di sintonia o in quella della interattività per certi versi obbligata dal ripetersi delle memorie implicite, e meno attenta alla componente conflittuale, in particolare quella legata alla pulsionalità, sia a livello intrapsichico che all'interno della relazione analitica.

Soggettività, transfert dell'analista e controtransfert

Sono proprio questi fenomeni e queste vicende cliniche che hanno riproposto con forza il problema della definizione, del significato e dell'uso del controtransfert nella pratica clinica, costruito sicuramente diffuso e consolidato nella teoria e nella clinica psicoanalitica, ma anche denominazione ormai così allargata e dai contorni incerti, che nel momento in cui pretende di ricondurre entro i suoi confini tutti i fenomeni che hanno a che fare con la persona dell'analista, rischia di perdere di specificità per quanto riguarda i fenomeni che legittimamente le appartengono e di togliere specificità e rilevanza a quei fenomeni di natura diversa e forse non pienamente riconducibili sotto il suo dominio teorico e clinico.

Il rischio è che si generino confusioni rilevanti, e pericolose, non solo sul piano terminologico, ma anche nel lavoro clinico.

Credo possa essere più utile e rispondente alla realtà clinica concordare con quegli autori che riservano il termine di controtransfert alle risposte dell'analista a movimenti transferali del paziente, discrete e significative, ad onda lunga o limitate nel tempo, più o meno facilmente, o difficilmente, decodificabili, anche se perlopiù a posteriori, che possono svolgere una funzione informativa sul mondo interno del paziente e dell'analista stesso, il quale, comunque, non può non contribuire, più o meno marcatamente, alla propria reazione controtransferale (Turillazzi Manfredi e Ponsi, 1999).

Mi chiedo se non sia anche opportuno differenziare la soggettività dell'analista, intenzionale od inconsciamente determinata, funzionale all'andamento della cura, dalle sue risposte transferali, anche se a queste ed a quelle controtransferali spesso fortemente intrecciata.

Forse non è del tutto superfluo, infine, ribadire che riconoscere sul piano teorico e della pratica terapeutica l'importanza della soggettività per i processi trasformativi non significa accreditare una dimensione simmetrica nella relazione analitica (vedi lo scambio tra Renik e Spillius sul IJP del 2004), né agevolare una sorta di liberismo clinico che autorizza ogni spontaneismo dell'analista, dando legittimità ad agiti ed errori, per quanto inevitabili ed in grado di sortire, a volte, effetti positivi.

Bibliografia

- Allen G. Fonagy P.(2008); La mentalizzazione, Psicopatologia e trattamento. Il Mulino, Bologna (Ed. Or. 2006).
- Bateman A., Fonagy P.(2010). Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione. Raffaello Cortina Editore, Milano, (ed. or. 2006).
- The BCPSG (2012). Il cambiamento in psicoterapia. Raffaello Cortina Editore, Milano, (ed. or. 2010).
- Benjamin J. (1996). Soggetti d'amore. Raffaello Cortina Editore, Milano, (Ed. Or. 1995).
- Britton R. (2000); Il collegamento mancante: la sessualità dei genitori nel complesso edipico. In D. Breen (a cura di) L'enigma dell'identità dei generi (ed. or. 1993); Borla, Roma, pg. 112-130.
- Britton R. (2006); Credenza ed Immaginazione. Borla, Roma (ed. or. 2000).
- Camaioni L., Di Blasio P. (2002); Psicologia dello Sviluppo. Il Mulino, Bologna.
- Campanile P. (2003). Soggettivazione e "costruzione" della preadolescenza. 1, 73-96.
- Cahn R. (2000). L'adolescente nella psicoanalisi. Borla, Roma, Ed. Or. 1998.
- Cahn R.(2008). Origini e destino della soggettivazione. In Richard F. e Wainrib S., op.cit.,p.17-29.
- Cahn R. (2010). Una terza topica per l'adolescenza? AeP Adolescenza e Psicoanalisi, V,1,19-35.
- Carli L., Rodini C., (a cura di) (2008). Le forme di intersoggettività. Raffaello Cortina Editore, Milano.

- Fairbairn W.D. (1985). Studi psicoanalitici sulla personalità. Boringhieri, Torino (ed.or. 1952).
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M., (2005). Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé. Raffaello Cortina Editore, Milano(ed. or. 2002).
- Green A. (2004). Idee per una psicoanalisi contemporanea. Raffaello Cortina Editore, Milano, (Ed. Or. 2002).
- Mitchell S. (2002). Il modello relazionale. Raffaello Cortina Editore, Milano, (Ed. Or. 2000).
- Orange D.M., Atwood R.D., Stolorow R.D. (1999). Intersoggettività e lavoro clinico. Raffaello Cortina Editore, Milano, (Ed. Or. 1997).
- Monniello G. (2013). Processo di soggettualizzazione e principio di realtà in adolescenza. Relazione letta al CPB.
- Ponsi M. (1999). La partecipazione dell'analista: un tema emergente nella psicoanalisi nord-americana. 1,153-170.
- Stern D. (1987). Il mondo interpersonale del bambino. Bollati Boringhieri, Torino, Ed. Or. 1985.
- Renik O. (1993). Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. The psychoanal. Quarterly, LXII, 4, 553-571.
- Renik O. (2004). Intersubjectivity in psychoanalysis. Int. J. Psychoanal.85, 1053-1064.
- Richard F., Wainrib S. (a cura di) (2008). La soggettivazione. Borla, Roma, Ed. Or. 2006.
- Riva Crugnola C. (2007). Il bambino e le sue relazioni. Raffaello Cortina, Milano.
- Ruggiero I. (2011). Corpo strano, corpo estraneo, corpo nemico: itinerari adolescenziali tra corpo, psiche e relazione. Riv. Psicoanal., LVII, 4, 825-847.
- Russo L. (2009), Destini delle Identità. Borla, Roma.
- Turillazzi Manfredi S., Ponsi M. (1999). Transfert-controtransfert e intersoggettività. Contrapposizione o convergenza. Riv. Psicoanal., 4,697-722.
- Winnicott D.W. (1974). Gioco e realtà. Armando, Roma, (ed.or. 1971).
- Winnicott D. W. (1995). Esplorazioni psicoanalitiche. Raffaello Cortina Editore, Milano, (Ed. Or. 1989).

