
THOMAS H. OGDEN¹

LA PSICOANALISI ONTOLOGICA OVVERO «CHE COSA VUOI ESSERE DA GRANDE?»²

Abstract

The author discusses the differences between what he calls epistemological psychoanalysis (having to do with knowing and understanding), of which Freud and Klein are the main exponents, and ontological psychoanalysis (having to do with being and becoming), of which Winnicott and Bion are the main proponents. Winnicott shifts the focus of psychoanalysis from the symbolic meaning of play to the experience of playing; Bion shifts the focus from the symbolic meaning of dreams to the experience of dreaming in all its forms. Epistemological psychoanalysis is primarily concerned with working toward an understanding of unconscious meaning; in contrast, the goal of ontological psychoanalysis is to allow the patient the experience of creatively discovering meaning for him or herself and, in that state of being, becoming more fully vital.

Keywords: Becoming; Being; Epistemological; Ontological; Understanding

Un amico che era di stanza a Londra come psichiatra dell'esercito americano, durante la Seconda Guerra Mondiale, assisteva regolarmente alle visite di Winnicott nel reparto pediatrico dell'ospedale di Paddington Green. Mi disse che Winnicott poneva la domanda 'Cosa vuoi essere da grande?' a ogni adolescente che vedeva e dava grande importanza alla loro risposta (Ira Carson 1983, comunicazione personale). Si tratta forse della domanda più importante che ognuno di noi si pone dalla più tenera età sino al momento appena prima di morire. Chi vorremmo diventare? Che tipo di persona vogliamo essere? In quali modi non siamo noi stessi? Cos'è che ci impedisce di essere in maggior misura la persona che vorremmo essere? Come possiamo avvicinarci di più alla persona che sentiamo di avere il potenziale e la responsabilità di essere? Queste sono le domande che portano la maggior parte dei pazienti in terapia o in analisi, benché raramente costoro ne siano consapevoli, essendo più preoccupati di trovare un sollievo sintomatico. A volte, l'obiettivo del trattamento è quello di condurre un paziente da uno stato in cui è incapace di formulare tali domande a uno stato in cui ne è capace.

Poiché ho iniziato concentrandomi sulla seconda metà del titolo di questo articolo, mi dedicherò ora alla prima metà – la 'psicoanalisi ontologica' – cercando nel contempo di tenere a mente la domanda: 'Che cosa vuoi essere da grande?'.

1. La psicoanalisi epistemologica e ontologica

- 1 Thomas H. Ogden è analista personale e supervisore presso lo Psychoanalytic Institute of Northern California.
- 2 Originale: TH.H. OGDEN, *Ontological Psychoanalysis or "What Do You Want to Be When You Grow Up?"*, in «The Psychoanalytic Quarterly», 88, 4, 2019, pp. 661-684; copyright © The Psychoanalytic Quarterly; traduzione di Giovanni M. Mulargia su concessione di Taylor & Francis Ltd, <http://www.tandfonline.com> per conto di The Psychoanalytic Quarterly, Inc.; B@bel ringrazia per il permesso.

Nel corso degli ultimi settant'anni, nella teoria e nella pratica della psicoanalisi è avvenuto un cambiamento radicale in modo piuttosto discreto, un cambiamento per il quale, fino a poco tempo fa, non riuscivo a trovare un nome. Questa trasformazione riguarda uno spostamento di enfasi dalla psicoanalisi epistemologica (relativa al conoscere e al comprendere) alla psicoanalisi ontologica (relativa all'essere e al divenire). Considero Freud e Klein come i fondatori di una forma di psicoanalisi che è di natura epistemologica, e considero Winnicott e Bion come coloro che hanno contribuito maggiormente allo sviluppo della psicoanalisi ontologica³. Trovare le parole per descrivere questo movimento nella psicoanalisi ha per me una buona dose di significato personale. Questo articolo è, in un certo senso, un resoconto del movimento nel mio stesso pensiero: da un'attenzione alle relazioni oggettuali interne inconsce, alla lotta nella quale ognuno di noi è impegnato per arrivare a essere, in modo più compiuto, una persona che percepisce la propria esperienza come vitale e reale.

È importante che il lettore tenga presente in tutto questo scritto che non esiste qualcosa come una psicoanalisi ontologica o una psicoanalisi epistemologica in forma pura. Esse coesistono in un rapporto di arricchimento reciproco l'una con l'altra. Sono modi di pensare e di essere – sensibilità, non 'scuole' di pensiero analitico né insiemi di principi analitici o di tecniche analitiche. Quindi c'è molto nell'opera di Freud e Klein che è di natura ontologica, e molto nell'opera di Winnicott e Bion che è di natura epistemologica.

La psicoanalisi epistemologica, per come la intendo io, si riferisce al processo dell'acquisire conoscenza e del giungere alla comprensione del paziente, in particolare alla

3 Sebbene vada oltre lo scopo di questo articolo passare in rassegna il lavoro dei molti pensatori di orientamento analitico che hanno contribuito allo sviluppo dell'aspetto ontologico della psicoanalisi, rimanderò il lettore al lavoro di alcuni di questi autori: M. BALINT, *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*, Routledge, London 1992; E. BERMAN, *Psychoanalysis and life*, in «Psychoanalytic Quarterly», 70, 2001, pp. 35-65; G. CIVITARESE, *The Intimate Room: Theory and Technique of the Analytic Field*, trans. by P. Slotkin, Routledge, London 2010; ID., *Truth as immediacy and unison: A new common ground in psychoanalysis? Commentary on essays addressing "Is truth relevant?"*, in «Psychoanalytic Quarterly», 85, 2016, pp. 449-502; O. ESHEL, *Let it be and become me: notes on containing, identification, and the possibility of being*, in «Contemporary Psychoanalysis», 40, 2004, pp. 323-351; A. FERRO, *Avoiding Emotions, Living Emotions*, trans. by I. Harvey, Routledge, London 2011; J. GREENBERG, *Editor's introduction: is truth relevant?*, in «Psychoanalytic Quarterly», 85, 2016, pp. 269-274; L. GRINBERG, *The closing page of the psychoanalytic treatment of adults and the goals of psychoanalysis: "The search for truth about oneself"*, in «International Journal of Psychoanalysis», 61, 1980, pp. 25-37; J.S. GROSTSTEIN, *Psychoanalytic subjects*, in ID., *Who is the Dreamer who Dreams the Dream? The Analytic Press*, Hillsdale, NJ 2000, pp. 101-142; R.D. LAING, *The Divided Self*, Penguin, London 1960; H. LEVINE, *Psychoanalysis and the problem of truth*, in «Psychoanalytic Quarterly», 85, 2016, pp. 391-410; M. MILNER, *On Not Being Able to Paint*, Routledge, London 1950; H. SEARLES, *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*, International Universities Press, New York 1986; E.V. SEMRAD, M. DAY, *Group psychotherapy*, in «Journal of American Psychoanalytic Association», 14, 1966, pp. 591-618; D.N. STERN et al., *Non interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: the "something more" than interpretation*, in «International Journal of Psychoanalysis», 79, 1998, pp. 903-921; H.S. SULLIVAN, *Schizophrenia as a Human Process*, Norton, New York 1962; O.A. WILL, (1968). *The reluctant patient, the unwanted psychotherapist and coercion*, in «Contemporary Psychoanalysis», 5, 1968, pp. 1-31; P. WILLIAMS, *Isolation*, in «Psychoanalytic Dialogues», 29, 2019, pp. 1-12.

comprensione del mondo interiore inconscio del paziente e della sua relazione con il mondo esterno. Questa comprensione serve a organizzare la propria esperienza in un modo che risulti efficace nell'affrontare i propri problemi emotivi e nel raggiungere il cambiamento psichico. Le interpretazioni dell'analista hanno lo scopo di incanalare la comprensione delle fantasie inconscie del paziente, i desideri, le paure, gli impulsi, i conflitti, le aspirazioni e così via. Come sostengono Laplanche e Pontalis, «l'interpretazione è al centro della dottrina e della tecnica freudiana. Si potrebbe caratterizzare la psicoanalisi con l'interpretazione, cioè con la messa in evidenza del senso latente [di un materiale]»⁴. E proseguono: «L'interpretazione mette in luce le modalità del conflitto difensivo ed è rivolta in ultima analisi al desiderio che viene formulato in ogni produzione dell'inconscio»⁵.

Da una prospettiva simile, Klein⁶ descrive così il suo lavoro con un bambino in analisi:

[...] Il bambino espresse le sue fantasie e ansie principalmente nel gioco, ed io gliene interpretai coerentemente il significato [...]. Fui anche guidata, per tutto il tempo, da altri due principi della psicoanalisi stabiliti da Freud, che fin dall'inizio ha considerato fondamentali: l'esplorazione dell'inconscio è il compito principale del procedimento psicoanalitico e l'analisi del *transfert* è il mezzo per conseguire tale scopo⁷.

L'intervento clinico più importante, da un punto di vista squisitamente epistemologico, è l'interpretazione del *transfert*: l'analista comunica al/paziente la comprensione dei modi in cui percepisce l'analista come se fosse una figura reale o immaginaria della sua infanzia o fanciullezza. «Nel *transfert*, i prototipi infantili riemergono e vengono sperimentati con una forte sensazione di immediatezza»⁸. Fare esperienza del presente come se fosse il passato blocca il cambiamento psichico: costituisce un circuito chiuso che si ripete all'infinito, lasciando poco o nessuno spazio per lo sviluppo di nuove possibilità.

Al contrario, io mi servo del termine psicoanalisi ontologica per riferirmi a una dimensione della psicoanalisi nella quale l'obiettivo primario dell'analista è facilitare gli sforzi del paziente per diventare più pienamente se stesso. Winnicott⁹ descrive concisamente la differenza di prospettiva tra psicoanalisi ontologica ed epistemologica:

[...] Vorrei dire che, per quanto riguarda il suo interesse al gioco, Melanie Klein si

4 J. LAPLANCHE, J.-B. PONTALIS, *Enciclopedia della psicanalisi*, Roma-Bari, Laterza 1981, p. 239.

5 *Ivi*, pp. 238-239.

6 M. KLEIN, *The psycho-analytic play technique: its history and significance*, in Id., *Envy and Gratitude and other works 1946-1963*, Delacorte Press/Seymour Lawrence, New York 1955 (1975), pp. 122-140.

7 M. KLEIN, P. HEIMANN, R. MONEY-KYRLE (a cura di), *Nuove vie della psicoanalisi. Il significato del conflitto infantile nello schema del comportamento dell'adulto*, Milano, Il Saggiatore 1966, pp. 30-31.

8 LAPLANCHE, PONTALIS, *Enciclopedia della psicanalisi*, cit., p. 455.

9 D.W. WINNICOTT, *Playing: A theoretical statement*, in Id., *Playing and Reality*, Basic Books, New York 1971, pp. 38-52.

occupò quasi interamente di come usare il gioco [in quanto forma di simbolizzazione del mondo interiore del bambino] [...]. Questa non è una critica di Melanie Klein, o di altri che hanno descritto l'uso del gioco infantile nella psicoanalisi dei bambini. È semplicemente un commento sulla possibilità che [...] l'analista *sia* sempre stato troppo occupato a utilizzare il contenuto del gioco per poter osservare il bambino che gioca, e a scrivere sul gioco come una cosa a sé. È ovvio che sto facendo una distinzione importante tra i significati del sostantivo 'gioco' e quelli del verbo 'giocare'¹⁰.

Winnicott fa qui una distinzione tra il 'significato simbolico' del gioco e 'lo stato dell'essere' implicato nel gioco. Arrivare alla comprensione del significato simbolico del gioco è il compito della psicoanalisi epistemologica; lavorare in e con lo stato dell'essere coinvolto nel giocare è il compito della psicoanalisi ontologica. Da una prospettiva ontologica:

La psicoterapia ha luogo là dove si sovrappongono due aree di gioco, quella del paziente e quella del terapeuta. [...] Il corollario di ciò è che quando il gioco non è possibile, allora il lavoro svolto dal terapeuta ha come fine il portare il paziente da uno stato in cui non è capace di giocare a uno stato in cui ne è capace¹¹.

Il ruolo dell'analista, così come descritto in questo passaggio (e in tutta l'opera di Winnicott) è molto diverso dal ruolo dell'analista nell'analisi di tipo prevalentemente epistemologico. Laddove nella psicoanalisi epistemologica il ruolo dell'analista consiste principalmente nel trasmettere, sotto forma di interpretazione, la sua comprensione del filo conduttore dello stato di angoscia nel momento presente dell'analisi, in una psicoanalisi prevalentemente ontologica l'analista farebbe meglio ad «aspettare»¹², prima di comunicare la sua comprensione al paziente:

Mi sgomenta pensare alla quantità di cambiamento profondo che io ho impedito o ritardato [...] a causa del mio personale bisogno di interpretare. Se soltanto sappiamo aspettare, il paziente arriva a capire in maniera creativa e con gioia immensa, ed ora io godo di questa gioia più di quanto fossi solito godere della sensazione di essere stato intelligente¹³.

Dal punto di vista della psicoanalisi ontologica, il punto centrale non è la conoscenza raggiunta dal paziente e dall'analista; piuttosto, è l'esperienza del paziente di «arrivare a capire in maniera creativa e con gioia immensa», un'esperienza nella quale il paziente è impegnato soprattutto non nella ricerca dell'auto-comprensione, ma nell'esperire il processo del divenire più pienamente se stesso.

10 WINNICOTT, *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma 2006, p. 73.

11 *Ivi*, p. 71.

12 *Ivi*, p. 140.

13 *Ibidem*.

In uno dei suoi ultimi articoli, *Sogno, fantasia e vita reale*¹⁴, Winnicott giunge a una conclusione che sta al cuore della sua opera e che differenzia il suo approccio da quello della Klein in particolare, e dalla psicoanalisi epistemologica in generale. Per Winnicott, la fantasia inconscia è un circolo vizioso che intrappola nel proprio mondo interiore. Nell'illustrare la parte di un'analisi, egli scrive:

Per me il lavoro di questa seduta ha prodotto un importante risultato. Mi ha insegnato che il fantasticare interferisce con l'azione e con la vita nel mondo reale o esterno, ma molto di più interferisce con l'azione e col sogno e con la realtà psichica personale e interna, nucleo vitale della personalità individuale¹⁵.

Winnicott, quasi di sfuggita, nel suo saggio *Oggetti transizionali e fenomeni transizionali*¹⁶, usa un'espressione che io considero come il procedimento alla base di una psicoanalisi che abbia successo e di ogni altra forma di crescita psichica: noi «facciamo entrare oggetti diversi-da-me nel modello personale»¹⁷. In altre parole, prendiamo qualcosa che non è ancora parte di noi (per esempio, un'esperienza con il/la proprio/a consorte o un amico/un'amica, oppure la lettura di una poesia o l'ascolto di un brano musicale) e lo intrecciamo con chi siamo in una maniera che ci faccia divenire di più di quel che eravamo prima di vivere quell'esperienza, prima di introdurre quell'esperienza nel nostro schema personale. Nello sviluppare l'aspetto ontologico della psicoanalisi, Winnicott sta qui inventando il linguaggio man mano che procede – «far entrare oggetti-diversi-da-me nel modello personale» – un modo di parlare della crescita psichica che non ho mai incontrato altrove.

Quando il paziente o l'analista non sono in grado di impegnarsi nel gioco, l'attenzione dell'analista deve essere diretta a questo problema, perché preclude al paziente e all'analista di 'sperimentare' «la sovrapposizione delle due aree di gioco». Se l'analista non è in grado di impegnarsi nel gioco, deve determinare se la sua incapacità di impegnarsi in questo stato dell'essere (giocare non è semplicemente uno stato mentale, è uno stato dell'essere) non sia un riflesso di ciò che sta accadendo tra lui e il paziente (forse una profonda identificazione con l'assenza di vitalità del paziente) o un riflesso della sua stessa incapacità di impegnarsi genuinamente nel gioco, il che probabilmente richiederebbe che lui tornasse in analisi.

Si potrebbe obiettare che ciò che io chiamo psicoanalisi epistemologica e psicoanalisi ontologica siano semplicemente modi diversi di guardare a una singola impresa analitica. Ci sono, infatti, vaste aree di sovrapposizione tra le due. Ad esempio, l'analista può offrire un'interpretazione formulata con delicatezza, e tempestiva, della paura del paziente che solo uno dei due fra loro – il paziente o l'analista – possa essere uomo in un dato momento, poiché se entrambi fossero uomini allo stesso tempo, entrerebbero

14 Cfr. *ivi*, pp. 55-70.

15 *Ivi*, p. 63.

16 Cfr. *ivi*, pp. 19-53.

17 *Ivi*, p. 22.

inevitabilmente in una battaglia fino alla morte di uno dei due. Il risultato di una tale comprensione può non essere semplicemente una maggiore conoscenza di sé da parte del paziente, ma, cosa altrettanto importante, un maggiore senso di libertà di essere se stesso come uomo adulto.

Non è difficile trovare un pensiero ontologico nel lavoro di Freud e Klein. Prendiamo, per esempio, l'idea di Freud¹⁸ (1923) secondo cui l'analista cerca di «evitare possibilmente la meditazione e la formulazione di aspettative coscienti, [...] senza volersi fissare particolarmente nella memoria alcunché di quello che *ode*, onde cogliere così l'inconscio del paziente con il suo stesso inconscio»¹⁹. «Si stia ad ascoltare e non ci si preoccupi di tenere a mente alcunché»²⁰. «Semplicemente [...] ascoltare»²¹ è uno stato dell'essere, un modo di essere con il paziente.

Rappresentativa del pensiero ontologico di Freud è anche la sua famosa dichiarazione: «*Wo Es war, soll Ich werden*»: «Dove era l'Es, deve subentrare l'Io»²². Ciò che era stato esperito come altro da se stessi («l'esso») viene incorporato nel proprio essere (chi sono, chi «sarò», chi sto diventando).

Nonostante la sovrapposizione e l'interazione delle dimensioni epistemologica e ontologica della psicoanalisi, e nonostante il fatto che nessuna delle due esista mai in forma pura, mi sembra che ci siano molte esperienze nel corso di un'analisi che sono di natura prevalentemente epistemologica o ontologica. A mio avviso, questi due aspetti della psicoanalisi implicano modalità molto diverse di azione terapeutica.

L'azione terapeutica che caratterizza la dimensione epistemologica della psicoanalisi comporta che si arrivi a comprendere pensieri, sentimenti ed esperienze corporee precedentemente inconsci, aiutando il paziente a raggiungere il cambiamento psichico. Al contrario, l'azione terapeutica che caratterizza la psicoanalisi ontologica consiste nel fornire un contesto interpersonale dove prendano vita, nella relazione analitica, forme di esperienza e stati dell'essere che prima erano inimmaginabili per il paziente (ad esempio, gli stati dell'essere coinvolti nello 'sperimentare' oggetti e fenomeni transizionali²³ e nello 'sperimentare' la comunicazione silenziosa nel nucleo del sé)²⁴.

18 S. FREUD, *Two encyclopaedia articles*, in *Standard Edition of Complete Works*, transl. by J. Strachey, Hogarth Press, London 1923, vol. 18.

19 ID., *Opere 9: L'io e l'es e altri scritti (1917-1923)*, Boringhieri, Torino 1980, p. 443.

20 ID., *Opere 6: Casi clinici e altri scritti (1909-1912)*, Boringhieri, Torino 1980, p. 533.

21 *Ivi*, pp. 532-533.

22 ID., *Opere 11: L'uomo Mosè e la religione monoteistica e altri scritti (1930-1938)*, Torino, Boringhieri 1980, p. 190. Freud (FREUD, *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*, in *Standard Edition of Complete Works*, cit., 1926, vol. 20) era esplicito nelle sue istruzioni di non usare «altisonanti termini greci» nella traduzione dei concetti psicoanalitici, e invece «restare in contatto col modo di pensare popolare» (FREUD, *Opere 10: Inibizione, sintomo e angoscia e altri scritti (1924-1929)*, Boringhieri, Torino 1980, pp. 362-363). Così *Das Ich* è meglio tradotto in inglese con 'the I' e 'the It'.

23 WINNICOTT, *Transitional objects and transitional phenomena*. In ID., *Playing and Reality*, cit., pp. 1-25.

24 Cfr. ID., *Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites*, in ID., *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, International Universities Press, New York 1963 (1965), pp. 179-192. Va oltre lo scopo di questo articolo confrontare ciò che chiamo la dimensione ontologica della psicoanalisi e l'insieme piuttosto vario di idee raggruppate sotto l'etichetta generale di 'psicoanalisi esistenziale'. Gran parte della psicoanalisi esistenziale riguarda la consapevolezza

2. *Essere vivi, sentire tutto il senso del reale*

Cercherò ora di esporre più in dettaglio ciò che ho in mente quando mi riferisco alla pratica della psicoanalisi ontologica. Mi concentrerò prima sul lavoro di Winnicott e poi su quello di Bion.

In quasi tutti i suoi scritti, Winnicott introduce e descrive stati dell'essere non riconosciuti in precedenza dalla letteratura analitica: ad esempio, lo stato di «continuare a essere»²⁵, un'espressione che è interamente verbale (sostantivo verbale) e priva di un soggetto, catturando così qualcosa di un primissimo stato dell'essere senza soggetto; lo stato dell'essere implicato nel fatto che la madre sopravvive mentre viene 'distrutta' dal bambino²⁶; e lo stato dell'essere relativo alla «preoccupazione materna primaria»²⁷.

Forse il contributo più significativo di Winnicott alla psicoanalisi ontologica è il suo concetto di «oggetti e fenomeni transizionali»²⁸, che egli descrive come:

[...] Un'area intermedia di *esperienza* a cui contribuiscono la realtà interna e la vita esterna. È un'area che non viene messa in dubbio, poiché nessuno la rivendica se non per il fatto che esisterà come posto-di-riposo per l'individuo impegnato nel perpetuo compito umano di mantenere separate, e tuttavia correlate, la realtà interna e la realtà esterna²⁹.

La capacità del neonato o del bambino di sviluppare uno «stato di essere»³⁰ legato all'esperienza di oggetti e fenomeni transizionali richiede un corrispondente stato dell'essere da parte della madre (o dell'analista) in cui:

Dell'oggetto transizionale si può dire che vi sia una intesa tra noi e il bambino sul fatto che noi non porremo mai la domanda: 'Hai concepito tu questo [l'oggetto] o si è presentato a te dal di fuori?'. Il fatto importante è che non ci aspetta nessuna decisione su questo punto. La domanda non va formulata³¹.

cosciente, l'intenzionalità, la libertà e la responsabilità, che sono viste come inestricabilmente legate (il che mina i concetti freudiani relativi alle pressioni inconscie e alle limitazioni della libertà). I fautori principali della psicoanalisi esistenziale includono Ludwig Binswanger, Victor Frankl, Rollo May, Otto Rank e Jean-Paul Sartre. Non mi occuperò neanche dei fondamenti filosofici dell'ontologia e dell'epistemologia. Mi limito a un collegamento generale della prima con l'essere e il divenire, e della seconda con l'acquisizione di conoscenza e comprensione.

25 Id., *Dalla pediatria alla psicoanalisi. Scritti scelti*, Firenze, Martinelli 1975, p. 293.

26 Id., *The use of an object and relating through identifications* (1969), in Id., *Playing and Reality*, cit., pp. 86-94.

27 Id., *Primary maternal preoccupation*, in Id., *Through Paediatrics to Psychoanalysis*, Basic Books, New York 1956 (1958), pp. 300-305.

28 Id., *Transitional objects and transitional phenomena*, cit..

29 Id., *Gioco e realtà*, cit., p. 21.

30 *Ivi*, p. 38.

31 *Ivi*, p. 35.

Lo stato d'essere alla base dei fenomeni di transizione è di natura paradossale:

L'infante, quando è sano, crea ciò che di fatto gli sta attorno aspettando di essere scoperto. Ma, quando l'infante è sano, *l'oggetto viene creato, non scoperto*. [...] Questo dev'essere accettato come un paradosso, e non c'è bisogno di ricorrere ad abili riformulazioni che sembrino eliminare tale paradosso [corsivo dell'autore]³².

Questo stato dell'essere è alla base della «intensa esperienza che appartiene alle arti, alla religione, al vivere immaginativo [...]»³³. (Quando Winnicott parla della relazione madre-figlio, la utilizza come una metafora che non comprende solo la relazione madre-figlio, ma anche la relazione analista-paziente e ogni altra relazione significativa vissuta da neonati, bambini e adulti).

Tra i contributi maggiori di Winnicott alla psicoanalisi ontologica spicca anche la sua concezione dello stato d'essere che si trova al cuore del sé:

Il Sé centrale non-comunicante, immune per sempre dal principio di realtà [immune dal bisogno di rispondere a qualsiasi cosa esterna al sé], e silenzioso per sempre. Qui la comunicazione non è non-verbale; è assolutamente personale, come la musica delle sfere; essa rientra nell'esser vivo. E, nello stato di salute, è da questo che sorge naturalmente la comunicazione³⁴.

Questo stato dell'essere che si trova al centro del sé costituisce un mistero impenetrabile (assolutamente inconoscibile), che è la fonte sia della comunicazione autentica che del silenzio assoluto. Il silenzio al cuore del sé non è di natura verbale, ma ciò che rende lo stato dell'essere al centro di noi inimmaginabile è il fatto che esso sia anche «non non-verbale». Il silenzio che non è né verbale né non-verbale è al di là della comprensione umana. «Come la musica delle sfere, è assolutamente personale». La metafora della musica delle sfere deriva dalla concezione pitagorica del quinto secolo a.C. della musica prodotta dal movimento dei corpi celesti, una musica di perfetta armonia, ma inudibile dall'uomo. Non c'è modo migliore di descrivere il segreto inconcepibile che ognuno di noi conserva al cuore del proprio essere, un segreto che è «assolutamente personale [...]»; rientra nell'esser vivo».

3. I contributi di Bion alla psicoanalisi ontologica

Secondo la mia lettura dell'opera di Bion considerata nella sua interezza, egli è principalmente un pensatore ontologico. Così come Winnicott ha spostato il focus dell'analisi dal gioco al giocare, Bion ha spostato il focus analitico dalla comprensione dei sogni

32 Id., *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando Editore, Roma 1970, p. 233.

33 Id., *Gioco e realtà*, cit., p. 38.

34 Id., *Sviluppo affettivo e ambiente*, cit., p. 248.

all'esperienza del sognare (che, per Bion, è sinonimo di svolgere un lavoro psicologico inconscio)³⁵.

Bion insiste sul fatto che, come psicoanalisti, dobbiamo liberarci del desiderio di comprendere e impegnarci invece il più possibile nell'«esperienza di essere» con il paziente. Dobbiamo «coltivare con cura la *nostra* capacità di evitare la memoria»³⁶, perché la memoria è ciò che pensiamo di sapere sulla base di ciò che non esiste più e non è più conoscibile. E non dobbiamo aspirare a «desideri rispetto a “cure”, risultati e nemmeno comprensione»³⁷. La memoria di ciò che pensiamo di conoscere e il desiderio di comprendere ciò che non è ancora avvenuto (di conseguenza inconoscibile) sono entrambi «un ostacolo all'intuito dello psicoanalista nei confronti della realtà [di ciò che sta avvenendo *nel momento presente* di una seduta] con la quale egli deve essere unito»³⁸. Questo è il marchio del pensiero ontologico di Bion: l'essere ha soppiantato il comprendere; l'analista non arriva a conoscere, capire, comprendere o ad afferrare la realtà di ciò che sta accadendo in seduta: lo «intuisce», egli «diviene un tutt'uno» con esso, è pienamente presente nell'«esperire» il momento presente.

Anche la concezione di Bion della «*rêverie*»³⁹ riflette la sua inclinazione ontologica. La *rêverie* (sognare da svegli) è uno stato dell'essere che implica rendersi inconsciamente ricettivi a sperimentare ciò che è talmente inquietante per il paziente (o il bambino) che egli non è in grado di «sognare» (di svolgere un lavoro psicologico inconscio con) l'esperienza. Le *rêverie* dell'analista (o della madre), i sogni ad occhi aperti – che spesso prendono la forma dei suoi pensieri più mondani e quotidiani⁴⁰ – costituiscono un modo in cui l'analista (o la madre) sperimenta inconsciamente qualcosa di simile all'esperienza impensabile e non-sognabile del paziente (o del bambino). Nel *setting* analitico, l'analista rende disponibile al paziente la versione (sognata) trasformata dell'esperienza «non sognata» o parzialmente sognata, parlando (o relazionandosi in altre forme) dall'esperienza di *rêverie*, non su di essa⁴¹.

Bion parla in termini di stati d'essere quando descrive la salute psichica e psicopatologica; ad esempio, la psicosi è uno stato d'essere in cui l'individuo «non può sognare e dunque [...] non può nemmeno dormire»⁴².

Considero la teoria di Bion⁴³ della funzione alfa come una metafora per la trasformazione degli elementi beta (impressioni di senso grezze che sono risposte corporee all'e-

35 OGDEN, *On talking-as-dreaming*, in «International Journal of Psychoanalysis», 88, 2007, pp. 575-589.

36 W. R. BION, *Note su memoria e desiderio*, Lacan-con-Freud.it: Biblioteca digitale di psicanalisi, http://website.lacan-con-freud.it/ar/bion_note_su_memoria_e_desiderio_EAR.pdf, p. 5.

37 *Ivi*, p. 6.

38 *Ivi*, p. 4.

39 BION, *Learning from Experience*, Tavistock, London 1962. ID., *A theory of thinking*, in ID., *Second Thoughts*, Aronson, New York 1962, pp. 110-119.

40 OGDEN, *Reverie and interpretation*, in «Psychoanalytic Quarterly», 66, 1997, pp. 567-595. ID., *Reverie and Interpretation: Sensing Something Human*, Jason Aronson, Northvale, NJ 1997.

41 BION, *The analytic third-working with intersubjective clinical facts*, in «International Journal of Psychoanalysis», 75, 1994, pp. 3-20.

42 ID., *Apprendere dall'esperienza*, Armando Editore, Roma 1972, p. 28.

43 ID., *Learning from Experience*, cit..

sperienza, ma che non costituiscono ancora un significato, tanto meno l'essere se stessi) in elementi alfa, che comprendono componenti dell'essere senza soggetto, proprio come il 'continuare ad essere' di Winnicott. Gli elementi alfa sono collegati tra loro nel processo di produzione di 'pensieri-sogni', che a loro volta sono utilizzati nel processo del sognare. Il sogno è l'evento psichico in cui l'individuo diviene un soggetto che sperimenta il proprio essere. Quando, nelle forme gravi di psicopatologia (che descriverò nella parte clinica di questo articolo), la funzione alfa cessa di elaborare le impressioni sensoriali, non solo l'individuo perde la capacità di creare significato, ma perde anche la capacità di fare esperienza di sé come vivo e reale.

A mio avviso, il pensiero ontologico di Bion prende vita in modo particolarmente illuminante nei suoi *Seminari clinici*. Offrirò alcuni esempi che rivestono per me un'importanza particolare.

Davanti a un relatore preoccupato per gli 'errori' commessi con un paziente, Bion commenta che «solamente *dopo* che si è conseguita l'abilitazione e si è finita la propria analisi – allora si ha la possibilità di scoprire chi si è davvero [come analista] [corsivo nell'originale]»⁴⁴. Qui, Bion sta facendo una distinzione tra imparare a 'fare analisi' e l'esperienza di essere e diventare 'chi si è veramente' come analista.

Aggiungerei che diventare un analista comporta lo sviluppo di uno 'stile analitico'⁴⁵ che sia esclusivamente proprio, in opposizione all'adottare 'una tecnica' tramandata dalle precedenti generazioni di analisti. Così facendo, 'inventiamo la psicoanalisi'⁴⁶ per ogni paziente e sviluppiamo la capacità di rispondere con spontaneità sul momento, a volte a parole, altre volte in modo non verbale. Ci sono casi in cui la risposta spontanea prende la forma dell'azione. Tali azioni sono uniche rispetto a un momento particolare dell'analisi di un particolare paziente; non sono generalizzabili al proprio lavoro con altri pazienti. Quando mi viene chiesto, ad esempio, se sarei disponibile ad andare a casa di un paziente per una seduta, o a portare un paziente gravemente malato all'ospedale con la mia macchina, o a incontrare la famiglia del paziente, o ad accettare il regalo di un paziente, io rispondo: «Dipende».

Uno dei commenti di Bion⁴⁷ a un relatore riguarda un esempio particolarmente vivido del suo pensiero ontologico. Il relatore riporta che il suo paziente psicotico gli ha detto di aver fatto un sogno. Bion chiede: «Perché dice che sono dei sogni?»⁴⁸. Il relatore, stupito, risponde: «Semplicemente perché me lo dice lui»⁴⁹.

Poco dopo, Bion descrive il modo in cui l'analista avrebbe potuto parlare con il paziente, un modo che si rivolge allo stato dell'essere del paziente:

44 ID., *Seminari clinici. Brasilia e San Paolo*, Milano, Raffaello Cortina 1989, p. 38. Sul diventare analista si veda anche G.O. GABBARD, OGDEN, *On becoming a psychoanalyst*, in «International Journal of Psychoanalysis», 90, 2009, pp. 311-327.

45 OGDEN, *Elements of analytic style: Bion's clinical seminars*, in «International Journal of Psychoanalysis», 88, 2007, pp. 1185-1200.

46 ID., *How I talk with my patients*, in «Psychoanalytic Quarterly», 87, 2018, pp. 399-414.

47 BION, *Clinical seminars*. In *Clinical Seminars and Other Works*, ed. By F. Bion, Karnac, London 1987, pp. 1-240.

48 ID., *Seminari clinici. Brasilia e San Paolo*, cit., p. 131.

49 *Ibidem*.

Allora, perché il paziente viene a trovare uno psicoanalista e a dirgli che ha fatto un sogno? Posso immaginarmi mentre dico a un paziente: «Dove è stato la notte scorsa? Che cosa ha visto?». Se il paziente dovesse dirmi di non aver visto niente – era solo andato a letto – direi: «Bene, vorrei ancora sapere dov'è andato e che cosa ha visto»⁵⁰.

Qui, Bion sta immaginando di parlare con un paziente concentrandosi non sul contenuto di quello che il paziente chiama sogno, ma sullo stato dell'essere del paziente – 'Dove sei andato?', 'Dov'eri?', 'Chi eri?', 'Chi sei diventato quando ti sei messo a letto?'. Questa reazione mi colpisce come un modo straordinariamente efficace di parlare con un paziente psicotico a proposito del suo stato dell'essere mentre dorme.

4. *La psicoanalisi ontologica e la teoria delle relazioni oggettuali*

Per i teorici delle relazioni oggettuali (ad esempio, Freud in alcuni dei suoi scritti⁵¹, Fairbairn, Guntrip e Klein), le alterazioni delle relazioni oggettuali interne inconsce (e il conseguente cambiamento nelle relazioni con gli oggetti esterni) costituiscono il mezzo attraverso cui avviene il cambiamento psichico.

Secondo Freud⁵², Klein⁵³, Fairbairn⁵⁴ e Guntrip⁵⁵, per citare solo alcuni 'teorici delle relazioni oggettuali', le relazioni oggettuali interne prendono la forma di relazioni tra le parti scisse e rimosse dell'Io. Per Fairbairn, le relazioni tra le parti rimosse e scisse dell'Io sono interiorizzazioni degli aspetti insoddisfacenti della relazione reale con la madre. Il mondo oggettuale interno è un sistema chiuso di relazioni di dipendenza con oggetti interni attraenti e respingenti⁵⁶. Una forza trainante per l'individuo, dall'infanzia in poi, è il desiderio di trasformare le relazioni oggettuali interiorizzate e insoddisfacenti con la madre in relazioni soddisfacenti, caratterizzate da sentimenti di amore per la madre e da parte della madre, e dalla sensazione che lei riconosca e accetti questo amore⁵⁷. È la liberazione del paziente dal sistema chiuso delle relazioni oggettuali interne, e l'ingresso nel mondo degli oggetti esterni reali, a costituire lo scopo della psicoanalisi⁵⁸.

50 *Ibidem*.

51 OGDEN, *A new reading of the origins of object-relations theory*, in «International Journal of Psychoanalysis», 83, 2002, pp. 767-782.

52 FREUD, *Mourning and melancholia*, in *Standard Edition of Complete Works*, cit., 1917, vol.14.

53 KLEIN, *Notes on some schizoid mechanisms* (1946), in *Id.*, *Envy and Gratitude and other works*, cit., pp. 1-24.

54 W.R.D. FAIRBAIRN, *Schizoid factors in the personality*, in *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Routledge, London 1940, pp. 3-27; *Id.*, *Endopsychic structure considered in terms of object relationships*, in *Id.*, *Psychoanalytic Studies of the Personality*, cit., pp. 82-132; *Id.*, *On the nature and aims of psychoanalytical treatment*, in «International Journal of Psychoanalysis», 39, 1958, pp. 374-385.

55 H. GUNTRIP, *Personality Structure and Human Interaction*, International Universities Press, New York 1961; *Id.*, *Schizoid Phenomena, Object-Relations and the Self*, International Universities Press, New York 1969.

56 *Ivi*.

57 OGDEN, *Why read Fairbairn?*, in «International Journal of Psychoanalysis», 91, 2010, pp. 101-118.

58 FAIRBAIRN, *On the nature and aims of psychoanalytical treatment*, cit.

Per Klein⁵⁹, che è una teorica delle relazioni oggettuali di tipo diverso rispetto a Fairbairn, le angosce del paziente derivano dai pericoli che emanano dalle relazioni oggettuali interne fantasmizzate. Le fantasie inconscie (le manifestazioni psichiche degli istinti di vita e di morte) spesso riguardano ciò che accade all'interno del corpo della madre/analista, come ad esempio gli attacchi ai bambini o al pene del padre all'interno della madre. Queste angosce primitive si manifestano nel *transfert* e sono interpretate in modo tale che suonino vere al paziente, aiutandolo a diminuire le angosce persecutorie e depressive che gli impediscono la crescita psichica.

La teoria delle relazioni oggettuali di Klein si distingue in molti modi da quella di Fairbairn. La loro differenza principale risiede nella maniera in cui Fairbairn vede le relazioni oggettuali interne come interiorizzazioni di esperienze insoddisfacenti reali nella relazione madre-figlio, mentre Klein vede le relazioni oggettuali interne come fantasie inconscie derivate dall'esperienza infantile dell'invidia (la principale manifestazione psichica dell'istinto di morte).

Non considero Winnicott e Bion come teorici delle relazioni oggettuali (il riferimento alle relazioni oggettuali interne è raro nel lavoro di entrambi questi autori). Essi non si preoccupano principalmente di comprendere e interpretare le relazioni oggettuali interne patologiche in cui il paziente è intrappolato. La loro attenzione è prima di tutto orientata alla gamma di stati d'essere sperimentati dal paziente (e dall'analista) e agli stati d'essere che il paziente (o l'analista) non è in grado di sperimentare. Per i teorici delle relazioni oggettuali, la crescita psichica comporta liberarsi dalle angosce persecutorie e depressive generate nel proprio mondo oggettuale interno (Klein) o liberarsi dai legami di dipendenza tra gli oggetti interni, così da potersi impegnare in relazioni con oggetti esterni reali (Fairbairn e Guntrip). Come ho detto, per Winnicott e Bion, il bisogno umano più fondamentale è quello di essere e diventare più pienamente se stessi, il che, a mio parere, implica diventare più pienamente presenti e vivi rispetto ai propri pensieri, sentimenti e stati corporei; diventare più capaci di percepire le proprie potenzialità creative, uniche nel loro genere, e trovare forme in cui svilupparle; sentire che si stanno esprimendo le proprie idee con la propria voce; diventare una persona più 'grande' (magari più generosa, più compassionevole, più amorevole, più aperta) nelle relazioni con gli altri; sviluppare più pienamente un sistema di valori umano e giusto e una serie di norme etiche, e così via.

Non solo le relazioni oggettuali interne inconscie sono raramente menzionate da Winnicott e Bion, ma Winnicott fa anche raramente menzione dell'inconscio e Bion crea una nuova concezione della natura dell'inconscio. Gli stati dell'essere infondono ogni aspetto di sé; trascendono il divario tra gli aspetti consci e inconsci della mente, tra essere addormentati ed essere svegli, tra la vita sognante e la vita da svegli, tra «le parti psicotiche e non psicotiche della personalità»⁶⁰.

59 KLEIN, *Narrative of a Child Analysis*, Delacorte Press/ Seymour Lawrence, New York, NY 1961; Id., *Envy and Gratitude and other works 1946-1963*, cit.

60 BION, *Riflettendoci meglio*, Astrolabio, Roma 2016. Si veda anche Id., *Differentiation of the psychotic and non-psychotic personalities* (1957), in Id., *Second Thoughts*, cit., pp. 43-64.

5. Illustrazioni cliniche della psicoanalisi ontologica

La ‘psicoanalisi ontologica’ è una concezione della psicoanalisi che, come ogni altro modo di intenderla, può irrigidirsi in un’ideologia insensata. La ‘psicoanalisi ontologica’ è una dimensione della teoria e della pratica analitica che coesiste con molte altre dimensioni (modi di pensiero) tra cui, ma non solo, una dimensione epistemologica. Ma come ho detto prima, è anche vero, a mio avviso, che ci sono ampi settori del pensiero e della pratica analitica che sono prevalentemente di natura ontologica oppure epistemologica.

Illustrerò ora brevemente dal punto di vista clinico che cosa ho in mente quando mi riferisco alla dimensione ontologica della psicoanalisi. Bisogna tenere presente, nella parte clinica di questo articolo, che i miei interventi sono intesi come illustrazioni che riguardano solo un dato paziente in un momento particolare della sua esperienza analitica e non rappresentano una tecnica analitica. Credo che la rigida aderenza da parte di un analista a qualsiasi serie di regole della pratica clinica (ad esempio, una tecnica associata a una scuola di psicoanalisi) non solo venga percepita come impersonale dal paziente, ma limiti anche la capacità dell’analista di essere creativo nel lavoro coi suoi pazienti. Io parlo con ogni paziente in modo diverso da come parlo con qualsiasi altro paziente⁶¹.

Non ne hai già avuto abbastanza?

Il paziente, un uomo di trent’anni, da diversi anni in analisi, aveva avuto un litigio con suo padre e non gli aveva parlato per un anno. Avevamo discusso di questa situazione in varie forme nel corso degli anni. Poco prima della fine di una seduta, chiesi: «Non ne hai già avuto abbastanza?».

In questo frammento di seduta analitica, dissi al paziente in modo molto condensato che continuare a non parlare con suo padre era ‘un modo di essere’ che non rifletteva più chi il paziente era diventato nel corso dei precedenti anni di analisi. Non parlare con suo padre poteva essere adatto alla persona che il paziente era una volta, ma non alla persona che era ora.

Quella sera il paziente chiamò suo padre. Anche il padre era cambiato e fu felice di sentire suo figlio. Nei mesi conclusivi dell’analisi, il paziente mi disse che non avrebbe mai dimenticato la mia espressione ‘Non ne hai già avuto abbastanza?’. Quel momento dell’analisi a cui si riferiva non fu tanto un’esperienza del giungere a una comprensione, quanto un’esperienza che alterava qualcosa di fondamentale rispetto a chi il paziente era.

Certo che lo sei

La signora L., all’inizio del nostro primo incontro analitico, sedeva sulla sua sedia col viso incolore. Scoppiò in lacrime e disse: «Sono terrorizzata di essere qui». Senza pensarci, risposi: «Certo che lo sei».

Rispondere con spontaneità in quella maniera (dicendo qualcosa che non avevo mai detto a nessun altro paziente) mi sembrò in quel momento un modo per accettare pienamente lo stato di terrore della paziente. Se avessi chiesto ‘Cosa ti spaventa?’ o ‘Dimmi di

61 Per un’ esplorazione ulteriore di questa esperienza si veda OGDEN, *How I talk with my patients*, cit.

più', credo che molto probabilmente la paziente avrebbe percepito che stavo indietreggiando di fronte all'intensità del suo sentimento, chiedendole di impegnarsi in un processo di pensiero secondario volto a trovare ragioni e spiegazioni, invece di *sperimentare* il modo in cui la paziente si presentava a me (dicendomi chi era in quel momento)⁶².

Guardi la tv?

Ho incontrato Jim in un reparto di degenza a lungo termine per adolescenti cinque volte a settimana. Non veniva alle sedute da solo e doveva essere accompagnato da una delle infermiere. Jim non si opponeva a vedermi, ma quando eravamo seduti nella piccola stanza del reparto riservata alla psicoterapia, sembrava non sapere perché noi due fossimo seduti lì. Rimaneva silenzioso per la maggior parte del tempo. Imparai che fargli delle domande portava solo a risposte laconiche e sbrigative.

Con il passare del tempo, cominciai a parlare con me degli eventi del reparto – nuovi pazienti che arrivano, altri che se ne vanno – ma le parole che usava sembravano imitare quello che aveva sentito dire da altre persone o alle riunioni di comunità. Gli dissi: «È difficile sapere se stai arrivando o stai andando via». Sembrò confuso.

Trovavo le sedute difficili e avevo la sensazione di non sapere da dove cominciare a lavorare con questo paziente, o con qualsiasi altro paziente, a dirla tutta.

Dopo circa cinque mesi di analisi, Jim si presentò alla seduta camminando in modo svogliato. Il suo viso era completamente inespressivo; i suoi occhi erano come quelli di un uccello morto. Disse, rivolto a nessuno in particolare: «Jim si è perso e se n'è andato per sempre».

Sentii una sorta di sollievo per il fatto che la fragile sciarada che nascondeva un'immensa catastrofe psichica era finita, ma sentivo anche che era avvenuta una morte psichica che poteva facilmente concretizzarsi in un vero e proprio suicidio. Un paziente del reparto si era suicidato un anno prima e il ricordo di questo evento era diventato parte della cultura (solitamente tacita) del reparto.

Disse: «Jim si è perso e se n'è andato per molto tempo, e solo ora si è sparsa la voce».

Lui guardò nel bagliore della luce solare riflessa sulla finestra di plexiglas, lo sguardo vacuo.

Rimasi in silenzio per un po' sentendo l'immenso vuoto di ciò che stava succedendo. Mentre questo accadeva, cominciai a percepire con intensità che il pericolo di un suo eventuale suicidio veniva sottovalutato in modo superficiale all'interno del reparto e che questo sarebbe dovuto diventare un reparto chiuso a chiave, dal quale i pazienti potessero uscire solo con l'autorizzazione del personale e di norma accompagnati da un membro del personale. Mi resi conto della distanza che stavo creando tra me e il paziente. Ora era un paziente 'pericoloso' che mi spaventava. Ora lo stavo 'gestendo', una persona che era diventata una cosa.

Dopo che fu passato un po' di tempo nella seduta, notai che il solito rumore di fondo della mia mente – i pensieri che andavano e venivano, la 'visione periferica' della *rêverie*, persino le sensazioni corporee del mio battito cardiaco, del movimento del mio

62 OGDEN, *How I talk with my patients*, cit.

respiro – erano assenti. Mi sentii spaventato per il fatto che non solo Jim era scomparso; anch'io stavo scomparendo. Tutto stava diventando irreali – la piccola stanza in cui eravamo seduti smise di essere una stanza; era divenuta una collezione di forme, colori e trame; tutto sembrava arbitrario. Sentivo il terrore di affogare, ma allo stesso tempo ero un osservatore indifferente, che guardava semplicemente se stesso affogare.

Mentre la seduta continuava, mi venne in mente un'esperienza spaventosa che avevo avuto da adolescente quando, da solo in cucina dopo cena, ripetei la parola *napkin* [tovagliolo] ad alta voce più e più volte fino a che non diventò un semplice suono, senza più alcun legame con l'oggetto a cui si riferiva. Sulle prime, quando iniziai l'«esperimento», fui incuriosito da questo fenomeno, ma presto ebbi paura che, se avessi fatto con altre parole quello che stavo facendo con la parola *napkin*, avrei perso la capacità di parlare o pensare, o di rimanere in qualche modo connesso con qualcuno o qualcosa. Per molti anni dopo quell'evento, il suono *nap* seguito dal suono *kin* non designò alcunché; erano semplicemente suoni che mi facevano dubitare della stabilità della mia connessione con chiunque, persino con me stesso. Nella seduta con Jim, mi sentii momentaneamente sollevato per il fatto di avere una mente che potesse ricordare un passato in continuità col presente; ma questo sollievo fu solo una tregua passeggera dal mio timore che, se fossi rimasto nella stanza con Jim, avrei perso me stesso.

Temevo gli incontri quotidiani con Jim. Per diverse settimane, rimanemmo seduti insieme, per lo più in vuoto silenzio. Non gli facevo domande. Di tanto in tanto, cercavo di descrivere ciò che stavo sentendo. Gli dissi: «Stare seduti qui è come non essere da nessuna parte e non essere nessuno». Lui non rispose, neanche un minimo cambiamento dell'espressione facciale.

Per le sei settimane dopo che Jim mi ebbe detto che si era perso e se n'era andato per sempre, mi sentii alla deriva e incapace di imprimere una qualche direzione al mio lavoro con lui. Con mia grande sorpresa, nel mezzo di una seduta, Jim disse con voce inespessiva, come rivolgendosi a nessuno: «Guardi la tv?».

Presi la sua domanda non come un commento simbolico sul sentirsi come una macchina che mostra immagini di persone che parlano tra loro, ma come il suo modo di chiedermi: «Chi sei tu?».

Dissi: «Sì. Guardo un bel po' di televisione».

Jim non rispose nulla.

Dopo un po' dissi: «Hai mai visto qualcuno accendere un fiammifero in un posto completamente buio, magari una grotta, e allora tutto si illumina, così puoi vedere tutto – o almeno molto – e poi, un momento dopo, tutto diventa di nuovo buio, ma non così buio come prima?».

Jim non rispose, ma non mi parve che il silenzio a cui eravamo tornati fosse vuoto come prima. Guardai l'orologio e scoprii che avevamo superato di mezz'ora la fine della seduta da 50 minuti. Dissi: «È ora di fermarsi». Lui mi guardò e disse: «Davvero?». Ebbi l'impressione che mi stesse correggendo: l'esperienza che avevamo fatto non poteva essere misurata o dettata dal «tempo dell'orologio».

Nella prima delle sedute che ho descritto, rimasi per un bel po' di tempo completamente immerso in uno stato di perdita della sensazione di essere qualcuno. Jim e io

eravamo ‘persi e andati per sempre’, e all’inizio ognuno di noi due era assolutamente solo in quello stato – non esistevamo l’uno per l’altro, più di quanto non esistessimo per noi stessi. Mi astenevo dal fare domande al paziente su ciò che stava accadendo o su cosa avrebbe potuto portarlo a sentirsi come si sentiva. Sperimentavo solo un terrificante senso di perdita di me stesso, che era essenziale per essere di qualche utilità per lui. Nel non essere nessuno, stavo sperimentando qualcosa di simile a ciò che lui stava provando nella seduta, e probabilmente nel corso di tutta la sua vita.

La *rêverie* sulla mia esperienza di adolescente mi aiutò, almeno per un momento, sia a condividere la situazione con il paziente che a portare in essa un po’ della mia sensazione di vivere al limite, ma non oltre il limite, di perdere me stesso.

La domanda del paziente «Guardi la tv?», circa sei settimane dall’inizio di questo periodo di analisi, mi fece sentire come se stessi ascoltando un cane che parla. Il suo rivolgersi a me, riconoscendomi, fu sorprendente. Non ero minimamente predisposto a cogliere i possibili significati simbolici del guardare la tv, perché farlo avrebbe impoverito l’esperienza viva che stava avvenendo, un evento che aveva tutto a che fare con l’essere e poco con la comprensione.

In risposta alla sua domanda, dissi al paziente che guardavo molta televisione. Ma la parte più importante della mia risposta prese la forma di una mia ‘descrizione’ (non spiegazione) per mezzo di una metafora, qualcosa dello stato dell’essere che percepivo si stava verificando: l’esperienza sensoriale dello sfregamento di un fiammifero che illuminava per un momento ciò che era stato invisibile (noi due come persone separate), seguita dalla sensazione che l’oscurità non fosse così assoluta come prima.

Come iniziare?

Per la maggior parte della mia carriera sono stato affascinato dall’incontro analitico iniziale, dal momento in cui incontro il paziente per la prima volta⁶³. Molti degli esempi clinici che ho fornito in questo e in altri articoli analitici sono stati tratti da sedute iniziali. Nello scrivere questo articolo, ho imparato ad apprezzare un aspetto dell’incontro iniziale a cui fino adesso non sono stato in grado di dare un nome. Ora sospetto che la profondità, l’intimità e la suspense che avverto nel primo incontro derivi in parte dal fatto che in quell’incontro, per il paziente, una domanda è più importante di qualsiasi altra: «*Chi è questa persona che spero mi aiuterà?*». E io sto chiedendo: «*Chi è questa persona che viene a chiedermi aiuto?*». Si tratta di domande ontologiche fondamentali. Le risposte a queste domande nascono nell’esperienza che si sviluppa con l’altro. La mia speranza è che alla fine dell’incontro, qualora il paziente mi chiedesse come io pratici la psicoanalisi, io possa dire: «Proprio come hai visto oggi».

Descriverò un incontro iniziale che illustri il modo in cui un paziente mi chiese effettivamente «Chi sei?» e il modo in cui io risposi.

Il signor D. mi disse nella sua prima seduta che non avrebbe mai iniziato una seduta. Aveva visto sei analisti in precedenza, i quali avevano tutti terminato unilateralmente l’analisi. In queste analisi abortite, l’analista si era rifiutato di cominciare le sedute, così

63 Id., *The initial analytic meeting*, in «*Psychoanalytic Inquiry*», 12, 1992, pp. 225-247.

come il paziente aveva chiesto loro di fare, e aveva invece impiegato ‘banali trucchi analitici’ del tipo iniziare chiedendogli come ci si sente a non essere in grado di cominciare la seduta. Se avessimo iniziato una terapia, sarebbe spettato a me, mi disse il signor D., cominciare ognuna delle sedute. Dissi che per me andava bene, ma che mi ci sarebbe voluto un po’ di tempo per iniziare le sedute perché avrei voluto cominciare ogni incontro dicendogli come mi sentivo a stare con lui quel particolare giorno. Disse che per lui andava bene, ma c’era un forte scetticismo nella sua voce rispetto alla mia volontà di portare a termine ciò che stavo promettendo.

In questo scambio, il paziente e io ci stavamo presentando l’un l’altro, mostrando più che dicendo chi eravamo in quel momento, e chi stavamo ‘diventando l’uno con l’altro’. Il paziente mi chiedeva di rispettare il suo modo di essere, il suo modo di placare le sue paure, e io gli stavo mostrando che onoravo la sua richiesta di essere l’analista di cui aveva bisogno.

Nel corso dell’analisi, iniziai le sedute. Il paziente fu gradualmente capace di recuperare parti di sé, parti della sua vita non vissuta da bambino che erano state troppo brutali, troppo spaventose per farne esperienza nel momento in cui erano avvenute⁶⁴.

Perché era morta

Un’esperienza clinica in un contesto di gruppo mette in luce buona parte di ciò che intendo per dimensione ontologica della psicoanalisi. L’esperienza avvenne in un ‘Gruppo Balint’ a cui partecipai per un anno alla Clinica Tavistock. Il gruppo di sette medici di medicina generale si incontrava settimanalmente con lo psicoanalista che da due anni dirigeva il gruppo con l’obiettivo di discutere il loro lavoro clinico. Nel gruppo a cui partecipai, ogni incontro iniziava con l’analista che chiedeva: «Chi ha un caso?» In una di queste riunioni, un medico sulla quarantina riportò di aver ricevuto una chiamata da una paziente la quale disse che la sua anziana madre era morta nel sonno a casa. Sia la donna che aveva chiamato che sua madre erano state pazienti del suo studio per molti anni. Disse alla sua paziente che sarebbe passato quel pomeriggio. Quando arrivò, la figlia lo portò nella stanza di sua madre, dove la esaminò.

Il medico disse che poi aveva chiamato la camera mortuaria. L’analista chiese: «Perché l’ha fatto?». Il medico, disorientato dalla domanda, rispose: «Perché era morta».

L’analista disse: «Perché non prendere una tazza di tè con la figlia?»

Queste parole – «Perché non prendere una tazza di tè con la figlia?» – mi hanno accompagnato per 44 anni da quando le ho sentite. Un’affermazione così semplice coglie l’essenza di quello che intendo con la pratica della psicoanalisi ontologica. Il leader del gruppo stava facendo notare che il medico aveva avuto fretta di portare il corpo della madre fuori dall’appartamento e, in questo modo, si era precluso la possibilità di ‘vivere l’esperienza con la figlia’, rimanendo semplicemente con lei in quell’appartamento dove sua madre giaceva morta nella camera da letto⁶⁵.

64 Per una discussione dettagliata di questo caso si veda Id., *Analysing forms of aliveness and deadness of the transference-countertransference*, in «International Journal of Psychoanalysis», 76, 1995, pp. 695-710.

65 Per un’ulteriore discussione di questa esperienza si veda Id., *On teaching psychoanalysis*, in «International Journal of Psychoanalysis», 87, 2006, pp. 1069-1085.

Cosa vuoi essere da grande?

Concluderò descrivendo un'esperienza con un paziente che ha una grande importanza per me.

Il signor C., un paziente con paralisi cerebrale, aveva iniziato a lavorare con me in una psicoterapia bisettimanale perché era in grande difficoltà, con intensi pensieri suicidari, in risposta all'amore non corrisposto di una donna, la signora Z. (che non aveva alcuna disabilità fisica). Egli descrisse come, da bambino, sua madre gli avesse tirato delle scarpe dall'armadio per tenere il 'mostro bavoso' lontano da lei. Il signor C. camminava con passi goffi e pesanti e parlava con un linguaggio poco articolato. Era un laureato che lavorava bene in un impiego tecnico impegnativo. Nel corso del lavoro insieme, per qualche tempo, mi affezionai al signor C., e quando mugugnava per il dolore, con il muco che gli colava dal naso e le lacrime che gli scorrevano sul viso, provavo per lui una forma di amore che in seguito avrei provato per i miei figli.

Dopo diversi anni di terapia, in seguito a cambiamenti notevoli rispetto al suo disperato desiderio di amore per la signora Z., il signor C. mi raccontò un sogno: «Non è successo granché nel sogno. Ero me stesso con la mia paralisi cerebrale che lavavo la macchina e mi divertivo ad ascoltare la musica sull'autoradio ad alto volume».

Il sogno era notevole in quanto fu la prima volta che il signor C., nel raccontarmi un sogno, non solo menzionava il fatto di avere una paralisi cerebrale, ma sembrava anche accettarla pienamente come parte di ciò che era: 'Ero me stesso con la mia paralisi cerebrale'. Quale modo migliore di riconoscere e accettarsi amorevolmente per quello che era? Non più il mostro che una volta si era sentito di essere: nel sogno, egli era un bambino che veniva lavato canticchiando allegramente dalla madre, che lo apprezzava così com'era. Il sogno non era un'immagine maniacale della conquista dell'amore di una madre irraggiungibile, era parte della vita ordinaria: «Non è successo granché nel sogno».

Non avevo la benché minima intenzione di parlare con il signor C. della mia comprensione del sogno. Gli dissi: «Che sogno meraviglioso è stato»⁶⁶.

Essere in grado di riconoscere e accettare teneramente se stesso, proprio così com'era, potrebbe essere visto come la risposta del signor C. (in quel momento) alla domanda: "Cosa vuoi essere da grande?". Me stesso.

66 Per una discussione dettagliata di questo lavoro clinico, si veda Id., *Why read Fairbairn?*, cit..