

Stefano Tugnoli

Patient's pain and analyst's pain: what level of intimacy?

Il dolore del paziente e il dolore dell'analista: quale livello di intimità?

Congresso IPA Buenos Aires 2017

Lo psicoanalista si confronta quotidianamente con la sofferenza dei suoi pazienti ed è convocato a declinare la propria soggettività nella relazione con l'altro, nella cornice di un setting ben definito, con le proprie teorie sullo sfondo e nel complesso gioco dell'esercizio della tecnica al servizio di un'esperienza condivisa e, auspicabilmente, reciprocamente trasformativa. Ovviamente, in quanto essere umano, l'analista non è immune dalla sofferenza emotiva, e, nel corso della sua esperienza professionale, oltre al dolore evocato primariamente dal contatto con i suoi pazienti, potrà incontrare motivi di dolore personale dovuti a vicende di vita: un lutto o la malattia di un familiare, una crisi coniugale o una separazione, un grave problema economico, o qualunque altra circostanza che impatti significativamente sui propri equilibri. Tutte situazioni che non implicano una ferita nel corpo, come nel caso di una malattia fisica, e che, per questo motivo, non sono necessariamente evidenti allo sguardo del paziente.

In queste condizioni come se la cava l'analista con il dolore del suo paziente? Cosa accade nell'intimità della relazione analitica? Quanto e come questa sofferenza del curante incide sulla sua capacità di continuare a funzionare analiticamente?

Non ci sono dubbi sul fatto che la sofferenza dell'analista sia da considerarsi, a pieno titolo, come una variabile cruciale per il processo analitico, e diversi sono i fenomeni che si possono osservare: una accresciuta ricettività alle proiezioni del paziente (Silver, 1982); una maggiore intensità delle reazioni controtransferali (Flax, 2011) che, se non adeguatamente riconosciute e analizzate, irrigidiscono e intensificano le resistenze e le controresistenze, oltre ad alimentare la produzione di enactments (Dewald, 1982); una maggiore difficoltà elaborativa e di contenimento delle angosce del paziente (Flax, 2011; Biondo, 2015); la sollecitazione di proprie fragilità strutturali o la riattivazione di conflitti inconsci e di pattern relazionali problematici che attengono alla propria storia personale (Flax, 2011).

Non sempre e non necessariamente, però, la qualità di lavoro dell'analista viene compromessa dalla sua sofferenza. Anzi, se si conserva la capacità di monitorare il proprio vissuto emotivo e di fare buon uso delle fantasie e dei sentimenti di controtransfert (Colson, 1995), è possibile favorire una maggiore vicinanza emotiva al paziente e ai suoi livelli di funzionamento psichico, approfondire la capacità di ascolto e affinare la sensibilità di risposta al suo dolore (Givelber & Simon, 1981; Shapiro (1985).

La sofferenza personale dell'analista entra in gioco pertanto in modo decisivo rispetto alla comprensione del dolore del paziente e alle modalità con le quali si definisce la relazione, tanto nell'ostacolare quanto nel favorire, a seconda delle circostanze, la qualità dell'ascolto analitico. La ricettività dell'analista nei confronti del portato di sofferenza del paziente può mostrare ampie escursioni di campo: da momenti in cui i "canali di contatto" sembrano occlusi da un pesante stato emotivo, che precede la seduta o che viene attivato dallo stare con il paziente, a momenti nei quali è possibile constatare una maggiore vicinanza empatica e uno scambio proficuo per entrambi.

Un importante aspetto di questo discorso riguarda l'azione riparativa sul dolore dell'analista che può avere l'incontro con il paziente: come è noto da tempo, stare con la sofferenza dei pazienti può contribuire a ridurre la propria, anche considerando il fatto che la disposizione terapeutica dell'analista ha le sue radici profonde nelle più antiche sofferenze personali (Carloni 1982). Diversi sono però i modi in cui questo può accadere,

con diverse implicazioni per la qualità della intimità analitica.

Da un lato il contatto con il paziente può esercitare un effetto lenitivo, analogamente a quanto avviene quando si utilizza una pomata antidolorifica ad azione locale per un disturbo fisico. L'analista, funzionando prevalentemente su un registro narcisistico e anaclitico, più o meno consapevolmente finisce per "utilizzare" la presenza del paziente per contrastare e silenziare, sia pur transitoriamente, il rumore di fondo generato dalle proprie "turbolenze" interne, in assenza però di vera intimità e di una reale efficacia trasformativa.

Altra cosa è considerare un vero e proprio effetto riparativo conseguente ad una relazione più autentica con il paziente, quando prevale un più evoluto livello oggettuale negli investimenti libidici dell'analista. Qui l'effetto andrebbe attribuito ad una interazione profonda e trasformativa tra analista e paziente: quello che, auspicabilmente, dovrebbe poter accadere in ogni vicenda analitica, è alla base anche della possibilità di attivare quote di benessere nell'analista sofferente, proprio in ragione del lavoro clinico.

E' infine importante, se non decisivo, che nell'analisi ci sia spazio anche per il piacere, un piacere che si dimostra necessario per poter soffrire il dolore senza soccombere psichicamente, senza esserne annientati (Lupinacci 2015): è pur vero che l'analisi si propone come modalità di cura del dolore psichico, ma lungo il percorso si dovrebbe poter contemplare anche l'esperienza del piacere, una apertura al piacere del pensiero e della creatività che la relazione analitica dovrebbe poter generare nella coppia "al lavoro".

Per quanto riguarda l'analista, le occorrenze edoniche vivibili nell'incontro con il paziente possono esercitare una preziosa azione di riattivazione e di manutenzione della funzione analitica. Nello specifico della situazione che vede un analista "in sofferenza" per sue criticità di vita, queste quote libidiche possono quindi risultare particolarmente importanti per lo sviluppo di una autentica e profonda intimità con il paziente e nel fornire un contributo significativo alle possibilità elaborative del proprio dolore.

BIBLIOGRAFIA

Biondo D. (2015). *Considerazioni finali: le risposte dell'analista al dolore. Dalla reazione alla elaborazione*. In Lupinacci M.A., Biondo D., Accetti L., Galeota M., Lucattini A., *Il dolore dell'analista*, Astrolabio, Roma, 2015.

Carlioni G. (1982). *Sofferenza psichica e vocazione terapeutica*. In: *La meravigliosa avventura della psicoanalisi*, Guaraldi, Rimini, 2005.

Colson D.B. (1995). *An Analyst's Multiple Losses: Countertransference And Other Reactions*. *Contemp. Psychoanal.*, 31:459.

Dewald P. A. (1982). *Serious illness in the analyst: transference, countertransference, and reality responses*. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 30:347-363.

Flax M. (2011). *A Crisis in the Analyst's Life: Self-Containment, Symbolization, and the Holding Space*. *Psychoanal Q.*, 80:305-336.

Givelber F. and Simon B. (1981). *A death in the life of a therapist and its impact on the therapy*. *Psychiatry*, 44: 141-149.

Lupinacci M.A. (2015). *Il dolore nella vita psichica e nella situazione psicoanalitica*:

introduzione e principi portanti. In Lupinacci M.A., Biondo D., Accetti L., Galeota M., Lucattini A., *Il dolore dell'analista*, Astrolabio, Roma, 2015.

Shapiro R. (1985). *A Case Study: The Terminal Illness and Death of the Analyst's Mother—Its Effect On Her Treatment of a Severely Regressed Patient*. *Mod. Psychoanal.*, 10:31-46.

Silver A.L.S. (1982). *Resuming work with a life-threatening illness*. *Contemp. Psychoanal.*, 18:314-326.