

Note sull'interpretazione Claudio Neri e Raffaella Girelli

Ai fini di ciò che vogliamo esporre è utile immaginare che la nozione di interpretazione possa essere vista come un prisma. Questa immagine, d'altronde, coglie alcuni elementi dell'interpretazione stessa. L'interpretazione – come il prisma fa con la luce – compone e ricomponde. La luce e la parola possono seguire percorsi diversi.

Ognuno dei paragrafi seguenti contiene qualche osservazione relativa ad una faccia del “prisma-interpretazione”, ovvero relativa a quegli aspetti che in base alla nostra esperienza hanno assunto maggiore rilevanza di altri. Il prisma-interpretazione presenta anche altre facce e percorsi, che si sarebbero resi evidenti attraverso una luce diversa.

Contesto

Un primo aspetto che desideriamo chiarire riguarda la necessità di contestualizzare il discorso sull'interpretazione. Riteniamo infatti che sia un'astrazione piuttosto distorta parlare dell'interpretazione come se la risposta dell'analista fosse omogenea con tutti i pazienti, in tutte le situazioni cliniche e momenti dell'analisi.

A volte si tratta di statuire dei punti con precisione, assumendo una posizione di autorevolezza nell'affermazione. In altri momenti, questa posizione è assurda e inutile. Ve ne sono altri ancora in cui è necessario delimitare il campo. E vi sono infine momenti in cui il discorso analitico somiglia piuttosto ad una conversazione.

L'idea d'interpretazione che avvertiamo corrispondente alla nostra pratica è lontana da quella di una “tecnica/procedura standard”, e vicina a quella di un modo di entrare nel discorso da parte dell'analista che prende forma di volta in volta con quel certo paziente.

Dal nostro vertice di analisi, parlare dell'interpretazione significa in primo luogo caratterizzare l'assetto del lavoro analitico.

Paradosso

Il lavoro analitico si caratterizza per due esigenze:

- a) da una parte si tratta di individuare e tornare frequentemente ad esaminare le modalità di relazione del paziente che sono “invarianti” e che gli causano sofferenza;

b) dall'altra, di consentire e seguire il corso delle libere associazioni¹.

Nel momento in cui lo stato d'animo dell'analista è troppo direzionato verso l'ottenere cambiamenti terapeutici, infatti, il processo associativo subisce un qualche arresto (Corrao, 1997, 1997a).

Viceversa, se l'analista non torna frequentemente a mettere in evidenza i cliché, queste modalità invariati, vi è rischio di dispersione e divagazione (Freud, 1911-12). La funzione peculiare del lavoro analitico di trasformazione non può essere attivata assumendo isolatamente uno dei due fattori. Ambedue sono fondamentali e insieme tra loro contraddittori. È quindi necessario tollerare, apprezzare e mettere al lavoro la paradossalità dell'assetto analitico.

Relazione transfert ↔ contro-transfert vs. transiti inconscio ↔ preconsciouso ↔ conscio

Il focus dell'attenzione dell'analista può essere centrato sulla relazione “transfert ↔ contro-transfert”, oppure sui transiti “inconscio ↔ preconsciouso ↔ coscienza” (Bollas, 2003).

Da alcuni decenni, la relazione transfert ↔ contro-transfert ha ricevuto notevole attenzione sul piano clinico e teorico, assumendo un ruolo fondante per il campo analitico. Se questo ha indubbiamente arricchito la prospettiva di analisi in seduta e fuori della seduta, in certi casi si è forse proposta una concezione della stessa relazione un po' troppo allargata (Bezoari, 2002).

A nostro avviso, l'attenzione dell'analista per la relazione transfert ↔ contro-transfert va mantenuta preferenzialmente sullo sfondo, rispetto, invece, alla attenzione che egli rivolge ai transiti “inconscio ↔ preconsciouso ↔ coscienza”. Si tratta di trarre vantaggio dall'interscambio fra i diversi livelli di esperienza, in termini di contatto, flessibilità e vitalizzazione.

Centrare l'interesse sulla relazione tra i tre livelli mette in evidenza la funzione dell'analista come “co-pensatore” (Neri, 1995). Secondo questa prospettiva, nei termini di teoria della tecnica, non si tratta di stabilire quando/come associare (paziente) e quando/come interpretare (analista), ma di creare le condizioni affinché il processo circolare fra associazione e interpretazione (del paziente e dell'analista) possa essere e mantenersi attivo.

Significato

¹ Con la denominazione modalità di relazione “invarianti”, intendiamo quegli schemi di relazione che, più o meno funzionalmente, il paziente adotta nel porsi in rapporto con le figure affettivamente significative.

La decifrazione di significati – un altro aspetto dell’interpretazione – viene da noi concepita come un’attività legata e che segue il pensiero associativo: ascoltando e parlando con il paziente, emergono fantasie, pensieri, intuizioni che riguardano la natura della situazione e dell’emozione relativa.

Il paziente ha sempre molta difficoltà a parlare di sé e dei suoi vissuti. Nel corso di una seduta, egli racconta all’analista (C. Neri) in modo molto dettagliato e preciso che per lavare i piatti è meglio usare l’acqua tiepida invece che quella calda, contrariamente a ciò che si pensa normalmente. Il processo chimico del detersivo è attivo ad una temperatura medio-bassa, se la temperatura dell’acqua è elevata, sulle stoviglie si forma anzi una patina difficile da togliere.

L’analista segue con attenzione, interviene discorsivamente e fa alcune domande sulla questione dei piatti, delle sostanze per pulirli, ecc.

Dopo la seduta, il discorso del paziente ritorna in mente all’analista; gli appare chiaro che le parole del paziente sulla temperatura dell’acqua si riferivano anche a come egli reagiva alle parole dell’analista, quando queste erano troppo calde.

L’analista non ha esplicitato questo pensiero neanche nel corso della seduta successiva. Ne ha però tenuto conto come di un “nodo” da tenere in considerazione nel futuro svolgimento del lavoro analitico.

Monitoraggio

Come sopra accennato, una caratteristica peculiare del dialogo analitico è il monitoraggio da parte dell’analista di “modalità di relazione del paziente che sono invariati”, *cliché*, “nodi” che in tal modo non verranno evitati, ma tenuti nel discorso, quantomeno registrati; non necessariamente forzati attraverso un’interpretazione di significato prematura, bensì appunto registrati.

Questa funzione di monitoraggio si esplica in qualcosa di molto simile a quella che E. M. Izzo definisce interpretazione circolare. Basandosi sul vissuto del paziente rispetto all’intervento interpretativo dell’analista, egli distingue le interpretazioni in lineari e circolari. Le prime sono vissute come un’asettica traduzione di contenuti inconsci, basata su codici teorici, che svelano ciò che il paziente “vorrebbe mettere in comune per giocare e creare insieme”. Le seconde comunicano semplicemente che si sta insieme per “condividere e costruire qualcosa che l’analista tiene per sé, aspettando il momento giusto per lasciarla realizzare al paziente” (2001, p. 274).

Responsabilità

Concentriamo, adesso, maggiormente il nostro discorso su alcune caratteristiche dell’analista al lavoro e sulla sua capacità di ascolto.

Talora emerge nella mente dell’analista la domanda: “Alla fine di questa seduta, che cosa abbiamo concluso?”. Questa domanda solitamente è più rappresentativa del punto di vista dell’analista, che di quello del paziente. Le parole dette dall’analista che si rivelano nel tempo significative per il paziente sono poche e in genere non particolarmente eclatanti nei termini di espressione intellettuale.

È efficace un aneddoto riferito da D. Chianese (1997, p. 64):

“Un paziente in visita al suo analista, dopo qualche anno dalla conclusione della sua analisi: “Sa dottore, se dovessi raccontare a qualcuno cosa abbiamo fatto tutti quegli anni... quattro volte a settimana... cosa abbiamo scoperto, non saprei proprio che dire. Tutte quelle storie... Non si offenda sa, ci ho pensato diverse volte...non mi ricordo praticamente nulla di quei discorsi... Eppure mi ci ero così appassionato e mi sembravano così importanti... Ma ho un buon ricordo di lei, mi ricordo che è stata un’esperienza un po’ speciale, mi ricordo che mi ha aiutato e so anche che la mia vita è cambiata ma non saprei perché”.

Noi riteniamo che l’analista debba assumersi la responsabilità di essere una persona importante per il paziente ed essere quindi consapevole che il fatto che questi gli racconti le sue esperienze assume per lui un carattere significativo e cruciale. Un evento per il fatto stesso di essere raccontato, vissuto, condiviso, acquista valore. Il fatto che l’analista dedichi attenzione alle cose raccontate è già di per sé importante per il paziente.

Permettere che qualcosa emerga secondo le proprie caratteristiche

Per esprimere un’ulteriore proprietà dell’assetto mentale dell’analista al lavoro, ci avvarremo del contributo dei due autori seguenti.

Bion (1970) ha posto l’accento sulla necessità di perdurare in uno stato d’animo, lasciare che uno stato d’animo esista senza cedere all’ansia di dargli un senso o una forma.

F. Bacon (1981) parla della lotta in cui il pittore si deve impegnare, perché il sentire non venga intrappolato in una forma standard, in quella che definisce una immagine illustrativa. Dice Bacon: “[a volte,] prenderesti il pennello e faresti qualsiasi cosa per non ricadere nella formula di un’immagine illustrativa. In quei momenti io sono pronto a tutto: cancello con lo straccio o prendo il pennello e frego via quello che ho appena dipinto, ci passo sopra l’acquaragia, ci dipingo sopra qualcos’altro... Tutto, pur di spezzare l’articolazione razionale dell’immagine, purché cresca spontaneamente, cioè secondo la propria struttura e non quella che io le impongo”.

Uno spazio comune e condiviso

Parte del lavoro di ascolto dell’analista consiste nella apertura di un’area di condivisione fra analista e paziente, in cui incontrarsi, ripetutamente.

Mi viene in mente (C. Neri) che, in certi momenti, si attiva (in me o tra me ed un dato paziente) una sorta di barriera magnetica che tiene a distanza le emozioni. Questa attivazione provoca una reazione nel paziente, che si smarrisce, diviene logorroico o, al contrario, si chiude. Io stesso mi stanco per lo sforzo inconsapevole di tenere attiva la barriera. Se rinuncio momentaneamente a capire e a dare forma a ciò che sta succedendo e mi avvicino, mi sento meglio. Divento più interessato. Accetto con piacere di condividere qualunque discorso e qualunque condizione mentale.

Anche questa maggiore vicinanza, che pure porta sollievo, però, dura poco. Io e la persona con cui sono in rapporto dobbiamo provare ancora e ancora, sino a quando

diventiamo capaci di sopportare maggiormente il coinvolgimento, pur continuando a lavorare come analista e come paziente².

Quando un avvicinamento suscita una risposta anestetica da parte del paziente oppure una sua risposta tempestosa, violenta e contraddittoria che tende a cancellare l'analista come persona che esiste con propri sentimenti e pensieri, non si tratta tanto di avvicinarsi all'area traumatica, ma di creare un'area di condivisione che permetta al paziente di esprimere (con una certa sicurezza) bisogni e fantasie.

Fare scorrere

Un altro aspetto dell'ascolto dell'analista, propedeutico a qualunque intervento e in particolare a quello interpretativo, è quello che potremmo definire capacità di "fare scorrere". Intendiamo dire: fare scorrere il desiderio, il pensiero, le libere associazioni.

□ Il collega che discute con me (C. Neri) alcuni aspetti del suo lavoro, racconta di una giovane donna, che è in analisi con lui, e che è un'esperta cavallerizza. Il trainer della paziente, durante un allenamento, ha messo in evidenza che, quando lei sta per saltare un ostacolo particolarmente alto o largo, tende ad "anticipare"; in altre parole, tende a "dare di gambe" al cavallo troppo presto. Il cavallo che inizia a saltare, partendo da una distanza maggiore del necessario, spesso abbatte l'ostacolo.

Io richiamo l'attenzione del collega su un piccolo momento di sospensione, piacere e calma, che vi potrebbe essere, ma ancora non c'è, prima dell'azione, ed anche tra un'azione ed un'altra.

Il collega capisce al volo: "Ma, questo è quello che fanno i grandi campioni".

Lui stesso è stato campione olimpico di canottaggio. Dopo una palata e prima della successiva (il ritmo può essere di 40 ed anche 60 palate al minuto), i grandi campioni di canottaggio riescono a sospendere attivamente l'azione. Non danno contraccolpi tornando indietro con il carrello. La sospensione dell'azione fa correre velocemente la barca nell'acqua.

Autenticità

Tutti gli aspetti dell'interpretazione che abbiamo cercato di mettere in luce presuppongono autenticità.

Se nella situazione terapeutica non vi è autenticità, ciò che viene detto suona piatto, non riesce a stabilire un contatto affettivo e di conoscenza. Se però l'analista non si fa carico della risposta emotiva ed affettiva della persona che è in rapporto con lui, dicendo la "verità" può causare una ferita.

Dire la verità nuda e cruda può presentarsi come espressione di superiorità morale. Edipo, quando cerca la verità ad ogni costo, mettendo alle strette Tiresia, è arrogante. Arrogante è chi pensa di poter estrarre e possedere la verità.

² L'illustrazione è già stata presentata in Neri (2003).

Dire la verità può essere urticante, non perché viene detta la verità, ma perché non ci si prende cura della sensibilità di chi è lì con noi, come se non fosse rilevante il modo in cui l'altro reagisce alla verità.

Borges illumina un aspetto di questo intreccio, quando scrive: "Prima di curare la ferita, bisogna curare il coltello".

BIBLIOGRAFIA

Bacon F. (1981), *La brutalità delle cose. Conversazioni con David Sylvester*, Fondo Pier Paolo Pasolini, Roma.

Bezoari M. (2002), "La nevrosi di transfert come funzione del campo analitico", *Rivista di psicoanalisi*, XLVIII, pp. 889-905.

Bion W. R. (1970), *Attenzione e interpretazione*, Armando, Roma, 1973.

Bollas C. (2003), *Discussione al Centro di psicoanalisi romano sulla relazione di un caso presentato dalla Dott.ssa Paola Marion*, inedito.

Chianese D. (1997), *Costruzioni e campo analitico*, Borla, Roma.

Corrao F. (1997), *Contributi alla psicoanalisi*, in *Orme*, vol. I, Cortina, Milano.

- (1997a), *Contributi alla psicoanalisi di gruppo*, in *Orme*, vol. II, Cortina, Milano.

Freud S. (1911-12), *Tecnica della psicoanalisi*, in *Opere*, vol. VI, Bollati Boringhieri, Torino, 1967.

Izzo E.M. (2001), "Agire, interpretare, comunicare", *Rivista di psicoanalisi*, XLVII, pp. 265-282.

Neri C. (1995), *Gruppo*, Borla, Roma.

- (2000), *Presentazione* in S. Marinelli, *Sentire. Saggi di psicoanalisi clinica*, Borla, Roma.

- (2003), *Introduzione* in L. Ambrosiano, E. Gaburri, *Ululare con i lupi: conformismo e rêverie*, Bollati Boringhieri, Torino.