

Capitolo 2

Transfert e relazione

Considerazioni preliminari

La suddivisione di questo capitolo non segue esattamente i titoli dei corrispondenti paragrafi del primo volume nell'esposizione storico-sistematica del vasto argomento «transfert e relazione». Per quanto sia importante chiarire i concetti con esempi appropriati, è altrettanto importante non dimenticare che i concetti non sono elementi a sé stanti, ma hanno la funzione di mettere in rilievo, all'interno della teoria, le principali connessioni nella concatenazione dei fatti. È quindi opportuno considerare alcuni esempi di transfert dal punto di vista della resistenza e trattarli nel capitolo 4.

Ci limiteremo ad alcune considerazioni introduttive riguardo ai temi centrali. La prima riguarda l'instaurarsi di una «relazione d'aiuto» (Luborsky, 1984), nell'ambito della quale si distingue il rapporto fra il transfert e l'alleanza di lavoro che caratterizza il processo psicoanalitico (2.1). A noi interessa principalmente il contributo dell'analista nel creare le condizioni di cambiamento più favorevoli. Prenderemo in considerazione alcuni esempi della fase iniziale del trattamento, quando il paziente cerca di orientarsi in una situazione nuova e inquietante, ed è di fondamentale importanza instaurare una relazione di fiducia. La speranza del paziente di poter affrontare meglio di prima i problemi della vita grazie all'analisi viene alimentata dalle esperienze fatte nella situazione psicoanalitica.

L'interazione reciproca fra alleanza di lavoro e transfert viene esposta in modo più dettagliato in 2.2; l'identificazione con l'analista e le sue funzioni viene chiarita con un esempio particolareggiato in 2.4.

Ciò che caratterizza la teoria psicoanalitica del transfert è il rivivere nel transfert le esperienze passate (2.3); per rendere ragione di tale espressione, occorre scoprire quale forma di relazione interiorizzata precoce viene rivissuta e trasferita sull'analista. Parleremo quindi di transfert materno, paterno

o fraterno, riferendoci all'attualizzazione dei conflitti e/o desideri e bisogni non soddisfatti associati alle immagini prototipiche di tali figure, immagini che, secondo la definizione di Freud, sono diventate dei cliché.

Una diversa prospettiva si ottiene invece mettendo in correlazione i contenuti del transfert con forme tipiche di angoscia, nelle quali ovviamente bisogna considerare il contesto genetico attuale. Per poter cogliere le angosce di un paziente, all'interno e all'esterno del transfert, è necessario conoscere la teoria psicoanalitica dell'angoscia, che sarà sintetizzata in 9.1.

In tutto il libro si trovano esempi della relazione fra passato e presente nella tecnica di trattamento, considerando che le oscillazioni lungo l'asse temporale sono alla base di tutte le interpretazioni di transfert. Per un'introduzione teorica consigliamo la lettura delle ultime due parti di 8.4 nel primo volume; riteniamo infatti che attraverso i nostri esempi si possa portare a soluzione la persistente controversia sul rapporto fra le interpretazioni di transfert che si riferiscono al presente e quelle che si riferiscono al passato. In primo luogo, è certamente una questione empirica quale proporzione di mescolanza e complementarietà fra le interpretazioni di transfert attuali («qui e ora») e retrospettive («là e allora») sia terapeuticamente efficace nel singolo caso. Introduciamo questa distinzione per poter disporre di aggettivi descrittivi, e nello stesso tempo per sottolineare il collegamento tra presente e passato che, attraverso l'osservazione della ripetizione, ha portato alla teoria psicoanalitica del transfert. I due aggettivi («attuale» e «retrospettivo») non sono di uso corrente nella letteratura psicoanalitica, ed è quindi utile motivare la loro introduzione. Le interpretazioni di transfert dirette al «qui e ora» necessitano di una descrizione dettagliata per mostrare se l'analista sia in cerca di un collegamento con sé stesso o con la situazione psicoanalitica, o se parta dal livello manifesto. Rispetto alla genesi attuale resta aperto l'interrogativo di quanto profondamente il vissuto presente sia ancorato al passato. Ne consegue che le interpretazioni dello sviluppo attuale non possono essersi semplicemente modellate sullo stereotipo, che probabilmente risale a Groddeck, associato alla frase: «Lei adesso si sta riferendo a me» (vedi Ferenczi, 1926). Questo tema sarà sviluppato nelle considerazioni preliminari del capitolo 4.

Per l'importanza delle differenziazioni sopra descritte, riassumiamo ciò che intendiamo per genesi attuale. È un affetto o una percezione che nasce sempre in un contesto situazionale del momento, anche se, in tale occasione, schemi e stereotipi inconsci diventano efficaci e vengono «trasferiti». Il termine proviene dalla psicologia della Gestalt ed è stato introdotto da Sander (1962) per concettualizzare il nascere di una «configurazione» nel «qui e ora» del vissuto. È consigliabile adottare questo concetto dal momento che in psicoanalisi si tratta sempre di genesi attuale, per quanto lontane nel passato possano essere le radici. Il concetto di attualità di Erikson (1962) si avvicina a quello di genesi attuale.

Quelle che noi chiamiamo interpretazioni di transfert retrospettive sono note al lettore come interpretazioni genetiche. Come si può giustificare questa denominazione se si resta fedeli al detto di Occam, *entia non sunt multiplicanda praeter necessitatem*? Per questo esitiamo ad aumentare il numero dei concetti psicoanalitici con una nuova denominazione. Può risultare utile, anche se non necessaria, l'introduzione del concetto di interpretazione di transfert *retrospettiva*, teoricamente poco connotato. Questo perché l'interpretazione di transfert «genetica» si avvicina alla ricostruzione della psicogenesi e pretende di poter spiegare il comportamento e l'esperienza attuali a partire dalle loro cause. Dare uno sguardo ai precursori sembra meno presuntuoso che attribuire determinate forme di transfert a cause risalenti all'infanzia. Le interpretazioni di transfert retrospettive applicano il principio della retrospettività (*Nachträglichkeit*, vedi 3.3; Thomä e Cheshire, 1991).

Non esiste un altro tema in grado di accendere così tanto gli animi come quello del rapporto tra le diverse interpretazioni di transfert. Sebbene anche in questo caso la disputa riguardi l'efficacia terapeutica, l'asprezza della polemica non sembra motivata da questioni di politica professionale, ma da differenze che riguardano il metodo psicoanalitico (Fisher e Cleveland, 1968). La concezione scientifico-sociale del transfert di Gill (1984), che pecca di qualche esagerazione, da lui stesso riconosciuta, implica che bisogna partire dal presupposto che l'influenzamento sia un elemento di ogni interazione umana. Quindi le interpretazioni di transfert hanno sempre due facce, si muovono all'interno di un'influenza reciproca e la portano a un *nuovo* livello.

Per permettere all'analista di interpretare il transfert nei contenuti e nelle forme che preferisce e secondo le modalità interpretative che privilegia, è indispensabile, all'interno di una relazione d'aiuto (instaurando un'interdipendenza), «che non vengano superati determinati limiti dell'interazione». Questa sentenza salomonica di Gill (1984) troverà consensi ovunque, dal momento che il metodo psicoanalitico ha sicuramente bisogno di una cornice. Rimandiamo il lettore alla nostra discussione sulla funzione delle regole di trattamento nel capitolo 7 del primo volume.

Il lettore ha la possibilità di ripercorrere e anche in un certo senso di riesaminare i nostri protocolli e trascrizioni dal punto di vista dell'interpretazione del transfert. Troverà senz'altro molti punti deboli di cui l'analista curante è responsabile o che ci sono sfuggiti. Al giorno d'oggi, in una situazione di grandissima diffusione della psicoanalisi, ci sono molti esempi negativi di trasgressioni tali da rendere impossibili interpretazioni di transfert terapeuticamente efficaci, e che sono al limite della *malpractice*. Noi non desideriamo in alcun modo aumentarne la lista.

Eppure esistono alcune differenze – che di solito passano inosservate – nella disputa sulle interpretazioni di transfert genetico-attuali e retrospettive, e Sandler e Sandler (1984) ritengono che possano essere risolte con il

nuovo concetto di «inconscio presente». In base a tale concetto le interpretazioni di transfert che pongono l'accento sulla genesi attuale sarebbero dirette all'inconscio presente, e la nostra tradizionale e familiare suddivisione dell'inconscio in diversi livelli verrebbe ampliata con un'innovazione concettuale. Se si tralasciano alcune sfumature terminologiche, le differenze fra il preconcio e l'«inconscio presente» sono trascurabili. In realtà l'appassionato intervento di Gill (1984, p. 499; corsivo nostro) a favore delle interpretazioni di transfert dal punto di vista della genesi attuale è primariamente indirizzato alle percezioni preconscie del paziente, ed egli raccomanda di partire dalla loro «plausibilità»:

Paziente e analista non contribuiscono soltanto alla relazione, ma contribuiscono entrambi al transfert. Inoltre, la concezione sociale del transfert è basata su una visione relativistica della realtà interpersonale, in contrasto con la visione abituale, assolutistica. Non soltanto entrambi i partecipanti contribuiscono continuamente al transfert, ma entrambi ne hanno una prospettiva valida, anche se diversa. Hoffman e io abbiamo portato argomenti a favore del rifiuto della concezione psicoanalitica corrente, secondo la quale si può suddividere l'esperienza interpersonale, in generale, e l'esperienza nella situazione psicoanalitica, in particolare, in una parte realistica e un'altra distorta. Al contrario, noi vediamo l'esperienza interpersonale come qualcosa che ha sempre un certo grado di *plausibilità*.

Questa concezione rigorosamente sociale del transfert, sostenuta anche da Stolorow e Lachmann (1984-85), esige che l'analista rifletta sulla sua teoria della realtà e la relativizzi in funzione del paziente. La sottolineatura della plausibilità è incompatibile con la *dicotomia* tra esperienza reale o realistica da un lato, ed esperienza deformata (secondo la definizione abituale del transfert) dall'altro. Se le consideriamo come un continuum, resta comunque dubbio dove abbia inizio tale deformazione. La realtà psicosociale non può essere definita valida in senso generale. Tali distorsioni percettive coprono perciò un ampio spettro. Gli effetti di questa concezione sulla comprensione delle interpretazioni di transfert sono molto ampi: tocca a *entrambi i partecipanti* tener conto degli «indizi che costituiscono l'estremo percettivo del transfert» (Smith, 1990). Il compito è facile quando il paziente stesso qualifica una percezione, un'esperienza o un comportamento come chiaramente anormale e l'analista condivide questa valutazione, così che entrambi possono affrontare tale ricerca, ciascuno con i propri compiti, per raggiungere l'obiettivo del cambiamento desiderato dal paziente. Da un punto di vista terapeutico, evidentemente non si tratta di condurre un'astratta discussione su quali siano i limiti della normalità, né di continuare a discutere sulle differenze di opinione per giungere a superarle. Intendiamo semplicemente sottolineare che tocca ai due partecipanti, paziente e analista, chiarire dove la realtà potrebbe essere deformata, nella situazione psicoanalitica. Inoltre paziente e analista non vivono soli in un loro mondo, ma in una realtà socio-culturale stratificata, in cui vigono alcuni valori medi, anche se privi di forza normativa per la vita privata del singolo. La determinazione intersoggettiva,

da parte del paziente e dell'analista, di un continuum è dunque collegata alle opinioni che ciascuno di essi condivide con il proprio ambiente.

Il punto di vista sociale implica che l'analista eserciti un'influenza personale assai forte sul paziente, come lo stesso Freud ebbe a sottolineare quando, trattando la tecnica della suggestione, fece riferimento al significato letterale del termine (stimolare, consigliare). Eppure Freud intraprese anche il tentativo, destinato a fallire, di ottenere dei dati incontaminati usando il sistema di regole della psicoanalisi. Egli concepiva la risoluzione del transfert come un tentativo di dissolvere la forza suggestiva delle potenti figure dell'infanzia e la loro riattivazione nell'analisi. Tale orientamento sul *passato* ha contribuito a farci trascurare la grande influenza dell'analista sul presente e sulla genesi attuale di tutte le manifestazioni psichiche, compresi i sintomi. Risolvere i problemi clinici e scientifici della psicoanalisi significa soprattutto dare per scontata l'inevitabile contaminazione dei fenomeni osservati a causa dell'influenza dell'analista ed esaminarli nel contesto del legame fra teoria e pratica. Ciò rende necessario esaminare tutti i dati psicoanalitici alla luce del contributo dell'analista (Meissner, 1983; Colby e Stoller, 1988).

2.1 *Alleanza di lavoro e nevrosi di transfert*

2.1.1 *Promuovere la relazione d'aiuto*

Nella fase iniziale l'analista può notevolmente contribuire affinché il paziente si trovi rapidamente a proprio agio in una situazione poco familiare. Risvegliare speranze fin dall'inizio e aiutare lo sviluppo di capacità non utilizzate è qualcosa di totalmente diverso dal favorire dipendenze e illusioni tramite una rozza suggestione. La formazione dell'alleanza di lavoro e lo sviluppo del transfert possono rafforzarsi reciprocamente. Se viene alimentata la «relazione d'aiuto», che Luborsky (1984) chiama «alleanza d'aiuto», progrediscono sia «l'alleanza di lavoro» che il transfert. È possibile fin dall'inizio mostrare al paziente le condizioni nevrotiche del suo comportamento e del suo vissuto e, nonostante tutto, anche la capacità di cambiare che gli rimane.

Nei primi colloqui siamo venuti a sapere che la signora Erna X soffre di vari sintomi nevrotici e fin dall'infanzia è affetta da una malattia della pelle. Viene da me su consiglio di alcuni amici.¹ La signora si era documentata sulla sua malattia con l'aiuto di libri. Tanto le condizioni esterne che quelle interne consentono che si passi tranquillamente dai primi colloqui alla terapia. Formulo la regola fondamentale secondo la forma proposta nel primo volume: «Cerchi di dire tutto ciò che le viene in mente, quello che sente e pensa, così faciliterà la terapia.»

¹ Nella riproduzione di questi dialoghi utilizziamo per l'analista la prima persona, anche se in realtà tale ruolo fu ricoperto da diverse persone.

La signora Erna X comincia parlando di un conflitto esistente da tempo, cui aveva accennato nei primi due colloqui: la sua indecisione riguardo a una quarta gravidanza. Da un lato desidera molto avere un altro bambino, dall'altro ha dubbi di vario tipo. Nel frattempo si è fatta visitare nell'ambito di un programma per la prevenzione del cancro. Il suo ginecologo aveva aggrottato le sopracciglia davanti al suo desiderio di un quarto bambino, così la paziente aveva manifestato il suo conflitto interiore, e alla domanda che cosa le suggerissero i suoi sentimenti, la sua risposta era stata: «Il mio cuore dice chiaramente sì, la mia ragione no.»

ANALISTA: Ho l'impressione che lei sia indecisa. Vuole lasciar fare al caso per non dover decidere.

[*Commento*]. Questa osservazione sottolinea proprio la tendenza a non lasciare la decisione al caso.

PAZIENTE: Per ora sono decisamente intenzionata ad avere un quarto bambino. Quando faccio un giro per vetrine, mi rallegro pensando di poter comprare il corredino. Con quattro bambini dovrei però smettere di lavorare, non ce la farei più fisicamente.

La signora Erna X descrive in modo simile lo svolgimento di un test allergologico. Aveva avuto bisogno di tutto il suo coraggio per interrompere l'esame dopo aver atteso per ore. Si lamenta della mancanza di disponibilità dei medici nel dare informazioni. L'intero esame doveva essere ripetuto tre volte, ma lei non può certo sacrificare ogni volta un pomeriggio intero. Si compiace del suo coraggio: «Il coraggio è diventato collera. Nella collera ho trovato il coraggio.»

Parla della sua puntualità e di come si senta in colpa a lasciare i bambini a casa da soli. Un tema centrale che viene isolato è come si senta oppressa dalla fretta e come al crescere della tensione si manifestino i sintomi dermatologici e momentanei aumenti della pressione sanguigna.

Propongo un'analogia con la seduta: a causa dell'appuntamento lei sente una tensione crescente. La paziente sottolinea la differenza: dalla terapia si aspetta qualcosa, dal test niente.

La signora Erna X parla della sua grande paura di arrossire: «Spesso divento rossa fino alla radice dei capelli.» Preciso che probabilmente soffre di paura della vergogna, e la paziente afferma di esserne a conoscenza. Si vergogna di tutto ciò che riguarda il sesso, dice: «Divento rossa al solo pensiero della mia paura.»

La paura della paura scatena il sintomo e porta, in maniera tipica, al rinforzo secondario. Mancano però, interpreto, tutti i sentimenti che originariamente causavano il suo rossore e la sua paura. È quindi importante poter accedere a quei temi che stanno alla base della sua paura della vergogna.

Poi la signora Erna X riferisce che a casa sua non si parlava di sessualità, né le venne mai fornita alcuna spiegazione in merito. Una volta venne raccontata una barzelletta, e non sapeva se doveva ridere o no. Descrive poi una situazione di vergogna in ufficio: era seduta di fronte ad alcune apprendiste e improvvisamente era diventata rossa. Si arrabbia con sé stessa: «Sono così stupida?» La paura di arrossire si fa sentire in particolare sul lavoro. Mi ricollego al fatto che con un quarto bambino dovrebbe stare di più a casa, e questo le darebbe un certo sollievo.

Durante le gravidanze si sentiva bene, dopo la prima non ha avuto problemi con la pelle e prendeva poco cortisone. Fa un paragone tra la sua gioventù e le quindici, sedicenni di oggi che sono così spensierate: «Noi eravamo così tonte!» Descrivo la sua situazione in relazione ai problemi attuali: il dover sempre portarsi

dietro una cattiva coscienza porta a crescenti restrizioni. La paziente osserva che per anni ha pregato perché i genitori non scoprissero le sue bravate; a casa sua infatti era importante come si veniva giudicati dagli altri. Adesso la maggiore preoccupazione di sua madre è che qualcuno possa venire a sapere che lei consulta uno psicoterapeuta.

Sembra naturale interpretare queste preoccupazioni come un'interiorizzazione della scala di valori della madre, allo scopo di rafforzare indirettamente l'intenzione di rendersi indipendente. Le viene chiesto fino a che punto tenga per sé le proprie opinioni per compiacere la madre. Al contrario della madre, ha un atteggiamento positivo nei confronti della terapia, che le ha dato subito un certo sollievo: «Mi sdraio volentieri. Per strada pensavo che sono felice quando posso rilassarmi.» Non è riuscita a organizzare meglio il suo tempo, quindi mi informo sul suo orario di lavoro. Dice che si sente così oppressa che pensa sempre di dover fare qualcosa di più. Si parla della sua difficoltà a cambiare e a modificare un programma, cioè della qualità compulsiva delle sue programmazioni. Lei risponde: «Poi crolla quasi tutto, e poi subito dopo c'è la reazione della pelle.»

Anche problemi trascurabili le causano panico, e allora diventa ingiusta con suo marito. Non ha mai la vaga speranza che avverrà un miracolo.

Parliamo delle reali possibilità di trovare un aiuto per la casa. La signora Erna X si è già data da fare; si sente in colpa verso i suoi figli ma deve avere pazienza ancora qualche settimana; forse le darà una mano la sua vicina. Viene fuori la questione della retribuzione della vicina, e allora si discute anche degli aspetti finanziari della vita della sua famiglia. Ci sono numerose divergenze di opinione con suo marito, e le critiche di lui la rendono fortemente insicura.

Emerge quanto lei prenda sul serio le critiche e come tenda a un'autocritica esagerata. Nel corso del matrimonio è diventata più insicura, si arrabbia per il fatto che il marito riduce tutto a un problema *suo*, ed è felice di poterne parlare qui oggi. È chiaro che cerca un appoggio contro le argomentazioni di suo marito.

Interrompo un lungo silenzio chiedendo se le dà fastidio, o se per caso sta aspettando che accada qualcosa. Risponde che aveva atteso a continuare a parlare per rispetto nei miei confronti, ma i suoi pensieri erano già andati oltre.

Le chiarisco che io parlo quando penso di poter dare un contributo. La paziente si sente incoraggiata a esprimere liberamente tutto ciò che le viene in mente. Io le chiedo se anche in altre occasioni della sua vita abbia l'impressione di parlare troppo e di non lasciar parlare gli altri; precisa che nelle conversazioni private è piuttosto riservata. Il discorso passa quindi alla differenza fra «dentro» e «fuori», fra la vita e la situazione psicoanalitica.

Ogni volta che è in attesa di suo marito, pensa a quello che è accaduto nella giornata. Se lui telefona per avvertire che tarderà, allora quel che è stato è stato; se arriva puntuale, il più delle volte è intrattabile. Talvolta dice lo stesso qualcosa, ma lui non la ascolta, è piuttosto raro che si arrivi a una conversazione soddisfacente. Ogni tanto telefona a un'amica per sfogarsi. È sorpresa del fatto che qui riesca a parlare così liberamente.

La differenza tra la situazione psicoanalitica e la situazione esterna viene ulteriormente approfondita. Osservo che anche nella vita capita che arrivino delle risposte o che si pongano altre domande; talvolta nell'analisi non riesco a cogliere un tema importante, e forse lei si sentirà delusa quando non capirò qualcosa e resterò in silenzio.

Procediamo discutendo in che senso la regola fondamentale può essere d'aiuto. In base a tale regola, alcuni aspetti del nostro dialogo potranno apparire insoliti, e perciò lei potrà sentirsi insicura. Sottolineo che non è mia intenzione renderla insicura, ma questo potrebbe essere un effetto secondario non voluto. Adesso è più chiaro che può continuare a parlare quando c'è una pausa.

Rimane ferma sulla parola «insicurezza» e afferma di proseguire il dialogo tra sé dopo la conclusione della seduta; ad esempio dopo l'ultima seduta aveva continuato a riflettere sul tema dell'adattarsi agli altri. Per insicurezza, pur essendo più informata di lui sulla questione, telefona al marito quando deve prendere una decisione difficile.

PAZIENTE: Evito di prendere decisioni su faccende del tutto banali. È anche questo un aspetto del mio esagerato adattamento a mia madre.

ANALISTA: Questo ha a che fare con l'idea che il buon Dio comunque sa e provvede a tutto?

PAZIENTE: Sì, sono sempre stata convinta che mia madre ascolti comunque, che prima o poi venga a sapere tutto, e spesso naturalmente è stato così. Molte volte infatti è risultato che aveva ragione.

Suo marito la rimprovera perché si rivolge sempre a sua madre, ma lui spesso non è disponibile. Questa è invece la *sua* critica a *lui*. La signora Erna X sottolinea la propria tendenza a ubbidire alla madre, salvo poche eccezioni. Il figlio Jakob all'asilo impara delle brutte espressioni e sua madre inorridisce quando le sente. Se lei si fosse permessa qualcosa di simile sicuramente avrebbe preso delle sberle. La signora difende il figlio dalla pedagogia superegoica della madre. Attraverso l'identificazione con i suoi bambini, riesce a esprimere il suo diritto all'autonomia.

[*Commento*]. Questa seduta iniziale è stata scelta secondo un'ottica prescrittiva, perché riteniamo che in essa sia stata raggiunta un'esemplare mescolanza di diversi elementi che portano alla formazione di una relazione d'aiuto.

2.1.2 *Sostegno e interpretazione*

Con l'esempio seguente vogliamo dimostrare che le interpretazioni possono avere *di per sé* un effetto di sostegno. La tecnica psicoanalitica ha perciò un particolare aspetto supportivo quando le interpretazioni vengono offerte per risvegliare nel paziente la speranza di poter padroneggiare le proprie difficoltà. La costruzione di una relazione d'aiuto mediante l'analisi del transfert si realizza nel contesto delle interpretazioni, in particolare nella fase iniziale, quando si tratta di porre le basi della fiducia. Benché sia necessaria la distinzione tra i vari elementi terapeutici e la loro distribuzione o miscela in differenti tipi di tecnica (ad esempio, psicoanalisi, psicoterapia espressiva o di sostegno, Wallerstein, 1986), sottolineiamo qui gli aspetti supportivi delle interpretazioni in quanto tali.

Il signor Daniel Y soffriva da anni di numerose angosce nevrotiche con timori ipocondriaci. In modo particolare lo tormentava la paura di poter diventare pazzo. Per diversi motivi gli riusciva molto difficile decidersi a iniziare un'analisi. Si era anche informato sulla terapia comportamentale, ma dal momento che non soffriva solo per i sintomi, ma si sentiva tagliato fuori dalla storia della sua vita e quasi non aveva ricordi del periodo precedente la pubertà, riteneva di avere bisogno di un aiuto psicoanalitico. Soffriva così tanto per la sintomatologia ansiosa e per la sensazione di essere tagliato dalle proprie radici, che mise da parte tutte le sue riserve sulla psicoanalisi.

Era molto sorpreso riguardo a come si era svolto fino ad allora il trattamento. Non si era trovato di fronte a un analista silenzioso, e non era accaduto ciò che temeva di più: un peggioramento dei sintomi. Aveva sentito dire e aveva anche osservato, nella cerchia dei suoi conoscenti, che all'inizio dell'analisi si hanno oscillazioni negative, e solo dopo diverse fasi di passaggio e dopo la soluzione di alcuni conflitti si ha un certo miglioramento. Che io non lo avessi abbandonato ai suoi monologhi, ma lo avessi sostenuto con le mie interpretazioni, smentì le sue aspettative, con effetto positivo. In questo caso seguii il principio terapeutico di creare le migliori condizioni possibili per il *superamento* dei traumi precoci subito passivamente. Questo atteggiamento terapeutico permise al paziente di mettere in parole, per la prima volta, il suo disperato stato di impotenza riguardo alle sue sconvolgenti impressioni del presente e del passato, e in un certo senso di tenerle sotto controllo. Come il paziente, anch'io ero colpito dall'intensità delle sue emozioni, e in particolare dal suo pianto. La mia calma costante contribuì a limitare la sua vergogna rispetto ai vissuti infantili, che erano in forte contrasto con la sua carriera di successo.

Nel complesso, si era sviluppato nella terapia un buon equilibrio tra un'immersione regressiva nel vissuto affettivo e un dialogo riflessivo.

Le manifestazioni di ansia, sotto forma di attacchi di panico, che comparivano da anni, specialmente in spazi ristretti, erano diventate un tormento nei frequenti viaggi in macchina, treno o aereo che spesso Daniel doveva fare per motivi di lavoro. Era sorpreso di sentirsi notevolmente meglio già dopo poche settimane e di poter intraprendere viaggi in macchina più lunghi e senza attacchi d'ansia. Attribuii questo miglioramento sintomatico al fatto che aveva acquisito una certa sicurezza, e dunque speranza. In questo senso il miglioramento può essere considerato, nell'accezione più ampia del termine, una cura transferale. Un'altra ragione era che il paziente aveva già avuto modo di sperimentare che, malgrado il ripresentarsi dei vissuti di abbandono e di impotenza, egli non era affatto passivo e impotente di fronte alle sue difficoltà, al contrario riusciva ad affrontare i traumi del passato ancora allo stato latente e qualunque cosa potesse riattivarli nel presente. Il miglioramento poteva quindi essere attribuito anche all'elaborazione psicoanalitica dei conflitti.

Non avevo avuto alcun motivo di comunicare al paziente le mie congetture su questi due aspetti della terapia. Ma ora si prospettava un viaggio aereo transoceanico di otto giorni a cui il signor Daniel Y si era deciso con inquietudine, perché negli ultimi anni non c'era stato viaggio aereo senza attacchi di ansia. In vista dell'imminente viaggio decisi di fare un'osservazione chiarificatrice, da cui mi aspettavo un effetto tranquillizzante. Ricordai quindi al paziente che diversi viaggi in macchina e in treno erano andati bene, perché, a differenza di prima, non si era sentito in balia di cose al di fuori del suo controllo, ed evidentemente aveva riacquisito la sua autoassertività. L'intenzione era quella di renderlo consapevole dell'ampliamento del suo ambito d'azione e di consolidare la sua fiducia in sé stesso. Il paziente fu colpito dalle mie affermazioni. Fummo quasi costretti a smettere di parlare per il suo improvviso e intenso scoppio di pianto. Sapendo dall'esperienza che in genere è sconsigliabile far concludere una seduta in presenza di un affetto intenso non ancora verbalizzato, non mi sentivo del tutto tranquillo mentre mi congedavo da lui. Avevo tuttavia l'impressione che il signor Daniel Y avesse una maggiore sicurezza, e che perciò fosse in grado di gestire le proprie emozioni.

Il signor Daniel Y tornò di ottimo umore. Entrambi i voli, contrariamente alle sue previsioni, erano andati benissimo, senza paure. Si era familiarizzato per sentito dire con le regole psicoanalitiche, e perciò aveva dei dubbi se il mio modo di aiutarlo fosse corretto. Nello stesso tempo si meravigliava del fatto che io fossi stato così ardito e mi fossi assunto il rischio di fare una previsione. Ma, si chiedeva, la sua fiducia nelle mie capacità non sarebbe stata seriamente compromessa, in caso di ricaduta? Cercai allora di spiegarli che avevo affrontato un rischio calcolato, e

dunque non avevo agito arbitrariamente né avevo dato un suggerimento a caso. Di fatto il signor Daniel Y si era dimenticato che avevo basato la mia supposizione che *probabilmente* sarebbe riuscito a viaggiare senza angoscia sul fatto che la sua sicurezza era aumentata.

Il paziente, che era uno scienziato di successo, divenne sempre più interessato a conoscere i meccanismi dell'efficacia terapeutica. In una seduta successiva si arrivò a uno scambio di idee che si concluse con una violenta esplosione affettiva, che riassumo qui di seguito.

Il signor Daniel Y era agitato perché, a dispetto della sua intelligenza, i motivi per cui si era liberato dall'ansia non avevano accesso alla sua coscienza. Era un suo evidente desiderio conoscere qualcosa sulle condizioni del suo miglioramento. In fin dei conti anche nel suo lavoro si trattava di acquisire conoscenze – o correggere errori – riconoscendo le cause. Il paziente sembrava sollevato perché io consideravo naturale la sua curiosità per i fattori terapeuticamente efficaci, e la consideravo un suo giusto diritto. Aveva messo in conto che avrei sorvolato sulla domanda implicita o che mi sarei rifiutato di rispondere. All'improvviso cadde in uno stato di ansia e di agitazione. Ero in grado di chiarirgli l'origine di quell'ansia: voleva saperne di più sul mio conto, ma temeva di avvicinarsi troppo a me. Era entrata in gioco una forte ambivalenza, sperava che io non brancolassi nel buio e nello stesso tempo mi invidiava per le conoscenze e per i modi pacati con i quali avevo trattato la sua paura che io fossi in grado soltanto di effettuare interventi casuali, alla cieca. La disuguaglianza tra di noi e il fatto che io sapessi tanto su di lui, gli avevano ricordato vissuti infantili di impotenza ed esclusione. Fu incoraggiato dal fatto che avevo espresso alcune osservazioni sull'origine delle sue angosce e non avevo sottovalutato l'intensità dei suoi sentimenti. Improvvisamente fu preso da un accesso di odio contro suo «zio», che aveva preso il posto del padre e al quale per ordine di sua madre si era dovuto sottomettere. Fu scosso dall'intensità del proprio odio e dalla relativa angoscia. Le connessioni da me operate con il suo vissuto durante la seduta lo convinsero. Dalla contenuta critica a me e alla mia reazione, acquistò notevole sicurezza per poter affrontare i suoi affetti così violenti.

Il campo di tensione edipico si era così attualizzato che egli era nelle condizioni più favorevoli per riesaminarlo. È degno di nota che, sebbene a suo tempo avesse vinto contro lo «zio», gliene era rimasto un profondo sentimento di incapacità, quasi di avere un difetto fisico, con angosce ipocondriache centrate sul cuore. Poco tempo dopo fu in grado di superare la vergogna e di comunicarmi che fino alla tardiva manifestazione assertiva della sua sessualità si era seriamente preoccupato perché masturbandosi non era mai arrivato all'eiaculazione. L'angoscia per le sue piacevoli aggressioni edipiche aveva prodotto un'inibizione e un concomitante disturbo funzionale. A sua volta questo disturbo aveva contribuito a rafforzare, nonostante tutti i successi nella professione, un profondo sentimento di inferiorità.

2.1.3 *Comunanza e indipendenza*

Le ricerche sistematiche di Gill e Hoffman (1982) hanno attirato la nostra attenzione sul significato delle percezioni attuali nel transfert. La loro proposta è di partire dalla plausibilità delle percezioni del paziente. Di solito è sufficiente riconoscere che è plausibile un'osservazione che si riferisce all'analista o al suo studio. Molte volte però è necessario un ulteriore chiarimento che non può essere riferito solo alle fantasie del paziente. I problemi tecnici generali a questo proposito sono stati trattati nel primo volume (2.7, 8.4). Illustreremo i corrispondenti passaggi tecnici mediante il seguente esempio.

Dalle sedute 61 e 62 dell'analisi del signor Arthur Y prendiamo – in parte testualmente – una sequenza per mostrare che cosa significa riconoscere le verità attuali nel «qui e ora». Le metafore utilizzate dal paziente sono particolarmente appropriate per esprimere il suo stato d'animo.

Le due sedute precedono una lunga interruzione per le vacanze estive. L'argomento è la curiosità del paziente, stimolata indirettamente dalle mie interpretazioni. Il mio incoraggiamento a essere più curioso lo porta a ricordare che in una precedente occasione aveva represso la sua curiosità nei miei confronti: «Allora non mi sono azzardato, ma nemmeno oggi mi risulta facile»; e il paziente precisa subito il motivo: «Dal terapeuta da cui andavo prima, non avrei ricevuto alcuna risposta, ma una controdomanda del tipo: "Sì, e perché lei è interessato a questo?" E quando si riceve per troppe volte questo tipo di controdomande, si perde la voglia di chiedere.» Il suo interesse riguarda il mio luogo di vacanze; in un'occasione precedente gli avevo dato il mio indirizzo.

Il signor Arthur Y parla di un grande e famoso percorso sciistico; anch'io conosco quel posto. Dà briglia sciolta alla sua curiosità e si arrischia a fare la domanda messa da parte in un primo momento. È decisiva la mia risposta evasiva e il non precisare se ho fatto quella discesa. Mi limito a un'affermazione generale, che non dice niente: «Tutti gli abitanti di Ulm conoscono bene questa parte delle Alpi, l'Algovia.» Solo nella seduta successiva il rifiuto diventa riconoscibile nei suoi effetti e, ciò che è importante, anche correggibile.

Il signor Arthur Y dapprima sembra molto soddisfatto della mia risposta, ma poi esterna la sua momentanea frustrazione subliminale con esempi della precedente terapia; gli viene in mente una similitudine molto significativa: l'immagine di una lumaca che tira fuori le corna, basta solo sfiorarle e la lumaca si ritira nella sua casa. «Mi sono comportato nello stesso modo [con il terapeuta precedente].» Poi gli viene in mente, in contrapposizione alla lumaca, un grosso cane che digrigna i denti. «Non è così facile sfiorarlo, perché potrebbe staccarti un dito con un morso.» È evidente che rappresenta sé stesso come la lumaca e l'analista come il cane che morde e che non si può provocare con le domande. Questa supposizione viene corretta dal paziente nella seduta successiva.

Il primo terzo della seduta successiva trascorre in una buona atmosfera, perché posso tranquillizzare le ansie del signor Arthur Y relative alla discrezione (comunicazione alla cassa mutua ecc.). Il paziente ora ha sufficiente sicurezza per ritornare su alcuni punti particolari. In relazione al cane esclama: «Se almeno una volta fossi stato io il cane e avessi abbaiato!» Lo faccio riflettere sul fatto che la conseguenza della sua osservazione è che non sarebbe stato morso, ma avrebbe morso sé stesso. Riconosce che la mia idea non è poi così sbagliata. Dopo aver addolcito la critica ed essere tornato, per così dire, in accordo amichevole con me, si ricorda della sensazione di rifiuto vissuta con la mia risposta evasiva riguardo al percorso di sci. A suo dire, aveva vissuto tale evasività come un semaforo rosso: «È meglio non fare altre domande», e io faccio un'allusione al dito, al mordere, alla rabbia dell'oggetto e al ritiro (della lumaca). Il paziente chiarisce che un tale ritiro verso l'interno per lui è come una spina che non si può estrarre.

Gli confermo che sono stato evasivo, e la mia evasività ha spostato il rapporto tra lumaca e cane a spese di un'intensa curiosità. La mia interpretazione suona così: «In realtà sono stato evasivo, non ho risposto: sì, conosco quella pista, ma ho parlato in modo generico, e forse questo lei lo ha vissuto come un forte rifiuto. Non era solo curioso ma era anche spinto da curiosità invadente, il cane che morde.»

In questo modo non ho detto: «Lei aveva paura di farmi male», come se lui avesse solo immaginato questa paura e io non fossi stato irritato, ma ho riconosciuto la *plausibilità* della sua percezione. Questo riconoscimento porta probabilmente a un'esperienza emotiva correttiva; nei passi successivi i pazienti verificano se sono e restano ben accettati dopo aver acquisito nuovi modelli di pensiero e di azione. Nello sviluppo che segue discuto perché talvolta ha senso non rispondere immediatamente alle domande, dopo aver risposto in modo esplicito alla sua domanda diretta sulla pista. In risposta al mio chiarimento, il paziente afferma: «Sì, quando si risponde subito alle domande il processo di pensiero si interrompe.» Il paziente afferma quindi che è decisamente sensato lasciare aperte le domande per non interrompere il processo di pensiero.

La sua scelta di parole viene considerata attentamente ed emerge che attribuisce all'analista un comportamento astuto, che riconosce anche in sé stesso e mediante il quale talvolta raggiunge lo scopo di tenersi a galla, secondo il motto «il fine giustifica i mezzi». La curiosità del paziente si è di nuovo intensificata dopo che erano emerse diverse relazioni associative con i concetti di «insistere» «intrudere»² ecc. Il paziente ricorda: «Si dice, quello lì mi assilla.» Si arriva a parlare dell'imminente interruzione per le vacanze. Il signor Arthur Y sa che io non sono raggiungibile e questo stimola la sua *penetrante curiosità*. Giungiamo quindi a un compromesso che tiene conto dei diversi aspetti del problema di tecnica: da un lato non gli viene comunicato il luogo dove trascorrerò le ferie, dall'altro gli assicuro che in caso di emergenza potrà rintracciarmi tramite la segreteria.

Alla fine della seduta, in vista delle ferie, è importante sottolineare gli elementi di *comunanza* esistenti tra noi, in contrasto con quelli di *indipendenza*, usando paragoni adeguati che fanno parte del nostro lessico comune, per la nostra familiarità con gli stessi luoghi.

Il riconoscimento di verità attuali acquista un significato particolare nella situazione di trattamento, quando la relazione terapeutica è messa particolarmente alla prova, come ad esempio nell'interruzione per le vacanze. Per quanto riguarda il modo di porre domande che raggiungano uno scopo, e di fornire risposte che soddisfino il paziente per trasmettergli la necessaria sicurezza durante il tempo della separazione, può valere in generale la regola: «Comunanza per quanto è necessario, indipendenza per quanto è possibile.»

Dal decorso delle sedute riportate si chiarisce anche che il processo terapeutico permette una correzione continua degli effetti secondari dei nostri interventi; infatti essi possono causare, oltre agli effetti benefici, anche effetti secondari negativi non voluti, spesso non immediatamente riconoscibili.

2.2 *Transfert positivo e negativo*

La gamma dei transfert positivi è notevolmente ampia, da forme moderate di simpatia e stima, a violenti innamoramenti. Se questi raggiungono un grado tale da ostacolare in modo persistente la relazione di lavoro, si parla di transfert erotizzato. Spesso l'amore di transfert si trasforma in odio, per-

² [Löcher = bucare, assillare.]

ciò il transfert negativo-aggressivo deve essere inteso come una conseguenza di vissuti di rifiuto. Illustreremo queste situazioni con gli esempi che seguono.

2.2.1 *Transfert positivo moderato*

La paziente, la signora Erna X, parla del racconto autobiografico *Lehrjahre auf der Couch* (Apprendistato sul lettino) di Tilmann Moser, in cui l'autore descrive intensi attacchi aggressivi contro il suo analista (vedi cap. 7). Lei stessa riteneva impensabile potersi arrabbiare a tal punto. Ma ormai è scettica di fronte all'assenza di affetti negativi in occasione di un'imminente interruzione del trattamento, e questo la delude. Forse c'è qualcosa che non va.

PAZIENTE: Ero solo scontenta del fatto che lei non mi avesse detto dove andava in vacanza. Però poi mi sono rimproverata perché non avevo nessun diritto di saperlo, e certamente lei sa bene che cosa deve o non deve dirmi.

Presumo che la paziente abbia avuto il sospetto di essere stata defraudata di una risposta, con il solo scopo di farla arrabbiare. Per lei sarebbe stato coerente non lasciarsi manipolare o provocare ulteriormente. Richiamo l'attenzione sul fatto che forse si stava preannunciando una lotta di potere, che questo argomento sembrava implicare. Nego di aver avuto un'intenzione manipolatoria nel non dirle nulla.

La signora Erna X sottolinea che non immaginava volessi farla arrabbiare: pensa invece che io voglia stimolarla a pensare. Confermo questa sua percezione.

Il tema viene completato dalla paziente e ampliato e approfondito nel dialogo. La signora Erna X si occupa adesso della mia assenza di tre settimane. La sua ambivalenza è dovuta a due motivi concatenati e contrapposti: da un lato si aspetta un rigoroso adempimento del dovere professionale e un impegno altruistico, dall'altro cerca un modello in base al quale poter riorganizzare la sua vita coniugale. La sua riflessione riguarda il fatto, peraltro senza speranza, che il marito riesca a liberarsi da alcuni impegni di lavoro per occuparsi di più della vita familiare e delle vacanze. Aggiunge che se io avessi programmato veramente di trascorrere tre settimane di vacanze, corrisponderei al suo ideale. Ma, così come desidera per sé stessa un simile stile di vita, teme le relative complicazioni, data la discrepanza tra questo ideale e la sua realtà. Probabilmente proprio per questo si attacca all'idea che io non andrò in vacanza.

Dopo una pausa di silenzio, la paziente racconta un sogno che mi riguarda.

PAZIENTE: Nel secondo sogno ero sdraiata con lei su un divano, non qui, ma in un altro luogo. Il divano era molto più grande. Non riesco a ricordarmi i particolari, solo una sensazione, probabilmente una sensazione di protezione. C'era anche una sensazione di orgoglio e di meraviglia perché lei permetteva, mi permetteva questa vicinanza così intima, senza scappare via o buttarmi giù. Una telefonata ci disturbò. A questo punto il posto era come lo studio. Al telefono c'era una donna che l'avvertiva di ritirare la macchina dal servizio assistenza clienti. Volevo sapere chi fosse la donna che aveva chiamato, ma lei non mi ascoltava. Pensavo fosse sua madre o un'altra donna. Poi siamo andati in giro insieme per la città.

È difficile descrivere i sentimenti che si provano nel sogno. Insieme a lei mi sentivo totalmente rilassata. Quando sono qui penso sempre che devo fare tutto correttamente. Nel sogno era diverso.

ANALISTA: Sì, in sogno ci si possono prendere tutte le libertà.

PAZIENTE: Mi sarebbe piaciuto chiamarla subito stamattina. Dopo essermi alzata ci ho riflettuto, ed ero felice. Dapprima ho pensato, no, non posso proprio raccontargli che ho sognato noi due insieme sul divano. Ma d'altro canto non mi andava di nascondere il sogno. Di solito con lei parlo volentieri dei sogni.

ANALISTA: Era a disagio per via dell'intimità che il sogno esprimeva.

PAZIENTE: Sì, per me era imbarazzante.

Parlo quindi dei naturali desideri umani, e sottolineo che questi vengono stimolati dal colloquio.

ANALISTA: Includermi nel suo mondo di sogni e desideri è come includere altre persone con le quali parla di cose personali.

La paziente già si immaginava la seduta con questo tipo di riflessioni. Ora richiamo la sua attenzione sull'intervento dell'altra donna.

PAZIENTE: Sì, era gelosia. Sì, l'altra donna me l'ha sottratto.

Ricordo alla paziente un sogno precedente.

PAZIENTE: Già, nel sogno lei disdiceva una seduta. C'è sempre di mezzo la sua automobile. Sì, lei anche nel sogno veniva a farmi visita in automobile. Quando sceglievo il fidanzato era importante che avesse una macchina grossa. Nel periodo della pubertà invidiavo tutte le mie compagne di scuola i cui genitori avevano delle macchine di grossa cilindrata. Perciò l'auto ha un ruolo importante. Percorrevi la strada del centro con lei quasi danzando, molto rilassata. Perché non devo ammettere questo desiderio? Ma naturalmente non potrei raccontare questo sogno a mio marito perché non sarebbe in grado di capirlo.

ANALISTA: La questione è se lei può suscitare la comprensione di suo marito riguardo all'argomento del sogno, vale a dire il suo desiderio di maggiore tenerezza e protezione.

Ho usato intenzionalmente la parola desiderio, che comprende tutti i tipi di sentimenti erotici, facendo presente che il trattamento può risvegliare diversi desideri e che non è facile riorganizzare la sua vita e convincere suo marito in tal senso. Suo marito dipende dalla famiglia come lei è legata ai suoi genitori.

La paziente si chiede perché le vengo in mente io e non il marito.

ANALISTA: Sicuramente perché ne parla di più con me che con suo marito.

Interpreto la domanda come una ricerca di giustificazione.

PAZIENTE: Sì, avrei potuto rispondermi da sola, ma non so proprio che piega potrebbe prendere la cosa. Sì, non voglio riconoscere che lei corrisponde sotto ogni aspetto ai miei desideri. Il sentimento di comprensione e protezione che è venuto fuori dal sogno è un sentimento che non viene mai fuori nei confronti di mio marito. Sono sposata da così tanto tempo da sapere come valutare le reazioni di mio marito. Succede che io sto per conto mio e lui non mi aiuta.

La paziente porta un esempio della vita quotidiana con i bambini e della scarsa disponibilità di suo marito a condividere la cura dei figli.

PAZIENTE: Anche a casa è la stessa cosa, quando mi difendo da mia madre e mi sottraggo alla prospettiva di addossarmi qualche altro peso, allora lei si arrabbia e inveisce contro la terapia, che considera un'inutile perdita di tempo.

Alcuni giorni dopo si intensifica nella paziente il desiderio di maternità. Anche se, ora come prima, tutte le considerazioni razionali depongono a sfavore e nonostante recentemente si sia sentita sollevata nel sapere da una visita ginecologica di non essere incinta, ora desidera un quarto figlio. Colpita dalla contraddittorietà del suo atteggiamento, cerca un chiarimento nelle sedute.

Per rendere comprensibile al lettore la seguente interpretazione del suo desiderio

di maternità, riassumo una vivace esposizione della paziente che descrive i giochi dei bambini, suoi e dei vicini. Aveva osservato con incredibile sorpresa la naturalezza incurante dei bambini dai tre ai cinque anni, che non nascondono la loro voglia di mostrarsi, di toccarsi e di guardarsi. Durante questi infantili giochi sessuali aveva visto un bambino mostrare il suo pene, provocando in una bambina il desiderio di possederlo, cioè una reazione di invidia del pene. Al posto del membro mancante la bambina reggeva un grosso cocodrillo, con cui si proponeva di mangiare il bambino, il quale aveva già sviluppato una fobia. Con il cocodrillo – come membro molto più grande – terrorizzava trionfante il bambino. Solo con grande sforzo la paziente poté lasciar continuare i bambini che, dopo aver soddisfatto la loro curiosità, rivolsero l'attenzione ad altro. Le sarebbe venuto più naturale intervenire subito proibendo, come faceva sua madre, o sviando l'attenzione verso qualcosa di più bello e più decente, come era solita fare sua nonna. La paziente aveva compreso dalle misure educative a cui i suoi figli erano sottoposti quando andavano a trovare la nonna, il modo in cui probabilmente sua madre si era comportata con lei quando era piccola. Osserva con rabbia come sua madre, di fronte alle domande cruciali dei suoi bambini, li inganni e li prenda in giro.

Il suo desiderio di avere un bambino si manifesta in maniera particolarmente intensa dopo delusioni di diverso tipo. Pur sapendo che, con un quarto figlio, il suo carico di lavoro aumenterebbe considerevolmente, e che non potrebbe contare su nessun tipo di appoggio da parte del marito, sente un profondo sentimento di felicità quando pensa ai momenti di forte legame nell'allattamento e nel contatto di pelle con il bambino. Il desiderio di un figlio diventa invece decisamente secondario quando si sente compresa e quando, dopo una seduta stimolante, prosegue interiormente il dialogo con me. Il suo indaffaratissimo marito ha poco tempo per lei, e i rapporti sessuali sono così rari e insoddisfacenti da rendere assai improbabile un concepimento.

Dopo una breve e agitata riflessione, la signora Erna X accetta la mia interpretazione che in un altro bambino cerca la sua infanzia, per poter ripetere la crescita in condizioni più favorevoli. Le sue successive associazioni sul fatto che durante le sedute non ha mai sentito il desiderio di un'ulteriore gravidanza, non le interpreto come difesa da desideri edipici, ma come espressione della sua soddisfazione nel sentirsi compresa.

La mia interpretazione, formulata intenzionalmente a livello generale, che lei in un altro bambino cerca la propria vita non ancora vissuta, cade su un terreno fertile e stimola molti pensieri. A ragione la paziente sospetta che il suo desiderio di maternità serva a evitare di ristrutturare la sua vita familiare e lavorativa. Le ristrettezze che porterebbe un quarto bambino ricadrebbero su di lei, e le renderebbero impossibile fare la maggior parte delle cose che ora, libera da alcune inibizioni nevrotiche, ritiene di poter affrontare sul lavoro. Mi racconta un sogno che si può far risalire al gioco dei bambini e alle mie precedenti interpretazioni: vede *me*, in un album di fotografie, come un bambino, fotografato più volte in diverse scene sulla riva di un lago.

La sua curiosità sessuale era stata stimolata nel transfert. Aveva infatti vissuto sulla spiaggia situazioni che le avevano causato una certa vergogna. Da ragazza una volta aveva indossato un costume da bagno troppo grande con il reggiseno imbottito ed era stata derisa. Uno zio le aveva messo gli occhi addosso, ma nello stesso tempo faceva finta di non interessarsi a lei.

Interpreto il desiderio transferale inconscio di voler avere con me e da me un figlio. Alla paziente risulta subito chiara questa interpretazione, anche se consciamente non ha mai avuto un desiderio simile. Mi posso ora ricollegare a un'espressione dello zio, che lui *farebbe* volentieri dei bambini, anche se di solito di bambini non ne vuole sapere. Nelle sedute successive i temi cambiano, e vengono messi a fuoco altri aspetti. La

paziente si riallaccia all'ultima seduta. Oggi le sembra più facile cominciare. Non si è lasciata sfuggire una frase che avevo detto nell'ultima seduta: «Oggi lei non sta lì come allora da bambina. Oggi ha qualcosa da offrire.»

PAZIENTE: Che cosa ho da offrire? Non sono brutta, non sono stupida. Talvolta penso di essere troppo esigente, non sono mai soddisfatta. Però ho pensato anche, perché me lo ha detto quasi alla fine dell'ultima seduta? Forse ero disorientata e ha voluto tirarmi su di morale? Mi dica lei che cosa ho da offrire.

ANALISTA: Io non l'ho detto per tirarla su di morale, anche se questo aspetto è implicito. Volevo sottolineare il fatto che oggi non è più vergognosa e impotente come una bambina. Il fatto che non le vengano in mente altre cose e che mi ponga delle domande, mi sembra non sia tanto una conseguenza delle sue eccessive esigenze, quanto un fenomeno che accompagna il disagio di fronte alla sua spontaneità e alle sue associazioni spontanee.

PAZIENTE: È proprio così che mi immagino, vergognosa, impotente e imbottita. Oggi sono quasi la stessa di allora. Dopo l'ultima seduta, però, ero contenta.

Si tratta di un percorso diverso da quello della spiaggia. La paziente mi comunica che sta riflettendo sul significato delle parole «vergognosa», «impotente» e «imbottita». Dopo un lungo silenzio, la incoraggio a esprimere i suoi pensieri.

PAZIENTE: È difficile. Talvolta mi sento incredibilmente impotente. Poi c'è uno stato d'animo esattamente opposto. Sono gli estremi, manca la via di mezzo. Proprio come l'ultima seduta; sono andata via ed ero incredibilmente felice, ma quando sono salita in macchina ho iniziato a pensare: «Non illuderti, probabilmente era solo una sua mossa per farti coraggio.»

ANALISTA: Qualcosa di non vero, quindi.

PAZIENTE: Sì invece, molto vero ma con l'intenzione nascosta di aiutarmi a superare una situazione difficile.

ANALISTA: Perché è contro questa intenzione di aiutarla, di richiamare la sua attenzione su qualcosa? In realtà è in gioco l'intenzione nascosta che lei possa usare il proprio corpo come un mezzo. Per parecchio tempo lei è stata convinta di non avere niente. Oggi ha qualcosa da poter mostrare. (*La paziente soffre di eritrofobia.*)

PAZIENTE: Sì, ma non c'è nessun merito. È un effetto dello sviluppo. È venuto da sé. È qualcosa di non guadagnato, e quindi è chiaro che per me non è niente. Sono importanti solo le cose che ci si è guadagnate (*lunga pausa*). Mi chiedo perché mi risulta così difficile credere di avere qualcosa da offrire.

ANALISTA: Perché immediatamente le viene in mente qualcosa di proibito e che potrebbe avere precise conseguenze, ad esempio potrebbe diventare più seducente di quanto le sia consentito. E lo zio si prenderebbe ben altre libertà di quelle che si è già preso.

PAZIENTE: Ma chi mi dice allora come potrei essere?

Accenno alla paziente che la sua educazione è stata così controllata dall'esterno, da non averle permesso di sperimentare niente nella sua sfera d'azione. Quando sua madre stabilisce che cosa deve accadere, le condizioni sono chiaramente definite. In ogni caso, lei stessa può rendersi conto di come siano contenti i suoi figli quando sperimentano qualcosa da soli, quando lascia loro uno spazio d'azione.

PAZIENTE: La cosa non riguarda solo il corpo, ma anche la psiche. Anche qui sono altrettanto insicura. Sì, è l'essenza stessa del pensiero e del sentimento che implica sempre aspetti diversi. Quando si stabilisce qualcosa in senso assoluto, allora c'è sicurezza. Se c'è maggiore apertura allora ci sono anche più intenzioni nascoste.

È quindi per lei fonte di preoccupazione che io abbia dei pensieri nascosti.

PAZIENTE: Le attribuisco spesso seconde intenzioni, perché è chiaro che lei ha qualcosa in mente, ha un fine.

Ammetto che è proprio così, e potremmo anche parlarne. La paziente ritiene invece che non sarebbe lecito farlo. Sottolinea quindi che non si fida completamente di fare domande al riguardo. A volte si lascia condurre volentieri, ma se non si arrischia a fare delle domande, allora c'è il pericolo di essere manipolati, cosa che chiaramente non desidera. Da un lato è bello lasciarsi condurre, ma è anche sgradevole.

ANALISTA: Quando, però, non è dato sapere niente di tutto questo, quando non si possono fare domande, allora si può anche essere manipolati. Lei è stata molto influenzata e condizionata. Vuole ottenere quello che ha in mente, e che non si può raggiungere senza fare ulteriori domande o riflessioni.

PAZIENTE: È perché non voglio essere invadente e non voglio fare domande stupide, che le intenzioni nascoste mi restano poco chiare, ma rifletto spesso sul tipo di intenzioni che lei potrebbe avere. L'ultima seduta è stata particolarmente dura, perché in realtà vorrei offrirle volentieri qualcosa, ma nello stesso tempo sono tremendamente insicura. La parola «imbottita» mi ha toccato molto. La gente pensa a qualcosa che io proprio non ho, esattamente come è accaduto con il costume sulla spiaggia. Quando ci si scopre, si ha vergogna, e io divento rossa e impotente. Sono esattamente tre tappe, ma non dall'impotenza alla vergogna e all'essere imbottita, ma il contrario.

Confermo che il corso degli avvenimenti è proprio come lei lo ha descritto. Le cose materiali sono piacevoli, il denaro e una bella macchina sono importanti per lei. Le ricordo inoltre che nell'esperienza di allora aveva troppo poco da poter esibire. Era imbottita con qualcosa di artificiale.

PAZIENTE: Mi viene in mente un palloncino, che se si punge perde tutto quello che ha dentro. Sì, le cose vanno proprio così: imbottita, piena di vergogna e impotente. Questa è esattamente la situazione in cui divento rossa. Dietro l'imbottitura però c'è molta vita.

ANALISTA: Sì, c'era qualcosa. Il reggiseno era imbottito, ma dietro qualcosa c'era. Non niente. Un capezzolo, un seno in crescita, la consapevolezza dello sviluppo in base alle proprie sensazioni corporee e al confronto con le altre donne.

PAZIENTE: Però era molto scarso e molto piccolo, e io ero insoddisfatta. Nessuno mi aveva detto che il seno sarebbe ancora cresciuto. Mi avrebbero detto piuttosto: «Cosa pretendi a questa età, sei ancora una bambina.» Non potevo parlarne con nessuno. Ero abbandonata a me stessa. Certamente ho imparato da questa situazione alcune cose, ho imparato che mia madre mi ha costretta a fare ciò che voleva. Poi mi dava precise indicazioni, e allora la cosa funzionava. Venivano dati degli ordini. Dovevo fare qualcosa e imparare a memoria quello che c'era da fare, ad esempio quando si trattava di andare in un ufficio. Ma restava comunque un'azione di mia madre, non mia. Io non avevo scelta. Ero costretta e non ero io in prima persona, per questo probabilmente mi manca il sentimento di essere stata io stessa a progredire. Tra gli estremi, «io non posso nulla/io posso tutto», manca una via di mezzo.

Riprendo ancora una volta le intenzioni nascoste. Quali sono i pensieri dai quali è diretta e che rimangono segreti sullo sfondo?

ANALISTA: Aveva il sospetto che ci fossero altre intenzioni. Che si attuasse una manipolazione, e c'era anche l'aggravante che lei non dovesse saperlo. Per questo motivo esita a chiedermi che cosa intendessi con questa formulazione, seguendo il ragio-

namento «hanno solo buone intenzioni nei miei riguardi. Non è necessario fare domande».

PAZIENTE: Mi usavano. Non mi veniva detto: «Fallo, per favore, io non ho tempo», ma: «Tu lo fai», senza alternative, e allora sentivo intenzioni nascoste e non mi fidavo più. Era disonesto. Io sapevo di questa disonestà ma non riuscivo a parlarne.

[*Commento*]. L'incoraggiante interpretazione dell'esitazione della paziente nel transfert si è sviluppata in maniera fruttuosa nel lavoro comune. Tali osservazioni sono straordinariamente importanti per la valutazione del processo terapeutico.

2.2.2 *Transfert positivo intenso*

I transfert positivi intensi si verificano nel quadro della relazione di lavoro, che talvolta viene violata nei transfert erotizzati (vedi 2.2.4). A causa delle complicazioni che il transfert erotizzato comporta, sarebbe importante avere sottomano dei criteri predittivi quando si definiscono le indicazioni nelle prime fasi di trattamento, e naturalmente trovare strumenti interpretativi per evitarlo. Siamo oggi in grado di individuare un gruppo di pazienti che si innamorano a tal punto del proprio analista da rendere necessaria l'interruzione della terapia? Questo gruppo è forse formato da donne che si rifiutano di cooperare al lavoro di interpretazione, che cercano solo una gratificazione materiale e sono sensibili solo alla «logica della polenta (...) alla tesi della bistecca» (Freud, 1914a, p. 369)? Sono cambiate troppe cose dalla scoperta dell'amore di transfert, da quando potevamo far rientrare queste persone, come faceva Freud, in quella classe di donne che «non ammette surrogati» o che a causa della loro «passionalità elementare (...) non accettano una realtà psichica in cambio di quella materiale» (*ibid.*).

In primo luogo è necessario ricordare che questa complicazione appare da sempre soprattutto nell'analisi di donne che sono in trattamento con un analista uomo, per una serie di ragioni psicologiche, storiche, sociologiche e nosologiche. Dopo tutto, le prime pazienti che fecero ricorso alla psicoanalisi erano in prevalenza isteriche. Da allora la rivoluzione sessuale ha reso possibile l'emancipazione della donna, che si esprime, non da ultimo, nella libera autodeterminazione sessuale. Quest'ultima conquista non ha modificato il fatto che le aggressioni e le trasgressioni sessuali sono più frequenti tra uomini e ragazze che tra donne e ragazzi. Un discorso analogo vale anche per la proporzione tra l'incesto padre-figlia e l'incesto madre-figlio. La forma prevalente di comportamento sessuale continua a essere l'eterosessualità, con il predominio maschile tra i sessi. In una paziente, l'aspettativa riguardo a tutto ciò che potrebbe accaderle con l'analista è motivata dalle esperienze precedenti con uomini quali il padre, i fratelli e altri parenti, o insegnanti, superiori e medici. Il sedurre e il lasciarsi sedurre sono fenomeni uniti da un

complicato rapporto di attrazione e repulsione. «Se questo una volta è stato possibile, allora tutto è possibile...» L'inquietudine che suscita questa frase dipende essenzialmente da quanto sono stati reali gli abusi sessuali negli spazi vitali protetti dal tabù.

L'autodeterminazione sessuale è una cosa. D'altro canto i confini dei tabù sociali diventano sempre più permeabili, così che le regole tradizionali del comportamento sociale vanno perdendo il loro carattere vincolante. L'abuso su bambini e ragazzi sembra in aumento, e le cifre presunte degli incesti tra padri e figlie sono rilevanti. I transfert di persone che hanno subito violenza, nel senso più ampio del termine, sono complessi perché i pazienti traumatizzati mettono alla prova sé stessi e l'analista (vedi 8.5.1).

Nel primo volume, in 1.7, abbiamo preso in considerazione la spiccata asincronia tra la velocità di cambiamento nelle tradizioni familiari e nei processi storici e socioculturali. Nella pratica attuale dello psicoanalista si trovano ancora oggi, come ieri, quelle pazienti isteriche che non solo si innamorano dell'analista, ma che nel trattamento cercano una compensazione a una vita insoddisfacente e si attaccano all'illusione di un appagamento attraverso il terapeuta.

Rispetto a quanto detto prima, cioè alla probabilità che si instauri un transfert erotizzato senza possibilità di soluzione, è essenziale sapere, sul piano diagnostico, quali sono le limitazioni della vita privata che le pazienti lamentano. Se si tratta prevalentemente di difficoltà nevrotiche che rendono difficili, se non impossibili, relazioni sessuali appaganti in amicizie o in unioni durature, il pericolo che si sviluppi un amore di transfert insolubile è minimo. La prognosi è invece più sfavorevole nel caso di un amore di transfert illusorio, quando un grave sviluppo nevrotico ha portato la paziente all'isolamento, e questa è arrivata a un'età in cui sono limitate le possibilità di trovare un partner adeguato. Nonostante l'emancipazione, le consuetudini sociali per queste donne hanno conseguenze meno positive che per i coetanei di sesso maschile, considerando che nella nostra società gli uomini nevrotici e celibi hanno più facilità di contatti rispetto alle donne nubili. Le differenze di ordine *psicosessuale* tra uomini e donne fanno sì che, ad esempio, quando l'uomo cerca una partner tramite gli annunci sul giornale, sia meno esposto a spiacevoli umiliazioni di quanto invece accade alle donne in occasione di avventure passeggera.

Il lettore si chiederà cosa c'entrano queste considerazioni di ordine generale con l'insieme dei transfert positivi. Da un lato ciò spiega perché i pazienti di sesso maschile in trattamento con una psicoanalista sviluppino più raramente, in condizioni simili, un transfert erotizzato, di quanto succeda invece nel caso inverso. Non esitiamo a citare un'altra considerazione generale che si può dedurre da quanto detto finora e che, secondo la nostra esperienza, dovrebbe essere presa molto sul serio come criterio indicativo. Se ci si trova

di fronte alla combinazione prima descritta di fattori biografici, professionali e sociali che predispongono lo sviluppo di un transfert erotizzato e regressivo, un analista di sesso maschile, prima di accettare di fare un trattamento, dovrebbe riprendere in esame le sue esperienze passate rispetto ai transfert erotizzati. Nel dubbio, e nell'interesse della paziente, è raccomandabile l'invio a una collega. Pur sottolineando il carattere diadico della nevrosi di transfert, di cui fa parte l'amore di transfert, riteniamo che la nevrosi contenga anche una dinamica indipendente, radicata nella struttura inconscia della paziente, che si può rafforzare nella diade paziente-analista quando età e condizioni di vita dell'analista si adattano alle aspettative della disposizione inconscia della paziente come la chiave alla serratura, e possono concorrere così a confondere o a sviare i sentimenti piuttosto che integrarli nella vita. Transfert erotizzato è il termine usato per descrivere tale situazione.

Ma che cosa vuol dire confondere e sviare? Nel transfert i sentimenti, gli affetti e le percezioni sono o non sono autentici? La loro autenticità non venne messa in discussione nemmeno da Freud, anche se il concetto di transfert implica che l'oggetto d'amore non sia realmente l'analista, e i desideri e le brame sessuali vengano in realtà indirizzati all'oggetto sbagliato. Senza dubbio solo la completa manifestazione di un sentimento implica di raggiungere la meta stabilita e, nello scambio interpersonale, di portare l'altro a una risposta e possibilmente a una corresponsione. Anche per questo il paziente si riferisce sempre alla persona dell'analista, il quale resta sullo sfondo, per poter assolvere la sua funzione più facilmente e anche per poter assumere il ruolo – madre, padre, fratello, sorella – che permetterà al paziente di sperimentare le manifestazioni di cliché, modelli o schemi inconsci (Freud usò queste espressioni per descrivere una disposizione che regola i processi affettivi e cognitivi). L'interpretazione della resistenza al transfert aiuta il paziente a indebolire la rimozione; l'analista funziona effettivamente come catalizzatore scatenante, e rende possibile una nuova messa in scena, nel senso del modello scenico da noi ampliato (vedi vol. 1, 3.4). Per questo è così essenziale partire dalla plausibilità delle percezioni del paziente e non dalla sua distorsione. Ecco perché non parliamo di una riedizione, ma di una nuova messa in scena con ruoli modificati. In quanto l'analista assume temporaneamente il ruolo di regista, si preoccupa perché il paziente provi, in analisi, il repertorio di ruoli che ha – inconsciamente – a disposizione, e trovi la forza di tentare azioni di prova al di fuori dell'analisi.

Dove c'è ancora spazio per i transfert erotizzati, che certo non sono una piccola parte delle analisi interminabili? In primo luogo c'è il gruppo di pazienti descritto prima, ma non bisogna dimenticare un altro gruppo di pazienti numericamente più limitato che, anche considerando le nostre raccomandazioni della tecnica modificata, per motivi esterni o interni, non pos-

sono effettuare che in parte il passaggio dalla messa in scena in analisi alla vita reale. Tanto meno un paziente è in grado di raggiungere una profonda reciprocità con un partner, tanto più affascinante sarà l'atteggiamento dell'analista comprensivo, empatico e che stimola nuove scoperte, soprattutto perché esso non rischia di essere offuscato dalla delusione quotidiana della reale convivenza con gli altri.

Nell'esempio seguente si possono intravedere alcuni risvolti più generali. È essenziale la questione di come l'analista possa fornire una conferma pur non concedendo una gratificazione sessuale immediata. Nel caso di una condizione patogena dovuta a rimozione le tentazioni e le frustrazioni edipiche sono scomparse, tanto che l'esistenza di desideri inconsci può essere desunta soltanto o dal ritorno del materiale rimosso nei sintomi o da relazioni di coppia conflittuali e insoddisfacenti. Trovare un accesso al mondo dei desideri inconsci del paziente è un prerequisito per il cambiamento. In questo processo il paziente vede accresciuta la propria capacità di trovare nuove strade per la soluzione dei suoi problemi. È così che, per esempio, il *riconoscimento* di desideri, rafforzati e stimolati nella situazione psicoanalitica grazie all'assetto del setting e alle interpretazioni, non è legato al loro *soddisfamento*. Eppure fa parte della natura dei desideri e degli atti intenzionali la ricerca tenace di una realizzazione, ed è noto che il raggiungimento di un obiettivo si accompagna a sentimenti di sollievo e soddisfazione. D'altra parte è la vita stessa che fin dall'inizio fa naufragare molteplici tentativi di raggiungere questa o quella meta, per prove ed errori. Se vengono frustrati i bisogni vitali più profondi, si presentano difetti nella sicurezza di sé e nel ruolo sessuale, con molteplici conseguenze a livello comportamentale. La paziente che stiamo per presentare cercava nell'amore di transfert sicurezza e riconoscimento.

Come sempre i problemi tecnici nella gestione di sentimenti violenti mettono alla prova la cura, che necessariamente deve destreggiarsi tra la Scilla della seduzione subliminale e la Cariddi del rifiuto.

La signora Franziska X, di 26 anni, venne in trattamento perché soffriva di attacchi di ansia, che si verificavano soprattutto in situazioni in cui doveva mettere alla prova il suo sapere professionale. Aveva brillantemente concluso la sua formazione in un campo solitamente riservato agli uomini, e poteva sperare in una carriera di successo, se fosse riuscita a superare le sue angosce. Queste erano apparse dopo la conclusione della sua formazione professionale, cioè quando la rivalità con i maschi era diventata seria, perdendo il carattere ludico del periodo degli studi. Con il marito, che aveva conosciuto quando studiava, la signora Franziska X aveva stabilito una relazione soddisfacente dal punto di vista psichico e spirituale; ciò nonostante, i rapporti sessuali erano poco soddisfacenti, aveva bisogno di grande concentrazione e impegno per arrivare all'orgasmo, che da sola poteva ottenere più facilmente e rapidamente.

All'inizio del trattamento reagisce con un rapido innamoramento, che si manifesta

già nella quarta seduta con un sogno; il sogno comincia con una scena tra una ragazza esibizionista in un posto di polizia e un uomo che reagisce sessualmente. La seconda parte del sogno rappresenta invece una visita medica dove la paziente viene esaminata ai raggi X e dove si può vedere solo uno scheletro.

Il tema di un amore proibito, con conseguente punizione o allontanamento, ricompare costantemente nei sogni della paziente. Nel suo vissuto oscilla violentemente tra il desiderio di piacermi, facendo il suo dovere come una scolaretta diligente, e i desideri inquietanti che esprime anche nelle sue associazioni spontanee.

Nell'undicesima seduta io sono già promosso a «vero amico», che lei ha a sua disposizione, ma che nello stesso tempo garantisce che con lui nulla possa accadere. Quel «nulla» viene chiarito con la successiva idea improvvisa, a cui si collega alla fine chiedendomi: «Ieri sera ha visto il film di quel prete che aveva una relazione con una donna convertita?» Nella quattordicesima seduta la signora Franziska racconta un sogno.

PAZIENTE: Lei mi diceva di essere innamorato, poi mi ha baciato; quando sono innamorata va tutto bene fino ai baci, che è la parte più bella; il resto, bene o male, viene dopo. Poi lei diceva che era meglio concludere l'analisi. Io ero contenta perché in questo modo mi conveniva di più.

L'erotizzazione che emerge rapidamente sembra determinata a combattere l'esperienza psicoanalitica come «percorso senz'acqua» (seduta 17). Aggiunge che durante il fine settimana, in un corso di perfezionamento professionale, ha ottenuto finalmente una conferma attraverso numerosi flirt, cosa che manca invece nelle sedute.

PAZIENTE: Sì, per me è veramente molto importante ciò che mi dice. A volte penso che dovrei cercare di ridurre le mie aspettative nei suoi confronti o, per meglio dire, cercare di superarle, perché non posso certo sperare che lei le possa confermare. Sarebbe tutto più facile se potessi lasciar fuori di qui questi atteggiamenti sentimentali e fare con lei un discorso più razionale.

Espressioni di questo tipo si trovano in ogni analisi. Naturalmente sarebbe più facile se si potessero lasciare fuori i sentimenti e gli affetti, ma verrebbe così perpetuata la scissione che è alla base del disturbo. Per farle ottenere un certo sollievo, faccio notare alla paziente che il risveglio di sentimenti intensi, il cui riconoscimento è naturale, è implicito nei nostri accordi, come l'uso del lettino e la natura del dialogo. È per via della particolarità della relazione e dei compiti che mi sono affidati, che non posso esaudire i suoi desideri come vorrebbe. Vedo un'analogia tra la sua insicurezza nei miei confronti e la sua aspettativa, finora sempre delusa, di essere veramente e completamente accettata da un uomo; sollevo quindi la questione dell'origine della sua insicurezza come donna, guidato dall'idea che, nell'amore di transfert, la paziente cerca più la madre che non il padre, come nelle sue amicizie. Questo argomento scuote la paziente. Per la prima volta parla di alcune impressioni di sua madre, della quale nel primo colloquio si era limitata a dire: «Di lei non c'è niente da dire.» Ritene di non avere alcuna immagine di sé come donna. Poi inizia a parlare dei ricordi dell'infanzia e descrive il padre e la madre in chiesa, che facevano la comunione insieme. Lei invece, a quattro anni, restava dietro e cominciava a piangere perché non capiva cosa facessero là i genitori. La paziente ha impresso con grande chiarezza nella sua mente l'immagine dei genitori che tornano dall'altare, si inginocchiano e tengono le mani sul viso: la madre è una donna giovane e carina con lunghi capelli castani raccolti sotto un foulard come una domestica di una fattoria, che dà da mangiare alle galline, semplice e felice.

Poi nelle associazioni c'è un cambiamento, e per capirlo è necessario premettere che all'età di sei anni la paziente fu ricoverata in una clinica pediatrica. La madre

allora era incinta, e durante il parto ebbe un'eclampsia con gravi conseguenze, da cui non si riprese più. Nelle associazioni emerge l'immagine della madre quando la paziente tornò a casa: una donna congestionata, gonfia e brutta, braccia e gambe immerse in un liquido per la riattivazione dei muscoli. Da quel momento la madre inizia a brontolare ininterrottamente in un linguaggio difficilmente comprensibile; insomma, un quadro di decadimento spaventoso che al lettore e all'ascoltatore potrebbe evocare qualcosa di più che fantasie edipiche legate alla gravidanza e alla rivalità.

La paziente si allontana da queste fantasie e, con un rapido cambiamento del tono affettivo, inizia a parlare del bel tempo che potrebbe permetterle di venire in analisi con un vestito leggero.

L'innamoramento diventa il motore del trattamento; solo in questo stato d'animo può arrivare a parlare di temi inquietanti che provocano vergogna. L'idea di non poter arrivare a una realizzazione dei suoi desideri è insopportabile. Si vede in un vicolo cieco, perché i suoi desideri non potrebbero comunque essere appagati.

Transfert sì, relazione di lavoro no, così si potrebbe descrivere questa atmosfera da serra. Questa combinazione rimanda alla mancanza di una sicurezza di base, che deve essere compensata con un modo insinuante di esibirsi e di offrirsi, apparentemente edipico.

In una delle sedute seguenti (23) la paziente si chiede perché l'analista non porta il camice bianco. «Sarebbe molto più neutrale, anonimo, un medico fra tanti.» Nel lavoro successivo emerge che questa affermazione ha una connotazione di desiderio e una di difesa. In riferimento ai suoi vestiti estivi corti, si chiarisce il desiderio di una divisione dei ruoli: l'analista deve rimanere anonimo, in modo che la paziente possa mostrarsi con disinvoltura; ma più la paziente vive l'analista come persona concreta, meno le è possibile sdraiarsi scompostamente sul lettino. In estate si sente molto più donna che in inverno, quando tutto è nascosto e impacchettato.

Dubito dell'utilità di un'immagine di sé variabile come il tempo: ciò provoca inevitabilmente una tempesta di delusione. La paziente sente che questa manifesta propaganda erotica non mi tocca, e reagisce con un'irritazione depressiva.

La costruzione della relazione di transfert nelle prime settimane e nei primi mesi si stabilizzò sempre di più in una direzione in cui i primi tentativi della paziente di far sì che io mi interessassi a lei furono superati con sistematici timori che io non avrei fatto alcun passo verso di lei. Tutta la storia della sua relazione con il padre, che dopo la paralisi della madre dovette prendere il suo posto, non può essere raccontata qui. Il giudizio che il padre dava della paziente era ed è tuttora distruttivo: «Con te non si sa mai dove si sta.» Ciò corrisponde alla sua impressione che il padre fosse imprevedibile; come bambina l'unica cosa che sentiva di fronte a lui era paura e timore.

L'evoluzione dei primi mesi mi rende possibile verbalizzare alla paziente un suo crescente malcontento. Interpreto che aveva cercato di conquistarmi e non aveva raggiunto il suo scopo. Così, frustrata, si era semplicemente rassegnata ed era diventata lamentosa e querula.

PAZIENTE (dopo una pausa): Non saprei dire a chi si riferisca questo. Ma prima ho pensato, l'unico per cui può essere vero è mio padre (*silenzio*). Adesso mi viene in mente la nostra chiesa, in cui c'è un grande affresco sul soffitto con un grande Dio Padre che guarda sempre verso il basso, e poi mi viene in mente il mio parroco di cui avevo una terribile paura.

ANALISTA: Le cose tra di noi vanno bene solo quando lei è brava e si comporta bene, quando è diligente. Quando ha in mente qualcos'altro, appare subito il pericolo che io mi irri, e nel suo vissuto divento simile a suo padre: quindi lei si viene a trovare in una situazione in cui deve aspettare il mio perdono come una ragazza che

ha peccato, anche se questo atto di perdono si fa attendere a lungo, e in realtà non si verifica mai.

PAZIENTE: A quindici anni avevo una relazione con un giovanotto di cattiva reputazione, il mio primo amore, e a quell'epoca lui mise incinta la ragazza di cucina del convitto. Mio padre me ne ha dette di tutti i colori come se si fosse trattato di me.

ANALISTA: Nel suo vissuto non ci deve essere stata una grande differenza.

PAZIENTE: È per queste cose che il nostro rapporto non è mai più migliorato. Credo di aspettare ancora il segno di croce che il padre segna sulla fronte di chi si separa da lui. Con me non l'ha mai fatto in modo che io potessi crederlo intimamente.

Nelle sedute seguenti la paziente continua a occuparsi del suo passato cattolico. Aveva visto un film dove una donna, che aveva il suo stesso nome di battesimo, era come sarebbe dovuta essere lei secondo l'idea di suo padre. Le venne in mente che il padre all'inizio dell'adolescenza le aveva messo in mano un opuscolo religioso di educazione sessuale, sulla cui copertina era raffigurata una giovane ragazza decorosamente cattolica. Non riusciva proprio a immaginarsi come suo padre avesse potuto avere in qualche modo a che fare con le donne. Per questo motivo si era spaventata quando avevo accennato che nel periodo in cui sua madre era incinta era dovuta andare nella clinica pediatrica.

La paziente continua a occuparsi delle sue relazioni con gli uomini più vecchi.

PAZIENTE: In realtà ho sempre sognato di innamorarmi di uomini simili e ho anche sognato a lungo di dormire con loro. Ma in verità ho desiderato una sorta di protettore che mi capisca e che mi lasci in pace. Il sesso non c'entra. È strano, da quando sono in analisi questi sogni sono scomparsi.

ANALISTA: Questa era anche la sua idea originaria dell'analisi, cioè di trovare in me un protettore di cui potersi fidare incondizionatamente, a cui poter fare e dire qualsiasi cosa senza che si arrabbiasse con lei.

PAZIENTE: Sì, era così, ma adesso non ho più questo sentimento. Trovo che sia facile, lei si può sempre ritirare e continuare a stare fuori dalla situazione, io non posso mai inchiodarla; in realtà lei è più come un computer che mette in ordine i pensieri e fa delle proposte, non come un uomo, perché non le è permesso. Ogni volta che penso a lei è come entrare in un vicolo cieco. Infatti da un lato comincio ad avere la sensazione di trovare nel suo sguardo un certo calore, la confidenza, ma poi tutto si ferma, ed è come se mi svegliassi bruscamente dal sonno, spinta dal sogno nella realtà, come se lei sedesse la mattina sul mio letto e mi svegliasse dopo che l'ho sognata nella notte. E a dire il vero non vorrei proprio tornare dal sogno a questa realtà.

Ho inteso la sua ultima frase come un'espressione della difficoltà di affrontare la realtà e di discriminare tra i suoi desideri e una valutazione realistica del mio ruolo terapeutico.

In questo modo si è chiarito il problema tecnico di come una paziente può trovare gratificazione e riconoscimento quando apre gli occhi.

2.2.3 *Desideri di fusione*

In un determinato contesto, il signor Arthur Y mi chiese se io fossi soddisfatto del decorso della terapia fino a quel momento. Alla risposta positiva aggiunsi il commento che il paziente sarebbe stato probabilmente ancora più soddisfatto se il riconoscimento fosse stato espresso in denaro sonante, alludendo così all'aspettativa di un aumento di stipendio. Il paziente entra nella logica di questa analogia, comuni-

candomi anzitutto il sollievo provato di fronte al mio giudizio positivo. Poi compare una certa inquietudine, che attribuisce a una possibile critica da parte mia; forse non contribuisce abbastanza al progresso del trattamento. Recentemente, in occasione di un incidente stradale, aveva cercato di fare tutto ciò che era in suo potere, ma poi si era chiesto pieno di dubbi se veramente avesse fatto abbastanza. La quantità dell'aumento dello stipendio diventa, nel vissuto del paziente, un simbolo equivalente alla stima e all'affetto. Ma egli ha perso di vista che sarebbe meraviglioso ricevere senza dare nulla in cambio. Ritorna sull'argomento, sorprendentemente, facendo un paragone con un insegnante (omosessuale) conosciuto in collegio nel periodo della pubertà. (Evita di usare questa parola inquietante.) Dapprima tocca il tema dell'affetto che potrebbe trovare, senza correre rischi troppo grossi, saggiando le possibilità che ha a disposizione nell'imminente colloquio con il suo capo.

PAZIENTE: Allora sono pronto a fare qualcosa di più sostanziale del solito, ma vorrei ricevere una ricompensa per questo, e il problema è quanto posso rischiare nella richiesta senza ricevere un rifiuto. Sento chiaramente che ho paura di due cose: la prima è che venga respinto il mio desiderio e la seconda è che possa perdere l'occasione rinunciandovi in anticipo. Questo mi creerebbe dei problemi emotivi, e qui succede qualcosa di simile. Venerdì, quando le ho fatto la domanda su cui sono tornato oggi, le ho detto che il mio precedente terapeuta non mi avrebbe risposto, ma mi avrebbe restituito la domanda, come quando si gioca a ping pong. Non è stato facile per me porre questa domanda, perché avevo paura del rifiuto e della mortificazione legata al rifiuto.

ANALISTA: Comunque c'è stata anche una seduta in cui mi è sembrato molto chiaro che i rifiuti sono duri, ma in questo modo si può ristabilire una distanza. Le auto-rità restano a distanza.

PAZIENTE: Questo punto mi sembra molto importante. Se si tengono le distanze si può essere sicuri che non ci si comporti da un momento all'altro come il professore (*omosessuale*) in collegio. Allora mi trovo costretto a domandarmi chi mi garantisce che ciò non possa accadere se lascio da parte le mie riserve, e io non sono più io e lei non è più lei, ma siamo come in una pentola, quando due pezzi di burro...

ANALISTA: Sì.

PAZIENTE: ...si sciolgono in un tegame.

ANALISTA: Uhm.

PAZIENTE: Poi si fondono insieme.

ANALISTA: Lei garantisce e io pure, dato che lei è lei e io sono io.

PAZIENTE: Sì, sì, certo.

ANALISTA: Uhm.

PAZIENTE: Adesso sento chiaramente una batosta da parte sua, che mi dice, cosa si permette di dire con questa osservazione.

ANALISTA: Sì. Sì certo, è probabile che lei l'abbia vissuto come una batosta, come un rifiuto, perché ora c'è questo desiderio di fusione, come succede con il burro. È un'immagine molto bella di una mescolanza, che implica qualcosa di molto profondo. Mescolanza, scambio, comunanza.

PAZIENTE: E siccome d'altro canto ciò non è realizzabile, probabilmente il dottor A. (*uno degli analisti che lo avevano trattato precedentemente*) avrebbe detto in modo sarcastico e tagliente come un coltello: «Ciò che non è possibile non è permesso.» Quello che voglio dire è che quando ho detto – questo è tipico di me – «tagliente come un coltello», qualcosa cominciò a risuonare dentro di me, anche se la mia intenzione era di restare in tema.

(L'espressione tra virgolette, di uso frequente, risale a una poesia di Christian

Morgenstern, *Die unmögliche Tatsache*, Il fatto impossibile, che termina con la frase: «E allora arriva al risultato: la vita è stata solo un sogno. Poi, tagliente come un coltello, egli conclude che ciò che non è possibile, non può essere.»)

ANALISTA: Tagliente come un coltello.

PAZIENTE: Tagliente come un coltello. Mi viene ancora in mente una ragazza alla quale avrei potuto fare qualcosa con un coltello. Ed è così che devo ripetere «tagliente come un coltello» il più spesso possibile, cercando poi di pensare ad altro.

Il paziente devia di nuovo. Credo di poter seguire il filo conduttore sottolineando ciò che è in comune fra i due temi:

ANALISTA: Si tratta sempre di una mescolanza, e nella penetrazione del coltello c'è anche una stretta relazione tra il coltello e...

PAZIENTE: Ma è distruttivo.

ANALISTA: Distruttivo, certo.

PAZIENTE: Un'insolenza.

ANALISTA: Sì, un'arroganza senza pari. Niente fusione del burro nel tegame!

PAZIENTE: No, no, un'insolenza senza pari, da parte di chi ha in mano il coltello nei confronti dell'altro che viene minacciato e ferito.

ANALISTA: Uhm, il coltello, sì.

PAZIENTE: E il professore (*che in collegio si occupava anche di assistere il ragazzo malato*) aveva un coltello di questo tipo, non in senso concreto, ma nel modo di comportarsi.

ANALISTA: In diversi sensi, nel comportamento generale, e nel caso specifico nei denti.

PAZIENTE: Per esempio quando misurava la febbre.

ANALISTA: Misurare la febbre con il suo termometro, che metteva dentro, e col suo pene, che lei sentiva, in qualche modo, quando la prendeva in grembo.

PAZIENTE: Questo non riesco (*il paziente non dice il resto della frase: ...a ricordarlo*)... me lo sono già chiesto. Ma non lo credo. Almeno non riesco a ricordarmene.

ANALISTA: Può essere che questa parte sia svanita, e che lui...

PAZIENTE: Lo capì...

ANALISTA: Nascondere che probabilmente il pene era eretto.

PAZIENTE: Sì, è presumibile. Ma non riesco a ricordarlo. Grazie a Dio, non è arrivato fino a questo punto, ciò nonostante mi sono sentito minacciato e molto in pericolo. Sì, un po' come succede qui. Da un lato la sensazione di essere alla mercé di qualcuno. Ero malato, e non potevo dire che volevo un'altra persona a prendersi cura di me. Nessuna fiducia. Certo qui non è sempre così, solo quando cerco con tutte le mie forze di rifletterci sopra. Poi in alcuni momenti c'è un po' di riserva, un non voler andare oltre, perché non sarei più in grado di difendermi. Senz'altro la mia personalità e la sua sono una garanzia, ma quando lei lo ha detto io l'ho subito trasformato in un rifiuto.

ANALISTA: Sì, perché nel fondersi reciprocamente si esprime un desiderio, cioè di portarsi dietro il più possibile del mio grasso come arricchimento, non solo quindi un aumento di stipendio, ma un'infinità di affetto, come espressione di forza e potenza.

PAZIENTE: Sì, quello che lei giustamente ha appena finito di dire dà sicurezza. Mi viene praticamente da pensare: okay, cosa me ne faccio di questo desiderio di affetto visto che è impossibile, mentre è possibile tra questi due pezzi di burro? Allora eliminiamolo.

In una seduta successiva il paziente parla della fusione di due tavolette di cioccolato, rendendo così chiaramente riconoscibile l'origine anale con i suoi diversi aspetti inconsci.

ANALISTA: Perché eliminarlo? Chi dice che niente è realizzabile e che lei non possa portarsi via qualcosa da qui?

PAZIENTE: Sì, sì, o tutto o niente.

ANALISTA: E lei mi taglia un pezzo di grasso dalle costole³ con il coltello.

PAZIENTE (*ride*): Perché ho sempre la tendenza al tutto o niente.

ANALISTA: Ma ora lei ha anche scoperto di poter essere molto curioso, per poter ottenere qualcosa di più, possibilmente tutto.

PAZIENTE: A cosa si riferisce come esempio concreto?

ANALISTA: Uhm.

PAZIENTE: Perché volevo sapere dove lei andrà in vacanza...

ANALISTA: Sì, stavo proprio pensando a questo, perché qui si tratta della curiosità penetrante.⁴ E lei vorrebbe avere anche un uomo forte, un uomo che non può svalutare, un uomo che afferma la propria autonomia, perché altrimenti sarebbe un debole.

È sempre particolarmente impressionante e molto convincente quando paziente e analista hanno lo stesso pensiero. Poi, dopo una pausa, il paziente parla del suo capo.

PAZIENTE: Lei ha usato l'espressione desiderio di affetto. Ma c'era anche un'altra parola. Desiderio di accordo.

ANALISTA: Comunanza.

PAZIENTE: Sì, sì.

ANALISTA: Uhm.

PAZIENTE: È qualcosa che cerco di realizzare da una vita, da quando facevo i primi tentativi con le ragazze. Con mia moglie, per la prima volta, non era così, non mi accadeva di perdere ogni interesse nel momento in cui vedevo ricambiato il mio affetto. Quando si è dimostrata debole, allora ho iniziato a non apprezzarla.

ANALISTA: Sì, sì, debole.

PAZIENTE: Oppure, al contrario, quando, in generale, provavo un sentimento di affetto per qualcuno, chiunque fosse, se il sentimento diventava riconoscibile ma non aveva un immediato contraccambio, allora diventavo aggressivo. Non solo facevo subito marcia indietro, ma acceleravo la mia ritirata. Mi sembrava un'enorme umiliazione. E anche la circostanza che noi non possiamo fonderci insieme come due pezzi di burro, senza riserve.

ANALISTA: Lei ha parlato prima del fatto che era piuttosto aggressivo. Quindi a un certo punto dev'essere avvenuto un cambiamento che l'ha indotta ad autosvalutarsi e ad autorimproverarsi di non concludere niente, insomma a un'autocolpevolizzazione e autoaccusa.

PAZIENTE: Mi viene ora in mente l'immagine di questi due pezzi di burro. Nella religione e nella comunione si trova esattamente la stessa cosa.

ANALISTA: Nella comunione.

PAZIENTE: Nella comunione, nell'unione, nel mangiare il corpo di Cristo, quindi non sono l'unico ad avere questo desiderio, ma siamo milioni. Ce l'ho anch'io solo perché sono un uomo.

ANALISTA: Sì.

PAZIENTE: E non perché forse ho conosciuto quell'insegnante.

ANALISTA: Sì.

PAZIENTE: Allora non è qualcosa che si deve disprezzare e contro cui bisogna difendersi continuamente e che mi degrada come uomo, ma è qualcosa che mi appartiene, perché anch'io sono come gli altri.

³ [*Rippe* = costola. Si usa anche per indicare la tavoletta di cioccolato.]

⁴ [*Neugier* = curiosità; *Gier* = voracità.]

ANALISTA: Sì.

PAZIENTE: E subito mi viene in mente che anche lei è un uomo, e perciò anche lei ha sentimenti come me, e allora deve essere possibile realizzare quella cosa del burro.

ANALISTA: Sì.

PAZIENTE: D'altra parte, ah, ah, è meglio andarci piano, altrimenti si passano i limiti. Lei ha completamente ragione. Tutto va sottosopra, come il mio umore nel giro di pochi secondi, come se fossero i movimenti di una bilancia che oscilla. Solo che l'umore non resta equilibrato. Adesso penso che se finalmente riuscirò ad andare dal mio capo e a parlare di soldi, probabilmente lui penserà che potrei anche fare qualcosa gratuitamente. Infatti sembra quasi sorpreso quando pretendo da lui qualcosa per quello che faccio, perché anche lui in fondo è solo un uomo. Dovrei riuscire a modificare un po' questo atteggiamento «tutto o niente», per cui cento meno uno non è uguale a zero ma è uguale a novantanove, e cento meno cinquanta è pur sempre la metà, mi capisce? E questo per me è così difficile.

ANALISTA: E sì, il cento per cento è pur sempre meglio, uhm.

PAZIENTE: Sì, ma cento meno uno sono perlomeno...

ANALISTA: Novantanove.

PAZIENTE: E per me novantanove diventa uguale a uno. Questa piccola parte di cento mi interessa molto più delle restanti novantanove.

ANALISTA: E in questa parte lei mette tutto, e lei stesso allora non è niente.

PAZIENTE: Sì, se non posso avere tutto, allora non voglio niente. Emotivamente aspetto sempre in un certo senso il colpo grosso, che potrà capitare quando arriverò a conoscere certe cose, come è accaduto oggi. Il dottor B. una volta disse che allora le mie paure scoppieranno come un pallone. Bum, bum, spariscono. Invece me ne devo ancora occupare, ma sarebbe bello se fosse possibile.

ANALISTA: Ho la sensazione che lei sia contento delle scoperte di oggi, ma che non si fidi completamente di proclamare a gran voce la sua gioia, per non sminuire le scoperte fatte. Forse è anche sorpreso che io non faccia i salti di gioia per i contenuti profondi da lei scoperti.

Successivamente mi trovo a riflettere sul non avvenuto «colpo grosso» profetizzato dal precedente terapeuta. La storia clinica di questo paziente mostra che una tale esaltazione trasforma l'analista in un mago che fa miracoli e, inconsciamente, deve poi portarlo a una svalutazione anale, che impedisca il verificarsi non solo del «colpo grosso» ma anche del miglioramento graduale.

2.2.4 *Transfert erotizzato*

La signora Gertrud X, nubile, di 33 anni, mi è stata mandata dal medico di famiglia a causa di frequenti distimie depressive, che l'avevano già portata più volte a tentativi di suicidio. La paziente lamentava inoltre frequenti cefalee. Il medico di famiglia aveva tentato di sostenerla nel corso di molti colloqui; nel frattempo la relazione con lui era diventata così tesa che egli non si era più ritenuto in grado di assisterla.

La situazione conflittuale si presentava come segue: la paziente era figlia unica e a tre anni aveva perso il padre in guerra. La vita matrimoniale dei genitori doveva essere stata così carica di tensioni che da allora la madre non aveva più contratto altri legami. In un primo tempo si era legata alla famiglia del fratello, che era molto ammirato dalla paziente quando era bambina. Questo zio era caduto in guerra quando lei aveva cinque anni. Un ruolo importante lo aveva avuto il nonno materno, un uomo autoritario e dominatore che, come tutto il resto della famiglia, aveva una

mentalità fortemente bigotta. La madre era ricordata piuttosto come una donna infantile, dipendente dall'opinione altrui, che cercava di legare strettamente a sé la paziente. Uno sviluppo positivo si era avuto sei anni prima dell'inizio della terapia, per effetto di un'amicizia con una collega più giovane, che consentì a Gertrud X un progressivo allontanamento dalla madre. Questa collega voleva ora sposarsi e progettava di andare a risiedere in un'altra città. La paziente si vide esposta ai reiterati tentativi della madre di aggrapparsi a lei e reagì con diverbi aggressivi. La paziente non aveva ancora contratto amicizie intime eterosessuali. La sua relazione con gli uomini era contrassegnata dallo sforzo di ottenere riconoscimento, cosa che aveva messo a dura prova la benevolenza di superiori e medici nei suoi confronti, per le sue frequenti provocazioni.

La paziente si appellò soprattutto, nel primo colloquio, alla mia disponibilità ad aiutarla, tanto più che sapeva raccontare in modo plausibile la lunga catena di vissuti di perdita. Le offrii quindi una terapia la cui meta era di permetterle di separarsi senza conflitti dalla madre e di avere un atteggiamento meno conflittuale nei confronti degli uomini.

Con mia sorpresa, la paziente accettò la proposta di terapia ma, fin dall'inizio, manifestò dubbi sul suo successo. Si mostrò scettica soprattutto per via della mia età: lei avrebbe potuto, come dichiarò in seguito, avere un rapporto di fiducia solo con uomini più anziani, io invece avevo all'incirca la sua stessa età.

Considerando questa riserva, dedicai particolare attenzione a quegli indizi che segnalavano, nell'interazione, la comparsa di atteggiamenti amichevoli, di desideri di riconoscimento o di interesse erotico. Queste interpretazioni venivano però respinte dalla paziente che, in modo particolare, sottolineò più volte che non c'era alcun motivo per riferirsi a me in questo modo. Automaticamente tentai di reiterare la dimostrazione che occuparsi più intensamente di me poteva avere un senso ben preciso; con ciò tentavo di dimostrare che lei cercava di rimuovere gli impulsi corrispondenti. Queste interpretazioni ebbero soltanto l'effetto di rafforzare la sua prudenza. Il tentativo di rompere il ghiaccio mediante l'interpretazione di contenuti dell'Es più profondi ebbe un effetto decisamente offensivo sulla paziente, che reagì con depressione, pensieri suicidi e ritiro. Questi segnali di allarme mi indussero a trattare con molta prudenza le interpretazioni di confronto.

Nonostante il comportamento di rifiuto della paziente, era evidente che cresceva il suo interesse verso di me: arrivava puntualissima alle sedute, aumentava ogni volta di più il suo coinvolgimento con il contenuto delle sedute stesse (anche se prevalentemente in modo decisamente critico) e cominciò a usare un profumo che la rendeva «presente» per ore nel mio studio dopo la fine della seduta.

Con questi cambiamenti si delineò un nuovo tema nell'interazione: la madre della paziente reagì con gelosia di fronte alla prosecuzione della terapia, tanto che io stesso, secondo le informazioni della paziente, venivo spesso invocato, nel corso dei loro diverbi, come testimone principale. Con due telefonate la madre tentò di tirarmi dalla sua parte, lamentandosi della figlia. Stroncai questo tentativo sul nascere, e l'indipendenza nei confronti della madre divenne un tema privilegiato delle sedute. La paziente raccontò dettagliatamente le numerose prevaricazioni della madre, il suo infantilismo e la sua gelosia, ottenendo da me sostegno nella lotta per una migliore definizione dei confini. In questa fase della terapia l'interazione si rivelò per la prima volta ampiamente priva di conflitto.

Una svolta sostanziale si ebbe con la prima pausa estiva, cioè con un'interruzione di molte settimane. Apparentemente non si avvertì molto l'effetto di questa interruzione; al suo posto, l'attenzione della paziente era attratta dai conflitti con la madre. Solo nell'ultima seduta prima delle vacanze la paziente apparve depressa in modo allarmante, negativista e svalutante. Senza volerlo mi ritrovai nel ruolo di difensore della

terapia, mentre la paziente, indisturbata, svalutava qualunque affermazione positiva. La sera dello stesso giorno mi raggiunse una sua telefonata nel corso della quale parlò in modo molto esplicito dei suoi intenti suicidi, coinvolgendomi in un lungo colloquio in cui i contenuti della seduta vennero passati nuovamente al vaglio.

Durante le mie vacanze la signora Gertrud X si rivolse nuovamente al medico di famiglia e cercò sostegno in lui. Allora si sviluppò rapidamente un violento conflitto, in conseguenza del quale inghiottì un'overdose di sonnifero, e dovette essere ricoverata per alcuni giorni. Nel suo racconto di questo episodio mi sembrò di sentire una traccia di trionfo. L'interazione con me dopo la pausa estiva fu simile a quella dell'inizio della terapia: la paziente rimaneva scettica, negativista e svalutante rispetto al successo della terapia. Partendo dalle esperienze dell'intervallo estivo, sottolineava continuamente che non aveva senso farsi illusioni. Presto o tardi sarebbe rimasta nuovamente sola e senza alcun sostegno umano. In vista di nuove minacce di suicidio mi sforzai di mostrarle la mia partecipazione, e di farle presente che questa sarebbe continuata anche dopo la fine della terapia. Avevo recepito l'aspetto ricattatorio delle sue affermazioni, ma non lo avevo riportato in seduta per paura di ulteriori complicazioni.

Ad acuire il conflitto subentrò in questa fase della terapia la mia vita privata: la paziente non ebbe difficoltà a scoprire che ero in procinto di separarmi e che la mia famiglia stava cambiando residenza senza di me. Questa situazione, di fatto, venne solo brevemente sfiorata nel corso della terapia, ma osservai che al di fuori delle sedute la paziente mi seguiva con la macchina per saperne di più sulla mia vita privata. Verbalizzai questa osservazione, interpretando che la paziente era diventata molto curiosa, dal momento che fantasticava un futuro insieme a me. La conseguenza di questa interpretazione fu un nuovo tentativo di suicidio con sonniferi, che non rese necessario un ricovero ma mi rese più vulnerabile al ricatto. Le sue telefonate dopo le sedute divennero più frequenti. Pur essendo vero che tenevo regolarmente presente la necessità di discutere queste cose nella seduta successiva, non osavo d'altro canto imporre la sospensione delle telefonate, sicché mi lasciai coinvolgere sempre di più in lunghe discussioni telefoniche. Questa situazione rimase inalterata per un lungo periodo di tempo: la paziente si manteneva silenziosa nel corso delle sedute, dispettosa, sottolineando la mancanza di speranza riguardo all'intera situazione. Tentavo da un lato di incoraggiarla, dall'altro di metterla a confronto con il suo rifiuto latente; lei reagiva in generale offendendosi e chiamandomi spesso al telefono dopo le sedute per «fare fronte al weekend». Il fatto che in questa situazione si mitigassero un poco i conflitti sociali esterni, e soprattutto che la paziente non entrasse in contrasto con i suoi superiori, venne da me registrato, ma ebbe scarsa rilevanza per il processo terapeutico. Di fronte a questa situazione di stallo non osavo proporre la conclusione della terapia, perché era molto grande il pericolo che questo avesse come risposta un tentativo di suicidio.

Il culmine e, nello stesso tempo, la fine di questo tormentoso conflitto fu una telefonata in cui la paziente mi comunicò che proprio in quel momento aveva ingerito una dose di sonnifero sicuramente mortale. Mi chiamava da una cabina non lontana dal mio studio. Di fronte a tale emergenza si impose un'azione rapida: andai immediatamente a prenderla con la macchina e la portai in ospedale. Questo viaggio insieme in auto e l'affidamento al medico di guardia offrirono naturalmente una gran quantità di gratificazioni transferali: per un breve spazio di tempo fu come se io e la paziente fossimo una coppia, sia pure in rottura. Dopo che fu dimessa dalla clinica, dovetti spiegarle che aveva potuto indurmi a un intervento di soccorso medico ma che con questo mi aveva perduto come terapeuta, perché non potevo più continuare ad aiutarla come tale. Naturalmente non mancarono tentativi di farmi desistere da questa decisione attraverso minacce di suicidio. La mia fermezza permise però di concludere il trattamento in modo abbastanza pacifico.

[*Commento*]. Il trattamento qui presentato è caratterizzato da una serie di errori tipici del principiante. Spesso però tali errori rispecchiano le concezioni del trattamento derivanti dalle rispettive scuole. Si possono inoltre riconoscere i seguenti sviluppi negativi:

1. La concezione secondo la quale il superamento di una situazione di crisi persistente va tentato soltanto attraverso l'elaborazione del transfert e della resistenza non è sufficiente, se non vi si accompagna un reale miglioramento delle condizioni di vita. La paziente doveva accettare la possibilità, anzi la probabilità, di restare nubile; il risveglio di speranze non reali doveva perciò avere degli effetti antiterapeutici. In questo caso le inopportune fantasie salvifiche del terapeuta hanno avuto un'influenza negativa.

2. Poiché la paziente non aveva un compagno di vita, la focalizzazione sui desideri di transfert inconsci doveva avere un effetto antiterapeutico perché, ancora una volta, il necessario riferimento ai desideri di transfert evocava speranze irreali. Nella fase iniziale il terapeuta ha assunto il ruolo di un seduttore, e questo ruolo ha avuto ripercussioni dannose.

3. Specialmente nella prima parte dell'analisi, non venne elaborato il fatto che la terapia era stata utilizzata come mezzo di lotta contro la madre e che il terapeuta era stato indotto a prendere partito in merito. Con ciò si ottenne che gli impulsi aggressivi della paziente, che dovevano inevitabilmente apparire a causa delle sue speranze deluse, si trasferissero su una persona esterna. In questo modo vennero poste le premesse per la dannosa collusione successiva.

4. Sotto l'influenza di pesanti minacce di suicidio, venne offerta alla paziente una partecipazione maggiore di quanto poteva essere realizzato nell'ambito di una terapia. In questo modo venne resa più difficoltosa l'elaborazione dell'aggressività, soprattutto sotto il profilo del ricatto attraverso il suicidio. Proprio in questa fase della terapia venne rafforzata la già presente tendenza della paziente a considerare l'analista come un partner reale, senza che fosse stata esaminata insieme la funzione della relazione di transfert a sostegno della sua autostima. La situazione familiare dell'analista, in attesa di divorzio, di cui la paziente era venuta a conoscenza tramite terzi, rafforzava le sue speranze illusorie. Si tratta di un problema che in un modo o nell'altro ha una parte in molti trattamenti: quando una paziente nubile, che non accetta la sua solitudine, incontra un terapeuta dell'età adatta, a sua volta infelice e solo, la realtà sociale di questa combinazione è così forte che solo in rari casi la componente nevrotica delle speranze della paziente può spostarsi al centro dell'attenzione. Aspettative e delusioni antiterapeutiche sono conseguenze quasi d'obbligo.

5. Il terapeuta non era in grado di resistere alla pressione dei propri sentimenti di colpa, sotto l'influenza di delusioni e di complicazioni di cui era quanto meno corresponsabile, e nel corso delle conversazioni telefoniche si

lasciava coinvolgere in giustificazioni della sua tecnica. Con tali giustificazioni accade spesso che il terapeuta nella sua argomentazione segua gli interessi personali e non i bisogni del paziente, e questo incoraggia nuovamente le speranze segrete del paziente e fa saltare i limiti della cornice terapeutica. La cornice terapeutica poté essere rivalutata in maniera significativa quando il terapeuta riconobbe il suo fallimento e annunciò, di conseguenza, la fine della terapia.

2.2.5 *Transfert negativo*

Il transfert negativo è una speciale forma di resistenza che può paralizzare l'analista nell'esercizio della sua funzione. La terapia è giunta a una stasi? Forse il paziente fa parte di quel gruppo di persone che cercano in qualche angolo della loro anima un cambiamento, giacché altrimenti non sarebbero venute, ma nello stesso tempo impediscono all'analista qualsiasi tentativo terapeutico? Come sopportano entrambi, paziente e analista, un transfert cronicamente negativo che si può definire una situazione di stallo?

L'analista può mantenere vivo il proprio interesse cercando di riconoscere i fondamenti dell'immodificabile negativismo del paziente, grazie alla speranza di poter interrompere la coazione a ripetere e di trasformare i fronti irrigiditi in una guerra di movimento aprendo le ostilità. Da questa similitudine bellica si desume facilmente come l'analista soffra dell'equilibrio paralizzante delle forze. Un mezzo per sopportare meglio l'impotenza consiste nell'individuare le gratificazioni segrete che il paziente ricava dal poter controllare l'equilibrio delle forze e la loro regolazione. A ciò si collega la speranza che con il riconoscimento dell'effetto distruttivo di questa piacevole capacità di controllo si possano trovare nuove strade di gratificazione. L'allontanarsi da binari ben segnati per cercare spazi aperti implica una rinuncia alla sicurezza che nessuno compie volentieri, fino a quando non si intravedono nuove e più promettenti fonti di gratificazione e, ancora più importante, fonti che sgorgano proprio nei momenti corrispondenti alle proprie attese.

Nell'ultima seduta avevo fatto presente senza preamboli alla signora Clara X, una paziente anoressica, che tra il parlare qui e il comportarsi fuori – e in generale tra parole e azioni – c'era un fossato largo e profondo, e lei stessa teneva separati questi due ambiti della sua vita. Tentai di farle capire che lei soffriva di questa situazione, ma nello stesso tempo manteneva in vita la potenza insita in questa divisione, e io non potevo farci niente. Il senso di ciò che le dissi era: «Lei è potente, mentre io sono privo di mezzi, e questo suo potere lo vivo come una forza possente.» Aggiunsi che verso l'esterno lei si mostrava tranquilla, come una dittatrice pacifica che non è cosciente dell'enorme potere che mi trasforma in un poveraccio. Con la sua prima osservazione la paziente si ricollega al colpo che le ho assestato, indicando lo scacciamosche che era lì accanto: «Uccide le mosche d'inverno?», per aggiungere subito dopo: «Picchia con questo i pazienti?» Alla mia interpretazione:

«Lei sta pensando all'ultima seduta», risponde con tono pensieroso: «Sì, mi ha molto colpita.»

PAZIENTE: Il *rimprovero* l'ho capito in questo modo: senza dubbio mi lamento di non fare progressi, ma lo faccio intenzionalmente, per insistere nelle mie abitudini, per non farmi riprendere da lei, per conservare la mia indipendenza?

ANALISTA: Non intenzionalmente. È difficile non trasformare subito i miei pensieri in un rimprovero. Se non lo facesse potrebbe osservare in maniera autocritica le sue abitudini e forse vedere e sentire che esistono altre e migliori possibilità di gratificazione. Ma se lei chiude gli occhi e si attacca a ciò a cui è abituata, restringe lo spazio per mettersi in cammino e cambiare qualcosa.

PAZIENTE: La mia capacità di essere ostinata è ancora più forte. Lei dovrebbe affrontare la questione di come stanno le cose con il peso.

In seguito la paziente parla del suo unico motivo per rinunciare alla sua ostinazione, quello cioè di avere un altro figlio. Ma questo desiderio viene immediatamente bloccato dall'idea che in questo modo finirebbe nella prigione di una nuova maternità. Colgo al volo l'occasione:

ANALISTA: Smettere di ostinarsi porterebbe a una meta ambigua, alla maternità, però vissuta come prigione.

PAZIENTE: Allora dovrei rinnegare ancora di più alcune caratteristiche. Dovrei essere femminile e paziente, aspettare mio marito, restare in casa, essere affidabile e compiacente, possibilmente essere molto dolce e parlare con una voce soave e delicata, ahimè! Non c'è più posto per la voglia di movimento fisico, e inoltre dovrei sottrarmi totalmente ai contatti sociali e dimenticare anche le ambizioni professionali. Una situazione ambigua succede all'altra. Il mio desiderio subliminale (*pausa*) è di essere accettata e di potermi accettare.

ANALISTA: Vale a dire uscire fuori dall'ambiguità.

PAZIENTE: Uscirne con un secondo bambino è un'illusione, poi dovrei sentirmi non so quanti rimproveri, di non essere una buona madre e di sbagliare tutto.

ANALISTA: Credo che lei abbia il desiderio profondo di uscire dall'ambiguità, ma questo sentimento è preoccupante. Lei usa questo esempio per sbarazzarsi della vergogna collegata al desiderio di una gratificazione immediata. Lei fa di tutto per evitare questa umiliazione, e in tal modo impedisce il perdurare di momenti felici.

Dopo questa interpretazione la paziente replica che in definitiva lei non riesce a vedere come possa cambiare qualcosa con le parole.

[*Riflessione*]. Mi sento come se volessi farle apparire una cosa particolarmente appetibile parlando la lingua degli angeli. Sicuramente sono arrivato a questa fantasia perché tempo prima la paziente aveva copiato un quadro del pittore preraffaellita Rossetti *L'annunciazione a Maria* e me lo aveva portato osservando che la fragile, addirittura cachettica, Maria del quadro doveva essere «un'anoressica».

La mia successiva osservazione tocca proprio questo argomento.

ANALISTA: Io sono proprio come l'angelo che porta l'annuncio, e lei è l'anoressica Maria che non crede. Io parlo la lingua degli angeli, ma mi trasformo in un diavolo che inganna, e lei è abbastanza furba per sapere, e in effetti sa, che anche gli angeli possono mentire perché la felicità annunciata non è durevole.

Quindi la paziente – come in preghiera, dopo un lungo silenzio – dice quanto segue:

PAZIENTE: Uhm, oh Vergine, colui che Ti ha assunta in cielo, lodata sia la Vergine Maria, benedetta; naturalmente non credo, in fondo ho avuto come padre un eretico che ancora adesso sta su una nuvola, non perché sia giunto in cielo, ma per-

ché l'inferno era sovraffollato. Ma lei ha anche messo in evidenza che era troppo eretico e che il suo linguaggio angelico era troppo poco credibile.

ANALISTA: Potrebbe darmi la possibilità di far risuonare maggiormente le mie parole nelle sue orecchie come fossero un linguaggio angelico, e soprattutto potrebbe offrire questa possibilità a sé stessa.

PAZIENTE: Ma, santo cielo, ho bisogno di un secondo figlio per potermi liberare da questo sentimento di lacerazione?

ANALISTA: No, non credo che per questo le occorra un altro figlio. Lei ha già posto tra le sue riflessioni la domanda: vale la pena avere un secondo figlio? E proprio in questo momento ricompare il conflitto. Il secondo figlio diventa una prigioniera. Deve intraprendere una strada che la porta in prigione? Nessuno lo farebbe volentieri. Si tratta dunque di dare maggiori possibilità al linguaggio angelico e al proprio udito, quando si deve prendere una decisione con cui si rischia di finire in prigione. È quindi il piacere, il piacere fine a sé stesso, che lei trova ovunque si trovi, di notte, ad esempio, quando fa uno spuntino.

PAZIENTE (*dopo una lunga pausa di circa quattro minuti*): Il pensiero di ingrassare e del cibo non ha niente a che vedere con il piacere o con il sentimento di potersi autoaccettare o anche di essere accettata e di arrivare a essere accettata dagli altri. Lo farei solo se pensassi che è necessario per avere un altro bambino, altrimenti no. Quando sono ben corazzata, allora mi godo il contrasto interiore come un piacere tutto mio.

ANALISTA: Si tratta proprio di questo, del piacere non condiviso, univoco e non ambiguo.

PAZIENTE: Mi dispiace, questa è una cosa che si verifica solo secondariamente e solo per settori, riguardanti il pane e il cibo o la forma classica dell'intimità. Ecco, ho un'immagine comica davanti agli occhi. Quando l'anoressica si lascia prendere e comincia a tendere le mani, è poco chiaro se questa strana figura bisessuale del quadro, Gabriele o chi per esso, sia in realtà un uomo o una donna. In una mano ha un ramo di gigli e nell'altra uno scacciamosche, e quando allunga un po' troppo le mani, le assesta un colpo con lo scacciamosche. Penso che la maternità sia una grossa responsabilità.

ANALISTA: Si tratta solo di non allungare troppo le mani e far sì che il giglio stia sotto il naso dell'angelo, per annusarne il profumo, e poi ancora quella brutta parola, anoressica, non è molto carina, strega, anoressica.⁵ È come se lei si desse addosso in anticipo uno scacciamosche, un colpo con lo scacciamosche. È stata lei a introdurre quella brutta parola.

PAZIENTE: È una cosa che faccio sempre: tutte le parole, che una volta erano dirette a me e che mi hanno particolarmente ferita, me le rivolgo contro. Questo rende la propria condizione sopportabile, è una tecnica antichissima di anticipare l'attacco e volgerlo su di sé. È un espediente che può aiutare.

Al lettore non deve sfuggire che la signora Clara X ha dato una definizione precisa dell'«identificazione con l'aggressore». Dal punto di vista terapeutico è svantaggioso che questo processo, sulla scia delle mie interpretazioni aggressive, si sia ripetuto e quindi rinforzato.

Nell'ultima parte della seduta ci furono affermazioni esplicite.

ANALISTA: Lei mi ha esortato a dire le cose importanti in modo non ermetico e senza veli, senza espressioni indirette. Credo sia una richiesta che rivolge a me, ma anche a sé stessa. Vorrebbe sentire forte e chiaro ciò che è senza veli, inequivocabile e unanime. Lei vorrebbe uscire dal conflitto. Si tratta sempre della stessa questione, e oggi in modo particolare. Vorrei quasi ringraziarla per avermene dato l'occasione.

⁵ [Gioco di parole: *Hexe* = strega; *Anorexe* = anoressica.]

Nella seduta successiva, dopo un lungo silenzio, la paziente pronuncia, come commento retrospettivo, le seguenti parole: «Sì, dopo l'ultima seduta ho provato un sentimento di armonia e di soddisfazione interiore. Qualcosa che a parlarne potrebbe nuovamente andare distrutto.»

ANALISTA: Sì, si trattava di permetterlo. Anch'io ho avuto il suo stesso sentimento, infatti l'ho ringraziata per questo.

PAZIENTE: Anche se non so perché mi dovesse ringraziare.

ANALISTA: Era un'espressione della mia gioia. Avevo la sensazione, sì... (*parlando con voce a tratti interrotta*) che il grande fossato che vedevo stesse diventando più piccolo.

PAZIENTE: Sì, lei vede un grande fossato?

ANALISTA: Sì, vedo un grande fossato tra azione e comportamento, tra azione, comportamento e parole, discorsi e pensieri.

PAZIENTE: Non sembra anche a lei che quando si comincia a parlare, immediatamente si entra di nuovo nel contrasto?

ANALISTA: Sì, questo può accadere, ma ci sono anche accordi come, per esempio, nell'ultima seduta. Pensare, agire e parlare, non sono la stessa cosa, però non possono essere aree molto distanti tra loro, così come in certi casi le accade. Ci sono segnali pieni di speranza che indicano che si stanno verificando degli avvicinamenti.

PAZIENTE (*dopo una pausa di circa due minuti*): Beh, sì, per questo non mi fido di dire quello che mi frulla in testa. Penso che potrebbe di nuovo deluderla. Adesso lei lo può anche dire, ci sono abituato.

ANALISTA: No, questo non lo direi – anche fosse così – direi piuttosto che si tratta di una strada faticosa, piena di delusioni... lei sa che è così.

PAZIENTE: Mi sono chiesta perché provo nuove delusioni, più del solito.

ANALISTA: Questo dipende forse dal fatto che quando c'è un avvicinamento la cosa diventa scottante, quando lei si avvicina a qualcuno nascono inquietudini e segue un nuovo ritiro.

La signora Clara X ritorna sul tema del suo ruolo di casalinga e madre, sulla questione di una seconda gravidanza, e si chiede se in tale prospettiva debba sforzarsi di aumentare di peso. Racconta la storia di una donna sterile, e si considererebbe una perdente qualora non riuscisse a «produrre» un secondo figlio. In questo contesto viene chiarito com'è cambiato negli ultimi mesi il suo modo di sentire il suo corpo, sicuramente in conseguenza della terapia. Concordo con lei nel ritenere che la rappresentazione finalizzata a modificare il suo modo di sentire il suo corpo porti come conseguenza la normalizzazione del peso. La sua anoressia era iniziata subito dopo il menarca, rendendola molto presto amenorrea. Il concepimento del figlio sano era avvenuto dopo un trattamento ormonale. La paziente sa, da quando gliel'ho chiarito, che il ciclo mestruale non può comparire finché lei non si sia almeno avvicinata a un determinato peso. La regolazione ormonale del ciclo è strettamente correlata alla massa di grasso corporeo, sicché la sospensione o la ricomparsa della mestruazione si può desumere approssimativamente dal peso. Nella scomparsa e ricomparsa del periodo i fattori psicogeni hanno un ruolo solo secondario.

La signora Clara X rifiuta di creare i presupposti necessari, cioè di avere un peso normale, per poi avere le mestruazioni. Questa per lei non è una prospettiva allettante per il futuro, non è una motivazione sufficiente.

ANALISTA: Ma perché questa strada, che porta a un diverso modo di sentire il corpo, avrebbe senso soltanto se lei avesse un altro figlio? Il suo peso normale sarebbe a mio avviso la conseguenza di un diverso significato della vita che lei potrebbe formarsi ricavandone più piacere, forse a volte con un rischio maggiore di delusioni. In questo vedo anche qualcosa di differente da un figlio. È chiaro che io sono anche

un difensore del peso normale, ma qui lei mi pone al posto sbagliato. Sono convinto che lei sia capace di sentirsi meglio. Lei pensa di deludermi perché si è avvicinata a sentimenti molto caldi, alla «stufa bollente».

[*Commento*]. La disputa intorno ai sintomi e l'obiettivo di un cambiamento del peso corporeo hanno occupato uno spazio eccessivo. Il transfert negativo non è stato ricollegato alla delusione del desiderio edipico di avere un figlio nel transfert. Un'allusione al riguardo non è stata ulteriormente approfondita. Con la metafora dell'avvicinamento alla stufa bollente l'analista ha inteso alludere ai sentimenti sessuali della paziente, che definisce così le proprie sensazioni sessuali e il proprio organo genitale. Naturalmente esiste anche un aspetto diverso, più profondo, considerando che l'omissione dell'analista potrebbe derivare anche da una sua insicurezza. Probabilmente il tema del secondo figlio e la conversazione sulla sua percezione corporea riguardano il desiderio della madre. Ciò viene espresso dalla paziente con il paragone della buona fata, nel cui grembo ha nascosto il capo. Nel transfert negativo la paziente si difende con il negativismo non solo dalle delusioni e dai rifiuti, ma dalle inquietanti fusioni, e infine anche dalla separazione.

La signora Clara X ha integrato questo resoconto con un dialogo con una lettrice immaginaria.

LETTRICE: Ho letto con interesse quello che ha scritto il tuo analista, e l'ho trovato molto illuminante. Che ne pensi dal tuo punto di vista?

io: Quando ho letto il testo per la prima volta, di fretta e febbrilmente, mi sono chiesta: «Ma di chi parla? Dovrei essere io la signora X? Mi ha mai detto queste cose?» Poi ho riconosciuto affermazioni e dettagli che potevano provenire solo dalla mia analisi. Ma molte cose le avevo del tutto dimenticate.

LETTRICE: Come dimenticate?

io: Gli episodi della mia analisi che sono stati descritti risalgono già a qualche tempo addietro. Oltretutto, questa signora X mi è profondamente antipatica, anzi odiosa. La vedo sdraiata davanti a me sul divano – mentre io sono seduta dietro la sua testa – come un grasso e nero scarafaggio che pagaia incessantemente in aria con le zampe e stride: «Non riesco a muovermi, oh, non riesco, non riesco!»

LETTRICE: Uno scarafaggio di schiena è veramente impotente.

io: Sì, però temo che se allo scarafaggio signora X allungassimo una pagliuzza alla quale attaccarsi e potersi quindi rigirare, finirebbe soltanto col dire: «Non voglio una paglia, o mi date un'orchidea oppure resto nella mia posizione!»

LETTRICE: Stai riproducendo con un'immagine – non deriva da Kafka? – ciò che il tuo analista ha definito «negativismo immodificabile». Ora hai addirittura occupato il suo posto. Ti corrisponde veramente ciò che lui dice?

io: Mi sento colpita. Purtroppo dev'essere molto più vero di quanto sembri, e io me ne vergogno. Nella rappresentazione che faccio di me stessa, di come vorrei essere, tendo a muovermi con le mie gambe, in modo indipendente. Perché durante l'analisi ero così testarda?

LETTRICE: Non ti lasci aiutare facilmente nemmeno con un filo di paglia.

IO: La cosa non mi è nuova! Vorrei correggermi; vorrei poter mettere insieme ciò che mi ha disturbato, perché ho usufruito così poco dell'aiuto che mi è stato offerto. Ma tutto ciò non porta a nient'altro che a una riedizione delle lamentele già fatte nella terapia.

LETTRICE: Fammi almeno sentire cos'hai da lamentarti.

IO: Ero sempre profondamente delusa. Desideravo un contatto più vicino, più diretto, insomma, tangibile. Io stessa sono fin troppo esperta nel giocare con le parole. Posso usare perfettamente il linguaggio per tenere un partner a distanza, a dispetto del desiderio. Sono cresciuta con le parole. I miei genitori hanno usato più parole che carezze. Mia madre stessa dice che comincio a godersi veramente i figli solo quando potè parlare con loro. Con i bambini piccoli, che vanno gattoni sul pavimento, che balbettano, sbavano, che si imbrattano di cibo, a cui si fa fare cavalluccio, che si coccolano e con cui si fanno cose ridicole, non potevo e non posso fare molto. Il nostro clima familiare non era poi freddo, ma «fresco» sì, come i primi giorni di primavera. La promessa del sole splendente e di violette è lì nell'aria, ma si sente ancora freddo e c'è bisogno del pullover...

LETTRICE: E questa promessa risveglia naturalmente un immenso desiderio.

IO: Proprio così. Maggio finalmente arriverà. E invece, altre nuvole, un altro rovescio. Il bambino è sempre esortato a essere ragionevole, a controllarsi, a mostrarsi giudizioso. I genitori si appellano al suo orgoglio, dicono che ormai è un «grande»... Questa condizione l'ho ricreata nella terapia, e ne ho anche sofferto. Ho fatto la stessa cosa con mia figlia. Lei ha iniziato a parlare molto presto. Quando aveva appena due anni veniva da me in cucina per starmi vicino, volevo abbandonare il mio lavoro e prenderla in braccio. E invece cosa facevo? *Le dicevo* che poteva giocare con le pentole.

LETTRICE: Non potresti usare il parlare anche per accorciare le distanze?

IO: Per fortuna so che lo posso fare. A volte. Faccio una distinzione tra parlare e chiacchierare. Ad esempio, tu puoi dire: il linguaggio della collera. Oppure: il linguaggio dell'amore. Ma non: il chiacchierare dell'amore. Al massimo si chiacchiera sull'amore. Questo è un semplice parlare a vanvera. Mentre il linguaggio...

LETTRICE: ...sarebbe il grano con cui si fa il pane.

IO: Tu mi capisci. Quando due persone parlano, succede veramente qualcosa. Durante la terapia ho perso molto tempo prezioso chiacchierando *sulle* cose, giravo intorno a qualche sintomo. Temo di avere inconsciamente preso qualche volta per il naso l'analista e di averlo fatto girare in tondo dietro di me.

LETTRICE: È questo che pensi? Come minimo, deve aver avuto molta pazienza nei tuoi confronti.

IO: Sì. E a fatica potevo immaginare che anche lui avrebbe potuto bloccarsi quando i colloqui si svolgevano in modo così improduttivo. Confesso di essere stata contenta quando riuscivo a colpirlo, a ferirlo. Ma il bambino prende sempre solo atto della sua supposta impotenza. Una volta mi ha definito brutalmente una tiranna, per chiarirmi una resistenza. Ciò ebbe effetto e non lo dimenticherò mai. Ero indignata e mentre tornavo a casa declamavo tra me e me: «A Dionigi il tiranno, insidioso si avvicina Damon, il pugnale nella tunica nascosto...» (vedi Schiller, *Die Bürgschaft*). In fondo trovai tutto ciò infinitamente nuovo.

LETTRICE: Una cosa così può rimettere in movimento rapporti arenati, o no?

IO: In movimento? Sì! E questo è ciò che speravo quando tentavo di imbastire delle situazioni in cui dovevamo fare insieme qualche cosa. Sono delusa di non aver acquisito maggiore spontaneità. Gli ho proposto ad esempio di fare una seduta passeggiando.

LETTRICE: Che cosa ne è stato della passeggiata?

io: La cosa non andò oltre il discuterne. Non trovò la proposta totalmente assurda, inaccettabile, infantile. Lasciò la questione aperta, e fui io stessa ad abbandonare poi l'argomento. Mi ero smontata. Avevo perso il gusto e la voglia. Sono delusa di non aver imparato a essere più spontanea.

LETTRICE: Però andavi volentieri alle sedute?

io: Sì. In ogni caso ricevevo maggiore attenzione e comprensione che non da parte delle persone che avrebbero dovuto essermi vicine, con le quali ero legata nella vita quotidiana. Intanto la mia resistenza rappresentava una tenace fedeltà, per non dire una dichiarazione d'amore nei confronti dell'analista: «Guarda un po' – pensavo inconsciamente – mi tengo qualche difetto, in modo da aver bisogno di te. So infatti che a te, come a ogni persona, fa bene sentirsi utile; ti porto regolarmente e puntualmente le mie preoccupazioni, le mie rappresentazioni interiori (qualche volta perfino dei veri quadri), il mio denaro. Contribuisco così al fatto che tu abbia una funzione e che ti guadagni il pane. Contemporaneamente faccio attenzione a non pretendere troppo da te, a non portarti via troppo tempo ed energie, perché apparentemente faccio solo scarso uso dei tuoi consigli.»

LETTRICE: Uhm, suona un po' megalomane, però mi convince.

io: Per questo trovo insufficiente l'espressione «transfert negativo». Il mio atteggiamento veniva anche sostenuto da sentimenti che consideravo positivi. Quando in passato mia madre diceva: «Di questa figlia non ho da preoccuparmi, è così ben incanalata, grazie a Dio è così stabile», nella mia sensibilità di bambina lo consideravo un grosso complimento. Il mio analista, così pensavo, dovrebbe considerare in termini ugualmente positivi la mia inclinazione a farmi aiutare in modo molto marginale.

LETTRICE: Adesso mi viene in mente che se ci ascoltasse qualcuno prevenuto nei confronti del trattamento psicoanalitico e particolarmente attento agli argomenti contrari, qui avrebbe da divertirsi: il rapporto terapeutico che si automantiene. La cliente conserva i suoi sintomi perché trova il lettino così familiare e accogliente!

io: È vero, conosco questo genere di persone. Possono ascoltare fino a quando non ne hanno abbastanza. Tanto capiscono solo quello che vogliono. Però io so ciò che è cambiato. Nelle mie condizioni di vita, attraverso il mio stesso agire, si è verificato un imponente capovolgimento. Il sostegno emotivo ricevuto durante la terapia mi ha consentito di sciogliere un nodo che da anni ritenevo insolubile e da cui tentavo di fuggire dissolvendomi nel nulla. È possibile che fosse solo questo il nodo che non ho perso mai di vista, l'obiettivo di tutti gli anni d'analisi. Le altre aree problematiche erano anche importanti per me, ma in definitiva di secondo ordine.

LETTRICE: Questo suona positivamente. Posso fare un rilievo critico?

io: Lo so, sei proprio un tipo strano, come me.

LETTRICE: Sarebbe?

io: Una persona che fa seguire ogni espressione positiva da un «però»! Spara!

LETTRICE: Delle aree problematiche, che sarebbero di secondo ordine, fanno parte le tue abitudini alimentari, il tuo peso, il tuo aspetto, il tuo stato di salute, il tuo modo di sentire il corpo, la tua capacità di sopportare, anzi di gradire, e di non fuggire continuamente la vicinanza di altre persone... Non stavi facendo un grosso errore nel mettere tutto ciò in secondo piano?

io: Santo cielo! Non mi considero guarita. Ma di questo non ritengo sia responsabile la terapia, né per questo mi ritengo sminuita. Lo so di essere in una situazione pericolosa, di essere in bilico sull'orlo dell'abisso. Ma forse questo mi sarà più chiaro in futuro. Nel frattempo provo abbastanza gusto alla vita da non «assottigliarmi» volontariamente.

[Riflessione]. La carenza denunciata dalla signora Clara X non può essere eliminata a posteriori, e in tal modo resta aperta la domanda: se la terapia avesse potuto svol-

gersi con maggiore successo, se... Questo «se» si potrebbe unire allora a molte considerazioni condizionali. Mi sarei dovuto alzare immediatamente e mettermi a passeggiare con la paziente? E come avrebbe dovuto svolgersi la passeggiata, per portare a un «nuovo inizio», nel senso indicato dalla signora Clara X, alla desiderata spontaneità? Una volta la signora Clara X mi invitò a partecipare a una colazione non prevista, che aveva portato con sé e preparato sulla scrivania del mio studio. Rimasi naturalmente sorpreso ma non irritato e, secondo la mia valutazione, mi comportai in modo del tutto naturale. Avevo già fatto colazione e così bevvi solo una tazza di caffè. La signora Clara X si servì invece di frutta e cereali. Restò non chiarito ciò che la paziente si aspettava da questa iniziativa e fu considerato in seguito, dalla signora stessa, un esperimento mal riuscito. Poiché sono inutili le considerazioni a posteriori rispetto a quali appagamenti di desideri, reali o simbolici, avrebbero facilitato alla signora Clara X un nuovo inizio, accenno qui soltanto alcuni punti di vista generali che guidano la mia pratica terapeutica.

[*Commento*]. In generale, è opportuno prendere sul serio le lagnanze e le accuse. Lo spazio terapeutico può allora essere ampliato, senza arrivare a superare i limiti, il che sarebbe criticabile sul piano etico e fatale sul piano tecnico. In reazione agli inquietanti esperimenti di Ferenczi, i confini della tecnica classica sono stati tracciati in modo chiaramente troppo rigoroso. Ma per quanto si voglia essere flessibili, va ricordato che tutte le lagnanze e le accuse che riguardano difetti e carenze nella relazione con l'analista hanno un significato derivante dall'insoddisfazione nevrotica. Se si parte dal presupposto che i difetti e le carenze derivino dal danno che è stato fatto a una persona nell'infanzia e nel corso della vita successiva, allora lo spazio terapeutico resta piuttosto esiguo, perché è arduo riuscire a rimediare a posteriori. In ogni caso, gli strumenti professionali degli psicoterapeuti di qualsiasi orientamento sarebbero assai limitati. Afferma Anna Freud (1976) che l'Io può modificare solo ciò che ha fatto, non ciò che gli è stato fatto. Questa tesi non tiene in sufficiente considerazione che il «non poter fare» è parte costitutiva della sofferenza nevrotica. Le accuse del paziente nel corso della terapia servono anche come pretesti per non correre il rischio di affrontare il proprio potenziale di pensiero e di azione. Evidentemente non sono riuscito a liberare la signora Clara X dalle sue limitazioni autoindotte, in modo che diminuissero le lagnanze riguardanti i rapporti interpersonali passati e attuali. Anche se gli anoressici negano di soffrire la fame autoindotta, è proprio attraverso questo diniego che si perpetua e si rinforza il disturbo da mancanza. Il «digiunatore» di Kafka lamentava una fondamentale mancanza di amore materno come causa della sua malattia mortale. Dopo che è morto d'inedia, Kafka lo sostituisce, nella gabbia, con una pantera. Il racconto si conclude con la pantera che viene mostrata al pubblico al posto del digiunatore. Non è per niente facile conciliarsi con i propri aspetti di pantera.

2.3 *Significato della biografia*

2.3.1 *Riscoperta del padre*

Il signor Friedrich Y si ammalò vent'anni fa di gravi crisi depressive cicliche, la cui componente costituzionale era stata ritenuta tanto grave da indurlo a non prendere in considerazione la psicoterapia. Dopo un'iniziale terapia antidepressiva a base di timolo si passò a una terapia a base di litio, tuttora mantenuta. Anche se non si erano mai manifestate chiaramente fasi maniacali, il signor Friedrich Y riferiva di stati d'animo euforici, dopo i quali però ripiombava nei suoi «buchi neri».

Per lungo tempo aveva accantonato il desiderio di un trattamento psicoterapeutico, ma ora se lo potrebbe permettere, e sarebbe anche disposto ad aspettare a lungo il momento in cui si renderà disponibile un posto. Egli cerca un aiuto terapeutico, perché da anni si sente come «murato». Descrive la sua condizione con l'immagine di chi vive sotto una lastra di cemento, che ogni mattina risvegliandosi deve sfondare; attribuisce questa sensazione all'assunzione, che dura ormai da anni, dei preparati di litio. La decisione di intraprendere una psicoanalisi è seguita a disturbi depressivi, ben comprensibili sotto il profilo psicodinamico, nelle sue relazioni interpersonali e nel lavoro, che con grande probabilità si potevano considerare dovuti a una genesi conflittuale nevrotica.

Dopo un anno e mezzo di trattamento, il paziente ha compiuto grandi progressi, soprattutto nella capacità di affermarsi sul lavoro; in seguito a questi cambiamenti, che lo hanno molto impressionato, vorrebbe tentare di farcela senza la profilassi costituita dal litio. Per questa decisione bisognava considerare la questione degli effetti secondari, somatici e psicologici, dell'assunzione dei farmaci. Schou (1986) riferisce che a volte i pazienti sottoposti a terapia con litio presentano un cambiamento della personalità. Dopo la valutazione dell'evoluzione complessiva, con una decisione presa in accordo con lo psichiatra curante, la somministrazione di litio venne progressivamente ridotta fino alla totale interruzione.

La sequenza che segue descrive una fase di quel periodo, in cui divennero tangibili le mie paure e preoccupazioni riguardo alla corresponsabilità che volente o nolente mi ero assunto.

Dopo la descrizione, da parte del paziente, dei suoi notevoli progressi, mi occupo del fatto che egli sa molto poco del padre, cosa di cui abbiamo già parlato diverse volte. I suoi ricordi del padre, morto quando aveva tredici anni, arrivano fino all'ottavo-nono anno di età. Il periodo dello sviluppo infantile risulta piuttosto confuso. Il fatto è che sa abbastanza del tempo trascorso con la madre, mentre del padre ricorda soltanto alcune passeggiate domenicali, e che lavorava «come un matto» nella sua officina. Il padre era un artigiano svevo e aveva l'officina in casa. Lì, si isolava anche rispetto alla madre, che dominava il piano superiore con il suo ideale di ordine e di ubbidienza.

Il ragazzo poteva entrare solo raramente nell'officina, e crebbe dunque piuttosto lontano dal padre. In più, venne soggiogato da una madre bigotta, sotto la quale erano cresciute due sorelle maggiori con connotazioni depressive e melanconiche. Il suo destino non era diverso e le sue gravi condizioni di alterazione dell'umore presero a manifestarsi quando, all'inizio degli studi, cominciò ad allontanarsi da casa.

Con questa storia in mente, tento di richiamare la sua attenzione sulla sensazione di estraneità che c'è tra di noi, facendogli notare come egli descriva eclatanti sviluppi esterni e come io possa constatare con soddisfazione in suo modo di destreggiarsi; tuttavia mi colpisce il fatto che egli a malapena percepisca l'officina, con allusione al transfert. Entra precipitosamente nella stanza, si sdraia sul divano, si toglie gli occhiali e non vede più nulla della situazione presente.

Conferma ridendo che proprio oggi si è accorto di essersi tolto gli occhiali. In passato c'era stato un periodo in cui si esercitava a vedere sfocato, per potersi dedicare interamente alle sue rappresentazioni e pensieri interni. Mentre sottolinea il suo «autoaccecamento» mi interrompe.

PAZIENTE: Qui siamo come di fronte a un vetro opalino, opalino com'era quello della porta d'ingresso dell'officina di mio padre.

ANALISTA: Sì, questo è un paragone che colpisce; colpisce anche il fatto che dopo due anni sappiamo poco di lei e di suo padre, come se fosse stato definitivamente cancellato con la morte, e sappiamo anche poco di ciò che lei percepisce qui.

PAZIENTE (*dopo un breve silenzio*): È vero. I grandi progressi che ho fatto mi rendono molto contento, ma a dire il vero non so bene come si realizzino, come avvengano, non lo so, mi è piuttosto nebuloso.

ANALISTA: Deve proprio restare nebuloso per evitare contrasti con me.

All'inizio di una delle successive sedute si occupa più a lungo del padre e della strana sensazione di avere un'immagine così sfocata di lui, dal momento che aveva pur sempre lavorato dieci anni in casa come artigiano. È cresciuto con il sentimento di essere sempre rimasto bloccato fuori dalla porta. Dev'essere rimasto deluso dal fatto che il padre non si sia fatto valere nei confronti della madre. Oltre alla madre, emerge anche per la prima volta la madre del padre, cioè sua nonna. Era una donna piena di gioia di vivere che si godeva la sua vita di pensionata, ogni giorno veniva a pranzo e viziava i bambini con la cioccolata, cosa approvata dal padre ma non dalla madre. Apparentemente il padre partecipava alla gioia e ai vizi dei figli; la nonna, che l'età aveva reso molto indulgente, rappresentava un elemento del suo mondo di desideri.

Dopo la morte del padre ebbe un sogno a occhi aperti. Vide l'immagine del padre seduto in cielo che lo osservava mentre si masturbava. Quando mi comunicò per la prima volta questa fantasia, sembrava che il padre lo avesse guardato in modo severo e cattivo. Nella seduta di oggi tenta di fare una distinzione: forse la componente di severità e di cattiveria era rappresentata dalla madre; il padre, invece, l'avrebbe osservato in modo diverso, quasi si sentisse legato a lui, una cosa che la madre non avrebbe mai accettato.

ANALISTA: È quindi pensabile che quest'immagine del padre in cielo rappresenti un legame, qualcosa di vivo che è rimasto tra voi due, e così lei è riuscito in un certo senso a superare la sua morte.

PAZIENTE: Già, non riuscivo affatto a sentirmi in lutto, non ho versato una lacrima. In un certo senso è come se non ne sentissi il bisogno. Ero davanti alla porta dell'officina, e ho pensato che era molto lontano.

Il paziente lascia fluire la sua immaginazione e arriva alla conclusione che questo sogno a occhi aperti rappresenta forse il desiderio di ricevere un maggiore incoraggiamento da parte del padre; lo collega inoltre al fatto che la madre non gli aveva permesso di prendere la patente a diciotto anni, e aveva dovuto farlo di sua iniziativa durante gli studi universitari.

A questo punto gli osservo che negli ultimi tempi esplora furtivamente con gli occhi la mia stanza, escludendomi; collego questa osservazione al fatto che un giorno il trattamento finirà, ed egli si potrebbe trovare in una situazione come quella di allora, quando tra lui e suo padre non c'era possibilità di avvicinamento reciproco. Questo lo rende molto inquieto.

PAZIENTE: Non voglio pensare a questo; prima di andarmene devo ricevere ancora qualcosa qui.

ANALISTA: In modo che non le accada nuovamente di rimanere bloccato davanti alla porta dell'officina.

A questo punto incomincia a piangere. Sono sorpreso di quanto siano forti i suoi sentimenti, dopo che ha raccontato di non essere riuscito a piangere alla morte del padre e di non essersi sentito in lutto. Il paziente rientra in quel tipo di persone che piangono solo raramente; nelle personalità ossessivo-depressive, i momenti in cui si lasciano andare sono di solito accompagnati da violente scosse emotive.

Il paziente, dopo che il pianto si è calmato, dice: «Questi sono momenti in cui ho la sensazione che il tempo a disposizione sia sempre troppo breve. Allora sento: ecco, ancora una volta, il tempo è scaduto.»

Benché ciò sia corretto, ho l'impressione che il paziente utilizzi i confini temporali per limitarsi e per contrastare possibili fantasie di fusione piacevole con me. Pertanto affermo: «Ci sarebbero ancora dieci secondi di tempo per qualche pensiero impudente che lei voglia confidarmi.»

Ride del tutto rilassato, si mette a sedere, e può finalmente prendersi la libertà di restare seduto ancora un momento prima di alzarsi e lasciare la stanza.

Nella seduta successiva il paziente nell'entrare dice: «Oggi devo chiederle qualcosa.»

Mancavano due minuti all'inizio della seduta. La porta era accostata e io ero seduto alla mia scrivania.

Mentre si siede sul divano appoggiandosi comodamente dice che oggi non vorrebbe sdraiarsi subito. Mi sembra strano rimanere seduto in poltrona mentre lui è seduto sul divano, gli dico quindi indicando le due sedie: «Forse è più comodo se si siede lì.» «Sì – dice – oggi voglio osservarla bene. Ho la sensazione di conoscerla troppo poco. È una cosa che mi ha colpito recentemente quando ci siamo incontrati in città.»

Il tema del guardare, dell'osservazione attenta, prosegue. Non prende l'iniziativa da sé ma lascia che sia io a dargli lo spunto: «Fino a oggi lei qui è stato piuttosto riservato.» Risponde di sì, e dice che fino a oggi non si è neanche chiesto se quella che stiamo facendo è un'analisi freudiana o junghiana. Ha un amico che è stato in terapia con un analista junghiano; adesso la terapia è terminata e sembra che i due vadano in barca a vela insieme.

È nell'aria la domanda se possa succedere qualcosa del genere anche qui.

ANALISTA: E così si è dovuto guardare intorno attentamente, non è così? Lei pensa che se io fossi un freudiano allora qui non potrebbe succedere una cosa simile.

PAZIENTE: No, non dispongo di un'informazione così dettagliata. Quando studiavo ho letto *L'interpretazione dei sogni*, e da allora non ho più voluto saperne. Mi ha sempre dato fastidio che i miei amici ricorrono agli scritti teorici quando si trovano in crisi personale. Comunque (*ci ride sopra*), forse anche lei ha scritto qualcosa del genere, e forse potrei anche andare a dare un'occhiata.

ANALISTA: Certo, potrebbe.

Allora gli viene in mente che la domenica precedente è andato nella sua città natale a fare visita a un vecchio amico del padre, di ottant'anni, a cui ha chiesto di raccontargli qualcosa del padre. Da venticinque anni non parlava con questo amico del padre. Gli racconta nuovamente che suo padre era rimasto ferito in un incidente e che successivamente aveva continuato il suo lavoro con grandi dolori. I dolori erano dovuti a una malattia tumorale che era comparsa quando il paziente aveva sei-sette anni; il padre morì quando ne aveva tredici. Il paziente riferisce inoltre che quando aveva sei-sette anni furono sospese le passeggiate domenicali, ma suo padre lavorava ancora, a volte anche la domenica.

Infine ricorda un sogno su un conoscente, con il quale è in contatto per motivi di lavoro; questi poco tempo fa è caduto da un albero da frutto, si è rotto una vertebra.

bra e ora è costretto su una sedia a rotelle. Nel sogno butta giù dalla sedia a rotelle l'uomo e rotola insieme a lui sul pavimento. Nel farlo, avverte un sentimento di tenerezza.

Si meraviglia perché, solitamente, con questo conoscente litiga e discute animatamente. In un certo senso ha la sensazione che gli abbia fatto bene essere arrivato a questo. Lo ricollego al padre e al sentimento che ha espresso oggi, cioè di poter esigere qualcosa da me. Ride, e gli viene in mente che in questo periodo gli basta dormire poco, la mattina alle cinque e mezzo è già sveglio, ma non osa alzarsi per non svegliare sua moglie.

ANALISTA: Sì, qui c'è ancora una volta la madre, che vigila per impedirle di disturbare suo padre, cioè perché lei non esca di mattina per andare a correre nel bosco, dato che è già bello sveglio.

Si chiede se ciò non abbia a che fare con la riduzione del litio a una pastiglia al giorno. Certo, si concede ancora il sonnellino pomeridiano, tre quarti d'ora di sonno profondo, ma ha la sensazione di avere bisogno di dormire meno di notte e di avere lo stesso una forza da sradicare gli alberi.

Memore della mia corresponsabilità nella decisione di sospendere il litio, mi informo sulla visita psichiatrica e sullo stato del suo umore euforico. In un ripensamento successivo posso comprendere questa mia preoccupazione nell'ambito di una reazione controtrasferale; seguendo questa strada sento quanto il paziente sia preoccupato di poter diventare distruttivo con un contatto più stretto, sviluppando un'aggressività eccessiva o travolgendo tutto con le sue euforiche esibizioni. Non solo sua moglie, ma io stesso, saremmo vittime della sua espansività. Perciò interpreto che quello che egli cerca con gli occhi sono limiti e restrizioni.

Nella seduta seguente il signor Friedrich Y parla subito di quanto si sia divertito nell'ultimo weekend in occasione di una festa, dove gli è stato possibile avere molto successo per il suo prestigio professionale. La notte seguente sognò di camminare con suo padre in un ostello della gioventù; entrambi si dirigevano al reparto docce dove c'erano anche delle donne nude, cosa che per lui era stata decisamente sorprendente. Dal racconto stesso si riesce a capire quanto nel sogno si sia goduto la scena. Senza fare associazioni dirette con gli elementi del sogno, prosegue dicendo che gli capita spesso di pensare che suo padre è stato sposato due volte, ma che lui della prima moglie non sa quasi niente. Del secondo matrimonio del padre non si è mai potuto immaginare cosa abbiano avuto in comune suo padre e sua madre. Suo padre aveva già quarant'anni alla sua nascita. Ci ride sopra e osserva che «già quarant'anni» è un modo singolare di parlare di un problema di invecchiamento precoce, dato che di fatto non c'era motivo di dire una cosa simile.

Continua a riflettere sul padre e gli viene in mente di avere anche imparato qualcosa da lui, per esempio a osservare gli alberi come se fossero persone. Sua madre invece insisteva sulla necessità di classificare le piante e su quanto fosse importante sapere anche i dettagli dei fiori. Questo era l'universo della madre. Il padre, quando andava per i boschi con lui, era molto più vivace. Gli aveva insegnato a fare piccole ruote idrauliche con pezzi di corteccia e rami, cosa che anche oggi è in grado di fare, con grande entusiasmo.

Finora c'era stato un «vetro opalino» davanti all'immagine del padre, adesso sembra diventare più chiara, man mano che si anima il suo interesse nei confronti della mia persona e si risvegliano i ricordi infantili, che ora affiorano e diventano accessibili.

Completo la seduta con l'interpretazione del sogno, in cui esprime il desiderio che il padre gli renda accessibile il suo mondo femminile. Forse da ragazzo aveva avuto la sensazione che il padre non glielo volesse permettere.

Nella seduta seguente il paziente comincia dicendo che finalmente ha potuto parlare con un suo collaboratore di alcuni problemi. Ha potuto esprimere critiche e riserve, porre dei limiti, pur non volendo arrecargli troppo danno.

Poi ricorda che mentre veniva in seduta aveva riflettuto sul titolo che avrebbe potuto dare alla sua biografia, se un giorno l'avesse scritta. Il primo dettaglio che gli viene in mente riguarda l'episodio in cui da bambino aveva lasciato andare il freno a mano di un carro di fieno, che era finito in un letamaio. «Quindi c'è stato un momento – dice – in cui ho potuto fare qualcosa di simile, ma poi ho di nuovo tirato i freni molto forte. Per vent'anni ho vissuto sempre e solo frenato.»

Colgo al volo questa sensazione di essere frenato e accenno a un prudente tentativo di lasciare andare i freni adesso, dicendo: «Sì, ultimamente ha fatto diversi tentativi di lasciare andare qui i suoi freni, di dare voce alle sue critiche.» Con ciò mi riferisco ai diversi tentativi di volermi inquadrare bene, e vedo in questo non solo qualcosa di positivo, ma anche una critica recondita.

Con mia sorpresa il paziente coglie al volo quest'ultimo punto.

PAZIENTE: Sì, è già da un bel po' di tempo che con la coda dell'occhio ho notato un microfono sulla poltrona davanti a lei. Mi sono chiesto se ha intenzione di registrare o se lo stia già facendo.

(Con questo paziente non fu utilizzata la registrazione, ma la trascrizione al termine della seduta.)

ANALISTA: Anche se razionalmente sa benissimo che non avrei mai fatto alcuna registrazione senza un suo esplicito consenso, adesso mi sembra di poter capire che c'è un altro fine più nascosto, un'idea solleticante: lei probabilmente mi potrebbe criticare pesantemente se facessi qualcosa di simile a sua insaputa.

PAZIENTE: Anche se non mi fidassi di lei, ciò mi darebbe la possibilità di poterla attaccare direttamente.

ANALISTA: E diventare violento.

PAZIENTE: Sì, passare all'offensiva. D'altronde, probabilmente, non avrei niente in contrario se registrasse. Posso immaginare che la cosa la interessi.

Dopo questo breve scambio di parole, il paziente torna al suo ambito di interesse professionale e chiarisce che negli ultimi tempi, in certe riunioni, è riuscito a esprimere più apertamente cose che fino ad allora poteva comunicare segretamente solo ai colleghi seduti vicino a lui; ora finalmente può arrischiarsi a farlo in assemblea.

ANALISTA: Sì, lei adesso cerca l'offensiva e desidera che la cosa sia pubblica.

PAZIENTE: Sì, è da troppo tempo che tengo le cose per me. E anche raccontarlo a mia moglie non è stato sufficiente. C'è qualcosa che resta incompleto.

Ora torniamo alla situazione di trattamento. Il paziente ancora una volta dice: «Queste ispezioni qui nella stanza, questa percezione delle singole cose, per me sono un processo molto difficile.»

[*Commento*]. Il decorso del trattamento pone una serie di questioni, che vanno ancora brevemente considerate. Il lettore avrà notato che ci siamo astenuti da ipotesi psicogenetiche in relazione al quadro clinico di vent'anni fa; tuttavia nel controtransfert dell'analista si possono chiaramente cogliere le sue notevoli preoccupazioni che, attraverso i tentativi di espansione previsti dopo la rielaborazione dei conflitti nevrotico-depressivi, si indeboliscano quei settori della personalità che, secondo la teoria psicoanalitica, sono

in relazione con la genesi di stati psicotici, in particolare maniacali (Abraham, 1924; M. Klein, 1935; Jacobson, 1953, 1971). Per comprendere la dinamica del caso si devono considerare, come ulteriori fattori, gli effetti a lungo termine sulla personalità dell'assunzione di litio, finora scarsamente studiati (Rüger, 1976, 1986; Danckwardt, 1978; Schou, 1986). Un farmaco psicotropo ha inevitabilmente anche un effetto psicomotivo. Per questo paziente il litio divenne l'emblema della proibizione materna. Egli era crollato dopo una fase ipomaniacale tipica dell'adolescenza, che era stata per lui un'esperienza soverchiante, e la terapia farmacologica era stata lo scudo protettivo infallibile. Quindi tecnicamente era importante che analista e paziente non si ponessero come obiettivo primario la riduzione del litio, ma l'elaborazione della problematica paterna, che era indirettamente all'origine dei disturbi del paziente sul lavoro.

2.3.2 *Invidia del fratello*

La situazione psicoanalitica stimola nei pazienti bisogni che si ricollegano alla fase dell'«unione duale» dello sviluppo infantile, e si configura una folia madre-bambino (Stone, 1961) come retroscena silenzioso in cui l'inevitabile terzo (ad esempio altri pazienti) viene vissuto prima o poi come elemento perturbante o rivale.

Una gravidanza inattesa scatenò nella signora Käthe X forti emozioni, che probabilmente derivavano da esperienze precoci di invidia e di gelosia. Visto che la paziente era molto scettica di fronte a una gravidanza, i primi segni di una possibile maternità accrebbero da un lato la sua attenzione al proprio corpo, dall'altro l'interesse per le donne incinte o che avevano partorito recentemente. Nella seduta riportata si cerca di ricollegare l'esperienza infantile, che si suppone fondata su un particolare ricordo solo costruito, con la pesante situazione attuale e con una costellazione conflittuale nella relazione terapeutica.

All'inizio della seduta la signora Käthe X parla di una visita a una puerpera, una collega di lavoro. Durante la visita ha sofferto di una leggera emorragia. Si è sentita sorpresa: «La visito in ospedale, e la storia comincia.»

Quando il bambino ha dovuto essere allattato, disse a un collega che l'aveva accompagnata: «Questo ce lo guardiamo proprio, voglio essere presente. L'ho semplicemente colta di sorpresa.»

ANALISTA: Osservare attentamente, ecco una cosa che fa volentieri.

[*Commento*]. Questa notazione si riferisce a un punto di forza che la paziente aveva mostrato nella lotta difensiva contro i suoi desideri di vicinanza e di fusione: una particolare capacità di frapporre una distanza tra sé e gli altri, mediante la percezione di dettagli personali.

PAZIENTE: La collega che sono andata a trovare, di solito è piuttosto magra. Adesso ha dei gran seni. Però le stanno bene. Ho raccontato agli altri colleghi che il bambino è biondo con gli occhi azzurri. Hanno detto: «Adesso è il suo turno di avere dei bambini.»

La paziente indugia, diventa inquieta, e quindi dico:

ANALISTA: E allora si sente strana, molto diversa.

PAZIENTE: Sì, adesso sono piuttosto confusa. Che adesso cominci a sanguinare, strano, come nelle mestruazioni.

Poi le viene in mente una conoscente che ha avuto un aborto al terzo mese. Le faccio notare che le impressioni riportate dalla visita l'hanno confusa.

PAZIENTE: Ero già stata più volte in ospedale. Quindi ero piuttosto abituata.

ANALISTA: Questa volta lei si trova in un'altra situazione: dal momento che pensa di essere incinta, questo la colpisce molto personalmente. L'emorragia la informerebbe del fatto che in realtà non è incinta, una sorta di verdetto negativo.

[*Riflessione*]. Sebbene avessi avanzato l'ipotesi che finora la paziente non era rimasta incinta per motivi psichici, lei non aveva mai toccato questo tema.

PAZIENTE: Potrebbe anche essere che mi sia sbagliata. La situazione nella camera dell'ospedale, l'atmosfera solenne. Era un bambino molto dolce (*pausa*). Anche il padre era simpatico. La madre era ancora piuttosto pallida. In realtà non c'era una qualche impressione che mi abbia spaventato.

Dato che la paziente si ritira affettivamente dalla scena attuale, che per me – analista che ha una certa familiarità con la sua biografia – è piuttosto impressionante, decido di affrontare il suo evitamento e il suo cambiamento di valenza affettiva («atmosfera solenne») con un passo attivo e, nella domanda che segue, collego la situazione attuale in ospedale con la situazione della paziente alla nascita di suo fratello, quando aveva due anni ed era stata allontanata dalla casa paterna.

ANALISTA: Com'è andata la nascita di suo fratello Karl?

PAZIENTE: È successo a casa da noi. Per quel che ho sentito non è stato un parto difficile.

ANALISTA: Cosa recepisce una bambina di due anni? (*La paziente allora aveva poco più di due anni.*)

PAZIENTE: Non ne ho idea. Mi ricordo di Karl solo quando è entrato in clinica pediatrica un paio di mesi dopo la nascita. È il mio primo ricordo. Rammento ancora con precisione quando mio padre mi ha portato in ospedale tirandomi sulla slitta. Là c'era Karl, in clinica.

[*Commento*]. Questo primo ricordo può essere considerato come un paradigma relazionale (Mayman e Faris, 1960). Detto paradigma, su cui Stiemering (1974) ha pubblicato uno studio quantitativo di 500 casi, rappresenta la perdita della madre e una relazione intima con il padre.

ANALISTA: Ma perché Karl era in clinica?

PAZIENTE: Non lo so, non me ne sono interessata.

ANALISTA: Questa volta però si è interessata del parto della sua collega. Perché adesso sì?

PAZIENTE: Sì, perché volevo vedere il bambino. Sì, perché in realtà? In fondo non c'è un rapporto molto stretto tra me e la mia collega. Mi interessava il bambino e l'aspetto della madre, com'era cambiata.

ANALISTA: Così come noi qui ci siamo occupati dei cambiamenti iniziali del suo corpo, negli ultimi tempi.

PAZIENTE: Sì, sì. E come prendeva tra le sue braccia il bambino! Di solito è così poco femminile.

ANALISTA: Quindi se questa collega riesce a cambiare, allora...

La paziente mi interrompe e continua seguendo il filo dei suoi pensieri.

PAZIENTE: Non so cosa succede adesso. (*Dopo una pausa di circa un minuto*): Adesso mi viene in mente che ieri ho conversato con alcuni colleghi sui gatti. Anche noi una volta avevamo dei gatti. In questo periodo è venuta da me una gatta incinta. Sicuramente partorirà da noi i piccoli. Cosa devo fare? Una collega una volta uccise un gattino, buttandolo nel gabinetto. Adesso mi sento strana.

Ha freddo, cosa che le succede quando si trova ad affrontare contenuti opprimenti che mettono a dura prova le sue difese.

PAZIENTE: Mi viene in mente che anche mia madre una volta usò un'espressione simile, riguardo a un aborto spontaneo: tirare la catenella del water.

ANALISTA: È un'immagine piuttosto pesante.

PAZIENTE: Sì, mia madre ebbe un aborto spontaneo quando, tramite una lettera, venne a sapere dell'adulterio di mio padre. Quando me lo raccontò pensai che avesse ucciso il bambino.

[*Commento*]. Anche se in questa comunicazione della paziente si nasconde un'identificazione altamente ambivalente con la madre come amante del padre (il padre aveva coinvolto la paziente in allusioni a una relazione incestuosa), essa contiene anche un'identificazione con il bambino abortito. La paziente aveva vissuto sé stessa come il bambino abortito, che rappresentava inoltre il suo desiderio che il fratello fosse stato abortito.

ANALISTA: Anche per lei si delinea qualcosa di simile, come se alla vista della madre che allatta emergesse in lei qualcosa di impensabile. La visione di Karl al seno di sua madre, se potessi ancora sbarazzarmi di lui! Questo infatti, calza col suo primo ricordo: Karl è di nuovo andato via e lei è felice.

PAZIENTE (*ridendo*): Sì, sì, quello era il posto giusto per lui.

Dopo alcune riflessioni torna a parlare dell'aborto della madre.

PAZIENTE: Mi è dispiaciuto molto. L'avrei visto volentieri.

ANALISTA: Dal momento che non poteva impedirlo, almeno l'avrebbe visto volentieri. Com'è l'intruso? E la madre? Osservare è diventato il suo punto forte.

PAZIENTE: È diventato? Lei crede?

Il riferimento alla propensione a guardare in quanto condizionata da un conflitto tocca la paziente. Perciò nel prossimo intervento riprendo una delle sue peculiarità, già comunicata più volte. Era solita venire in anticipo per vedere la paziente che usciva dal mio studio prima di lei.

ANALISTA: Così come osserva la mia stanza, per accertarsi che tutto sia al solito posto o se ho cambiato qualcosa, se ho portato via qualcosa.

PAZIENTE (*correggendomi*): Sì, adesso non faccio più così, non è così. Oggi mi sono fissata solo sul vaso di fiori.

La pianta, un ibisco, si trova su una cassetta con dei giochi, che utilizzo di tanto in tanto. Dopo un lungo silenzio credo di percepire che la paziente sta lasciando vagare il suo sguardo nella stanza. Nel mio intimo sono d'accordo con lei, che con la sua correzione ha espresso qualcosa di molto appropriato: non è più costretta a ispezionare la stanza e gli oggetti con diffidenza, per via dei cambiamenti, ma si può sentire a proprio agio. Poi la paziente afferma con un tono lapidario: «Interessante, per quello che può servire una cassa di giochi!» Quindi le viene in mente un telefilm in cui un ragazzo con una cassa di giochi simile alla mia interpreta principalmente due scene: in una tira lo sciacquone del water, che porta via il bebè, nell'altra lo fa mangiare da un coccodrillo.

È inorridita da questi tremendi pensieri; lo trovava terribile, il povero bambino era così indifeso. Decido di sottolineare la parte aggressiva: «La rende inquieta dover osservare come questo ragazzo possa apertamente cedere ai propri impulsi. Ha semplicemente eliminato il fratello molesto.» «Il ragazzo era decisamente consapevole della rabbia nei confronti di sua madre – dice la paziente – una rabbia tremendamente violenta.»

Contemporaneamente fa un gesto deciso, unendo le mani e sfregandole l'una con l'altra.

PAZIENTE: In realtà con mia madre non mi arrabbio più come una volta, ma noto invece, e questo mi sorprende, che faccio a gara con mio marito per l'affetto di mia madre.

Lo dice in maniera leggermente beffarda, sorpresa, perché in passato avrebbe escluso del tutto questa cosa; certamente era sempre stata cosciente dell'invidia nei confronti di suo fratello per come egli riusciva a ottenere la preferenza della madre. La madre regalava cose belle a suo fratello, mentre lei si doveva accontentare di una banconota. La madre esaudiva qualsiasi desiderio di Karl, ma i suoi? Poteva stare giorni interi a chiedere a sua madre quello che desiderava, senza che ciò servisse a niente; a sua madre non veniva in mente niente. «È chiaro – dice – Josef (*suo marito*) ha assunto il ruolo di Karl. Noto infatti che mi sento invidiosa di mio marito, per come mia madre gli vuole bene.»

La signora Käthe dice che sua madre e suo marito sono entrambi d'accordo nel considerarla fortunata per aver trovato un uomo come lui. La madre non si è preoccupata abbastanza di lei.

ANALISTA: Sì, tra di noi il problema è proprio questo, il rischio che ci si trovi di fronte sempre allo stesso sentimento: che non sia lei ma un altro a ricevere il mio pieno appoggio, e lei venga liquidata semplicemente con una banconota.

PAZIENTE: Ero già sulla strada giusta per sentirmi nuovamente come con mia madre, per rivivere esattamente la stessa situazione.

Adesso sembra venirle freddo dall'interno, e comincia a tremare.

PAZIENTE: Quando penso che la donna che lei riceve prima di me esce da qui sempre con una faccia allegra, la cosa mi disturba molto. Sarei portata a pensare: tra di loro va molto meglio che tra noi.

La signora Käthe X attribuisce, nel transfert, diversi ruoli alla donna che viene in seduta prima di lei, cosa in cui si coglie la rivalità fraterna.

L'acutizzazione del conflitto, mediante l'identificazione dell'altra paziente con il fratello, implica anche che l'altra paziente debba andarsene non appena si senta meglio; ciò viene colto nella prossima interpretazione. L'invidia per l'altra paziente che dovrebbe essere scacciata via riguarderebbe lei stessa nel momento in cui mostrasse apertamente qualcosa di buono.

ANALISTA: Questa convinzione è per lei un grosso peso. Lei qui non si può permettere di essere contenta, né di fare progressi anche se in modo molto nascosto; io non devo notare che lei sta meglio.

PAZIENTE: Sì, è vero. I miei progressi li mostro fuori. Così lei non può vederli e io posso esserne contenta.

ANALISTA: Non è pericoloso mostrarli agli altri.

PAZIENTE: Ma io li mostro anche qui. Sono contenta quando qualcosa cambia. Ma forse sono più circospetta, più cauta.

Per concludere, dobbiamo discutere in modo più dettagliato l'*invidia verso il fratello*.

Se ci si chiedesse perché la paziente invidia il fratello, si ritornerebbe all'evento della sua nascita, che la paziente, nella prima infanzia, aveva vissuto come esclusione dalla famiglia. Già da neonata era piuttosto piagnucolosa e lagnosa, e per questo motivo a due anni, dopo la nascita del fratellino, fu trasferita dalla casa dei genitori a quella contigua dei nonni. Le condizioni di vita della famiglia lasciano supporre che sia stata una figlia non desiderata, e che la nascita del fratello abbia coinciso invece con una situazione di normalizzazione della vita familiare. Sembra quindi più probabile che la paziente soffra, più che di un'invidia del «seno», di una carenza di cure materne, con cui si identificò in modo tale, negli anni successivi, da diventare una persona chiusa e malevola, in analogia con l'antico atteggiamento di sua madre.

In effetti alcune esperienze carenziali possono essere rafforzate o attenuate da fantasie successive. Anche il modello di base dell'invidia e della gelosia, già studiato da Melanie Klein (1957, p. 185), è collegato alla relazione bi-tripersonale.

Fondamentalmente l'invidia si rivolge contro la forza creatrice: ciò che il seno invidiato ha da offrire, diventa inconsciamente il prototipo della capacità di produrre, dal momento che il seno e il latte che esso offre sono visti come la fonte della vita.

La cronologia della comparsa dell'invidia e della gelosia, in base all'attuale ricerca neonatologica, è oggi discussa in un'ottica diversa rispetto al tempo della grande disputa tra Anna Freud e Melanie Klein (vedi Steiner, 1985). Le ricerche micropsicologiche sull'interazione madre-bambino mettono in questione, come causa dell'invidia, il processo di scissione (*Spaltung*), solitamente collegato alla nota metafora del seno «buono» e «cattivo».

In contrasto con l'ipotesi che le scissioni siano riconducibili a processi intrapsichici molto precoci, dalle ricerche di Stern (1985) risulta che lo *split-*

ting – per usare l'espressione inglese corrente – è legato a operazioni simboliche appartenenti a un'epoca successiva dell'infanzia. La critica di Stern sottolinea l'importanza dei processi di scissione per la clinica, ma smentisce una loro ipotetica radice nella primissima infanzia.

Le esperienze continuamente ripetute che attraversano tutta l'infanzia della paziente portano alla formazione dello schema «se sono brava e buona mi tengono, se sono cattiva e ostinata mi abbandonano». Nel quadro clinico sono presenti in gran numero tali processi di scissione, nette divisioni tra bene e male. Bisogna però intendere questo fenomeno come l'esito di un processo nel corso del quale le esperienze ripetute hanno prodotto una stabilizzazione dell'esperienza primaria. La modificazione di questo schema inconscio nella situazione di transfert – vedi la reazione della paziente di fronte all'altra paziente ai suoi occhi più bisognosa di aiuto e con la quale può inconsciamente identificarsi – rivela l'avvenuta acquisizione di una sicurezza di base attraverso l'analisi. Nel suo ultimo libro Rosenfeld (1987) ha sottolineato che l'invidia diminuisce gradualmente quando il paziente si sente accettato dall'analista. Rosenfeld contesta le tipiche interpretazioni kleiniane dell'invidia, che portano a situazioni di stallo terapeutico. Il paziente si sente denigrato dalle interpretazioni stereotipate dell'invidia, e ciò dà origine a un circolo vizioso antiterapeutico. Se invece il paziente sente di avere uno spazio dove poter pensare e crescere, l'invidia diminuirà progressivamente. Questo ultimo sviluppo del pensiero di Rosenfeld, uno dei rappresentanti più illustri della corrente kleiniana, dovrebbe estendersi a tutta la psicoanalisi.

2.4 *Transfert e identificazione*

2.4.1 *L'analista come oggetto e come soggetto*

La raccomandazione di Freud (1918a, p. 25) che «il malato non dev'essere educato ad assomigliarci, ma piuttosto a liberarsi e a realizzare compiutamente la sua stessa natura», sembra in contrasto con la grande e decisiva importanza terapeutica che ha l'identificazione del paziente con l'analista. In un simposio sulla conclusione dell'analisi Hoffer (1950) affermò che la capacità del paziente di identificarsi con le funzioni dell'analista è una componente essenziale del processo terapeutico e quindi del suo successo. L'argomento di queste pagine ha quindi un significato essenziale per la comprensione del processo terapeutico e della tensione descritta da Freud come segue:

Noi serviamo al paziente in diverse funzioni, come autorità e sostituto dei genitori, come maestro e come educatore (...) Per allettante che possa sembrare all'analista la prospettiva di diventare maestro, modello e ideale per altre persone, di foggare degli esseri umani in base ai propri modelli, egli non dovrebbe mai comunque dimenticare che non è questo il suo compito nel rapporto analitico, e che anzi non adempirebbe fedelmente a tale funzione se si lasciasse trascinare dalle proprie personali inclinazioni. (Freud, 1938, pp. 608, 602)

Ne consegue una serie di questioni:

Con chi si identifica il paziente? Quali applicazioni pratiche si possono trarre dalla teoria psicoanalitica dell'identificazione per facilitare al paziente l'acquisizione delle funzioni dell'analista? Che cosa offre l'analista, e come? Il paziente è in grado di differenziare, nella sua esperienza, le funzioni dalla persona che ne è portatrice? Come opera l'identificazione, rispetto all'esigenza di risolvere la nevrosi di transfert alla conclusione dell'analisi?

Le identificazioni con figure del passato si riproducono nelle identificazioni con gli oggetti di transfert. Per diversi motivi, è opportuno distinguere fra gli oggetti di transfert e l'analista come soggetto. Le persone significative del passato diventano «rappresentazioni oggettuali» interne, e si uniscono ai «rappresentanti del Sé». Da questo modellamento interiore e dai suoi effetti sul vissuto e sul comportamento deriva quel processo affettivo-cognitivo che Freud (1899) definì il ristabilirsi dell'«identità percettiva», e questo processo fa sì che le situazioni attuali con gli altri vengano modellate secondo gli schemi del passato. Ne consegue quindi che il paziente, in base alla sua disposizione inconscia, attribuisce tipicamente al terapeuta ruoli diversi. Nella costellazione della nevrosi di transfert l'analista può avvertire la forte pressione esercitata dal paziente per costringerlo ad assumere un ruolo. Il paziente vorrebbe arrivare a conoscere lo psicoanalista per potersi identificare con lui, ad esempio come con un oggetto idealizzato. In questi poderosi tentativi, inconsciamente determinati, di ristabilire un'identità di percezione, l'altro non viene considerato nella sua qualità di soggetto, ma è trasformato in «oggetto». Lasciandosi coinvolgere in tale processo, l'analista riconoscerà la discrepanza tra sé stesso come è e come viene visto dal paziente, raggiungendo un livello di conoscenza che, come ha affermato in particolare Morgenthaler (1978), gli facilita la formulazione delle interpretazioni di transfert, grazie alle quali il passato del paziente si attualizza aprendo nuove possibilità e prospettive.

Ci sembra che non si sia andati molto avanti nel qualificare lo psicoanalista come «nuovo oggetto» (Loewald, 1960). È vero che l'«oggetto» nella teoria e nella terminologia psicoanalitica comprende il «soggetto», ma per lo sviluppo di una «personologia» psicoanalitica, di una psicologia a due o più persone, è indispensabile restituire al «soggetto» la sua autonomia di linguaggio. L'analista svolge infatti la sua autentica funzione terapeutica come soggetto, mentre la svolge solo in parte quando si lascia ridurre a «oggetto».

Il tentativo di evitare di influenzare direttamente il paziente ha contribuito, secondo la metafora freudiana dello specchio, a far trascurare la ricerca dei processi di identificazione in analisi, nonostante la loro grande importanza terapeutica. Noi cerchiamo di modificare, tramite esperienze nuove, le «identificazioni oggettuali» ormai sedimentate e trasformate in struttura. Il soggetto che aspira a questo, l'analista, deve da un lato essere accettabile

per il paziente e non sconfinare al di fuori dell'«ambiente medio prevedibile» nel senso di Hartmann (1939), per non scatenare reazioni xenofobe. Dal momento che, d'altra parte, la particolare condizione della coppia psicoanalitica differenzia in maniera sostanziale questa relazione dalla comunicazione quotidiana, in cui ci si limita a scambiarsi dei cliché – il che è un modo di rispecchiarsi nell'altro pietrificato – l'innovazione avrà una qualità di estraneità.

Sebbene la ripetizione nevrotica propria del transfert – che dipende notevolmente dalle condizioni create dall'analista – determini il contenuto e la forma dei fenomeni osservabili, le identificazioni con le funzioni dell'analista permettono un insight di connessioni inconscie finora sconosciuto, e nuove esperienze. Sterba (1929, p. 463; corsivo nostro) sottolineò fin dagli inizi il significato terapeutico dell'identificazione in un lavoro che, a differenza del suo articolo successivo sulla scissione terapeutica dell'Io (1934), è rimasto sconosciuto.

L'analista viene in aiuto dell'Io del paziente, oppresso dalle tensioni pulsionali dell'Es, offrendogli la possibilità di un'identificazione in sintonia con l'esame di realtà del suo Io. Questa identificazione degli aspetti realistici dell'Io del paziente con l'analista è facilitata mediante la riflessione e la spiegazione, costantemente libere da reazioni affettive, della situazione psicologica da parte dell'analista, cosa che noi definiamo interpretazione. L'invito all'*identificazione* parte dall'analista stesso. Fin dall'inizio del trattamento egli parla del *lavoro comune*, che avverrà nel corso della cura.

Alcune espressioni che frequentemente vengono usate dall'analista, come «ciò che vogliamo è considerare insieme ciò che lei ha pensato/sognato/fatto», già contengono un invito all'identificazione nei confronti dell'Io del paziente, poiché essa è presente in ogni «noi» che l'analista rivolge a sé stesso e al paziente. Questa identificazione con l'analista viene supportata, come è noto, da: 1) desiderio di guarigione del paziente; 2) transfert positivo (...) [l'identificazione]; infine si basa sulla gratificazione narcisistica del *vissuto comune delle conoscenze intellettuali* nell'analisi.

Nelle riflessioni appena riportate Sterba si avvicina all'importante acquisizione che l'identificazione può essere diretta non solo verso un oggetto ma anche verso il «lavoro comune»: la forma stessa della comunicazione contribuisce a far uscire il paziente dalla sua nevrosi.

Anche se una particolare intensificazione della «costruzione del noi» non è priva di problemi, perché può agire come seduzione o rendere difficoltose l'opposizione e l'autonomia, noi riteniamo che la concezione della cosiddetta tecnica classica abbia ostacolato l'identificazione con le funzioni dell'analista e la «costruzione del noi» di cui parla Sterba. L'unità primaria di persona e funzione porta con sé, nel corso del trattamento, delle complicazioni che possono essere risolte, ad esempio, in un'identificazione che conduce all'autoriflessione. Al contrario, il tentativo di esasperare l'«incognito» e di fornire le funzioni terapeutiche in maniera impersonale è sbagliato per ragioni sia antropologiche che psicoanalitico-psicogenetiche.

Il fatto che noi collochiamo alcuni elementi in un altro contesto e che ad

essi attribuiamo un nuovo significato implica, sempre, il comunicare al paziente i nostri modi di vedere e la nostra personale esposizione. Dato che l'identità personale, secondo la psicoanalisi, si sviluppa sia dall'interno verso l'esterno che in senso opposto, alle influenze esterne vengono posti dei limiti, e non solo per motivi pratici. Nonostante il nostro rifiuto di una deduzione puramente psicosociologica dello sviluppo dell'identificazione («dall'esterno verso l'interno»), dalle tesi sostenute ad esempio da Luckmann (1979, p. 299) derivano conseguenze importanti per la comprensione del «rispecchiamento» interpersonale.

L'essere umano non ha un vissuto immediato di *sé stesso*. L'uomo può conoscere con immediatezza solo il suo ambiente; solo di ciò che riguarda il proprio ambiente è direttamente cosciente. Nei rapporti sociali l'uomo entra in contatto con gli altri. Gli altri gli si presentano così come sono: attraverso il loro corpo. Il corpo dei propri simili (in generale, degli altri) diviene quindi l'ambito espressivo dei processi di consapevolezza. Se le esperienze degli altri lo toccano in prima persona, «l'uomo si rispecchia nei propri simili». Nelle relazioni sociali, che avvengono in un contesto comune, l'uomo conosce *sé stesso* indirettamente attraverso i propri simili. La capacità di alternare il «rispecchiamento» è il presupposto di base perché il singolo uomo possa formarsi un'identità personale.

Questo modo di intendere il «rispecchiamento» permette di comprendere la metafora freudiana dello specchio nel senso di un'autoriflessione indiretta (vedi vol. 1, 8.4).

Ciò nonostante, restano aperte alcune questioni riguardo la modificata metafora dello specchio, che vanno tenute presenti, ma la cui soluzione va oltre la casistica qui presentata. L'«autoriflessione indiretta» si riferisce a quella forma di comunicazione che è utile dal punto di vista terapeutico poiché produce cambiamenti, ma resta insufficiente sia per la pratica che per la teoria. Non si tratta infatti solo della percezione dei «contenuti», prima inconsci, e delle emozioni a essi legate che vengono «trasmesse» al paziente. Le scoperte o le riscoperte si compiono nell'ambito di una comunicazione particolare, che rende possibile trovare una nuova relazione con *sé stessi*. Il rapporto che l'analista segnala nella relazione con i contenuti inconsci, rapporto che implica anche il *suo* rapporto con *sé stesso* nel senso di Tugendhat (1979), diventa il modello del processo di trasformazione che modifica anche il rapporto del paziente con *sé stesso*.

2.4.2 *L'identificazione con le funzioni dell'analista*

La signora Amalie X si era rivolta all'analista perché la notevole riduzione della sua autostima aveva assunto negli ultimi anni una connotazione gravemente depressiva. Sulla sua intera esistenza e sulla sua posizione sociale di donna gravavano sin dalla pubertà le conseguenze di un marchio virile indelebile, a cui la paziente aveva invano cercato di abituarsi. Tali stigmate – un irsutismo generalizzato – potevano essere ritoccate esteriormente con cosme-

tici o altre «tecniche di correzione che rendono impercettibile il difetto» (Goffman, 1974), ma non servivano a migliorare la sua autostima e la sua estrema insicurezza sociale. In un circolo vizioso tipico, le stigmate e i sintomi nevrotici, già presenti prima della pubertà, si rafforzarono a vicenda; scrupoli ossessivo-nevrotici e multiformi sintomi d'ansia nevrotica le rendevano difficili le relazioni personali, e in particolare le impedivano di instaurare relazioni intime con persone dell'altro sesso.

Presi in trattamento questa paziente nubile, che era capace nel suo lavoro, colta, e, nonostante i segni virili, decisamente femminile, perché ero abbastanza sicuro e fiducioso che il significato delle stigmate potesse essere modificato in maniera sostanziale. In generale, partivo dal concetto che il nostro corpo non è il nostro solo destino, ma che può essere determinante anche l'atteggiamento di noi stessi e degli altri verso il nostro corpo. La parafrasi di Freud (1912a, p. 431) di un'espressione di Napoleone («l'anatomia è il destino») va modificata in base alle attuali teorie psicoanalitiche sulla psicogenesi dell'identità sessuale. Il ruolo sessuale e il nucleo centrale dell'identità di genere (*core identity*) nascono dall'appartenenza sessuale corporea sotto l'influenza psicosociale (vedi Lichtenstein, 1961; Stoller, 1968, 1975).

La nostra esperienza clinica permette di formulare le seguenti ipotesi: la presenza delle stigmate della virilità rafforza il desiderio del pene, o per meglio dire l'invidia del pene, e riattiva il conflitto edipico. Se si realizzasse il suo desiderio di essere un uomo, lo schema corporeo ermafrodito della paziente non sarebbe più contraddittorio. L'interrogativo: sono un uomo o una donna? avrebbe quindi una risposta; si risolverebbe l'insicurezza dell'identità, continuamente rafforzata dai segni virili; l'immagine di sé e la realtà corporea si troverebbero in sintonia. Ma la realtà fisica le impediva di mantenere le sue fantasie inconscie: un segno virile non fa di una donna un uomo. Soluzioni regressive, nonostante i segni virili, verso una sicurezza interna nell'identificazione con la madre, fanno riemergere vecchi conflitti madre-figlia e attivano differenti meccanismi di difesa. Tutti i processi affettivi e cognitivi sono permeati da una profonda ambivalenza, così che per la paziente, ad esempio, è molto difficile scegliere tra due colori quando va a fare acquisti, perché vi associa le qualità «femminile» o «maschile».

Riteniamo che in casi simili si debba porre maggiore attenzione di quanto non si faccia abitualmente alla configurazione della situazione psicoanalitica, in modo che non venga eccessivamente rafforzato, a causa dell'asimmetria della relazione, il sentimento di essere un altro. Infatti il tema dell'essere diverso, cioè gli interrogativi che riguardano somiglianze e differenze, identità e non-identità, costituisce la cornice generale al cui interno vengono espressi i problemi inconsci. In questo caso si giunse abbastanza rapidamente a instaurare una buona relazione di lavoro. Si crearono così i presupposti per riconoscere l'interiorizzazione di vecchie forme di interazione con le per-

sone significative della prima infanzia – genitori e insegnanti – attraverso lo sviluppo della nevrosi di transfert. Le modificazioni ottenute si possono osservare nell'aumento dell'autostima e della sicurezza di sé, e nella scomparsa dei sintomi (vedi Neudert, Grünzig e Thomä, 1987).

I passaggi del trattamento che riportiamo sono collegati tra di loro, nonostante la distanza nel tempo, perché in entrambi si tratta di agevolare nuove identificazioni mediante l'analisi del transfert. La «testa» dell'analista rappresenta vecchi «oggetti» inconsci, e il suo contenuto offre nuove possibilità. Tramite la rappresentazione dell'«oggetto», che contemporaneamente diventa anche rappresentazione di sé stesso, sembra quindi possibile una presa di distanza, visto che l'analista mette la sua testa a disposizione, restandone pur sempre il legittimo proprietario. Così l'analista diventa il modello di vicinanza e distanza, e si chiarisce quale effetto terapeutico possa avere la comprensione delle sue connessioni percettive e di pensiero.

Abbiamo scelto questo caso come esempio perché pensiamo che sia adatto a illustrare diversi aspetti della nostra argomentazione. Infatti la testa assume anche un significato sessuale per un processo inconscio di spostamento, che tuttavia non modifica il primato della comunicazione di pensieri tra la paziente e l'analista, che riguarda la ricerca di qualcosa di nascosto all'interno della testa. Tale ricerca di conoscenze si orienta sulla sessualità. Questo tesoro misterioso e ben sorvegliato (rimosso), per lo spostamento inconscio, viene attribuito alla testa (come «oggetto di transfert»). Pertanto la riscoperta dello «spostamento» porta alla luce qualcosa che per la paziente è «nuovo».

Le mie riflessioni, che formano lo sfondo delle mie interpretazioni, vengono qui riportate insieme al testo abbreviato. Queste «riflessioni» sono state inserite a posteriori rispetto alle interpretazioni e alle reazioni della paziente. È chiaro che alla formazione delle mie interpretazioni non hanno contribuito solo le riflessioni riportate. Quale che sia l'origine delle interpretazioni, visto che vengono effettivamente comunicate alla paziente, devono reggersi, come indica Arlow (1979), su criteri «cognitivi». Nel mio commento sottolineo i fondati aspetti «cognitivi» e «razionali» del «prodotto finale» – le mie interpretazioni – e trascuro il processo genetico e le sue componenti irrazionali inconscie. Con ciò resta aperta la questione di dove il mio pensiero psicoanalitico, di volta in volta, abbia avuto inizio. Se si parte dal presupposto che l'apparato percettivo dell'analista venga guidato dalla sua conoscenza teorica, che diventa preconsa, può essere molto problematico ripercorrere il processo di formazione delle interpretazioni dal suo «inizio». In questo modo, ad esempio, la conoscenza teorica sullo «spostamento» facilita anche la percezione preconsa, permea l'intuizione dell'analista e si mescola con il controtransfert (nel senso più ampio del termine).

La paziente soffre di notevoli sentimenti di colpa nella relazione con me. La legge biblica del taglione, «occhio per occhio, dente per dente», si rafforza nel suo vissuto a causa dei suoi desideri sessuali. Il prototipo biografico e il modello del contenuto della nevrosi di transfert è un'immaginata relazione incestuosa con un fratello. L'aumento delle tensioni interne sortisce l'effetto che la paziente pensa di

dedicare nuovamente la sua vita alla Chiesa, alle missioni, o di togliersi la vita. (Da giovane voleva diventare suora infermiera, ma dopo un periodo di noviziato rinunciò perché le era diventata insopportabile l'atmosfera pietistica. In seguito prese una certa distanza dai severi comandamenti biblici.) Adesso fa scendere in campo contro di me la sua «vecchia» bibbia «con cui si ritrova in una lotta all'ultimo sangue». Questa lotta si svolge su diversi piani, per i quali la paziente crea una serie di immagini. Ha la sensazione che il «dogma» dell'analista, la «bibbia Freud», non sia conciliabile con la sua bibbia cristiana. In ogni caso entrambe le bibbie pongono il divieto del rapporto sessuale con l'analista.

La paziente lotta per la sua indipendenza e per le sue esigenze, e le difende contro entrambe le bibbie; sviluppa una potente difesa contro le mie interpretazioni e ha la sensazione che io sappia in anticipo con esattezza «come andrà a finire». Si sente sorpresa e umiliata nelle sue divagazioni e distrazioni. Prova un desiderio intenso di assumere importanza ai miei occhi e di vivere in me. Sta pensando di regalarmi un orologio antico che – oh, meraviglia! – segnerebbe ogni ora per me (e per lei). In questo periodo del trattamento c'è un tema che acquista particolare significato e intensità: l'interesse prima menzionato nei confronti della mia testa. Cosa ricava la paziente dalla misurazione della mia testa? Una volta la signora Amalie X disse che in un contesto analogo aveva pensato, per molto tempo, che io nel mio pensiero e nella mia testa cercassi una conferma di ciò che sta nei libri. Ciò che lei desidera è che ne venga fuori qualcosa di veramente nuovo; lei stessa cerca delle interpretazioni e si sforza di capire i miei pensieri.

La paziente si sofferma sul suo severo superiore che l'ha ingiustamente criticata e contro il quale non riesce a imporsi.

ANALISTA: Lei sospetta che io stia seduto dietro di lei e dica «sbagliato, sbagliato».

[*Riflessione*]. Questa interpretazione di transfert si basa sulla seguente ipotesi: la paziente mi attribuisce una «funzione di Super-io». Questa interpretazione le dà sollievo e la forza di ribellarsi. (Ha da tempo riconosciuto che io sono diverso e che non la critico, ma non ne è sicura e non lo può credere, dal momento che ha ancora una notevole aggressività inconscia contro vecchi oggetti.) Presumo l'esistenza di sentimenti di transfert molto intensi e parto dal presupposto che sia io che la paziente siamo in grado di sostenere un aumento di tensione. Riformulo le sue preoccupazioni che io non possa più tollerare tutto ciò e alla fine dico: «Dunque è proprio una lotta all'ultimo sangue» (questa interpretazione lascia comunque aperto l'interrogativo di chi abbia il coltello). Con questa allusione al simbolismo fallico, ho in mente una stimolazione dei desideri inconsci. È però una dose eccessiva! La paziente reagisce con una ritirata. Ipotesi: autopunizione.

PAZIENTE: Certe volte ho la sensazione di volerle saltare addosso, afferrarla per il collo e tenerla stretta. Ma dopo penso, quello non resiste e improvvisamente cade morto.

ANALISTA: ...non ce la farei a resistere.

Questo tema subisce delle variazioni, in cui la paziente complessivamente esprime la sua preoccupazione di pretendere troppo da me e che io non sia in grado di sostenere fisicamente la lotta.

ANALISTA: Quindi è già un combattimento all'ultimo sangue.

PAZIENTE: Probabilmente.

Dopo di che riflette sul fatto di aver desistito e di essersi ritirata dalla lotta, prima che iniziasse veramente.

PAZIENTE: Non ho avuto più dubbi sul fatto che ritirarsi fosse giusto. Dopo tanto tempo sento l'impulso di rinunciare di nuovo.

ANALISTA: Invece della lotta, ritirata e autosacrificio al servizio della missione.

PAZIENTE: Esatto, snervante.

[*Riflessione*]. La sua paura di perdere l'oggetto è molto grande.

ANALISTA: Allora, così si assicura che io continui a sopravvivere, così interrompe la mia prova prima del tempo.

Si continua considerando ciò che sopporto se mi lascio trascinare nel suo «delirio». In un'occasione precedente aveva stabilito un paragone con un albero: se e quale parte di esso doveva portare con sé. Richiamo questa immagine e sollevo la questione di cosa vorrebbe portare con sé dal momento che spezza i rami.

[*Riflessione*]. Albero della conoscenza-aggressività.

PAZIENTE: È il suo collo, la sua testa. È con la sua testa che spesso ce l'ho.

ANALISTA: E resta sul collo? Ce l'ha spesso con la mia testa?

PAZIENTE: Sì, sì, spesso in modo pazzesco. È dall'inizio che la misuro in tutte le dimensioni.

ANALISTA: Uhm, è...

PAZIENTE: È molto strano, da dietro, di fronte e da sotto. Credo di farne un vero culto della sua testa. È troppo strano. Con le altre persone osservo in modo del tutto naturale come sono vestiti, senza doverli valutare.

[*Riflessione*]. Si stabilisce una comunanza come identificazione primaria.

(Questo tema si prolunga per un periodo di tempo piuttosto lungo, con lunghi silenzi e «uhm» dell'analista.)

PAZIENTE: Semplicemente sono troppo sovraccitata. Certe volte, in un secondo momento mi chiedo perché non sono riuscita a vedere un nesso così semplice. La sua testa mi interessa in modo incredibile. Naturalmente anche quello che c'è dentro. Non solo portarla via con me, no, vorrei penetrare nella testa, soprattutto penetrare.

[*Riflessione*]. A causa del ritiro parziale dell'oggetto, aumenta l'aggressività fallica inconscia.

La paziente parla sottovoce, sicché non ho capito subito l'espressione «penetrare» (*Eindringen*) ma ho inteso invece «apportare» (*Einbringen*). La paziente rettifica e fornisce inoltre un'immagine singolare: «Già, è una cosa che si dice con difficoltà di fronte a cento occhi.»

PAZIENTE: Penetrare, si tratta di penetrare e di estrarre qualcosa.

La penetrazione e l'estrazione le considero in collegamento con il tema della lotta. Il simbolismo sessuale, a causa di uno spostamento da sopra a sotto, si lascia utilizzare terapeuticamente, nell'ambito di una storia che la paziente aveva raccontato in una precedente seduta: una donna non consentiva all'amico di avere alcun rapporto e lo masturbava, cosa che aveva collegato con l'immagine dei cacciatori di teste e con il procedimento di «riduzione della testa» che questi praticano. L'intenzione castratoria inconscia dettata dall'invidia del pene dava origine a una profonda angoscia sessuale e trovava il suo corrispettivo in una generale e specifica paura di deflorazione. Nel senso di un accadere nevrotico circolare autorafforzantesi e autopertuantesi, queste paure producevano una frustrazione che la paziente si imponeva in modo involontario. I numerosi rifiuti dei desideri sessuali ed erotici, che si

svolgevano a livello intrapsichico, rafforzavano la componente aggressiva della volontà di avere e di possedere (desiderio e invidia del pene).

ANALISTA: Lei vuole avere il coltello per poter concretamente penetrare, e per estrarne qualcosa di più.

Dopo un periodo di tira e molla, propongo una sintesi chiarificatrice affermando che si tratta di una cosa decisamente concreta, quando si parla del tema penetrazione, della testa e della lotta col coltello.

ANALISTA: La sua amica, non a caso, ha parlato di teste rimpicciolite.

PAZIENTE: Proprio per questo ho interrotto questo pensiero (*per circa dieci minuti la paziente aveva divagato su un tema distante*).

La paziente cambia nuovamente argomento dopo aver comunicato di aver compreso la sua resistenza contro un'intensificazione del transfert. Più volte interrompe l'intensificazione con osservazioni critiche.

PAZIENTE: Perché questo al momento può apparire così distante, così stupido. Sì, si tratta dei miei desideri e della mia concupiscenza, ma dannazione, qui mi arrabbio veramente, e se poi si aggiunge ancora una testa, e una testa rimpicciolita...

Ride, e contemporaneamente esprime il suo rammarico, poi tace.
Tento di incoraggiarla.

ANALISTA: Lei sa cosa c'è nella sua testa.

PAZIENTE: Nella mia in questo momento non mi ci ritrovo affatto. Forse so quello che succederà domani? Devo riflettere; eravamo arrivati al dogma e alla sua testa, e se lei vuole andare verso il basso... (*verso la testa rimpicciolita*) lo trovo veramente grottesco.

[*Riflessione*]. Ho cominciato a parlare delle teste rimpicciolite perché partivo dal presupposto che la paziente sarebbe stata maggiormente disposta a collaborare se la relazione con un oggetto carico di invidia avesse ceduto il posto a una relazione piacevole.

La paziente prende quindi a parlare di cose esterne. Descrive come mi vede e come vede sé stessa, indipendentemente dalla testa, che successivamente ritorna al centro dell'attenzione in senso generale.

ANALISTA: Con i suoi pensieri sulla testa, lei cerca di stabilire cosa è lei e cosa sono io.

PAZIENTE: A volte misuro la sua testa come se volessi piegare il suo cervello.

Quindi la paziente descrive le sue associazioni quando una volta aveva visto una mia foto in una pubblicazione.

PAZIENTE: Allora avevo scoperto qualcosa di completamente diverso. C'era un'invidia pazzesca nei confronti della sua testa. Veramente pazzesca. Naturalmente adesso riesco a ottenere qualcosa in ogni caso. Succede sempre così quando penso ancora al pugnale e a qualche bel sogno.

[*Riflessione*]. La paziente si è chiaramente sentita scoperta; si sente umiliata a causa della sua idea improvvisa, come se avesse compreso la mia ipotesi rispetto a che cosa può fare riferimento la sua invidia, e come se con questa conoscenza l'avessi, in un certo senso, sorpassata.

ANALISTA: È chiaro, un'umiliazione per i suoi pensieri, come se io già sapessi dove mettere ordine quando esprime la sua invidia, cioè come se già sapessi ciò che lei invidia.

PAZIENTE: Se ne parla adesso, perché lei prima ha fatto riferimento alle teste «ridotte», cosa che io non ho mai fatto. Ma quello che mi ha impressionato è questa lotta all'ultimo sangue, per strappare la parte dura... Sì, ho temuto che lei non avrebbe potuto tollerarla, e questa mia paura è molto antica. Mio padre non tollerava mai niente. Lei non potrà credere quanto io trovi mio padre una persona insulsa. Non è stato capace di sopportare niente.

[*Riflessione*]. Svolta sorprendente: l'insicurezza della paziente, la sua angoscia di affermare, si è costruita in maniera «aspecifica» sul padre.

ANALISTA: Quindi sarebbe molto più importante che la mia testa fosse dura. Questo aumenterebbe la presa.

PAZIENTE: Sì, si può affermare con più forza... e, detto in due parole, si può lottare meglio.

La paziente fa quindi altre considerazioni su quanto sia importante che io non mi lasci travolgere, e poi torna alla sua invidia.

Ritorna a parlare dei suoi studi e di come allora «misurasse» le teste degli altri. Successivamente introduce un pensiero nuovo.

PAZIENTE: Vorrei fare un piccolo buco nella testa e, per continuare su questo tema, vorrei metterci dentro qualcosa dei miei pensieri.

[*Riflessione*]. Un'immagine concreta di un interscambio «spirituale» come spostamento?

Il pensiero della paziente sulla reciprocità dello scambio mi ha permesso di scoprire un altro aspetto della lotta. Dunque, attraverso questa idea si esprimeva anche quanto per me fosse importante che lei permettesse al mondo (e a me) di continuare a esistere, senza ripiegarsi sull'autosacrificio masochistico del servizio missionario né tanto meno sul suicidio.

PAZIENTE: Mi è venuto in mente un po' di tempo fa. Se per caso non riuscissi a scambiare un po' il suo dogma con il mio. Il pensiero di questo scambio mi ha reso più facile parlare liberamente della testa.

ANALISTA: Se lei potesse rimanere ancora qui continuerebbe a riempire la mia testa con i suoi pensieri.

[*Riflessione*]. Influsso fecondo in molti sensi. Compensazione e riconoscimento della reciprocità.

PAZIENTE: Certo, e poter offrire veramente pensieri fruttuosi.

La paziente torna ai suoi pensieri e alle fantasie precedenti alla seduta, come se si sentisse lacerata. Pensa se veramente possa avere un qualche futuro o se piuttosto non debba ritirarsi e chiudere con tutto.

Fin dall'inizio avevo cercato di alleviarle i pesanti sentimenti di colpa causati dalla sua distruttività. Ma ancora una volta riprendo l'idea che le sue riflessioni sulla mia stabilità sono, per così dire, proporzionali alla sua aggressività. Solo in una situazione di forte e immutabile stabilità la paziente potrà acquistare sicurezza e permettere alla sua distruttività di manifestarsi. Probabilmente fa parte di questo contesto anche il tema del dogmatismo, che lei infatti critica – sia per ciò che riguarda la sua bibbia, sia per la fede che mi attribuisce nella «bibbia Freud» – ma che d'altro canto le dà sicurezza, visto che il dogmatismo non può essere mai troppo rigoroso e pronunciato.

ANALISTA: Lei naturalmente non desidera alcun piccolo buco, né si accontenta di metterci poco, vorrebbe metterci dentro parecchio. Ha fatto un timido tentativo di verificare la stabilità della testa con il pensiero messo in un buco grande o piccolo.

La paziente prende in considerazione la successiva interpretazione, riguardo alla possibilità che attraverso un buco più grosso possa vedere e provare effettivamente di più.

PAZIENTE: Vorrei perfino poter andare a passeggio nella sua testa.

Questo pensiero le fa fare un passo avanti, e sottolinea come lei precedentemente, cioè prima della seduta di oggi, abbia già pensato a quanto sarebbe bello potersi appoggiare a me; cioè, avere proprio una panca nella mia testa, e molto tranquillamente aggiunge che in punto di morte, guardando la mia vita, potrei dire di aver fatto un bel lavoro, tranquillo e pacifico.

[*Riflessione*]. La pace e la tranquillità hanno chiaramente un aspetto regressivo, che è quello di evitare del tutto la lotta per la vita.

La paziente rivede il suo ingresso al noviziato, come se allora la porta fosse stata completamente aperta e lei avesse in un certo senso voltato le spalle alla vita. Traccia un parallelo con l'inizio della seduta, quando ha trovato anche qui la porta aperta.

PAZIENTE: In realtà lì non dovevo proprio fare buchi. Sì, là potevo lasciare fuori la lotta, così potrei lasciare fuori anche lei, e lei potrebbe conservare i suoi dogmi.

ANALISTA: Uhm.

PAZIENTE: Allora non lotterei più con lei.

ANALISTA: Sì, però lei non feconderebbe più i miei dogmi con i suoi. Nella pace tutto resterebbe immutato, mentre con i suoi interventi nei miei pensieri, nella mia testa, lei vuole proprio cambiare qualcosa, certamente vuole e può cambiare qualcosa.

Nella seduta successiva la paziente, dopo circa cinque minuti, ritorna sulla questione della testa e della sua misurazione, nonché sul fatto di essere stata turbata dal mio accenno alle teste rimpicciolite.

PAZIENTE: Glielo avevo detto. Perché adesso lei vuole scivolare dalla testa verso il basso?

In seguito mi dice che appena arrivata a casa le erano venuti in mente dei pensieri che aveva avuto al momento del saluto iniziale, e che poi aveva completamente dimenticato durante la seduta.

PAZIENTE: Egli (*l'analista*) mi appare proprio come una persona negli anni migliori, e allora ho pensato all'organo genitale e alle teste rimpicciolite.

Questo pensiero l'aveva messo rapidamente da parte, e adesso era completamente scomparso.

PAZIENTE: Quando ha ripreso la questione delle teste rimpicciolite, allora ho pensato, ma da dove va a prendere questa cosa?

Si tratta ancora della questione della mia sicurezza e del mio dogmatismo, e diventa chiaro come la paziente abbia vissuto in modo dogmatico un'osservazione che avevo fatto a suo tempo su Freud e Jung, in modo del tutto adogmatico (ne ho dimenticato il contenuto).

La paziente pensa poi a una vita in grande stile, e al momento invece in cui per lei è finito tutto ed è diventata «ascetica», e pensa se tutto ciò possa ancora una volta rivivere. Quindi torna di nuovo alla questione della lotta e della testa.

PAZIENTE: Avevo veramente il timore di poterla piegare, e ora penso che è così dritto e teso, e non riesco nemmeno a entrare bene nella mia testa. Non sto bene con me stessa; come potrei entrare allora nella sua testa?

La paziente inizia a parlare di una sua zia, la quale a volte era molto dura, tanto da suscitargli la sensazione di aver a che fare con un muro. Si continua quindi su quanto dura o morbida possa essere la testa. Le sue fantasie ruotano intorno a idee di tranquillità e di protezione, ma è preoccupata di sapere che cosa possa essere nascosto nella testa, sicché sussiste il pericolo di essere divorata.

[*Riflessione*]. Si tratta evidentemente di un movimento regressivo. La paziente non può trovare pace e distensione, perché i suoi desideri sessuali sono collegati a fantasie pregenitali che ritornano proiettate nel pericolo di essere divorata. Questa componente trova la sua chiara rappresentazione e in un certo senso anche la sua conclusione in occasione di una successiva idea improvvisa, una storia indiana in cui le madri procurano piacere ai loro figli piccoli succhiando loro il pene e al contempo tirandolo con i denti.

Il confronto delle teste e dei relativi contenuti gira sempre intorno alla questione di ciò che corrisponde e ciò che non corrisponde.

PAZIENTE: La domanda di come lei arriva ai suoi pensieri e io ai miei... i pensieri stanno qui per molto altro...

ANALISTA: Come si incontrano, come si sfregano l'un l'altro, come si compenetrano, quanto sono amichevoli oppure ostili.

PAZIENTE: Sì, esattamente.

ANALISTA: Uhm, certo.

PAZIENTE: Questo l'ha detto in un modo un po' troppo piatto.

La paziente riflette su tutto ciò che la spaventa e ritorna ancora sulle teste rimpicciolite.

PAZIENTE: Mi sono sentita quasi obbligata a confrontarmi con la sessualità. È stato un salto troppo grande.

Il tema continua sulla questione della sua fretta e delle mie considerazioni nei suoi confronti e nei confronti dei suoi ritmi.

PAZIENTE: Però è vero, non era soltanto questione della sua testa ma anche del pene.

La signora Amalie X è ora nella situazione di fare una distinzione, con una paura che prima cresce e poi scompare, tra il piacere di un accoppiamento di pensiero e il piacere sessuale: nei pensieri il lettino diventa luogo di un'unione sessuale, il riposo nella mia testa simbolo di armonia pregenitale, e infine anche localizzazione di comunanza di pensiero e di insight. Questo aspetto diventerà qualche tempo dopo ancora più chiaro.

Il tema delle sedute è centrato sul sintomo di angoscia di danneggiamento, sorto come reazione a una banale cistite. La paziente soffre di un persistente tenesmo vescicale, che riconduce al fatto di essersi potuta danneggiare con la masturbazione. La signora Amalie X tenta di farsi un quadro della sua regione genitale con l'aiuto di libri di anatomia. Localizza i suoi disturbi nel basso ventre. Immagina di aver distrutto un muscolo, premendo e sfregando, come avviene durante i parti difficili quando viene danneggiato lo sfintere della vescica. La paziente è notevolmente menomata da questa paura e soffre di disturbi nel sonno e nel lavoro. Ha paura che si possa notare una macchia bagnata sui suoi pantaloni. Durante l'autosoddisfacciamento predominano fantasie distruttive.

Nonostante l'aumento dei disturbi, la paziente conserva un atteggiamento di fiducia. Si aspetta una risposta chiara, se anatomicamente sia possibile essersi danneggiata con la masturbazione. La mia assicurazione che questo non è possibile produce una riduzione dell'ansia e temporaneamente un grande sollievo, ma anche il sentimento di avermi ricattato oppure «in qualche modo sedotto». Da qui nasce-

rebbero «nuovi pericoli». Ricatti, confessioni e seduzioni si mescolano. Teme che io la conduca «in un qualche luogo dove tutto è permesso», come se nella mia concezione del mondo non esistesse la colpa. Oscilla tra due rappresentazioni: vede in me alternativamente il seduttore e il moralista. Una via d'uscita per la minacciosa mancanza di limiti dentro di sé, che confonderebbe e distruggerebbe tutto, sembrerebbe la ripresa della sua religiosità pietistica, che per lei comunque ha poco significato, visto che già prima dell'inizio dell'analisi aveva allentato i suoi rapporti con la Chiesa, poiché non aveva sentito alcun sollievo ai propri problemi, ma solo nuovi aggravamenti derivanti dai comandamenti.

In questa fase si produce un cambiamento decisivo nel transfert e nella relazione in rapporto all'esperienza di ricevere da me una spiegazione sulla mia tecnica. La signora Amalie X la percepisce come una prova di fiducia. Questa comunicazione le facilita l'identificazione con la funzione promotrice di insight dell'analista. La mia disponibilità a renderla partecipe del mio pensiero come di un «tesoro» speciale eleva sia la relazione che il transfert a un nuovo livello. Prendere visione, e poter così acquisire insight, la fa sentire meno esclusa e rende superflua la penetrazione aggressiva nella mia «testa» e l'apertura di un buco; in altri termini, avvicinamento e partecipazione si trasferiscono su un piano amichevole, piacevole e ludico.

Per me non è niente di particolare consentirle di dare un'occhiata al mio pensiero psicoanalitico, e dal mio punto di vista è una situazione del tutto banale, che per la paziente diventa invece occasione di una nuova esperienza. In un transfert collaterale nei confronti di un suo superiore mostra un «rispetto mostruoso», che si riferisce soprattutto alla mancanza di tempo del suo capo che non consente di chiarire, in un colloquio più prolungato, una piccola discussione rimasta in sospeso.

La paziente vive il mio segnale di confidenza come espressione di grande libertà, come se io mi fossi liberato da una qualche limitazione. Il lavoro si focalizza quindi sul fatto che lei già da molto tempo sa ciò che io penso riguardo ai temi essenziali del suo vissuto e a quello che le «è lecito penetrare e conoscere».

La paziente ha parlato di un problema con il suo principale e ha chiarito che si sente più libera nei suoi confronti. In maniera peraltro esagerata, attribuisce questo successo alla psicoanalisi e a me. Dopo si pone la questione dell'incoraggiamento, e io osservo che, richiedendomi il desiderato incoraggiamento, lei si priverebbe della soddisfazione del proprio personale successo. Si continua a parlare del rispetto eccessivo che tuttora mantiene.

ANALISTA: In buona parte ciò si riduce da solo.

PAZIENTE: Ho ancora una paura tremenda di essere buttata fuori.

(Come segno di un minisintomo, la paziente da molto tempo abbandonava regolarmente lo studio alcuni minuti prima del termine della seduta. La molteplice determinazione di questo comportamento non ci ha occupati in modo esplicito. La situazione mutava da sola passo dopo passo. Tra l'altro la paziente voleva evitare che l'intero incontro potesse essere «annullato» dall'essere mandata via.)

Con mia sorpresa la paziente mi chiede: «Si è reso conto di avermi dato ora una spiegazione della sua tecnica, cosa che fa molto raramente?»

Con la mia controd domanda vengo a sapere che la paziente è stata colpita dal mio accenno che qualcosa si riduca da solo. (Considerato a posteriori, ho quindi dato un incoraggiamento, e precisamente riguardo al fatto che molte cose accadono spontaneamente e non tutto deve essere conquistato con la lotta.)

La paziente parla poi a lungo di come abbia percepito in modo molto positivo la mia affermazione e di quanto la consideri espressione della mia libertà.

PAZIENTE: Non le piace la libertà che qui le attribuisco?

Esprimo la sorpresa per il fatto che non crede di poter penetrare nei miei pensieri e appropriarsi del fondamento delle mie affermazioni e riflessioni, sebbene le conosca già da tempo.

PAZIENTE: Trovo incredibilmente nuovo il fatto di poterlo esprimere.

ANALISTA: Allora è quasi come se proprio la mia dichiarazione la autorizzasse a sapere qualcosa che le è del tutto evidente e che da tempo conosce.

PAZIENTE: C'è ancora qualche altra cosa, cioè l'immagine che io da sempre ho di lei, come di protettore del suo tesoro (*ride*). Ho sempre avuto la sensazione... testa, libro e tutte quelle cose, se lei apre da solo la sua testa, allora non è necessario che vi penetri e questo è semplicemente qualcosa di completamente diverso; è appunto un'apertura, un senso di libertà che emana da lei. Trovo che in qualche modo sia una dimostrazione di fiducia, quando dice, faccio ciò per questo motivo e per quest'altro... Penso così o in altro modo. Sembra comunque diverso, se è lei a dirlo, piuttosto che io.

Pensando alla pubblicazione nel libro, devo aggiungere che nel frattempo la paziente ha letto due mie pubblicazioni, di cui una scritta insieme a mia moglie. In qualche modo aveva attribuito alla «bibbia Freud» il divieto dell'acquisizione di conoscenze ed era chiaramente sorpresa del fatto che io considerassi del tutto naturale la sua curiosità, anche riguardo alla mia situazione familiare, su cui peraltro aveva avuto alcune informazioni prima dell'analisi grazie a lontane conoscenze locali, formandosi un'idea, seppur vaga, della mia bibbia «cristiana».

Con l'aumento della fiducia e dell'identificazione con la mia funzione di analista come promotore di insight, si sviluppano nuove e più intense fantasie di transfert. La continuità della relazione di lavoro è assicurata; per lei ne diventano il simbolo «il volto stabile e affidabile», l'«io sono qui presente» dello psicoanalista e le sue «mani calde».

Quest'ultimo interscambio illustra il processo della «genesi attuale», che abbiamo descritto nelle considerazioni preliminari di questo capitolo.