

Capitolo 6

Dal primo colloquio alla terapia

Considerazioni preliminari

Come tema centrale di questo capitolo proponiamo l'iter decisionale che porta dal primo colloquio alla terapia, diversamente dal primo volume, dove abbiamo descritto gli aspetti teorici. Questo percorso è particolarmente importante per quei pazienti che nel procedimento selettivo di indicazione sono stati spesso considerati inadatti a una psicoanalisi o a una psicoterapia psicoanalitica. L'esperienza insegna che l'appartenenza ai ceti sociali bassi, la delinquenza e l'adolescenza (6.2) costituiscono particolari problemi, almeno nella fase iniziale. Anche il rapporto con i familiari (6.3) fa parte di quelle condizioni che possono influenzare negativamente o positivamente una terapia.

Presentiamo un esempio tratto dal decorso di un trattamento psicoanalitico (6.4), con i problemi, già esposti dettagliatamente nel primo volume, derivanti dal pagamento della terapia da parte di terzi. In un paragrafo a parte (6.5) abbiamo evidenziato gli effetti che ha sul transfert il resoconto da inviare al perito per la richiesta di trattamento da presentare alla mutua.

6.1 Un primo colloquio

Il primo colloquio era stato preceduto da una breve conversazione telefonica. Dopo varie analisi diagnostiche, lo psichiatra aveva consigliato una terapia psicoanalitica, fornendo al paziente, il signor Ludwig Y, gli indirizzi di alcuni psicoterapeuti privati. Nei mesi successivi però il paziente non era riuscito a fissare un appuntamento con nessuno dei terapeuti raccomandati. Per vari motivi, fui spinto a fissare in tempi brevi il primo colloquio. Il modo garbato e modesto della sua richiesta, che sembrava priva di ogni partecipazione emotiva, mi fece pensare che questa caratteristica del paziente aveva forse potuto contribuire all'essere rifiutato o indirizzato altrove. Durante il colloquio telefonico mi era sorto il sospetto che le difficoltà del paziente fossero maggiori di quanto egli fosse in grado di esprimere.

Il signor Ludwig Y arriva puntualissimo. Ha circa 30 anni, è magro, alto e di aspetto cagionevole; da mesi si è sottoposto, senza alcun risultato, a esami clinici per disturbi psicosomatici di vario tipo, soprattutto per sintomi cardiocircolatori, gastrici e intestinali. Malgrado il suo stato di salute precario, non ha voluto mettersi in mutua, perché è un impiegato particolarmente onesto e scrupoloso.

Sin dall'inizio del primo colloquio sono rimasto colpito dalla contraddizione tra la sua ostinata e infaticabile ricerca di una psicoterapia e una certa incapacità nell'esprimere l'urgenza dei suoi desideri. Questa impressione, che avevo già ricevuto durante la telefonata, diventò il fulcro delle mie riflessioni: quest'uomo soffre molto, a fatica riesce a sopravvivere. Il mio primo intervento riguarda la sua perseveranza nonostante le sue preoccupazioni e il suo stato di impotenza. Quando gli faccio presente che ha preso sul serio il consiglio di sottoporsi a una psicoterapia e non ha desistito malgrado le numerose telefonate che ha dovuto fare, si rallegra. Concorde con un certo ritegno che la tenacia è un suo punto forte, poi si volta verso di me e ripete con enfasi: «Tenacia.»

Nell'ascoltarlo colgo la sua fierezza riguardo a questa parola che lo turba. La mia rapida osservazione sulla sua sorprendente perseveranza ha attivato qualcosa tra lui e me. Padre e figlio parlavano spesso con un linguaggio aulico, avulso da quello quotidiano, sentendosi intimamente uniti nell'allontanare i loro normali affanni quotidiani. Più tardi si chiarì un altro aspetto del suo rapporto con il padre, che spiegava la sua tenacia nella ricerca di uno psicoterapeuta. Il padre si era sempre attenuto in modo pedante alle raccomandazioni che gli venivano dall'alto, tanto da farne un modello di comportamento: per riuscire nella vita bisognava avere dei modi gentili.

ANALISTA: Cosa la rende così tenace?

PAZIENTE: Il mio secondo matrimonio minaccia di andare a rotoli! Litighiamo continuamente. Ci diciamo sempre brutte parole.

ANALISTA: Parole che vanno e vengono tra lei e sua moglie?

PAZIENTE (*rimane un attimo in silenzio*): Litigare non è da me, quasi mai. Non riesco neanche ad arrabbiarmi. Con lo psichiatra precedente, mi è parso di capire che ciò sarebbe dovuto al fatto che non ho personalità. Egli mi diede, per così dire, un compito: dovevo riflettere bene su ciò che mi piaceva veramente. Ma non c'è niente che mi piaccia, proprio niente di cui possa dire: questo mi piace. Se, ad esempio, vedo in casa di qualcuno una collezione di dischi, posso dire: ah, lui ama i classici! In me c'è una confusione enorme, il jazz si confonde con la musica classica. E c'è dell'altro: se uno mi dice che una messa di Mozart lo colpisce per la sua struttura musicale o una sonata di Beethoven lo commuove fino alle lacrime, io una cosa del genere non la conosco.

ANALISTA: Lei qui da me si è appena guardato intorno.

La mia osservazione lo incoraggia. Volge ancora lo sguardo da un angolo all'altro della stanza, stavolta in modo aperto. Accompago la sua curiosità dicendo: «Ora ricomincia!» (*ridiamo entrambi*).

PAZIENTE: Sì, vedo dei fiori. Anche sul quadro ci sono dei fiori. Deve sapere che attorno a me c'è una corazza che impedisce alle cose di penetrare in me in profondità. Se nulla riesce a penetrare, nulla riesce a rimanere dentro.

ANALISTA: Se pensa che dentro non rimanga nulla, nulla potrà toccarla, non può neanche arrabbiarsi. Questo le ha permesso di vivere in pace con le altre persone.

PAZIENTE: Sì, però, *ora* con questo modo di fare sto naufragando terribilmente. Mia moglie mi rimprovera di essere spesso assente, di mancare di iniziativa, e questo la fa infuriare. Allora litiga. Poi mi vuole provocare con brutte parole.

Porta alcuni esempi di come sua moglie lo insulta dicendogli tutto quello che deve fare da sola, perché lui non si dà da fare e non si assume nessuna responsabilità. Poi cambia argomento.

PAZIENTE: In questi ultimi tempi ho avuto modo di osservarmi molto. Quando ero giovane non avevo ragazze. Non potevo rivolgermi a nessuna perché avevo sempre paura di essere piantato. Così ho lasciato perdere. Finalmente arrivò una che prese l'iniziativa, e la sposai subito, perché *lei* lo voleva. Ma non poteva andare bene. Ci furono scenate terribili e poi il divorzio. Le lasciai tutto, mi assunsi la colpa e mi rifugiai nella casa dei miei genitori. Allora ero depresso, dovetti sottopormi a un trattamento psichiatrico. Mi hanno esaminato come se avessi una malattia mentale. Mi prescrissero delle pillole.

Il signor Ludwig Y ordina i suoi pensieri in modo sorprendentemente conciso. È chiaro che ha già riflettuto a lungo. Sta anche attento a non diventare prolisso nelle sue descrizioni e mantiene la sua obiettività senza molta fatica. Solo ogni tanto gli occhi gli si inumidiscono, ma si trattiene subito come se la cosa potesse infastidirlo. Inoltre si scusa pensando di avermi interrotto, e che io voglia dire qualcosa. Riassumo brevemente questa osservazione, che conferma la mia prima impressione del suo lasciarsi trascinare qua e là.

ANALISTA: Credo che lei si sforzi di descrivere le sue preoccupazioni in modo sintetico e il più obiettivamente possibile, e che si preoccupi anche di lasciarmi la precedenza e di essere condiscendente con me; in lei prevale qualcosa che la porta a mostrarsi come una persona particolarmente gradevole.

PAZIENTE (*ride un po', come se già lo sapesse*): Ma gli effetti contrari sono altrettanto negativi.

Ritorna a parlare del fatto che gli dispiace non poter tenere nulla per sé. Questo allora lo ha portato a pensare di essere malato di mente: qualcosa in lui non era a posto.

[*Riflessione*]. Non avevo detto nulla di nuovo al paziente facendogli osservare con quale amabile modestia si adattava. Ma, sentendosi compreso, cominciò a descrivere con maggiore urgenza e con partecipazione emotiva ciò che *lui* aveva scoperto di nuovo su sé stesso. Così facendo richiamo nuovamente l'attenzione sulla sua puntuale capacità di percezione e di espressione, che conferma quanto egli possa recepire e tenere dentro di sé.

ANALISTA: C'è una netta discrepanza tra la sua idea di non poter contenere nulla dentro di sé e le sue descrizioni differenziate, dove si trova tutto ciò che occorre per farsi un quadro delle sue difficoltà.

PAZIENTE: Sì, sono fiero della mia capacità di esprimermi.

Subito dopo questa dichiarazione positiva del paziente pongo termine al colloquio, richiamando la sua attenzione sul limite dei 50 minuti. Concordiamo di proseguire il colloquio due giorni dopo.

Al colloquio successivo il signor Ludwig Y arriva con la richiesta di cure specialistiche del medico di famiglia. Porta un orologio la cui suoneria è regolata sui 50 minuti, come risulterà alla fine della seduta. Mi indica un errore sull'impegnativa mutualistica riguardante i dati personali, ma non dice niente sulla sospetta diagnosi di «psicosi» indicata. Ho la netta impressione che voglia dirmi qualcosa d'importante.

PAZIENTE: Ho qualcosa che mi preoccupa. A volte sono ribelle, aggressivo. Ma tutto questo viene dalla testa, qualcosa si muove mentre interiormente sento un gran vuoto. Un vuoto che sembra molto diffuso.

ANALISTA: Questo si associa alla paura che da lei possa uscire fuori qualcosa di molto invasivo.

Il paziente non reagisce, e continua a parlare di questo vuoto interiore.

ANALISTA: Penso che lei utilizzi il vuoto di cui parla come una sorta di prodotto concreto della fantasia. Se dentro ci fosse veramente il vuoto, non ci sarebbe alcun motivo di sentirsi un ribelle e un pericoloso aggressore.

PAZIENTE (*mi sorride sollevato*): Ah, forse vuol dire che ho una fantasia che uso come *protezione*? Allora, se mi devo difendere tanto, vuol dire che le cose per me si mettono male. Cosa ne sarà di me?

ANALISTA: Questi pensieri vengono in mente quando si deve decidere di sottoporsi a una psicoanalisi.

PAZIENTE: Dunque mi trovo in buona compagnia, insieme a molti altri.

ANALISTA: Sì, e alcuni proprio per questa paura non osano cominciare una terapia.

PAZIENTE: Sono sicuro di non poter continuare così per tutta la vita.

[*Riflessione*]. All'inizio della seduta il paziente ha fornito una serie di informazioni che si riferiscono fra l'altro al suo comportamento di adattamento al primo colloquio. Ero in attesa di altro materiale per capire maggiormente le sue angosce e le sue difese nel tempo relativamente breve del primo colloquio. Probabilmente ero stato troppo precipitoso nel parlare della sua angoscia. Il paziente però non ha lasciato cadere completamente la mia osservazione. In principio insisteva su quel *sentimento di vuoto* che lo preoccupava. Partendo dall'interpretazione del sentimento di vuoto come difesa, come un necessario prodotto della fantasia, era arrivato da solo alla parola *protezione*, ed era apparso sollevato. Ho utilizzato la situazione anche per portarlo a decidersi di sottoporsi alla psicoanalisi. Volevo anche chiedergli alcuni dati per la richiesta mutualistica. Il fatto che il paziente non citasse mai la sospetta diagnosi di «psicosi» poteva indicare che quel senso di vuoto lo turbava, e faceva sospettare qualcosa di grave.

Dopo una breve pausa il signor Ludwig, quasi cadendo dalle nuvole, chiede:

PAZIENTE: Anche la mia *labilità* c'entra con questo?

Gli avvicino il modulo di impegnativa mutualistica che è ancora sul mio tavolo.

ANALISTA: Ha letto la diagnosi, e ora si riferisce a questa?

PAZIENTE: Sì che l'ho letta, ma non so cosa significhi.

ANALISTA: Psicosi significa malattia mentale, e ne abbiamo parlato l'ultima volta.

PAZIENTE: Ah, così? No, non è il mio caso.

ANALISTA: Non è mai stato in una clinica psichiatrica?

PAZIENTE: No. (*Aggiunge veloce*): Nessuno della mia famiglia c'è stato.

ANALISTA: Lei che ne pensa? Che diagnosi si farebbe?

PAZIENTE: Io non ne sono capace.

Il paziente ascolta – apparentemente senza interesse – la mia spiegazione sulla differenza fra psicosi e nevrosi. Chiaramente preferirebbe insistere sulla sua domanda riguardo la «labilità».

ANALISTA: Dovremmo forse metterci d'accordo su cosa intende lei per labilità. Forse me ne voleva parlare più a lungo, ma io poco fa sono andato fuori tema.

PAZIENTE: Se qualcuno va avanti, io lo seguo immediatamente (*ride un po'*). Una volta sono stato attratto in modo magico da quelle macchine della fortuna dove s'infilano le monete. Me ne vergogno. Ero finito in una brutta compagnia. Ubriaconi! (*Intanto mi guarda ridendo sguaiatamente e annuendo*): Tutti davano parole d'ordine. Era l'epoca in cui mi separai dalla mia prima moglie.

ANALISTA: Con l'aiuto dell'alcool allora veniva fuori quello che altrimenti avviene solo dentro, nel suo intimo.

PAZIENTE: Gli ubriachi e i bambini dicono la verità. E allora le cose si mettono male per me. Mi sento angosciato.

[*Riflessione*]. Ero dell'idea che egli non facesse parte di coloro che sotto l'effetto dell'alcool sputano sentenze, e supponevo che, nella fantasia, partecipasse alla parziale disinibizione altrui. Da questo derivò il mio intervento successivo.

ANALISTA: Fondamentalmente lei ha *osservato* e cercato di esplorare sé stesso attraverso gli altri.

PAZIENTE: Lo faccio volentieri quando si tratta della mia vita. (*Si mette a spiegare – ora molto vivacemente – come, per esempio, osservi le persone alla stazione, raccontando poi a sua moglie lunghe storie sulle sue osservazioni*): Naturalmente sono tutte mie storie. Lo so!

Verso la fine della seduta si chiede e mi chiede:

PAZIENTE: Ce la farò a cavarne qualcosa?

ANALISTA: Il modo in cui lei oggi ha affrontato quello che le ho detto e ha elaborato ulteriormente ciò che le ho mostrato, cioè quello che succede in lei per non essere preso dall'angoscia, per cui ha usato la parola «protezione», mostra che sarà possibile andare avanti.

L'orologio con la suoneria ci annuncia la fine della seduta. Naturalmente scoppiamo a ridere tutti e due. Concordiamo sul fatto che io intervengo in suo aiuto e lui cerca di facilitarmi questo compito. Questi «momenti di ilarità» avranno un ruolo importante nel seguito del trattamento.

[*Riflessione*]. Durante la discussione sulla richiesta di cure specialistiche, il mio bisogno di ottenere dal paziente maggiori informazioni e di dargliene a mia volta, a livello conscio, non gli è piaciuto. Mi sono quasi scusato con le parole «sono andato fuori tema», e ho riportato il discorso sulla «labilità». Ma il paziente, nel materiale successivo, è ritornato sull'angoscia di poter diventare pazzo, anche se non ha usato questa espressione. La sua domanda se credevo che avremmo potuto cavarne qualcosa insieme, non l'ho ricondotta al punto della malattia mentale, alla pazzia, ma mi ha permesso di riassumere i punti di accordo tra lui e me in entrambi i colloqui. A causa della sua precedente partecipazione passiva alle ubriacature, temeva di essere considerato un alcolizzato. La definizione «labilità» gli è servita come autodiagnosi complessiva. Si è sentito compreso, grazie al mio intervento, sul fatto che cerca sé stesso attraverso le sue osservazioni.

Al terzo colloquio il signor Ludwig Y non porta l'orologio con la suoneria.

PAZIENTE: Ieri ho lasciato l'orologio da mio padre! Prima di tutto le devo dire che è cambiato qualcosa. Stamattina, svegliandomi, dalle fessure delle tapparelle mi sono reso conto di quello che succede fuori. Ho sentito gli uccellini. Ho pensato che dopo l'ultimo colloquio si è aperto qualcosa in me, dentro di me, come nelle fessure delle tapparelle. Riesco a percepire un po' del mio intimo, ho capito qualcosa. Vedo che la mia mancanza di sensibilità interiore ha a che fare con le mie angosce. Ma quali angosce saranno mai?

ANALISTA: Allora bisogna continuare.

PAZIENTE: Ho già fatto un grosso passo avanti.

Parla del sollievo che sente nel poter avere più fiducia in sé stesso. Il tempo restante lo utilizziamo a completare i dati per l'impegnativa mutualistica.

Con le prime frasi il paziente ha voluto comunicarmi nuovamente la sua rinnovata speranza. Ciò che lo preoccupava era il tempo occorrente e il ritmo del cambiamento. Il frequente riferimento alle sue angosce occupa il signor Ludwig Y su come possa cadere rapidamente in angosce più profonde, e come possa superarle con il mio aiuto. Così – come accade spesso nei primi colloqui – ha messo alla prova la sincronizzazione dei tempi. Nella domanda su quanto si possa fidarsi di sé stessi, è implicita la domanda se può fidarsi di me, un argomento che riemerge spesso più avanti in modo evidente.

[*Riassunto*]. I tre colloqui portano senza soluzione di continuità a un'analisi. Si è riusciti a riconoscere i conflitti essenziali e a compiere i primi passi per la soluzione dei problemi. La notevole tensione interiore che lo agitava all'inizio diminuisce decisamente dopo le interpretazioni di difesa contro l'angoscia. Descrive i suoi insight e le sue speranze, e comincia a fare dei collegamenti fra le precedenti osservazioni e le nuove percezioni. Nella sua paura di diventare pazzo si concentrano contenuti angosciosi di vario tipo, che si esprimono come equivalenti di disturbi psicosomatici e sfociano spesso, in modo parzialmente regressivo, in una reazione depressiva. Quando si riesce a collegare le idee *psicotofobiche* ai singoli contenuti che si sono accumulati, diminuisce la sua paura di diventare pazzo. I primi indizi compaiono già nei tre colloqui. Il chiarimento di queste paure ha avuto la precedenza, allo scopo di raggiungere un livello di relazione più disteso. Già nel primo incontro si era delineato come era riuscito a risolvere un conflitto nella relazione con il padre. La nuova messa in scena nel transfert può essere intesa come un filo conduttore che attraversa i tre colloqui. Egli riscuote la mia simpatia per il suo modo di vedere le cose con filosofia, per le sue espressioni pertinenti: ride di sé e del mondo insieme a me, come se fosse con suo padre.

6.2 Problemi particolari

Per validi motivi dedichiamo ampio spazio ai particolari problemi relativi al passaggio da interviste e colloqui diagnostici alla terapia. Non è particolarmente difficile iniziare un'analisi con un paziente colto, di classe medio-alta, che soffre per i suoi disturbi ed è molto motivato a una psicoterapia. Abbiamo riportato vari esempi di passaggio (vedi 2.1) senza soluzione di continuità dal primo colloquio alla terapia. Anche il primo colloquio sintetizzato in 6.1 non ha posto ostacoli insormontabili a un'applicazione flessibile del metodo psicoanalitico. Viene invece messa a dura prova la capacità dell'analista di dare un'indicazione *adattativa* quando si tratta di portare all'analisi pazienti che, per svariati motivi, non sono facilmente accessibili. Se si prescinde da psicosi, tossicodipendenze e stati borderline, in cui spesso inizialmente sono necessari trattamenti in regime di ricovero, ci sono tre elementi che pongono particolari problemi: estrazione sociale bassa (6.2.1), delinquenza (6.2.2) e adolescenza (6.2.3). Almeno nella fase iniziale, cioè nel passaggio dal primo colloquio alla terapia, sorgono in questi casi particolari difficoltà, anche se ci sono grandi differenze tra queste tre categorie e da un caso all'altro. Spetta a noi verificare l'indicazione *adattativa* in quei casi che non soddisfano i criteri di *selezione*, e che quindi vengono scartati perché non

adatti alla tecnica psicoanalitica standard. Se si adatta la conduzione del dialogo alle aspettative di ciascun paziente, si ridurrà il gruppo dei pazienti non analizzabili a pochi casi particolari. Con l'indicazione adattativa si risparmia a molti pazienti la deprimente sensazione di perdita che deriva dal non essere accettato da nessuno ed essere mandato da una parte all'altra. Senza dubbio spesso è molto difficile convincere un paziente non motivato che per lui sarebbe utile una psicoterapia. Perciò pazienti che, pur lamentando molti disturbi, non ritengono possibile che esista una connessione dei loro sintomi con il loro vissuto, non sono graditi agli psicoterapeuti, quale che sia la loro scuola di appartenenza. Non è raro che questi pazienti siano rifiutati già durante la prima telefonata. È certamente un segno positivo quando un paziente non si lascia scoraggiare e si dà da fare per trovare un terapeuta. In tal senso i pazienti di cui possiamo riferire appartengono pertanto a un gruppo particolare, perché hanno trovato la via di accesso al colloquio.

6.2.1 *Estrazione sociale*

Sebbene discutiamo qui soprattutto del materiale clinico proveniente da pazienti di bassa estrazione sociale, il titolo intende sottolineare, in accordo con la ricerca di Cremerius, Hoffmann e Trimborn (1979), che l'estrazione sociale può porre tipici problemi di tecnica. Non è un caso che da quando le mutue e le compagnie private di assicurazione si fanno carico dei costi del trattamento, circa i due terzi dei pazienti trattati con la psicoanalisi o con una psicoterapia psicodinamica appartengano alla classe media, e solo un terzo provenga dal proletariato, che in genere è assicurato da mutue locali (obbligatorie). D'altra parte anche «i ricchi e i potenti» trovano piuttosto raramente accesso all'analisi, come si rileva nello studio di Cremerius sopra citato.

Ci limitiamo alle difficoltà tecniche iniziali con pazienti di estrazione sociale inferiore. Per quanto riguarda la suddivisione delle classi seguiamo i criteri, comunemente usati, di Hollingshead e Redlich (1958), ripresi da Menne e Schröter (1980, p. 16). Questi autori hanno usato, come criteri di appartenenza di classe, la posizione professionale e il titolo di studio:

Come pazienti appartenenti alla classe sociale bassa sono stati considerati gli operai (inclusi operai specializzati e artigiani dipendenti), gli impiegati in lavori semplici e prevalentemente manuali e i braccianti agricoli, in quanto privi di diploma di scuola media o di scuola professionale tecnica o commerciale e con la stessa occupazione e livello di educazione dei padri, o in modo approssimativo della madre. Nelle donne sposate, l'occupazione e il livello culturale del marito doveva corrispondere a queste categorie, poiché la condizione sociale e la situazione socioeconomica di una famiglia sono determinate essenzialmente anche dalla condizione occupazionale e dal reddito del marito.

Almeno nella fase iniziale della terapia psicoanalitica di pazienti di classe sociale inferiore occorre seguire i seguenti punti: l'analista deve dare a questi pazienti una quantità particolarmente ampia di informazioni chiarificatrici. I disturbi somatici vissuti come a sé stanti devono essere considerati più seriamente di quanto si faccia di solito. Pertanto l'«aver voce in capitolo» dei sintomi si scopre, di regola, più tardi. Le interpretazioni profonde date troppo presto causano sfiducia e aumentano la distanza. Se l'analista non riesce a immedesimarsi nelle condizioni di vita e di lavoro di chi appartiene a una condizione sociale diversa dalla sua, vengono meno i presupposti della comprensione. Nella fase iniziale una conduzione troppo passiva del dialogo genera rifiuto. Il tipico paziente di bassa estrazione sociale si sentirà trattato peggio dei pazienti più colti e benestanti, a causa del comportamento astinente di un analista che pensa di non dover rispondere a nessuna domanda. Se si seguono le regole della comunicazione quotidiana, che anche Freud considerò in modo abbastanza spontaneo quando ebbe con Katharina un «consulto alla contadinesca» (*Bauernsprechstunde*), si potrà costruire passo dopo passo un dialogo psicoanalitico. Si arriva altrimenti alle reazioni descritte da Schröter (1979). Il cosiddetto paziente di bassa estrazione sociale vive il colloquio (e l'analista) come «anormale», è inquieto, e rifiuta ciò che può continuare a rimanergli estraneo e incomprensibile. Schröter ha descritto gli aspetti formali del dialogo psicoanalitico come se fosse una colpa attenersi, all'inizio, a forme di comunicazione quotidiane. Se invece le interpretazioni saranno incluse in un dialogo che è essenzialmente conforme alle necessità e alle aspettative del paziente, e il cui contenuto è in sintonia con i suoi vissuti, non si giungerà, secondo la nostra esperienza, a quelle reazioni che si attribuiscono ai pazienti di classe inferiore. L'osservazione che i pazienti di bassa estrazione sociale vivrebbero spesso le interpretazioni come rimproveri, mortificazioni o svalutazioni è pertanto un risultato dell'applicazione non empatica del metodo psicoanalitico.

Alcune esperienze ricavate da una ricerca comparata su terapie psicoanalitiche di gruppo (Heising, Brieskorn e Rost, 1982) si possono applicare anche alla terapia individuale. Per vari motivi, è importante per i pazienti di bassa estrazione sociale tenere le distanze. Dato che il paziente cerca un mondo migliore e il colloquio con l'analista diventa veramente un'esperienza nuova e insolita, certe interpretazioni di transfert sia positive che negative gli appaiono incomprensibili. I conflitti si risolvono meglio con figure sostitutive. Solo successivamente si riesce a superare la divisione fra buono e cattivo in esse contenuta, e poi a elaborarla nel transfert. Questi transfert laterali sono fruttuosi per il processo psicoanalitico. Con la distanza si crea un certo transfert idealizzato, che è pervaso da invidia inconscia e odio di classe. Ma la procedura interpretativa, attraverso la quale l'analista si presenta come oggetto di transfert, deve essere modificata. Heising, Brieskorn e Rost (1982)

parlano di un'umiliazione dell'analista con pazienti di bassa estrazione sociale perché la tipica gratificazione che si sperimenta come oggetto del transfert, soprattutto quando può essere interpretata, è scarsa con questi pazienti. Gli autori si domandano se non si possano ricollegare a questo i fallimenti, descritti in letteratura, del lavoro psicoanalitico con pazienti di bassa estrazione sociale, come anche l'idea che questi non sarebbero trattabili con la psicoanalisi.

Con pazienti di bassa estrazione sociale si raccomanda un periodo di preparazione più lungo. Questi pazienti hanno bisogno di informazioni esplicative sul senso del trattamento. Si è dimostrato utile iniziare un ampio processo di apprendimento attraverso terapie di gruppo (Junker, 1972; Reiter, 1973). Per ragioni simili a quelle dei malati somatici, è essenziale che l'analista all'inizio accolga domande molto concrete e vi risponda realisticamente. Se ci si attiene a queste semplici regole di buon senso, si sfumeranno molte delle presunte caratteristiche che vengono attribuite ai pazienti di estrazione sociale inferiore (e ai malati psicosomatici, vedi 9.9), di cui si dà per scontata la non-trattabilità, insieme con la povertà di fantasia, un Super-io rigido e la paura dell'autorità. Anche l'incapacità di considerare significativi i conflitti interiori e la tendenza ad attribuire la responsabilità della malattia a cause esterne è spesso un artefatto che deriva dall'impaziente aspettativa che il paziente abbia già un certo grado di insight sui propri conflitti interni.

Per questa erronea valutazione di alcune caratteristiche, i pazienti di estrazione sociale inferiore presentano una notevole somiglianza con la cerchia dei pazienti privati abbienti che per una «struttura psicosomatica» vengono trattati per anni senza successo (vedi 9.9). Tutto sembra indicare che entrambe le categorie diagnostiche siano degli artefatti. Se ci si immedesima nel mondo di un operaio e ci si sforza di utilizzare le indicazioni in modo adattativo, le difficoltà iniziali passeranno in secondo piano e l'interesse dell'analista per la vita di un malato che non appartiene al suo stesso strato sociale verrà spesso ampiamente ricompensato.

Leodolter (1975) e Wodak-Leodolter (1979) hanno segnalato che la comunicazione fra un paziente di estrazione inferiore e un medico di estrazione media non potrà mai essere adeguatamente descritta utilizzando la teoria dei codici di Bernstein (Bernstein e Henderson, 1975). Infatti Bernstein ha messo in discussione, sulla base della teoria dei codici da lui stesso elaborata, la possibilità della riuscita di un dialogo terapeutico fra un paziente di estrazione inferiore e un medico appartenente alla classe media. Dato che al paziente manca la capacità di verbalizzazione richiesta, neanche il medico trova un accesso al mondo del paziente. Evidentemente Bernstein, come Schröter, è partito da regole ben precise della tecnica psicoanalitica standard, che non permettono in effetti un dialogo come se l'aspetta il senso comune. Se ci si libera però da tali condizionamenti, molte osservazioni risulteranno essere il prodotto di un'applicazione francamente riduttiva del metodo psicoanali-

tico. Ad ogni modo lo studio dell'interscambio verbale e non verbale impone di riconoscere che la problematica è molto più complessa di quanto Bernstein stesso abbia tratteggiato. Wodak-Leodolter (1979, p. 187) solleva, ad esempio, i seguenti quesiti:

1) Manca veramente al paziente di classe inferiore la «capacità di verbalizzazione»? 2) In quale modo si differenzia la socializzazione della classe inferiore da quella media? Quali effettivi disturbi di comunicazione possono verificarsi in ciascun caso; e rispetto a ciò, qual è la forma di terapia adeguata in ciascun caso? 3) Cosa significa guarigione per il paziente di classe inferiore? La critica per cui la psicoterapia significherebbe «adattamento» alle norme della classe media, alla coercizione del sistema, perlomeno deve essere discussa.

A nostro parere non è nemmeno sensato considerare la «capacità di verbalizzazione» come una caratteristica globale, invece di distinguervi diverse componenti, rendendo giustizia alle peculiari qualità delle capacità espressive delle persone semplici.

PRIMO ESEMPIO

La signora Susanne X, una casalinga di 40 anni, proveniva da un ambiente rurale ed era sposata con un operaio. Venne a consultarmi perché cadeva spesso in situazioni senza via d'uscita che sfociavano in uno stato di agitazione. In tali frequenti stati crepuscolari psicogeni non sapeva più cosa diceva o faceva. Cominciava a correre senza meta. Quasi sempre queste situazioni erano precedute da violenti litigi con il marito. Il motivo era banale, ma le urla erano spaventose. La tensione non si scioglieva prima del giorno dopo, a volte di tre giorni. Per anni la terapia farmacologica non aveva apportato alcun miglioramento. Alle sue richieste circa l'opportunità di una psicoterapia, sia il medico di famiglia che lo psichiatra le dissero più volte che per tale tipo di trattamento non aveva abbastanza soldi né intelligenza. Era cresciuta in umili condizioni, sin da bambina era dovuta andare a servizio, e subito dopo la scuola dell'obbligo, essendoci poco da mangiare, aveva dovuto iniziare a lavorare.

Il rifiuto di una terapia finora ricevuto aveva confermato la sua convinzione di essere troppo povera e troppo stupida. Ma la signora Susanne X non si lasciò scoraggiare nella sua sete di cultura. Con l'aiuto dei mass media (riviste, libri, radio e televisione) si era ampiamente informata su psicoterapia e psicoanalisi, e finalmente si rivolse a uno psichiatra che la mandò da un'analista, supponendo che dissuadesse completamente la donna ignorante dalle sue idee non realistiche. Avrebbe cancellato per sempre il suo desiderio di psicoterapia. Da ulteriori mie informazioni risultò che questo collega, nell'inviare altri pazienti di classe inferiore, aveva più volte costato che gli analisti non avevano dato alcuna indicazione di trattamento.

In un misto di ostinazione, paura e sfiducia, la signora Susanne X aveva continuato ad approfondire la sua cultura di autodidatta. Si riconosceva nei titoli di molti libri. La lettura del libro di Richter (1976) *Flüchten oder Standhalten* (Fuggire o perseverare) diventò il motivo per ottenere un'analisi. Dopo circa 100 sedute mi aveva portato circa dieci dei suoi libri preferiti. Qualche tempo dopo mi chiese perché non le proibivo la lettura di questi libri; la mia manifesta fiducia nella sua capacità di farsi una cultura la incoraggiò molto.

Nel rivedere le prime dieci sedute di un'analisi con bassa frequenza di sedute, durata tre anni, mi accorgo che la paziente quasi in ogni seduta cercava di interrompermi, di provocarmi a desistere, come se lei non potesse essere completamente accettata: lei apparteneva agli «inferiori».

Durante i primi colloqui, mentre ascoltavo con attenzione e compassione il racconto della miseria, della povertà e a volte anche dei maltrattamenti fisici che aveva sopportato nell'infanzia e nella giovinezza, inaspettatamente intercalò più volte nel suo discorso la frase: «Ma è giusto che io sia venuta da lei?» In questa forma mi lanciava continuamente delle frecciate. Per quanto riguarda il contenuto, le ho fatto notare che qui si aspettava di trovare gli stessi maltrattamenti ricevuti dal padre (attraverso l'identificazione con l'aggressore), e per questo invertiva attivamente la situazione. Descriveva come suo padre fosse stato un uomo rozzo che urlava e picchiava, si interessava solo del denaro. Aveva sposato suo marito perché era proprio l'opposto, cioè un buon uomo. Ma è proprio ciò che ora lei gli rimprovera nei continui litigi: la troppa pazienza con tutto e con tutti. Questo la gettava in uno stato di rabbia impotente e di angoscia. Come ultima frase del primo colloquio disse: «Chi ha sofferto il male si sente continuamente portato a fare del male!»

Mi sforzo di dare molte spiegazioni alle sue domande: «È giusto che io stia qui?» La paziente aveva detto di aver letto molto. Le mie risposte si limitavano soprattutto a dimostrarle che cercavo di capirla, che volevo conoscerla e che poteva conoscermi, prima di fare altri programmi. Tutto ciò che era nuovo e insolito era inquietante, pertanto avrebbe preferito litigare con me sin dall'inizio.

La seconda seduta iniziò con uno sguardo di sfida nei miei confronti: «Ma tutto questo ha un senso?» Il mio accenno a volerla ascoltare fino in fondo per sentire cos'altro avesse da dirmi la portò a esporre in modo dettagliato due argomenti. In quel periodo ascoltava una trasmissione alla radio, «Parlare e lasciar parlare». Il fatto che a seguito di questa trasmissione avesse descritto minuziosamente quello che di me l'aveva affascinato nel primo colloquio, non venne verbalizzato. Eravamo semplicemente d'accordo che in questo modo di parlare potesse esserci qualcosa di buono. Saltò al secondo argomento descrivendo una coppia di amici, che davanti «fanno i carini» e alle spalle parlavano di lei con cattiveria. E aggiunse che essendo cresciuta fra le cattiverie se ne intendeva.

A sua sorella era successo qualcosa del genere; suo marito si era poi tolto la vita. Se tutto fosse continuato così, anche a lei sarebbe rimasto solo il suicidio. Aveva già preparato tutto. Mi informai di questi preparativi, e le dissi che proprio quando una persona le si avvicinava con simpatia – un sentimento che lei percepiva da parte mia – lei voleva improvvisamente porre fine a tutto con un'azione malvagia, con il suicidio. Prontamente fece piazza pulita dei mezzi preparati, e subito passò a considerare altre possibilità di togliersi la vita. Ebbe inizio così una lotta per la vita o per la morte.

Prima della terza seduta incontrai la signora Susanne X in corridoio davanti alla sala d'attesa e le dissi: «Vengo subito.» Quando cinque minuti dopo aprii la porta della stanza d'analisi, lei era sulla soglia. Aveva preso alla lettera le mie parole, e giustificò il suo posto d'osservazione con il desiderio di seguire ciò che facevo, ascoltando. Mi rimproverò perché non c'era nessuno nello studio, e sarebbe potuta entrare subito. Io ero lì, dunque! Immediatamente collegò questo tema a quello della coppia di amici che apparivano gentili, ma che in fondo si preoccupavano solo del proprio tornaconto; come si comportano da meschini gli uomini! Raccontò poi che due uomini si erano impiccati, e uno proprio in quei giorni. Per tre volte, durante questa seduta, ripeté: «Ora andrò a regolare i conti con quelli, sabato ci andrò!» Poi le venne in mente che quell'uomo era come suo zio, che come il padre era facile alle urla e alle botte, ed era interessato solo ai soldi. Concluse che non chiedendo mai niente si evitano le liti, e lei doveva sbrigarsela sicuramente da sola. Qualcosa da me l'aveva già imparato: suo marito il giorno prima, in ditta, si era fatto trattare di nuovo come uno stupido, aveva lavorato troppo, perché tutti pretendevano qualcosa da lui, e poi era tornato a casa sfinito. Lei si era limitata ad ascoltarlo e nient'altro. Anche lei, negli ultimi giorni, gli aveva mostrato quanto fosse stupido.

Susanne X affermava che avevo ragione dicendo che era capace di colpire con le parole, di «rimbeccare» e «insultare»; ne era sicura perché si sentiva a suo agio quando urlava. Da bambina non aveva imparato a parlare con gli altri. Ricordava che la madre era solita ripetere queste due frasi: «Non devi rubare e devi sempre ubbidire!» Durante la quarta seduta mi riferì di aver fotografato degli alberi il giorno prima, perché voleva tenere l'immagine degli alberi nel susseguirsi delle stagioni. Finora aveva considerato gli alberi solo come foglie, che bisognava scopare via. Aveva costato che persino gli alberi rappresentavano per lei qualcosa di cattivo. Mostrava il suo talento psicologico, che non le avevo spiegato, nel senso che ora lei stessa riconosceva le sue possibilità di cambiamento e di sviluppo. Collaborava, era cambiata, permetteva per esempio al marito di sfogarsi. Era chiaro che così imitava l'interazione che aveva con me. Se le avessi fatto notare questi aspetti del transfert avrebbe dovuto respingermi. Proprio così: cos'ha a che fare questo con quello che fa una dottoressa? Intanto con quella di sopra lei non aveva nulla a che fare, e rifiutava coscientemente tali connessioni. In varie occasioni mi aveva anche detto che apparteneva alle classi inferiori, e io a quelle superiori. Se avessi posto questo tema in relazione a me, avrebbe reagito con una difesa di angoscia. Sarebbe tornata a urlare che quello che faceva lei non aveva niente a che fare con quello che facevo io. Avrebbe ripreso con me il discorso del «fare i carini», che al momento poteva trattare meglio con i suoi amici.

Dal punto di vista della tecnica il fatto che gli aggettivi con i quali vengono descritte persone della famiglia di origine, vengano usati anche per descrivere altre persone, quasi senza modifiche, può tornare utile perché permette di stabilire un riferimento più diretto, più semplice e più veloce di quanto sarebbe in genere possibile con pazienti più diffidenti.

Pertanto all'inizio mi sorprese che la paziente usasse le stesse espressioni per gli amici, e per il padre e lo zio: avido di soldi, dispotico, disumano.

Dato che la paziente aveva assunto in modo identificatorio la maniera di lamentarsi del padre, i conflitti con suo marito erano frequenti. Aveva fatto propri gli insulti che il padre lanciava definendo e trattando il marito come un poveraccio, una nullità, con frasi tipo: «Chi non ha soldi, non è nessuno.» Nelle sedute successive si consolidò sempre più l'aspetto di seduzione edipica in relazione al padre. Disgraziatamente, interpretai troppo presto che lei in questo modo seduceva il padre. Mi guardò sconcertata, rifiutando, nel modo già descritto, l'interpretazione del suo conflitto interno come qualcosa di grottesco, e mi considerò indegna di fiducia ed estranea. A mio avviso non è stato ancora sufficientemente spiegato perché i conflitti pulsionali non possono essere mai interpretati, o solo dopo lungo tempo. Molte persone vivono in condizioni di polarizzazione e secondo la legge del «tutto o nulla»; soprattutto coloro che appartengono alle classi inferiori riempiono questa situazione di contenuti particolari. Descrizioni statiche, secondo cui saremmo di fronte a Super-io molto rigidi o a deboli funzioni dell'Io, sono del tutto insufficienti a cogliere questi complicati processi.

Divenni più cauta facendo attenzione a non scatenare nuove difese di angoscia. La signora Susanne X cominciò a tranquillizzarsi, più rapidamente di quanto ci si potesse aspettare, sull'impossibilità di un mio rifiuto: «Lei deve stare attenta che io non prenda una strada sbagliata!» Cominciò a parlare maggiormente di sua madre. Alla seduta successiva arrivò con una giacca rosso fuoco, e ridendo mi chiese se ne capivo il significato. Disse che era venuta vestita da Cappuccetto Rosso, mandata via dalla madre. Si sentiva perciò allontanata, perché non avevo esplicitamente confermato il suo desiderio di preoccuparmi per lei, il suo appello era rimasto vano. Dal suo punto di vista avrei dovuto dirle: «Sì, ora mi assumo io questa funzione di madre!» Era questo ora il mio dovere di medico. Nel tempo che seguì, cambiò rapidamente queste delusioni e svalutò la funzione del medico. Questo tema avrebbe raggiunto

il suo apice molto più tardi, nella *fase finale* del trattamento, quando trattò a fondo la questione della privazione del potere a diversi livelli. Dopo che nella fase iniziale le difficoltà determinate dalla sua origine sociale diminuirono, come descritto, fu possibile mostrarle, in certi momenti particolarmente produttivi dell'analisi, i contenuti dell'invidia inconscia, edipica e preedipica, che vennero trattati secondo la sua reale scarsità di istruzione. Divenne anche chiaro che la mancanza di cultura si accentuava come in un circolo vizioso, sia nel vissuto che nella realtà concreta. Quando riconobbe quali erano i bisogni che cercava di soddisfare in modo indiretto, imparò a differenziare tra intenzioni cosce e inconscie e tra le mete. Fu significativo come si trasformarono i divieti e i precetti interiorizzati, vale a dire la sua istanza superegoica, che all'inizio sentiva come qualcosa di estraneo. Sostituì formule tiranniche estranee con parole proprie. Questa appropriazione portò a una parziale ristrutturazione. Un anno e mezzo dopo la fine dell'analisi, la signora Susanne X telefonò per dire che stava bene. Intimamente lottava ancora per non sentire la separazione da me come un rifiuto. La fiducia in sé stessa – acquisita attraverso l'identificazione con ciò che aveva conquistato per la sua vita durante l'analisi assieme a me – la proteggeva nel tempo. Tuttavia affioravano sempre i dubbi se, proprio a causa della sua origine sociale, non avesse beneficiato meno dell'analisi.

SECONDO ESEMPIO

La presentazione del caso seguente vuole mostrare come si possa trovare un aiuto nelle capacità dell'Io specifiche della propria professione per compensare le differenze sociali e i complessi d'inferiorità connessi.

Il signor Viktor Y, di 37 anni, viene per disturbi del sonno e malesseri fisici vari, di cui soffre da quando ha subito la «sconfitta» di non essere passato a un esame. Dall'età di diciotto anni lavora come operaio montatore. Grazie alle sue capacità si è poi sentito abbastanza sicuro per tentare un esame per passare di categoria, ma il suo conflitto con i superiori gli ha ostacolato il progetto. Vive in una famiglia numerosa, ma felice.

Tra la telefonata e l'inizio della terapia, durata sette mesi, passano alcune settimane. Prendendo spunto da questa pausa decisa da *lui*, mi spiega la sua tecnica di dominare i conflitti di autorità utilizzando il distacco. Così si procura anche degli svantaggi. Intervengo a questo riguardo dicendo che anche a me ha trasmesso un apparente disinteresse. Questo è chiaro, dice, però desidera comunque una terapia.

Segue una descrizione particolareggiata dell'esame che ha avuto un esito così infelice per lui. Diventa ancor più minuzioso nella descrizione dei vari tipi di comportamento tra superiori e subalterni, appassionandosi nella rappresentazione di esperienze esemplificative, e non tralasciando di riferire qualche situazione comica.

Mi osserva con stupore, s'interrompe, dice che stava per chiedermi: «Anche lei ha iniziato dal basso?» Vuole che io lo capisca. Ha fatto di tutto per raggiungere un medio impiego. «E adesso!» Improvvisamente scoppia a piangere, sta perdendo anche i suoi amici. Con gli altri si può parlare solo di auto. Vorrebbe andarsene da lì. I parenti e gli amici lo stuzzicano, dicendo che se la prende comoda con il lavoro. Non si sente capito. Con il problema dell'addormentarsi va ancora male. Gli frullano tante cose in testa, ma non ama le pastiglie. «Ma ora – dice improvvisamente – deve scusarmi il salto, i miei genitori! Sono venuti a trovarmi, e mi fu subito chiaro che non volevo diventare come loro. Mia madre ora si dà al consumismo e tiene mio padre sotto tutela. Prima l'autorità era mio padre, era un maresciallo, e tutti dovevano servirlo.» Racconta poi che lui – come la madre – ingigantisce le malattie. Non appena ha un dolore, lo racconta al mondo intero. Sua

moglie può avere per giorni interi dolori di testa o di schiena senza dire nulla. Bisogna che lo comprenda bene, lui non è un tipo che sbandiera le sue cose ai quattro venti, ma rimugini tra sé. E questo forse è peggio. Ha anche la mania di rior-dinare accanitamente la casa, per esempio la cucina, cosa che non è di aiuto alla moglie. Inoltre deve sedersi sempre sulla *sua* sedia. Descrive quindi altri comportamenti ossessivi e superstitiosi.

Il signor Viktor Y è rappresentante dei genitori nella classe di uno dei suoi figli. Riferisce che prima dell'assemblea dei genitori sente un peso sul petto, e indica il cuore. Prima fa parlare gli altri, prende appunti, e infine gli riesce più facile parlare. Gli dico che, se iniziasse *lui*, avrebbe paura di essere aggredito. È così, e cerca di evitarlo, facendo sempre parlare prima gli altri. Aggiunge che ora deve nuovamente fare un salto: la sua faccia diventa rossa fino alle orecchie quando, per esempio, arriva un superiore; e questo anche se non c'è proprio alcun motivo. Tuttavia prima di addormentarsi è solito preparare lunghi discorsi che vorrebbe tenere il giorno dopo. Ma poi non dice nulla di ciò che ha preparato, improvvisa. Rispondo che, se riesce a improvvisare, è certamente sicuro di sé. No, dice che all'improvviso gli capita di rimproverare qualcuno, di aggredirlo, ma poi si sente colpevole. Sarebbe meglio non parlare. Riferisce che il suo vicino fa la stessa cosa e litiga con tutti.

Nella seduta successiva rimane in silenzio. Aspetta il mio ordine: «Parli, ora!» Intanto segue il suo lavoro mentale, e solo dopo lascia venir fuori qualcosa: non ha bisogno di trattamento. Poi riflette su quanto gli vada male. «Bene! – dice a sé stesso – allora, fa' qualcosa per cambiare la situazione!»

Ora inizia a parlare un po' di tutto, sempre in forma di soliloquio, rivolgendosi a sé stesso con il suo nome. In questo modo mi è impossibile intervenire. È evidente che vuole darmi un quadro di come parli con sé stesso prima di addormentarsi, e al contempo mi dice cosa gli è accaduto nel turno di notte. «Proprio alla fine squilla il telefono! Signor Z., arriva proprio al momento giusto! Chiede perché davanti al suo laboratorio c'è ancora neve; rispondo perché è nevicato. Perché non è stata ancora spazzata; perché lo spazzaneve non era ancora passato.» *Quella volta* si era sentito bene, perché c'era qualcuno che si irritava facilmente. Con quello poteva litigare, perché faceva domande così stupide. Arrossisce mentre lo dice. Dopo, mentre è sotto la doccia, si rende conto che avrebbe dovuto procedere in modo totalmente diverso: prima stare ad ascoltare, poi dire: «Sì», e poi: «Qualcosa è andato male», e infine: «Sarà fatto.» Se fosse successo di sera non avrebbe chiuso occhio tutta la notte. «Quello deve stare attento a tutto, in questo consiste il suo compito.» Dice che anche lui vorrebbe quel tipo di lavoro, ne sarebbe capace. Conferma con un «sì» la mia osservazione per il suo esprimere nel posto sbagliato i suoi sentimenti intimi, ponendosi così dalla parte del torto. Gli vengono in mente degli esempi di come altre persone affrontino la loro aggressività.

Nei giorni seguenti non sta bene, si aggira chiuso e testardo e lavora solo «secondo il regolamento».

Questo paziente, che descrive nelle prime due sedute varie versioni dei suoi conflitti di autorità, nel suo primo quarto d'ora di colloquio mi ha fatto capire con la sua domanda insinuante: «Ha anche lei una formazione tecnica?», che io, come dottoressa, avevo naturalmente avuto un altro tipo di carriera, e che solo *lui* poteva essere competente sulla sua situazione professionale. Seguo attentamente le lunghe spiegazioni che mi fornisce, sapendo che così può godere della sua competenza. Si riconoscono così le capacità dell'Io di questo paziente con tratti ossessivi, oppresso dal Super-io, che non potrebbe altrimenti comportarsi in maniera così naturale, sicura e serena di fronte all'autorità medica. Riferisce poi quanto sia competente e responsabile nel prendere decisioni nel suo lavoro, ma dice che, quando lo fa, si

sente subito offeso. Quando gli dico che, proprio quando ha veramente autorità, non si sente sicuro di sé, passa immediatamente a descrivere il medico della ditta. È una persona che non è quasi mai all'altezza della sua qualifica, non ne azzecca una. Gli aveva prescritto una cura termale che era stata molto piacevole, ma che non lo aveva per niente aiutato, come del resto anche le medicine che gli aveva prescritto. Il paziente, non molto abile nell'esprimersi verbalmente, nelle successive tre frasi descrive come *egli* veda l'evoluzione delle sue difficoltà. Se il padre diceva qualcosa, questo significava dover ubbidire all'ex maresciallo. Se la madre diceva qualcosa, si era subito messi a bacchetta, ci si sentiva interdetti. Teme di essere simile a loro, ma nello stesso tempo dice di non voler diventare così.

Con i dialoghi con sé stesso, inseriti nei punti salienti, non solo mostra il suo sintomo, il suo continuo rimuginare che non gli permette di addormentarsi, ma al tempo stesso anche il modo con cui evita il transfert. A volte si assume in modo pienamente cosciente la regia di una seduta. Il dialogo e il lavoro comune vanno avanti perché io *non* interpreto, e lui deve dichiararmi guerra temendo la mia onnipotenza.

Pur essendosi liberato dalle limitazioni nevrotiche, attraverso l'elaborazione della sua aggressività inconscia (edipica), permangono alcuni sicuri limiti intellettuali che gli impediscono di fare carriera, anche se forse non ne ha bisogno per portare a buon fine la rivalità con suo padre (e con le persone che lo rappresentano).

Nell'ultima seduta del trattamento il signor Viktor Y fa sfoggio di espressioni tecniche nel descrivere un incidente avvenuto durante il turno di notte. La mia costatazione che, per mancanza di conoscenze specifiche, potrei dire ben poco a riguardo, lo fa scoppiare in una risata trionfante. Poi lo rallegra la mia considerazione che è riuscito ad affrontare con decisione ed elasticità una situazione difficile, procedendo immediatamente a effettuare la riparazione richiesta. Sì, si ritrova più umano. Non è più l'eterno criticone per cui era diventato famoso, gli altri non lo riconoscono più. Mi fa di nuovo ridere per la sua frase improvvisa: «Non abbia paura che io adesso vada fuori di testa.» Fa una lista di ciò che è cambiato, e ritorna all'esame che non ha superato. Poi sorridendo dice: «Mi sono abituato all'idea di continuare a essere elettricista e di non essere stato ammesso subito alla scuola professionale.» Riassumo brevemente i problemi che lo affliggevano all'inizio e che ora si è lasciato alle spalle, come lo sfogarsi contro qualcuno, arrabbiarsi nel momento sbagliato, non trovare le parole più adatte al momento giusto ecc. No, non farà più quelle scenate, dice. Interrompendo il riassunto per riflettere, dice che le forze di cui talora dispone, deve viverle fino in fondo, sentirle e quindi renderle anche produttive, anche se non sempre ha la forza di nervi necessaria. Dico che queste sono buone parole di conclusione. Si alza dicendo di sì, informerà anche il suo medico. Il signor Viktor Y mi dà la mano. «Grazie. Non tornerò più.» Ha evitato così, con scaltrezza, l'abituale «arrivederci».

6.2.2 *Delinquenza*

Con un atteggiamento flessibile e adattativo rispetto all'indicazione, come è stato descritto e motivato nel primo volume, è senz'altro possibile trattare con successo con la psicoanalisi persone affette da una sindrome antisociale. Subito si dimostra come la denominazione tragga in inganno: non è assolutamente vero che solo l'ambiente e la società soffrano dei comportamenti dissociali e delinquenziali di questo eterogeneo gruppo di persone. Un grande numero di questi casi scartati e apparentemente senza speranza soffrono indubbiamente per il proprio modo di essere e per il proprio comportamento

non controllabile. Sulla base di circa trent'anni di esperienza, raccolta principalmente nelle istituzioni olandesi di psichiatria forense, si giustifica un cauto ottimismo quanto alla possibilità di trattamento psicoterapeutico (Goudsmit, 1986, 1987). Con una modifica più adeguata del metodo psicoanalitico, la sua applicazione è molto meno eroica che nel progetto Menninger. Riferendosi a Ticho, Wallerstein (1986) afferma che, ai suoi tempi, era un'impresa «eroica» attenersi alla tecnica standard anche in quei casi che avrebbero richiesto una maggiore flessibilità nel combinare diverse tecniche, come ora sappiamo.

Le modifiche che nel frattempo si sono verificate ovunque sono dirette alla costruzione di una relazione terapeutica. Molti dissociali nella loro infanzia e giovinezza non hanno sperimentato legami familiari stabili.

Se si è avviata una relazione terapeutica con un soggetto dissociale, è necessario mantenere una grande cautela, perché ci sarà una certa inquietudine di fondo. Il paziente infatti ha sperimentato troppe volte che per un periodo di tempo si trovava bene con una persona, fino all'improvvisa rottura che, a suo avviso, avviene sempre per colpa dell'altro. È noto che la proiezione nel mondo esterno è il meccanismo di difesa prevalente di questi pazienti, e comporta l'aspettativa ansiosa della rottura, che induce alcuni pazienti ad avviare, in quel momento, il tentativo inconscio di provocare in anticipo la conclusione. Nel caso di un trattamento ospedaliero insorge poi la tendenza alla fuga, mentre col trattamento ambulatoriale si può arrivare a rassicuranti miglioramenti apparenti. È importante non cadere nella seduzione di tali tentativi di autoinganno. In questo modo infatti è possibile separarsi amichevolmente anche se, in genere, dentro di sé si prevede il ritorno di entrambi i partecipanti. Una valutazione obiettiva della durata necessaria della terapia può garantirne la continuità. È anche nell'interesse del paziente che l'analista si tenga a una giusta distanza, nonostante la sua immedesimazione con la situazione momentanea dei pazienti, e che non si lasci convincere, come vorrebbe il paziente, a procurargli una gratificazione a breve termine.

Spesso è necessario lasciarsi prendere in un primo momento dalle rappresentazioni che il paziente si fa della terapia, per conquistarsi la sua fiducia e non obbligarlo a regole contro le quali si ribella perché, per come le vive, vengono dall'alto. Nel caso seguente, per desiderio del paziente, si ricorse per alcune volte all'ipnosi, e successivamente a una combinazione con la cinesiterapia. In molti casi di delinquenti è praticamente indispensabile includere un operatore sociale nel programma terapeutico.

ESEMPIO

Primo colloquio e dati biografici

Seguiamo le annotazioni dettagliate dell'analista curante, riassunte con il suo consenso. Riteniamo di aver rispettato il testo originale, attenendoci alla

struttura prestabilita e riproducendo alcuni passaggi particolarmente pregnanti della conversazione personale, scelti dall'autore.

Il trattamento di Simon Y iniziò con una telefonata, a cui seguì il giorno seguente il primo colloquio. L'uomo, di 37 anni, dissociale e pregiudicato, fu inviato all'analista come caso d'emergenza e ricevette una prima prestazione di aiuto. Fu decisivo che l'analista avesse accettato il desiderio di Simon Y di sottoporsi a una terapia ipnotica, a seguito di una minaccia di suicidio, non come ricatto ma come espressione di una grave situazione di emergenza. In caso contrario tutto sarebbe finito con la prima telefonata, e per il paziente sarebbe stato un ulteriore rifiuto. La prontezza dell'analista a intendere in senso non riduttivo la gamma degli interventi terapeutici disponibili e a condividere l'affermazione di Sandler (1983) che la psicoanalisi è ciò che gli psicoanalisti fanno, contribuì in modo essenziale a creare una base di fiducia. Ma sono molte le cose che da entrambe le parti devono essersi unite, se già nel primo colloquio si era instaurata una relazione d'aiuto che avrebbe permesso al paziente di superare il periodo di tre mesi di attesa prima dell'inizio della terapia.

Supponiamo che il paziente abbia acconsentito ad aspettare così a lungo vedendo nella proposta dell'analista la sua ultima possibilità, e avendo tratto dal primo lungo colloquio la speranza di poter trovare appoggio e sicurezza. Il paziente aveva temuto che si verificasse una ripetizione delle sue precedenti esperienze, che testualmente ha descritto così: «Temevo che per me non ci fosse più niente da fare; l'avevano già detto tutti gli altri dottori, e mi avevano sempre scaricato.» Dopo aver pianto un po', chiese all'analista: «Perché vuol perdere il suo tempo con me? Nessuno mi ha mai parlato così a lungo.» A questo punto l'analista riuscì a tranquillizzarlo comunicandogli, in modo credibile, che aveva deciso di assisterlo nella sua lotta per cambiare vita senza sapere se l'ipnosi fosse veramente la via giusta. Comunque era disposto a tentare, dato che riponeva in essa molte speranze.

Alcune ragioni che costituirono la base soggettiva della decisione dell'analista di tentare la terapia, vengono ricavate da questi pensieri e sensazioni: «È un miscuglio di profonda compassione e di indignazione per come lo hanno trattato, e un sentimento di impotenza: cosa posso fare ancora io? Nel corso del primo colloquio ho però avuto l'impressione di poter lavorare con il paziente, e che finora non sia mai stato fatto un serio tentativo di trattamento... Devo far rilevare che non ho sentito di essere costretto a fare questa offerta.»

Al momento della decisione positiva, l'analista non conosceva ancora i particolari dell'anamnesi, né aveva le annotazioni delle altre istituzioni. Queste relazioni furono poi richieste ed esaminate con il consenso del paziente. Dai dati esterni, sul tipo di disturbo antisociale e delinquenziale, risultò una coincidenza con i dati portati dal paziente, che riassumiamo brevemente per rendere comprensibile lo sviluppo del trattamento.

Il paziente era nato illegittimo e indesiderato, durante la sua vita era stato inviato da un posto all'altro: dal brefotrofo, subito dopo la nascita, fu mandato presso i genitori bigotti di sua madre, che ringraziavano Dio per l'arresto di suo padre come partigiano olandese e per la sua morte in un campo di concentramento. Nella scuola elementare era isolato e afflitto da una balbuzie che peggiorò nel corso degli anni. Fin da bambino piangeva molto, un sintomo che più tardi, alle scuole professionali, avrebbe irritato gli assistenti, che non riuscivano a comunicare con lui. Il consiglio spassionato di un medico scolastico di mandare il ragazzo undicenne e gracile in un collegio nella parte occidentale della regione, causò in lui un nuovo e più grave trauma. Per il suo dialetto rimase praticamente emarginato dai suoi compagni di città. Nella sua mente era rimasto vivo il ricordo dell'addio della madre alla stazione; la madre rimase sorda alle sue preghiere e alle sue suppliche di restare; più tardi si rese conto che probabilmente non avrebbe potuto tenerlo, ma allora l'aveva sentito come un terribile tradimento. Simon Y descrive i due anni di collegio come un periodo tremendo.

L'isolamento e l'ignoranza lo avevano scoraggiato a tal punto che dopo essere tornato al suo paese natale aveva interrotto, dopo alcuni giorni, due corsi professionali di meccanico per automezzi. Dopo varie attività saltuarie come operaio non specializzato, superò gli esami di autista di camion e pullman. Per un furto, fu condannato a sei mesi di prigione con la condizionale. Durante la lunga detenzione preventiva rifiutava la compagnia di altri carcerati e anche il lavoro affidatogli. Dopo il rilascio lavorò come autista in modo discontinuo. Per i suoi dolori di testa e di schiena portava spesso certificati di malattia. Intanto veniva sempre più spesso inviato da una parte all'altra tra servizi sociali e sociopsichiatrici. Ma non sapeva che far-sene dell'aiuto offertogli, così interruppe spontaneamente due ricoveri in una clinica psichiatrica. A causa di una lite molto violenta, Simon Y fu inviato, a ventidue anni, a un centro di intervento per le crisi. Ora era completamente conscio delle sue tendenze pedofile che aveva ancora realizzato poco. Conviveva con un amico più giovane, e grazie a questa unione sperava di poter avere una vita più stabile. Quando il suo amico ruppe il rapporto fu preso da una rabbia disperata e poi da crisi depressive con idee suicide.

Nella rete dei servizi sociopsichiatrici e delle visite di consulenza, Simon Y cadde nel vuoto delle divisioni fra responsabilità e competenza. Da una visita accurata con test psicologici risultò un QI di 104. I suoi disegni rimanevano al livello di un dodicenne. La sua capacità di adattamento sociale fu considerata minima. Tuttavia l'MMPI risultò sorprendentemente normale. Nel corso degli anni gli erano state prescritte grandi quantità di psicofarmaci, che però non assumeva più già da molto tempo prima dell'inizio della psicoterapia. Infine il risultato di altre indagini psichiatriche ambulatoriali fu che non si poteva offrire nient'altro a questo paziente, che quando chiese di poter essere guarito con l'ipnosi dai suoi disturbi parlò per la prima volta delle sue tendenze pedofile. A quest'idea Simon Y era arrivato in seguito alle sue letture di yoga. Seguì un nuovo invio al dipartimento di assistenza sociale affinché gli si trovasse una nuova sistemazione. Simon Y da anni vive in una casa pericolante e in completo isolamento dopo la separazione dal suo amico, con un cane come unico «interlocutore».

Simon Y ha riflettuto molto sul senso della sua vita e delle sue difficoltà, e ha cercato soluzioni in base alle sue credenze nella reincarnazione. Teme di non poter più uscire dal suo isolamento, e non è sicuro di essere realmente incline alla pedofilia. Le brevi relazioni sessuali avute con donne non lo interessano, mentre riescono ad appassionarlo i giovani di età inferiore a

vent'anni: «Forse in questi cerco l'amore che non ho mai avuto.» Il fatto che tale pensiero possa essergli stato suggerito nel corso dei molti colloqui precedenti non cambia affatto la precisione con cui Simon Y descrive la sua posizione, giusta dal suo punto di vista.

L'analista curante ha suddiviso la terapia in fasi orientate secondo dati esterni e punti tematici cruciali. Riferiremo testualmente alcuni importanti punti e riassumeremo gli altri. Dopo circa nove mesi di lavoro la relazione terapeutica era così ben consolidata da permettere il passaggio a una psicoterapia psicoanalitica. Per motivi didattici qui ci interessa questa lunga fase di preparazione e il modo in cui è stata strutturata dall'analista. Interromperemo la presentazione al momento in cui inizia la trasformazione.

Prima fase del trattamento

Nel periodo di attesa di tre mesi la sua situazione personale e sociale non è peggiorata. Simon Y arriva puntualmente alla data prefissata. Ha un aspetto imbarazzato, sembra che abbia pianto, e dice soltanto: «Sono qui.» Poiché in questo momento una pausa potrebbe essere deleteria, gli chiedo nuovamente come sia arrivato all'idea dell'ipnosi e che cosa si aspetti da essa. Racconta di precedenti esperienze yoga. Il maestro yoga gli aveva raccontato che l'uomo ha una vita inconscia nel profondo e che talvolta con l'ipnosi si può guardare dietro la maschera. Dico al paziente che queste cose sono vere, ma che guardare dietro la maschera a volte può non essere sufficiente per elaborare ciò che vi è nascosto. Richiamo anche la sua attenzione sul fatto che sia possibile trovare dietro la maschera delle cose veramente terrificanti. Propongo di registrare una seduta di ipnosi per permettergli in un secondo tempo di sentire lui stesso cosa ha detto durante la seduta. Il paziente risponde che trova la cosa spaventosa, rifiuta la mia proposta di trascurare nell'ipnosi certi aspetti particolarmente scabrosi della sua vita e dice: «Se deve essere così, allora che sia tutto»; io credo che possa sopportarlo.

Per mettere alla prova la sua capacità di entrare in trance, iniziamo con gli esercizi di training autogeno, che falliscono perché non riesce a concentrarsi.

[*Commento*]. L'analista curante intende portare alla discussione conscia i ricordi di vissuti con forte carica affettiva, dimenticati o rimossi, recuperati attraverso l'ipnoanalisi, e per questo propone al paziente di registrare su nastro il colloquio tenuto durante l'ipnosi. Naturalmente l'ipnosi perde così il suo carattere di magia e di mistero. Diventa una parte del procedimento psicoanalitico, e in un secondo tempo possono essere elaborati i processi di transfert e di controtransfert che si instaurano. Da questo punto di vista l'introduzione del registratore nella situazione terapeutica permette un ampliamento dell'indicazione adattativa. In tal modo il trattamento preanalitico di un paziente, che ha concluso una fase di preparazione flessibile più o meno lunga, può essere correttamente trasformato, dal punto di vista del metodo, in un'analisi del transfert e della resistenza. A integrazione delle presentazioni fatte in 7.9, l'uso del registratore può essere così commentato:

in questi casi le analisi sono possibili non malgrado l'uso di questo mezzo ausiliario, ma grazie a esso. In una valutazione adattativa delle indicazioni, possono fruire della terapia anche quei pazienti nei quali la diffidenza verso le misteriose capacità dell'analista di influenzarli è così grande che all'inizio portano con sé il loro registratore.

Una settimana più tardi, il paziente inizia il secondo colloquio dicendo che non è cambiato molto. Poi si mette a ridere e dice: «È strano sperare in questo, sebbene mi sia chiaro che è impossibile.» Vorrebbe provare ancora con gli esercizi di rilassamento. Anche questa volta l'esperimento fallisce. Il paziente chiede se è possibile che io registri gli esercizi di rilassamento su nastro, per portarli a casa ed esercitarsi. Con un piccolo sorriso conclude: «Ma continuerò questi colloqui. Può esserne certo!»

Come c'era da aspettarsi, gli esercizi a casa con il registratore non funzionano. Dal momento che ci avviciniamo all'interruzione di Natale, ne parliamo a lungo. Offro al paziente la possibilità di telefonarmi in caso di serie difficoltà. Dopo le feste Simon Y mi racconta che ha trascorso tre bruttissime settimane, si è sentito terribilmente solo, ed è sempre stato assillato dall'idea che la sua vita fosse priva di senso e tutto fosse inutile. Inoltre ha avuto spesso emicranie che lo costringevano a letto. Per il resto del tempo si era occupato del suo cane: «Senza il cane e la prospettiva di venire qui, questa settimana non l'avrei superata.»

Simon Y non ha le idee chiare su cosa cerchi nella vita, su cosa vuole o non vuole o cosa sia più importante nella gerarchia dei suoi desideri. Gli consiglio quindi di compilare una lista di ciò che vuole o non vuole, o vuole di meno. Porta con sé questa lista nel colloquio successivo. Così, stando alla sua lista, si può concludere che ciò che non vuole si riferisce ai compiti o agli ordini che provengono da parte di terzi o dall'autorità. Le cose che vorrebbe dipendono tutte da un miglioramento della sua situazione, dei suoi disturbi fisici, delle sue limitate possibilità di contatti. Un posto ampio occupano nel colloquio anche le sue insicurezze sulla vita. Ne risulta che non può sentirsi a suo agio in nessun ambito. Solo con il suo cane non ci sono problemi, da lui si sente capito senza bisogno di parole.

[*Commento*]. Facendo delle proposte costruttive, l'analista si assume la funzione di Io ausiliario. Il paziente, compilando una lista delle sue mete piuttosto vaghe, può farsi un quadro più corretto. Questa oggettivazione facilita anche la conduzione del colloquio, perché in seguito permetterà di ancorarsi a qualcosa di concreto.

Seconda fase del trattamento

Simon Y parla a lungo dei suoi complessi di inferiorità, che iniziarono già all'asilo e si acuirono a scuola. L'insegnante rinunciava a interrogarlo perché era troppo stupido. Succedeva così dappertutto. Affermo con convinzione che ha una notevole profondità di pensiero. Inoltre l'indagine psicologica aveva dimostrato senza alcun dubbio che non era affatto stupido. Il problema è che da tutte queste esperienze gli è rimasto un complesso di inferiorità che ora bisognerebbe superare.

Oltre ai disturbi di concentrazione e ai sentimenti di inferiorità, parla del suo isolamento, del suo sentimento di solitudine e della pedofilia. Pensa di poter signifi-

care qualcosa per «i ragazzi». Quasi arrossendo aggiunge: «Non sto pensando al sesso ora.» Poi mi tiene una lezione il cui contenuto è che la pedofilia è determinata da una predisposizione naturale non modificabile. Poiché non faccio alcun commento, mi domanda: «Potrebbe essere tutto collegato alla mia gioventù?» La mia risposta è semplice e sintetica: «Credo di sì.»

[*Riflessione*]. Ho in mente il chiaro carattere identificatorio del suo amore per i giovani. È ancora troppo presto per accennare a questo.

Nella seduta seguente Simon Y parla dapprima del sentimento d'insicurezza che ha in tutti i suoi rapporti. Mi chiede nuovamente se questo non dipenda dalle sue esperienze precedenti. Poi gli ricordo che in questa seduta volevamo fare un nuovo tentativo con l'ipnosi. Simon Y risponde sollevato: «Certo, anch'io ho pensato all'ipnosi, ma non osavo proporglielo, perché lei avrebbe potuto pensare che volessi imporre la mia volontà.» Balbetta poi qualcosa di confuso: «Inoltre volevo vedere se l'aveva dimenticato.»

Per indurre lo stato di trance scelgo il metodo del fissare, dal momento che il paziente ha detto in varie occasioni che ha difficoltà a concentrarsi. Dopo un po' di tempo Simon Y raggiunge uno stato di trance lieve. Si vede che non è soddisfatto del risultato perché alla fine dice: «Non ho notato niente.» Intuisco che dubita delle mie capacità. Quando gli dico che spesso all'inizio è difficile, non se ne convince.

Non mi meraviglio che Simon Y venga alla seduta successiva lamentandosi: «Una settimana pessima, non ho fatto niente, un senso di svogliatezza e molti dolori alla testa.» Non gli dico che ciò è dovuto alla delusione dell'ultima seduta, ma propongo di continuare con l'ipnosi. Questa volta entra più rapidamente in trance, ed è più profonda: ricorda l'addio di sua madre, quando fu portato in un istituto per minori nella parte occidentale del Paese. Subito comincia a urlare e riferisce fra i singhiozzi come si sia sentito terribilmente abbandonato. È assolutamente sconvolto per il dolore e si chiede continuamente: «Come può una madre fare questo a un bambino?» Ricorda che alla partenza del treno per l'agitazione e la paura vomitò sui binari, ma sua madre fu inesorabile. È così agitato che gli do la suggestione che quando si sveglierà si sentirà meglio e sarà rilassato. Colpisce come Simon Y dopo l'ipnosi sia calmo e tranquillo; resta un momento in silenzio, poi dice che può ricordarsi tutto. Dopo una pausa dice: «Non riesco ancora a credere di essere in trattamento e che continuerà.»

[*Riflessione*]. Non gli dico che teme che lo mandi via come aveva fatto sua madre. Tale interpretazione in questo momento sarebbe troppo dura da sopportare.

[*Commento*]. L'angoscia di base del paziente, di essere scacciato e respinto e quindi di non avere nessuna sicurezza, nessun punto fermo nella vita, e il suo timore di una ripetizione, hanno indotto l'analista a rafforzare anzitutto la relazione di lavoro e a non dare interpretazioni. A nostro avviso tutto dipende dal contesto in cui si pone l'interpretazione della paura di una ripetizione dell'abbandono. La regola per cui bisognerebbe interpretare l'angoscia nel suo punto di massima intensità viene spesso intesa in relazione al punto più profondo in cui l'angoscia insorge. Se ci si orienta, invece, verso quello che un paziente riesce a controllare, si giungerà ad altri punti d'urgenza in cui ci si potrà muovere all'interno di uno spettro affettivo più ampio. Da

questo punto di vista, secondo noi, è opportuno chiamare la paura del paziente con il suo nome, e contemporaneamente assicurarla della continuità della terapia, per un buon periodo di tempo, per quanto umanamente possibile.

È significativo che egli giunga alla seduta successiva di umore abbastanza buono. È stata una buona settimana, almeno considerando la sua situazione. Dopo le sue frasi introduttive, propongo di continuare con la terapia ipnotica. Non riesce a concentrarsi e suda. Finalmente entra in trance e rivive il periodo dell'asilo. Da qualche parte vi sono anche altri bambini, nessun ricordo preciso. La maestra d'asilo era carina. Simon Y si rivede nel recinto pieno di sabbia e si sente bene. Nessuno lo prende in giro. Dopo questa seduta ipnotica gli chiedo se non si sentiva solo in quel recinto di sabbia, mentre gli altri bambini giocavano insieme. Simon Y mi guarda sorpreso e dice: «Non ha ancora capito che sollievo fosse che gli altri bambini non si occupassero di me? Era proprio questo il bello: essere lasciato in pace. Anche la signorina non era cattiva.»

Racconta che sua madre nel periodo in cui era in quell'istituto di rieducazione gli tolse il suo piccolo orsacchiotto: «Non aveva capito quanto fosse importante per me.» (Penso tra me che in quell'occasione gli sia stato tolto un oggetto transizionale.)

Alla fine della seduta successiva gli do un pacchettino con un piccolo orsacchiotto dentro e dico: «Non è uguale a quell'altro, ma forse è ugualmente carino.» Simon Y sorride per la gioia e senza aprirlo va a casa.

Questa settimana è trascorsa molto bene, le sue emicranie dopo una mezza giornata di riposo sono passate, poi racconta come si è divertito con l'orsacchiotto: «Che pensiero gentile da parte sua!» Poi facciamo ancora una seduta di ipnosi. Questa volta entra subito in trance e in modo piuttosto profondo, un regalo per me. Tace per un po', poi è sempre più teso, deglutisce alcune volte, guarda impaurito e dice che allora non era stato avvertito che sarebbe stato mandato ad Amsterdam. Gli fu solo detto: «È un bene per te, così potrai stare insieme ad altri bambini.» Racconta ora che sua madre e un'assistente sociale della fondazione di assistenza per le vittime della seconda guerra mondiale, che aiutava sua madre, lo avevano portato ad Amsterdam. Si mette a piangere a lungo: «Come ha potuto mia madre fare una cosa simile? Certo, non aveva altra scelta, ma come madre avrebbe dovuto capirmi.» Qualsiasi detenuto in prigione se la sarebbe passata meglio di lui, il detenuto sa perché si trova lì, lui non sapeva perché gli avevano fatto questo. All'istituto aveva imparato a essere ribelle.

Dopo l'ipnosi, in cui giunge a una catarsi, gli chiedo se ha parlato in seguito con sua madre di questo periodo così tremendo. La risposta è decisa: «No. Era assolutamente impossibile. La mamma s'infuriava quando toccavo questo argomento.» Da allora ha anche smesso di parlarne con la madre.

Alla fine di questa seduta Simon Y chiede se non penso si possa proseguire senza l'ipnosi, in quanto non gli sembra che affiori molto di nuovo, e nel frattempo ha imparato a vincere la sua timidezza e a parlare con me più apertamente. Gli do ragione, e aggiungo che, qualora lo desiderasse, potremmo naturalmente fare di nuovo un'ipnosi.

[*Riflessione*]. Il regalo dell'orsacchiotto è un intervento poco comune. Certamente ho pensato a lungo, prima, se fosse il caso di farlo, e se così facendo non stessi «comprando» la simpatia del paziente. Infine l'ho fatto, perché pensavo che fosse positivo per lui avere un segno evidente e tangibile della mia presenza e del mio impegno, e soprattutto perché il trattamento poteva aver luogo solo una volta alla settimana. Il successivo decorso della terapia ha dimostrato che il mio comportamento era giusto: la relazione terapeutica, così, è diventata molto più solida, influenzando chiaramente anche il processo terapeutico.

Terza fase del trattamento

Ultimamente sta meglio, si chiede se il lungo pianto durante l'ipnosi sia stato un modo di rivivere le sofferenze passate o un'abreazione a esse. Rispondo che si tratta di entrambe le cose.

Dopo la pausa di Pasqua racconta molte cose nuove della sua giovinezza, soprattutto riguardo al non aver avuto un padre e ai sentimenti di impotenza e di umiliazione. Nella seduta successiva parla della sua tendenza pedofila. Gli uomini adulti lo disgustano, con le donne non riesce a legare. Il vantaggio dei giovani di quindici-sedici anni consiste nel fatto che una relazione con loro non è impegnativa; non riesce a sopportare un legame. Nello stesso tempo gli dispiace che i giovani crescano e non siano più interessanti; non lo attirano più, e molti si allontanano. È una forma di delusione insita in queste relazioni. Poi si chiede nuovamente quale sia il senso della vita «su questa stella solitaria». Lo lascio parlare a lungo senza fare commenti, e le domande che gli pongo servono a continuare il racconto. Nella seduta successiva il tema è la sua passività. Riesce a stare senza far niente per giorni, poi si annoia terribilmente e si stanca subito. Si arrabbia furiosamente contro sé stesso, ma con la rabbia non riesce a concludere niente. Intanto si è iscritto come sostenitore a un progetto sportivo del suo quartiere. Ma ha fatto di tutto perché la cosa non andasse in porto. Gli parlo della possibilità di una cinesiterapia, e gli chiedo cosa ne penserebbe se gli prendessi un appuntamento. Sorprendentemente, reagisce in modo positivo dicendo che gli sembra una buona cosa.

La settimana successiva s'informa se c'è già qualche notizia per la cinesiterapia. Dice di essere giunto alla consapevolezza di dover impostare diversamente la sua vita, che così non va, e che le cose non si ottengono come un regalo. Gli avevo detto in una delle prime sedute che sarebbe stato un bene se fosse riuscito a muoversi di più, e anche il suo cane ne sarebbe stato contento. Era facile per lui rendersi conto delle sue tristi condizioni. Racconta che nelle ultime settimane ha camminato a lungo ed è andato in bicicletta, per questo ora ha male ai muscoli. È così abituato alla solitudine che non potrebbe sopportare una compagnia continua. Inoltre è nuovamente adirato perché la sua vita trascorre senza senso. Poi sopravviene un nuovo elemento: ha un diverbio con l'amministrazione comunale. Trova assolutamente ingiusto aver ricevuto un secondo avviso di pagamento della tassa sul cane. Simon Y si lamenta con tutte le sue forze dei soprusi delle autorità. E poi il miracolo: senza che se lo aspetti, Simon Y riceve una lettera dal Comune in cui viene esonerato dalla tassa sui cani per motivi eccezionali. Simon Y si compiace del suo successo, e dice che non si trattava tanto di pagare la tassa, quanto di far valere le proprie ragioni.

La mia supposizione che questa lite vinta possa aver rafforzato il suo sentimento di sé, si rivela illusoria. Nelle due sedute successive si lamenta perché si sente solo, perché la sua situazione non ha vie d'uscita e niente ha senso. Ha ricevuto la notizia che all'inizio di luglio potrà abitare in un nuovo appartamento. Anche di fronte a questa offerta si pone in modo ambivalente: «In realtà non ha alcun senso.» Si sente sempre più attratto dai ragazzi. «Non funziona più niente, solo miserie e dispiaceri.» Anche se poco prima avevo avuto notizia che avrebbe potuto iniziare presto la cinesiterapia, non gli dico niente durante la seduta.

[Riflessione]. Penso che comunicarglielo ora lo consolerebbe solo superficialmente, ma in fondo gli sarebbe di ostacolo nel risolvere il suo conflitto. Inoltre siamo alle soglie delle vacanze estive, e mi sembra opportuno tacergli una buona notizia fino a dopo la prima dell'interruzione estiva.

Nella seduta successiva gli dico che dopo la pausa estiva potrà iniziare la cinesiterapia. Risponde: «Se me lo avessero detto un anno fa, non l'avrei accettato. Non

l'avrei creduto. Oggi ho intenzione di continuare.» Poi racconta un sogno: era in carcere, si sentiva di cattivo umore e indifferente a tutto. Quindi, per la prima volta, racconta come arrivò allora al suo reato.

[*Riflessione*]. Penso che questo sogno rifletta la sua realtà, in modo particolare prima delle vacanze, ma anche ora trovo prematuro dare interpretazioni, soprattutto nell'imminenza dell'interruzione estiva.

Simon Y s'informa su cosa farà per le vacanze; lui se le immagina così: Nepal, safari in Africa in un parco naturale o almeno le isole dei Caraibi. Gli dico che passerò le vacanze in un semplice paesino dell'Alto Adige, e gli do anche il mio indirizzo. Simon Y invece non ha programmi: come potrebbe? Solo delle idee vaghe: partirebbe con il suo cane col furgoncino antidiluviano, per un posto molto lontano, forse nel deserto africano. Dopo dice: «Non si preoccupi per me, supererò bene questo periodo.»

Quarta fase del trattamento

Dopo l'interruzione estiva il paziente si presenta apatico alla seduta. Non ha assolutamente voglia di traslocare nel nuovo appartamento. Dopo un po' di silenzio, racconta che quattro settimane fa ha fatto la conoscenza di un giovane di quattordici anni. Questo ragazzo frequenta una scuola speciale per ragazzi con difficoltà di apprendimento e disturbi di comportamento; Simon lo descrive come affettuoso e dipendente. Spesso il ragazzo passa con lui intere giornate; non sono ancora arrivati a rapporti sessuali, anche se il ragazzo è seducente. Facciamo un lungo discorso sui pro e i contro di un'eventuale relazione sessuale con un minorenne. Simon Y è convinto: «Se un ragazzo lo vuole, sarà segno che ne ha bisogno, e non può essere dannoso.» Elenca da sé le difficoltà in relazione alle leggi vigenti: «Se il ragazzo avesse un anno di più la polizia chiuderebbe un occhio.» Dopo che Simon Y ha toccato questo argomento, gli chiedo se i rischi di una tale relazione non lo spaventino. Risponde spontaneamente: ci ha pensato bene, ma nella vita bisogna essere disposti a correre dei rischi, e inoltre questo ragazzo ha già altre esperienze alle spalle, e sicuramente non dirà nulla. Del resto a lui non interessa tanto il contatto sessuale, quanto il sentimento di amore che nutre per questo giovane. «Se lui però mi induce ad avere rapporti sessuali, non so se potrò resistergli», aggiunge.

[*Riflessione*]. Dopo questo colloquio mi è evidente che la relazione terapeutica è talmente consolidata che il paziente riesce a raccontare queste cose senza alcun timore. Mi chiedo, ma non lo dico, se l'inizio di questa relazione non sia dovuto all'interruzione per le ferie.

Dopo alcune sedute Simon Y arriva in studio molto agitato: è stato minacciato in casa sua da un gruppo di ragazzi più grandi. Era comunque riuscito a scappare dalla porta posteriore, e i giovani se n'erano andati. Interrogandolo vengo a sapere che in precedenza aveva avuto rapporti sessuali con uno di loro. Questo ragazzo ora ha una fidanzata, e odia profondamente Simon Y. Approfondiamo l'argomento affermando che questo è uno dei rischi dell'intrattenere rapporti sessuali con i ragazzi, e concludo: «I giovani vogliono avventure e sesso, mentre tu desideri una relazione che non puoi ancora avere con i tuoi coetanei. Avete interessi così diversi che una simile relazione non può darti ciò che ti aspetti. Inoltre può durare solo pochissimo tempo.» Proprio quest'ultima cosa, dice Simon Y, è particolarmente importante; rifiuterebbe una relazione più lunga. Inoltre la pedofilia è una predisposizione che non si può correggere. Rispondo che in futuro ne riparleremo, e che le cose non sono così semplici come se le immagina. Nei due anni successivi questo tema verrà ancora discusso più volte da varie prospettive.

Ho l'impressione, dopo nove mesi di terapia, che la fase di strutturazione si sia conclusa, e che la relazione terapeutica sia così salda da poter passare lentamente alla fase di psicoterapia psicoanalitica. I due periodi, secondo la regola, e anche per questo paziente, non possono essere disgiunti nettamente. L'importante è essere arrivati a un rapporto terapeutico abbastanza stabile, e che il paziente sia pronto e motivato a collaborare. Altrettanto importante rimane il fatto che il passaggio alla psicoterapia psicoanalitica avvenga possibilmente in modo continuo, e durante il trattamento non succeda improvvisamente qualcosa di assolutamente inatteso per il paziente. Non è il caso di sottolineare, in particolare, che le interpretazioni siano dirette sempre sul vissuto, sulla comprensione del momento e sull'insight del paziente.

La meta del trattamento successivo era chiara: dare al paziente la possibilità di trovare un senso nella vita che lui vive come assurda. Sullo sfondo c'è sempre la questione di sapere in che misura abbia una «predisposizione» alla pedofilia. In questo caso viene confermata la nostra esperienza, per cui un reale trattamento dei disturbi psicosessuali manifesti ormai fissati è possibile solo nell'ambito di un trattamento psicoanalitico più ampio. Naturalmente la motivazione ha qui un ruolo di enorme importanza.

Riassunto del trattamento fino al febbraio 19...

Dobbiamo considerare due periodi distinti: il primo, dall'agosto 19... fino all'inizio di ottobre 19..., e il secondo dalla fine di febbraio dell'anno successivo fino al termine di questo resoconto nel febbraio dell'anno dopo. Si ricordi che il trattamento continua tuttora.

Poco dopo l'inizio della prima fase, il paziente si presenta alla seduta con un quaderno di appunti personali. Mi chiede se sono disposto a leggerlo nel corso della prossima settimana. L'elemento centrale di questi appunti è la storia dell'eutanasia del suo cane: era gravemente ammalato, ed era condannato. Per non farlo soffrire Simon Y gli ha somministrato dei sonniferi che aveva messo da parte «per ogni eventualità». Gli appunti mostrano la profondità dei suoi sentimenti, una normale capacità intellettuale e il suo abbandono.

Un tema che caratterizza il primo periodo è il pianto continuo. Da quella volta che durante una seduta di cinesiterapia aveva avuto una crisi di pianto, piange molto nelle sedute. Vede nel pianto un'espressione della sua incapacità, ma sente in sé anche delle violente forze aggressive che lo spaventano. Mi prega ancora di tornare all'ipnosi. Nel corso di questa, è preso di nuovo da un attacco di pianto estremamente intenso, come non aveva più avuto dalle prime sedute. È notevole che il paziente non pianga quasi più, dopo aver discusso questo attacco di pianto sulla base delle ultime esperienze. Altri temi sempre dibattuti sono la sua solitudine e la sua incapacità di stabilire contatti sociali. Seguono poi alcuni piccoli passi, spontanei, dapprima vacillanti, per allacciare relazioni: si presta ad accorrere in soccorso in occasione di un incidente stradale, si offre come aiutante in una pensione per animali. Purtroppo li lo rifiutano, ma si sorprende della sua capacità di rassegnarsi a questo rifiuto senza storie e senza farsene sconvolgere. Il tema della pedofilia, in questa fase, rimane secondario: ogni tanto si chiede perché gli interessino tanto questi giovani. Non è però ancora il momento di parlare liberamente di questo.

Mi meraviglia molto quando nell'ottobre del 19... dichiara di voler sospendere la terapia. Si sente abbastanza autosufficiente e saldo per tentare di proseguire senza terapia. Inoltre racconta che ha preso accordi con una comunità che è disposta ad accoglierlo. È impressionato che, a parte i nostri colloqui, ci siano persone che lo accettino così com'è: anche con il suo cane. Chiede se più avanti dovrà farmi avere sue notizie. La mia risposta è che ne sarei molto contento.

Non a caso, alcuni mesi dopo mi telefona proprio all'ora delle sue sedute. Racconta che un suo conoscente si è tolto la vita in modo molto drammatico. Il giorno dopo viene, e sembra sereno e inaspettatamente sicuro di sé. Trova molto triste il suicidio del suo conoscente. Riesce a farsene un'idea chiara, perché anche lui tempo fa era stato assillato dagli stessi pensieri. Mi chiarisce che tali pensieri non li ha più. Poi racconta della comunità: lì a volte ha dei conflitti, di cui però riesce sempre a parlare. Mi dà l'impressione che il direttore della comunità sia un uomo abbastanza autoritario. Fra le altre cose, fa il nome di una ragazza che vive là; dopo il colloquio, ritorna soddisfatto nella comunità.

È chiaro che il trattamento non è finito, tanto più che la comunità promuove in lui la dipendenza più che l'autonomia. Dopo alcuni mesi ritorna. All'inizio è depresso, perché se n'è andato dalla comunità, lo vede come un fallimento, e solo dopo alcune settimane si accorge che non è una sconfitta, ma una vittoria. Infatti non ha ceduto alle richieste di sottomissione. La coscienza di sé si è rafforzata, anche se ha passato alcuni periodi turbolenti. Ora nella terapia la pedofilia è al centro dell'interesse. Siamo arrivati al momento di chiarire che nei ragazzi cerca sé stesso: si tratta di un amore per identificazione; i ragazzi lo attraggono perché – almeno esteriormente – sono come lui voleva essere allora: indipendenti, liberi, senza legami e senza paure. I giovani amici gli mostrano come siano disturbati dal punto di vista psicosociale: lui riconosce che il comportamento di questi giovani serve quasi esclusivamente a un immediato soddisfacimento delle pulsioni, e loro vedono nei loro simili solo un oggetto per il loro soddisfacimento, senza essere ancora in grado di instaurare un rapporto personale durevole.

[*Commento finale dell'analista curante*]. Nel terminare questo resoconto due questioni centrali emergono dai colloqui: perché è così difficile per Simon Y liberarsi intimamente da questi giovani amici, e perché ha così paura delle donne? Rifiuta i contatti omosessuali. Aggiungiamo ancora che da tempo non ha più rapporti sessuali con i suoi ex amici.

Nel trattamento sono successe molte cose. Simon Y, da molti punti di vista, si è trasformato, come confermano, sbalorditi, anche i suoi conoscenti. Sappiamo ambedue che il trattamento non è ancora finito; la durata dipende dalla meta.

6.2.3 *Adolescenza*

Le crisi dell'adolescenza sono espressione di *riorganizzazioni* e *riordinamenti* (Freud, 1905) che oggi consideriamo dal punto di vista della formazione e della scoperta dell'identità, secondo Erikson. Blos (1962, 1970) descrive invece altri aspetti, come i processi di separazione e di individuazione, mentre Laufer (Laufer e Laufer, 1984) pone al centro dell'attenzione l'integrazione della sessualità. Il giovane, dal punto di vista qualitativo, fa nuove esperienze con sé stesso, con il suo corpo, con i suoi genitori e, non da ultimo, ricercando altre persone al di fuori della famiglia. Questi aspetti non sono molto considerati all'interno della teoria psicoanalitica dell'adolescenza. Il giovane non solo tenta attivamente di influenzare il suo ambiente, ma verifica

nuove strategie in relazione ai suoi conflitti (vedi Seiffke-Krenke, 1985; Olbrich e Todt, 1984). Così Lerner (1984) definisce i giovani come «i produttori del loro sviluppo». Questi dati di psicologia evolutiva sono importanti per la concettualizzazione del processo terapeutico nei giovani, in quanto la tecnica e l'obiettivo terapeutico devono essere formulati in armonia con la dinamica dello sviluppo.

Nella valutazione diagnostica dei disturbi nevrotici dell'adolescenza bisogna considerare che le eventuali «riorganizzazioni» possono essere evitate, bloccate, alterate o ritardate per diversi motivi. La scomparsa, nella nostra civiltà, dei tradizionali riti d'iniziazione rende l'adolescente più solitario e porta a nuove forme di aggregazione. Affiorano perciò in modo prepotente le note scissioni, le oscillazioni di umore e le polarizzazioni. Accanto alla demolizione degli ideali del mondo degli adulti, si nota la ricerca di nuovi modelli. La ribellione e l'ammirazione mutano rapidamente e il terapeuta viene considerato, perlopiù in modo molto critico, come esecutore delle norme familiari e sociali. Spesso le esagerate aspirazioni all'autonomia rendono più difficile accettare consigli e aiuti da un adulto.

I problemi tecnici iniziano con una maggiore propensione all'autosservazione, intesa come disponibilità alla riflessione, che in realtà è un requisito auspicabile per il lavoro terapeutico. Allora il giovane che si osserva di più e tuttavia si isola, non deve opporre resistenza all'invito a esplorare assieme a lui il suo mondo interno; indipendentemente dalla natura del suo disturbo? Lo scetticismo che il giovane porta in terapia non deve essere frainteso come una resistenza in senso tradizionale, soprattutto perché l'insicurezza tipica della pubertà, che ad esempio in passato veniva collegata a processi di maturazione sessuale, oggi ha anche altre forme espressive e altri contenuti.

L'altro aspetto dell'interesse dell'adolescente verso sé stesso è la sua «fame di esperienze». Questa fame non serve chiaramente ad allontanarlo dal proprio mondo interno; questo è un altro dei trucchi della tecnica: non svalutare questa «fame di esperienze» come passaggio all'atto. La meta dell'adolescente è piuttosto quella di accrescere l'autostima di un Sé ancora immaturo attraverso azioni ed esperienze. Autosservazione e fame di esperienze formano quindi i due poli di un generale desiderio di fare esperienze con sé stesso e con il mondo. Erikson (1968), in particolare, ha descritto l'importanza dell'*esperienza* per la soluzione delle crisi di sviluppo nell'adolescenza.

La domanda cruciale è se e come il rapporto con l'analista possa essere usato come un «mezzo per il fine», per facilitare i cambiamenti senza cadere nelle complicazioni dei transfert ripetuti. Blos (1983) considera il transfert nell'adolescenza il veicolo di un processo evolutivo bloccato, per cui definisce «bifronti» i processi di transfert nella terapia degli adolescenti. Con la riattivazione di posizioni infantili, si proiettano sull'analista aspetti delle rappresentazioni di sé e dell'oggetto e, per produrre un'edizione nuova riveduta

e corretta, le vecchie versioni vengono modellate attivamente attraverso il transfert. Il problema è come debba essere interpretato il transfert quando il ragazzo utilizza, per motivi nevrotici, tendenze regressive per bloccare il processo di sviluppo e di separazione. La stessa cosa vale anche in senso inverso: i desideri di transfert rivolti al terapeuta nascondono il pericolo di una ripetizione di esperienze traumatiche, e vengono perciò respinti. È importante allora che l'analista – diversamente da quanto avviene nell'analisi degli adulti – all'inizio, e a volte anche più avanti, *non* si ponga al centro del transfert. Con le conseguenti interpretazioni degli aspetti regressivi del transfert, l'analista si porrebbe al posto delle figure parentali reali e in pratica impedirebbe la separazione. Fra i paradossi della situazione terapeutica ricordiamo un rapido insorgere di reazioni emotive violente, che spesso riflettono un'ansia profonda, per la riattivazione di posizioni infantili di dipendenza. Per questo motivo è molto importante giungere alla «formazione del noi» nel senso di Sterba (1929), così come hanno proposto Aichhorn (1925) e Zulliger (1957).

Perché nella terapia il giovane possa riprendere il processo di sviluppo bloccato, occorre qualcosa di più dell'insight dei meccanismi di difesa. Il suo desiderio di trovare nell'analista una persona che lo aiuti a uscire dall'attuale vicolo cieco deve essere inteso come espressione di aspirazioni tipiche della fase di sviluppo, altrimenti resterà ancorato ad aspettative infantili inconscie. È compito dell'analista differenziare, nella situazione psicoanalitica, passato e presente, mondo esterno e mondo interno, transfert e relazione reale. Se si esaminano le dichiarazioni del paziente non solo come desideri infantili rimossi, ma anche come manifestazioni di desideri tipici della fase di sviluppo, tali espressioni vengono generalmente liberate da implicazioni infantili (Bürgin, 1980).

Sin dall'inizio si tratta di strutturare la situazione psicoanalitica in modo che il ragazzo possa servirsene come di uno spazio per fare delle scoperte. Si tratterà allora di trovare un equilibrio tra *scoprire* e *svelare*. Non è solo la paura della passività e della regressione a spingere il giovane a voler trasformare la situazione psicoanalitica in una situazione *reale*. Quando gli adolescenti pongono delle domande, vogliono avere dei consigli, o semplicemente vorrebbero cercare di scoprire che cosa pensa o sente l'analista quando tentano di provocare le sue reazioni emotive. Tutto ciò avrà anche il significato di attribuire all'analista un'esistenza umana, e quindi in un certo senso di impedire che si trasformi in una figura anonima e onnipotente. In linea di principio il giovane non vuole identificarsi con l'analista nel senso di assomigliargli, ma invece cerca di delimitarsi, differenziarsi, e quindi conoscere la propria identità.

Nella fase iniziale di un trattamento si creano i presupposti per il decorso successivo. In essa deve prodursi una prima consapevolezza delle peculiarità

della situazione psicoanalitica in quanto spazio per la scoperta. Molto dipende dalla capacità del terapeuta di sviluppare sin dall'inizio una comprensione dei timori esistenti nel suo giovane paziente e di tenere ben presente il suo desiderio di ricevere aiuto, il motivo per cui è venuto. Tanto più il paziente è giovane, tanto più ci sarà all'inizio un rapporto reale da cui si svilupperà un transfert che dipenderà dal modo in cui l'analista procede. Si potrebbe dire che il giovane deve scoprire anzitutto come e per che cosa l'analista può essergli utile.

ESEMPIO

I genitori del diciottenne Otto Y fissarono un appuntamento con noi perché da circa tre anni «faceva collezione di scarpe vecchie». Su pressione dei genitori, un anno e mezzo prima aveva partecipato a una terapia di gruppo. Grazie a questa terapia, che per motivi esterni era durata solo sei mesi, era diventato più socievole, e non si sentiva più così abbattuto. Ma non era cambiato il suo «problema delle scarpe». Queste notizie le seppi prima del primo colloquio; Otto Y poteva quindi supporre a buon diritto che fossi informato sul motivo della sua venuta. Il ragazzo, molto alto, mi salutò cordialmente e un po' imbarazzato, con un inchino. Per non aumentare troppo il suo imbarazzo gli dissi che, forse, sapeva già che ero stato informato del suo problema, e gli chiesi di dirmi cosa ne pensasse. Quindi mi espose il suo problema apertamente: «Sono innamorato delle scarpe.» Di fronte a tale rivelazione non solo rimasi sbalordito ma, nel contempo, la trovai particolarmente acuta. Aveva superato abilmente il disagio della situazione, e contemporaneamente mi aveva messo alla prova: voleva cercare di capire se io, come i suoi genitori, volevo portargli via le scarpe e renderlo normale. Dissi: «Immagino che non è sempre facile essere innamorato delle scarpe.»

Quindi cominciai a raccontarmi la storia delle scarpe che colleziona fin dall'infanzia, ma solo scarpe senza stringhe. Si ribella ogni volta che la madre vuole buttarle. Tre anni fa aveva intensificato la raccolta di scarpe vecchie andando a cercarle anche tra i rifiuti (che in Germania vengono raccolti in strada in luoghi prestabiliti dai servizi municipali). Rimase all'inizio in secondo piano il fatto che collezionare scarpe avesse per lui anche un significato sessuale. Mi raccontò che a volte pensava di essere omosessuale, perché non sentiva niente per le ragazze. D'altro canto è chiaro che le scarpe determinavano in modo molto decisivo il suo mondo interno, ma anche quello esterno. Mentre faceva i compiti scolastici, spesso doveva pensare alle scarpe, perdendo così la concentrazione. In ogni caso ci sono ambiti dove funzionava bene, per esempio gli piaceva dipingere nel tempo libero.

Più lo ascoltavo, più mi rendevo conto di quanto fosse bravo e premuroso nel raccontarmi la sua anamnesi. Sebbene potessi sospettare qualcosa della sua inquietudine, il modo apparentemente fluido con cui presentava il suo resoconto mi teneva a distanza. Per questo motivo gli dissi che aveva parlato a sufficienza di sé stesso, che avevo l'impressione che ci fosse ancora qualcosa che attualmente lo preoccupava più dei problemi esposti. Rimase in silenzio per un po', e poi mi raccontò qualcosa della sua terapia precedente. A posteriori, era dell'idea che la terapia lo avesse certamente aiutato, visto che non era più tanto depresso; ma il suo problema con le scarpe non era per nulla cambiato. Ora potevo fargli presente il suo timore di non riuscire a parlare con me delle scarpe, finché avesse avuto l'impressione di venire qui per far piacere alla mamma. Riuscii quindi a parlargli delle aspettative dei genitori, dai quali, nel fissare l'appuntamento, avevo saputo che volevano asso-

lutamente avere un colloquio con me. Supponevo che ne fosse a conoscenza, e perciò gli dissi che sicuramente desiderava essere presente a questo colloquio, per sapere se mi sarei fatto influenzare dalle aspettative dei genitori. Sicuramente voleva servirsi di questo colloquio per scoprire quale posizione avrei assunto nei confronti del problema delle scarpe. Lasciammo in sospeso l'appuntamento per iniziare la terapia, per lasciare a lui la decisione di ulteriori colloqui.

[*Commento*]. Se sia necessario parlare con i genitori dei ragazzi all'inizio di un trattamento psicoanalitico, bisogna deciderlo *caso per caso*. Se il ragazzo si presenta da solo, di norma un coinvolgimento dei genitori diventa problematico, perché potrebbe seguirne una perdita di fiducia. Con i ragazzi più grandi si può senz'altro rinunciare a un colloquio con i genitori, se il ragazzo ha raggiunto un sufficiente grado di indipendenza dall'esterno. Quando si decide di incontrare i genitori, il colloquio dovrebbe avvenire in presenza del giovane paziente. In tal caso consigliamo di non interpretare le dinamiche familiari osservate, ma di limitarsi a indagare sulla situazione attuale e passata della famiglia.

Nel colloquio con la famiglia Otto Y si comportò in modo piuttosto passivo, osservando comunque attentamente ciò che succedeva. Al contrario della madre, che raccontava il «problema delle scarpe» piangendo, il padre non dava l'impressione di essere particolarmente irritato. Le radici dello stretto legame esistente ancora oggi fra madre e figlio risalivano all'infanzia. Il signor Y infatti era stato molto impegnato con il lavoro nei primi anni di vita del figlio, fino a quando egli aveva iniziato la scuola. Ottenni una notizia significativa su come era cominciata questa collezione di scarpe. A quei tempi la madre era molto preoccupata per una grave malattia della figlia maggiore, che rendeva necessaria una delicata operazione. Certamente la signora Y doveva essersi sentita molto sola con le sue preoccupazioni. Si può supporre che Otto Y, il figlio minore, l'abbia confortata molto. Evidentemente questo ostacolò la separazione di Otto durante l'adolescenza. Lo scambio di opinioni a volte violento fra madre e figlio, non solo era un segnale delle difficoltà di separazione, ma sembrava mostrare anche una segreta gratificazione incestuosa con cui Otto Y poteva trionfare, nel suo intimo, sul padre e sul suo mondo. Alla fine del colloquio accennai brevemente che Otto Y si era costruito con le scarpe un mondo a sé, da cui i genitori erano esclusi. Qualcosa di simile avveniva per la terapia. Se Otto Y avesse deciso di iniziare la terapia, per i genitori non sarebbe stato facile accettare di non potervi partecipare.

Nel successivo appuntamento Otto Y si comportò come se il colloquio con la famiglia non avesse avuto luogo. Mi dimostrava così come riusciva ad annullare abilmente le situazioni sgradevoli, costruendosi due mondi: il mondo degli avvenimenti esterni e il suo mondo interiore, che cercava di proteggere dall'intervento di altri. Riusciva così a evitare conflitti con sé stesso e nei rapporti con le persone di riferimento. Fu comunque evidente che si era deciso a proseguire il trattamento. Tuttavia rimaneva riservato e prudente. La sua meta era scoprire se volevo intro-mettermi nei suoi fatti personali. Per questo scelse un argomento particolarmente adatto allo scopo: cominciò a dirmi che voleva diventare obiettore di coscienza, ma

non era ancora del tutto deciso. Guardandomi con la coda dell'occhio, disse che intendeva chiedere consiglio a qualcuno per farsi aiutare a decidere. La sua paura di scoprire di essere veramente omosessuale si fece tangibile. La sua intenzione era facilmente intuibile: voleva sapere come avrei reagito all'argomento «omosessualità» elencando altri particolari che avrebbero dovuto spingermi a chiedere dettagli che rivelassero il mio interesse per le sue esperienze omosessuali. Due anni prima aveva conosciuto in un campeggio estivo uno studente, e questo incontro lo aveva molto turbato. Per la prima volta aveva confessato a quel ragazzo il suo «problema delle scarpe», e dietro suo consiglio aveva anche richiesto una terapia di gruppo. La sua paura di avere desideri di transfert omosessuali era enorme, e aveva due aspetti: da un lato era per lui motivo di preoccupazione che gli lasciassi aperta la possibilità di scoprire se voleva diventare omosessuale, dall'altro aveva paura che lo volessi «normalizzare» secondo le aspettative dei genitori. Per mantenere la seduta psicoanalitica come uno spazio aperto per le sue scoperte, gli dissi che voleva sapere se con me poteva parlare di tutto, anche della sua omosessualità, per spiegarmi com'era e come voleva svilupparsi in futuro. In questo modo gli stavo procurando una frustrazione. Si poteva intuire chiaramente che cercava un aiuto decisionale immediato sia per la sua domanda di obiettore di coscienza sia per la sua eventuale omosessualità.

Inoltre mi mostrava com'era insicuro nel prendere decisioni personali. Sembrava volesse controllare se io, di fronte alle sue paure, avrei reagito diversamente dal padre, dal quale si sentiva abbandonato, e anche diversamente dalla madre, che si intrometteva troppo.

A questo punto, mi rivelò i suoi conflitti «normali». Aveva difficoltà a scuola, per esempio doveva prendere lezioni private di matematica, e anche nella sua materia preferita, arte, si sentiva inferiore agli altri. Il mondo delle scarpe gli offriva un rifugio. Durante i compiti in classe, pensava spesso a come procurarsi il successivo paio di scarpe. Aveva anche paura di essere scoperto dagli altri, o che i genitori potessero osservarlo mentre sedeva con un paio di vecchie scarpe alla scrivania. A questo punto era importante mostrargli quanto soffrisse per essere diverso dai suoi coetanei. Interpretai il suo desiderio di vivere come gli altri giovani che non hanno bisogno della terapia, e collegai il suo legame con le scarpe al legame con i genitori, soprattutto con la madre, che temeva di ferire confessando apertamente la sua passione per le scarpe. Gli dissi dunque che sperava che notassi tutt'e due le cose: la sua parte dipendente dalle scarpe e dalla madre, e la parte che cercava una via per liberarsi e diventare indipendente.

Dapprima questa interpretazione aumentò in lui la tensione emotiva. Tanto più si affidava alla terapia, tanto più gli diventava difficile parlare con me. La sua paura della vergogna venne in primo piano. Con i genitori divenne più aperto, per la prima volta osò dichiarare che cercava le scarpe nella spazzatura. Mi confessò che amava portare a letto con sé le scarpe, ed era questo che disgustava i suoi genitori. Nello stesso tempo negava ogni significato sessuale alla sua passione per le scarpe, e si dichiarava in buona fede. Solo da poco aveva sentito la parola masturbazione, e non ne conosceva il significato. Questo era per me un segnale per non introdurre troppo presto il significato sessuale che per lui avevano le scarpe.

Solo molto tempo dopo venni a sapere che aveva tentato di masturbarsi con le scarpe, ma che aveva smesso perché, a causa di un'eiaculazione ritardata, non riusciva a raggiungere l'orgasmo.

La comparsa di un crescente silenzio risvegliò in me la tendenza a solleccitarlo con domande curiose. Evidentemente, si era formato delle rappresentazioni intense della mia persona, e quindi anche una certa resistenza. La mia curiosità nell'approfondire i particolari del suo feticismo mi portò a capire che non solo voleva coinvol-

germi, ma si aspettava che mi facessi carico del duro lavoro su questo argomento. Ero lo specialista che non si disgustava come i suoi genitori, ma ascoltava tutto. La mia crescente curiosità mi fece capire che lui pensava che avrei assunto la parte di un feticista clandestino. Con i suoi cenni e indugi cercava di incuriosirmi sul suo mondo delle scarpe, riuscendo così a controllare bene la sua eccitazione e la situazione. Ciò nonostante, era ancora troppo presto per affrontare questa dinamica transferale regressiva. Era molto meglio interpretare la sua ambivalenza nei miei confronti, perché rappresentava una protezione contro la regressione. Ripresi quindi la sua idea che io fossi lo specialista che vedeva in lui solo un «caso» strano, e gli dissi che con questa idea cercava di proteggere il suo personalissimo mondo delle scarpe e di tenermi a distanza.

Questa interpretazione era piena di rimproveri a causa della mia delusione, che solo in seguito fui in grado di riconoscere. Anche se sapevo come fosse sensibile ai commenti degli adulti, seppur benevoli, mi sentii offeso dal suo rispondere con «oh, Dio!» alle mie interpretazioni di transfert. Ogni volta che cercavo di mostrargli come viveva la situazione di trattamento, si sentiva messo in castigo «con queste allusioni alla situazione», come le chiamava: «Qui non so proprio cosa devo dire.» Così cominciò a svilupparsi lentamente un gioco di alternanze: lui esprimeva la paura che lo potessi «distruggere» se mi avesse raccontato di più di sé stesso, per poi controbattere le mie interpretazioni all'occasione seguente con un «oh, Dio!» pieno di risentimento e di rimprovero.

Il suo «oh, Dio!» lo intesi come espressione della sua paura che lo obbligassi a vedere le cose dal «mio punto di vista» con le interpretazioni di transfert, come se volessi sotterrare la sua già instabile autonomia. Riconoscere la sua insicurezza e la sua indecisione doveva essere per lui ancora più vergognoso che per altri giovani. Quando riuscii a mostrargli come mi metteva alla prova con i suoi «oh, Dio!» per scoprire se mi offendevo o se invece potevo intenderli come espressione della difficoltà a confrontarsi con le proprie contraddizioni interne, iniziò a raccontare sempre più spesso come fosse critico nei confronti di sé stesso.

Sulla base della sua concezione dei valori, condannò anche la sua passione per le scarpe, che riusciva a mantenere perché la scindeva completamente dalla sua vita quotidiana. Per questo si difendeva anche dalle mie interpretazioni, che mettevano in relazione ciò che egli tentava di tenere separato.

Temeva di essere vincolato dalla terapia. Una serie di esempi mostravano la sua paura di vincolarsi. All'inizio del trattamento si aspettava che lo consigliassi sulla scelta di farsi esonerare dal servizio di leva, poiché interiormente era incapace di prendere una decisione. La stessa cosa successe quando doveva scegliere se dipingere con colori a olio o ad acqua. Gli dissi a questo proposito: «Qui ci sono due aspetti: lei vuol essere chiaro e deciso, ma nello stesso tempo ne ha paura. È qualcosa di grandioso lasciare aperte delle possibilità e non impegnarsi. Si difende contro di me perché teme che voglia vincolarla togliendole qualcosa.» Annui per farmi capire che desiderava i miei consigli e si sarebbe sentito abbandonato se glieli avessi negati. Il desiderio di ricevere consigli serviva a evitare un confronto con il suo mondo interiore e a controllare il timore sempre più intenso di vergognarsi. Quando, dopo una lunga pausa di silenzio, gli dissi che sentiva la cosa come una mia pretesa di mettere allo scoperto i pensieri di cui si vergognava, arrossì. Lo preoccupava il non sapere in assoluto dove la terapia potesse portarlo. Questo aveva un fondamento concreto. Venni a sapere che le sedute lo coinvolgevano al punto che poi camminava per la strada guardando le scarpe. Recentemente ne aveva viste alcune che lo avevano molto affascinato.

Mi sembrò un accenno indiretto alle mie scarpe, e pensai che, qualora avessi fatto presente questa connessione, invece di fargli spazio perché facesse da sé questa sco-

perta, si sarebbe sentito umiliato e si sarebbe difeso. L'occasione fu offerta da uno spostamento di seduta che vorrei qui riassumere sulla base dei protocolli di due sedute che ho scritto a memoria in seguito.

La seduta, anticipata su mia richiesta, iniziò con un insolito silenzio di Otto Y di dieci minuti.

PAZIENTE: A casa ho smarrito un elenco di avverbi inglesi, l'ho cercato disperatamente.

ANALISTA: Forse non parla a caso di questo elenco, perché anche qui cerca disperatamente le parole adatte.

PAZIENTE: Oh, Dio! Ci risiamo con le interpretazioni esagerate. Ciò quadra perfettamente con l'immagine dello psicoterapeuta. Io penso a qualcosa di molto superficiale, e lei subito sospetta qualcosa di profondo.

ANALISTA: Lei è convinto che voglia sempre indagare più a fondo sulla sua passione per le scarpe, e non capisce che oggi il problema di avere spostato la seduta lo ha fatto arrabbiare, forse perché così si sente obbligato ad attenersi alle mie richieste.

PAZIENTE: Certo che mi sono arrabbiato: avevo l'impressione che lei me lo ordinasse. Ma ormai è tutto fatto.

ANALISTA: Così non dobbiamo più occuparci della sua rabbia.

PAZIENTE: A casa spesso mi arrabbio con i miei genitori, spesso solo interiormente; a volte però mi capita di essere disperato, e allora mi metto a strillare, per esempio quando mia madre mi rimprovera perché ho spostato qualcosa; succede spesso, e mi rinfaccia di non essere affidabile.

ANALISTA: Lei spesso anche qui si trova sul punto di strillare, quando sente che la minaccio.

PAZIENTE: Sì, a volte. Perché lei non solo deve essere il mio psicoterapeuta, ma per così dire anche un uomo normale, di modo che io possa conservare la mia dignità.

Mi continuava a frullare in testa il significato ambiguo del termine *verlegen*, usato per indicare sia lo spostamento dell'ora che lo smarrimento dell'elenco di avverbi. Pensavo a come si difendeva con i suoi «oh, Dio!» per non essere dipendente da me come lo era da sua madre. Per questo era costretto anche a protestare contro le interpretazioni di transfert, che mobilitavano i suoi desideri regressivi e contrastavano con il suo desiderio di differenziazione. Mi stava proponendo la seguente figura di riferimento: cercava un elenco di avverbi che aveva smarrito, la madre gli chiedeva di essere ordinato e lo rimproverava perché con il suo disordine si sottraeva al suo controllo. In termini di transfert questo vuol dire che temeva che io potessi assumere il ruolo di una madre esigente, che pretende di sapere tutto e lo imprigiona nelle sue interpretazioni, soffocando così le sue iniziative personali. D'altra parte, se mi avesse trascinato in questo ruolo, avrebbe evitato i contrasti con sé stesso, con i suoi affetti e fantasie, sostenendo che tutto deve essere visto molto concretamente. Certamente esisteva il pericolo che entrambi cadessimo in un circolo vizioso di rimproveri e di ripicche. Per questo era necessario spiegargli bene la sua parte nel transfert. Il fatto che ricorresse all'idea che io dovessi essere un uomo assolutamente normale, indicava il suo disagio nei miei confronti. Questo disagio dipendeva dal suo non sapere quanto esporsi senza cedere ai suoi desideri regressivi. Perciò per lui era anche importante potere stabilire il momento in cui aprirsi con me. Alla fine della seduta accennai al fatto che lo spostamento della seduta aveva evidentemente rafforzato la sua paura di perdere il controllo su di sé, ma anche su di me. Questo lo metteva a disagio al punto che non sapeva più se voleva ancora che io capissi che cosa gli succedeva. Allora vedeva in me uno psicoterapeuta che esagerava nell'interpretare tutto.

Alla seduta successiva Otto Y arrivò esattamente un'ora prima. Poiché non aspet-

tava mai in sala d'attesa, ma bussava puntualmente alla mia porta, non poteva essersi accorto di questo errore. Dal momento che restava in silenzio, cominciai la seduta chiedendogli se avesse notato di essere arrivato in anticipo. In un primo momento era sicurissimo di non essersi confuso, poi rimase sorpreso.

PAZIENTE: Oh, Dio, allora devo essermi totalmente confuso con la seduta di venerdì.

ANALISTA: «Oh, Dio!» in genere viene fuori quando dico qualcosa di fronte a cui lei si difende.

PAZIENTE: Sì (*pausa più lunga*).

ANALISTA: Prima che lei vada avanti, dobbiamo scoprire cosa pensa che potrei fare per farla sentire di nuovo sicuro.

PAZIENTE (*violento*): E già, quello che dico io sparisce sempre nel suo cervello, e non so che fine faccia. In secondo luogo, qui non ci poniamo un obiettivo, neanche parziale, e in terzo luogo temo che perderò anche quel poco che mi rimane di dignità e di stima, se resto qui, sebbene voglia che lei mi aiuti a mantenere la stima di me stesso. Ma di questo abbiamo parlato anche l'ultima volta.

ANALISTA: Mi pare che proprio l'ultima volta avesse l'impressione di perdere la stima di sé stesso.

PAZIENTE (*confuso*): Non so più cosa sia realmente successo. Sono avvenute tante cose nel frattempo: sono stato a una festa di compleanno, hanno organizzato la «Gioventù musicale», e lei ora va a riflettere sul perché non riesco a ricordare.

ANALISTA: Ora capisco come deve essere difficile per lei passare ogni volta da un mondo all'altro. Là c'è il quotidiano e qui c'è la terapia, dove si discute delle scarpe (*il paziente mi interrompe prima che io possa continuare a parlare*).

PAZIENTE: È qui che mi ricordo sempre delle sue scarpe (*mentre dice questo, sorride*).

ANALISTA: Esatto, e affiora il desiderio di possederle.

PAZIENTE: Alla fin fine sì, quando un giorno non le porterà più (*pausa più lunga*).

ANALISTA: Comunque è chiaro che lei rifiuta che io glielo ricordi continuamente.

PAZIENTE: Perché temo che poi scompaia totalmente la mia capacità di rendimento. Ma ci sono due cose che ancora lei non sa. Sin da piccolo mi ripugna l'idea che si uccidano gli animali per ricavarne la pelle. Credo che sia per questo che non posso buttare via le scarpe. Inoltre per me è molto difficile parlare con persone che portano scarpe che mi piacciono, si crea un'attrazione fisica. Se le scarpe non sono di mio gusto è ancora più difficile iniziare una conversazione con chi le porta. Le sue scarpe hanno qualcosa che è molto importante per me, che sta in primo piano, cioè non hanno i lacci.

ANALISTA: Penso che lei non parli solo di scarpe, ma di una nostalgia connessa alle scarpe. Si tratta di quanto sia importante stare vicino a qualcuno. E quando porto delle scarpe che piacciono sia a me che a lei, le sono così vicino che diventa difficile parlare con me.

PAZIENTE: Mentre diceva queste cose, ho sentito dentro di me una sensazione gradevole e una sgradevole. (*Nel congedarsi aggiunge ancora*): Comunque non dimenticherò mai la seduta di oggi.

Con questa seduta si era fatto un importante passo avanti per consolidare l'alleanza di lavoro. Otto Y mi aveva già da tempo segretamente coinvolto nel suo mondo delle scarpe, senza riuscire a parlarne. Si era fatto eccitare e anche frustrare dalle mie scarpe. Ma poiché erano solo le mie scarpe che lo affascinavano sempre di più, si sentiva sempre più dipendente, e allora si vergognava. Lo spostamento della seduta e il suo arrivo in anticipo erano stati per lui un segno penoso di quanto dipendesse da me. Confessarmi tutto questo voleva dire che non ci sarebbero state più barriere fra noi, e che lo dominavo completamente. La mia domanda su cosa dovevamo scoprire per farlo sentire nuovamente sicuro gli dava la possibilità di attaccarmi, e dif-

ferenziarsi così da me. Quando egli stabilì che tutto spariva nel mio cervello e che non c'era uno scopo per allontanarlo dalle scarpe, esprime nuovamente il suo timore di essere completamente nelle mie mani, e quindi di perdere ogni stima di sé. Ritornò perciò a parlare dell'ultima seduta mostrandomi che viveva su due piani, e che aveva ricominciato a escludermi dal suo mondo delle scarpe. Questo significava anche che, spostandosi da un mondo all'altro, tracciava dei confini. Certo si isolava, ma attraverso questo isolamento riusciva a godere le gratificazioni che gli offriva il suo mondo di scarpe. Accennandogli come fosse inquietante spostarsi continuamente fra questi due mondi, quello delle scarpe e quello della vita quotidiana, gli offrivamo anche l'occasione di farmi partecipare direttamente al suo mondo di scarpe, di aprirlo per un momento e quindi di integrare una parte di quel mondo scisso. Non solo mi confessava qualcosa che fino ad allora aveva tenuto segreto, ma anche si identificava parzialmente con me. Dimostrandogli che io portavo le scarpe suddette perché piacevano *a me*, poteva affrontare in questa seduta il conflitto tra il suo desiderio di una vicinanza fisica (per cui voleva possedere le mie scarpe) e il desiderio di delimitarsi (per cui non dovevo dargli le mie scarpe, e dovevo opporre resistenza ai suoi desideri). Cominciò allora ad avere un insight dei suoi conflitti inconsci, in stretta connessione con l'esperienza che aveva fatto con sé stesso e con me durante la seduta. Da questo punto di vista, questa seduta può essere considerata un punto cruciale della terapia. Cominciò a riconoscere che il problema non erano le scarpe in quanto tali, ma ciò che significavano per lui, per esempio il suo desiderio di vicinanza con qualcuno e la sua paura di essere soggiogato dall'altro in tale vicinanza. Nel corso delle sedute successive, invece di «oh, Dio!», passò a «ehm» come reazione alle interpretazioni che lo toccavano. Con questo «ehm» si riservava la possibilità di dirmi come e perché vedeva le cose diversamente da me, o di iniziare a elaborare quanto aveva detto. Viveva le mie interpretazioni non più come un'intrusione da cui doversi difendere, ma come strumenti con cui egli stesso poteva lavorare.

[*Commento*]. Per scoprire in quali condizioni sia scattata in Otto Y la fissazione al feticcio, bisogna ricondurre il fascino del «mondo delle scarpe» alla storia conflittuale delle sue fantasie inconscie e dei suoi desideri libidici, dapprima diretti alle persone di riferimento, e che ora egli cerca di attualizzare. Bisogna partire dai fatti autobiografici: questo paziente dall'età di circa tre anni vive in due mondi, cioè dentro e con l'affascinante feticcio come simbolo che può dare contenuto a tutte le fantasie, immaginazioni e illusioni, e che forse proviene da vari oggetti transizionali. Proprio gli oggetti inanimati, che non disturbano con un'attività propria, si adattano, per la loro illimitata disponibilità, a fungere da schermi di proiezione di tutte le fantasie immaginabili consce e inconscie. In conclusione, liberato dallo sviluppo personale e dalle relazioni interpersonali, il feticcio diventa anche un oggetto sessuale nel senso più stretto della parola. Nel fascino che può sprigionarsi da determinate scarpe si manifesta la grandiosità dell'immaginazione umana. Certo, ciò non toglie che ci siano scarpe belle e brutte, attraenti e ripugnanti. Bisogna considerare che il paziente soffre di sapere che il suo amore è rivolto a un oggetto di cui dispone solo perché è stato ucciso un animale. La pelle gli ricorda sempre l'annientamento della vita, l'aggressività e la distruttività.

È significativo che il fascino provenga solo da scarpe chiuse, mentre le scarpe con legacci rientrano in una categoria negativa, provocano addirittura un certo fastidio. Probabilmente negli occhielli il paziente vede un'inconscia incompiutezza che lo riporta, dal punto di vista dello spostamento della percezione al più piccolo dettaglio, a ogni tipo di danno e di distruzione. Le scarpe chiuse riconducono alla completezza, che tuttavia è oscurata da una colpa: l'uccisione degli animali.

In senso psicodinamico, bisogna tenere presente che il timore del paziente di poter diventare omosessuale – suscitato in lui da una stretta amicizia con uno studente con il quale si confidava – è un'ulteriore espressione del suo legame con il feticcio che blocca la sua evoluzione. Questo legame ha evidentemente ristretto del tutto il suo campo di interesse eterosessuale e ha portato a un'assenza di impulsi puberali che preoccupa sia lui che gli altri.

Questa descrizione psicodinamica, che abbiamo preferito lasciare sulle generali, integra aspetti molto importanti della teoria psicoanalitica del feticismo e nello stesso tempo rimane aperta a tutti i particolari che potrebbero emergere solo nel corso della terapia di questo paziente. La formazione dei sintomi può difendere sia dai conflitti della fase edipica sia da quelli della fase preedipica (Freud, 1927b, 1938; Greenacre, 1953; Stoller, 1985).

Se si tenta di ricondurre a uno stesso minimo comune denominatore i pareri dei più diversi autori sulla psicodinamica del feticismo, le osservazioni si concentrano da un lato sul soddisfacimento pregenitale e androgino e dall'altro sulla tematica del controllo e dell'esercizio del potere. Spesso il feticcio, successivamente sessualizzato, trae origine da un oggetto trasferale a cui sono anche collegati un intenso soddisfacimento e una certa sicurezza che il feticcio emana.

La terapia produce quindi una certa inquietudine, perché il paziente teme che gli si porti via l'oggetto da cui dipendono la sua felicità e la sua sicurezza. In questo modo l'analista si trova di fronte a un dilemma, pur essendone consapevole e sforzandosi di non comportarsi come se fosse un prolungamento dei genitori, incaricato direttamente da loro di eliminare il feticcio e «normalizzare» il paziente. Questa difficile situazione è strettamente legata all'evoluzione del transfert. Specialmente in questo tipo di sintomatologia, alla rivelazione di pratiche perverse si associano profondi sentimenti di vergogna. Il paziente, nonostante gli enormi problemi interiori, riesce gradualmente ad aprirsi. In alcuni momenti tuttavia accade che l'analista interpreti le sue strategie di delimitazione con un tono carico di rimproveri anche senza averne l'intenzione. Il paziente ha sentito un tacito rimprovero quando l'analista ha interpretato che lui non voleva essere vincolato, che voleva lasciarsi aperte delle vie d'uscita e difendersi dall'analista che poteva sottrargli qualcosa. Questo tipo di interpretazione è molto meno frequente, e viene data dagli analisti con tutte le buone intenzioni, affinché i pazienti

capiscano da soli che non gli si vuole portare via nulla e che sono loro ad avere l'infondata paura che potrebbe succedere qualcosa. Invece di fare in modo che il paziente rinunci alla sua resistenza al transfert, in quanto immotivata, consigliamo di analizzare, insieme al paziente, la formazione della resistenza, e cioè il suo insorgere nel «qui e ora», partendo dal presupposto che il paziente abbia dei buoni motivi per essere preoccupato. Un esempio calzante si trova, nella terapia di questo paziente, nella parte del trattamento relativa al momento in cui la confusione mentale cessa. Dopo che l'analista ha chiesto il suo parere su che cosa bisognerebbe fare perché si senta nuovamente sicuro di sé, egli elenca tre punti, che si dovrebbero realizzare in ogni analisi per ottenere dei cambiamenti terapeutici. Ogni paziente dipende molto da ciò che l'analista pensa di lui e da ciò che si prefigge; e l'autostima del paziente è regolata sulla relazione con l'analista. La considerazione dell'analista su come sia difficile per il paziente passare da un mondo all'altro è sufficiente per arrivare alla comunicazione di una fantasia di transfert sulle scarpe dell'analista. Questa indimenticabile seduta ha permesso di rendere manifesto il feticcio nella nevrosi di transfert. Qui l'analista ha operato in modo costruttivo e utile, cosicché si è potuta consolidare l'alleanza di lavoro. Certamente si è stabilita per la prima volta una comunanza, un'affinità di gusti sulle scarpe. Si tratta ora di costruire insieme al paziente, su altri livelli, posizioni che portino fuori dal mondo feticistico. Si può uscire da questo tipo di «scarpa» solo se si sta con un piede dentro e con l'altro piede da qualche altra parte.

6.3 *I familiari*

Come abbiamo detto nel primo volume (6.5), il comportamento dell'analista nei confronti dei familiari deve essere subordinato al principio dell'etica medica e quindi al segreto professionale. Suona meno rigoroso se diciamo, mantenendo la stessa linea, che l'analista è obbligato a lavorare per il benessere del paziente. Ogni trattamento psicoanalitico ha lo scopo di promuovere l'autonomia del paziente. Così si vanno a toccare i legami preesistenti, per cui la psicoanalisi esercita grande influenza anche sul partner e sulla coppia (Freud, 1912b). In situazioni eccezionali, vale a dire quando esiste una patologia psicotica o incombe un serio pericolo di suicidio, è senza dubbio raccomandabile, dal punto di vista giuridico e medico, informare i familiari e giungere, se possibile, a una decisione responsabilmente condivisa da tutti. Ma per il paziente e l'analista vi sono modalità indirette per includere o escludere nella terapia terzi assenti.

Prima di occuparci di alcuni problemi tipici, ci occuperemo di quei trattamenti che si svolgono con soddisfazione di tutti. Prendiamo questo punto di partenza per vari motivi. Veramente negli ultimi decenni non si è tenuto

abbastanza conto del fatto che il miglioramento o la guarigione di una malattia nevrotica o psicosomatica è un processo che offre agli interessati diretti e indiretti momenti più confortanti che angoscianti. Se osserviamo le nostre esperienze su questo argomento, partendo dalla pubblicazione di Thomä e Thomä (1968), una caratteristica delle terapie sostanzialmente prive di complicazioni per i familiari è che i cambiamenti che si realizzano nel paziente allargano lo *spazio vitale comune* e arricchiscono la convivenza. Un'importante premessa è che ci sia una base solida, che è stata compromessa anzitutto dai sintomi nevrotici di uno dei partner. In altre condizioni, quando ad esempio un'unione si è formata o si è mantenuta per le implicazioni nevrotiche di ambedue i partner, il cambiamento dell'equilibrio nevrotico produce notevoli complicazioni. Naturalmente queste vengono registrate negativamente dal partner che non è in terapia. Infatti egli soffre perché, per esempio, il partner che finora era stato molto dipendente diventa sempre più autonomo e si libera da una dipendenza nevrotica.

Esaminiamo ora i trattamenti con meno complicazioni un po' più da vicino e dal punto di vista che, secondo noi, è l'unico appropriato. Bisogna partire da una psicologia tripersonale, che per Balint, nella reale situazione psicoanalitica, si riduce a una diade, per cui noi parliamo di una «triade meno uno». L'assenza reale e la presenza solo virtuale del terzo hanno ripercussioni profonde, e dipende dai tre interessati la soluzione dei conflitti diadici o triadici emergenti. Avere sott'occhio il benessere del paziente consente senz'altro di prestare attenzione al partner, come suggerisce il pertinente titolo del lavoro di Neumann (1987). Queste metafore non devono distogliere dai doveri di un chiaro compito terapeutico. Prestare attenzione (prestare un orecchio) al partner per noi significa soprattutto applicare la conoscenza psicoanalitica dei conflitti triadici (edipici) e diadici (madre-figlio), in modo che il paziente trattato individualmente raggiunga l'autonomia compatibile con un'unione felice. L'obiettivo di una relazione eterosessuale post-edipica è una fantasia utopica, che indica il cammino. In questa utopia si riflette probabilmente un profondo desiderio umano che sembra rappresentato dalla coppia psicoanalitica. Su questa incombono dall'esterno invidia e gelosia. D'altra parte l'analista ha bisogno, proprio durante il dispiegarsi del transfert, anche delle voci di persone estranee alla terapia, sebbene in generale le senta in modo indiretto dalla bocca del paziente. Per questo i familiari spesso sono convinti che l'analista non possa farsi un quadro reale del paziente, di come è in realtà e di come si comporta. Da qui nascono delle tensioni che possono attenuarsi o acutizzarsi. Ognuno dei tre interessati può contribuire al miglioramento o al peggioramento delle tensioni, e la tipologia delle complicazioni dipende dall'atteggiamento e dal comportamento di ognuno e dalle reciproche interazioni. Nel primo volume (6.5) abbiamo già

descritto le tipiche combinazioni che si verificano; qui ci limiteremo a un esempio di coinvolgimento di un partner.

La nostra franchezza riguardo alle ripercussioni dell'analisi sul partner, in generale, ci ha portato a fare attenzione se i pazienti usino i loro partner per un transfert negativo. Se si pone attenzione alla suddivisione dei transfert, le analisi si svilupperanno senza complicazioni, e il desiderio dei familiari di parlare con l'analista sarà sempre più raro. Per motivi terapeutici preferiamo in ogni caso che sia il paziente stesso a dare al suo partner informazioni adeguate perché rinunci al desiderio di parlare con l'analista. La faccenda è preoccupante quando il paziente non fa partecipare il partner alle proprie vicende. Per questo, nel comunicare la regola fondamentale, sconsigliamo di raccomandare di non parlare dell'analisi all'esterno. Tale raccomandazione, che in passato si arrivò a considerare quasi un comandamento, porta solo a inutili complicazioni e, perlopiù, si segue solo in modo selettivo. È molto più importante prestare attenzione a che cosa i pazienti raccontano dell'analisi e a quali opinioni del loro analista riferiscono. Anche a causa di componenti masochistiche, in molti disturbi nevrotici con tendenza all'autolesionismo inconsciamente motivato, è essenziale prestare attenzione a come s'impedisce o si permette la partecipazione del partner.

6.3.1 *Un caso di tendenza al suicidio*

Nell'analisi del signor Martin Y, sofferente di sintomi ossessivi, il pericolo di suicidio era circoscritto a situazioni matrimoniali conflittuali, che si sviluppavano quasi esclusivamente in forma subliminale. L'equilibrio instauratosi nel matrimonio aveva portato a evitare qualsiasi coinvolgimento emozionale reciproco. I pensieri suicidi del paziente, nascosti alla moglie, aumentarono a causa del tipico rivolgimento delle manifestazioni affettive contro la propria persona. Nell'analisi del transfert non si riuscì a interrompere questo decorso. Nel matrimonio, che durava da cinque anni, si ripetevano modelli relazionali che si erano radicati nel paziente sin dall'infanzia. La moglie era in parte subentrata alla madre. Come allora, il paziente si chiudeva in una passività ostinata. Sua moglie non immaginava che il suo comportamento rassicurante, consistente nel non chiedere chiarimenti, potesse provocare un rafforzamento dei sintomi. Vedevo con una certa preoccupazione l'imminente interruzione per le vacanze. C'era da temere che le tensioni non espresse dei due partner si acutizzassero in assenza di terapia, e con esse anche la tendenza al suicidio. In questa situazione proposi un colloquio a tre; il paziente si sentì sollevato. Risultò che la moglie, preoccupata per l'isolamento del marito, avrebbe voluto parlare con la analista, ma pensava di non dover disturbare l'analisi.

Per poter comprendere meglio i conflitti di coppia che aggravavano i sintomi, e anche il colloquio preliminare che sarà descritto più avanti, cercheremo in primo luogo di presentare alcune caratteristiche peculiari della personalità del paziente, determinanti per la sua sintomatologia e il suo comportamento nella vita privata e professionale. Sin dal periodo scolastico il signor Martin Y si sforza di essere poco emotivo e perciò crede di dare l'impressione di essere freddo, arrogante e strano. Vive rinchiuso e isolato come in una gabbia. Si ricorda di aver detto spesso da ragazzo: «Ma questa non è vita!» Stranamente, solo dietro stimolazione di altre

persone, anche in lui c'è qualcosa di vivo. Questo succedeva soprattutto in situazioni che si collegavano a un pericolo di vita o alla morte stessa. Vorrebbe evadere, scappare, prendere il suo zaino ed emigrare in una terra straniera esponendosi a pericoli mortali. Sua moglie, con l'aiuto di esempi terrorizzanti, cercava di distoglierlo da tali progetti. Allora pensava ad altre strade che potessero permettergli un'evasione. Sul lavoro, dove aveva fama di ordinato e coscienzioso, faceva di proposito errori grossolani per mettere in pericolo il suo posto di lavoro. Voleva essere cacciato via.

Nei primi mesi di terapia arriva a provocare un incidente d'auto, manca alle sedute di analisi o arriva in ritardo. Quando sente che io mi preoccupo, apparentemente se ne rallegra. Racconta come sia cresciuto al di fuori di qualsiasi manifestazione di sentimenti. Dopo la morte della sorella più giovane i genitori si ritirarono a vita privata, e per molti anni si sentì colpevole di aver causato la morte della sorella. Non ci fu alcuna possibilità di discutere e chiarire le cose con i genitori. Si radicò in lui la convinzione di essere colpevole per aver rovesciato una volta la carrozzina con la sorella dentro; molto più tardi venne a sapere che la sorella era morta per una malattia congenita. Il giorno dei funerali era corso felice incontro a uno zio che amava molto e che veniva da un Paese lontano. Per questo il padre lo aveva picchiato. Per qualche tempo fu balbuziente.

Il paziente piange e sente che è liberatorio far emergere dalla sua infanzia questi ricordi e parlarne. Come si avvicina alla sua aggressività rimossa, lo si capisce da frasi come: «Ora vorrei solo ispirare perché temo che, nell'esprire, possa uscirmi fuori qualcosa di cattivo.» Ora riesce a esprimere uno dei suoi terrificanti pensieri: il non riuscire da molto tempo ad avere rapporti sessuali con la moglie dipende dal suo timore di poterla ferire a morte. Sua moglie, consolandolo, lo aiuta a superare molte cose. Egli descrive la sua infinita pazienza e la sua speranza che un giorno tutto migliorerà.

Si è ridotta la presenza di idee, timori e impulsi ossessivi. Il miglioramento dei sintomi può essere attribuito al chiarimento della storia dei suoi sensi di colpa inconsci. Con la nascita della sorellina gravemente handicappata e con la sua morte, le sollecitazioni pulsionali aggressive furono rimosse. Attribuzioni di colpa espresse o fantasticate, disgiunte dal vissuto relativo a sua sorella, avevano portato a un'aspettativa di punizione, che si ripeteva spesso nella sua vita ed era tormentosa e incomprensibile. Qui si tratta degli effetti dei sentimenti di colpa inconsci come Freud (1916) li descrive in alcuni tipi di carattere.

Una domenica, poco prima dell'interruzione più lunga per le ferie estive, il paziente rimase tutto il giorno a letto. Sua moglie era in viaggio. Lui sognava a occhi aperti. A poco a poco si viene a sapere che covava progetti di suicidio. Tuttavia finiva sempre in una strada senza uscita con i seguenti ragionamenti: non riusciva a decidere se prima doveva divorziare e poi togliersi la vita, oppure se «prima» doveva suicidarsi. La moglie, rientrando alla sera, si spaventò del suo stato, ma si riprese immediatamente e riuscì a distrarlo e a incoraggiarlo. Al momento tutto questo fu di nuovo messo a tacere. Ancora una volta, dopo queste ore drammatiche non si era arrivati né a una spiegazione, né a una discussione.

Dopo questo fatto, ha luogo con il consenso di tutti il colloquio di consultazione. La moglie racconta che suo marito è diventato sempre più silenzioso. Spesso lei è perplessa. Quando gli chiede qualcosa, lui non le risponde, lascia che le «monti la rabbia». Non voleva più fare carriera nel lavoro e ne era anche contento, lei non riusciva a capirne il perché. Lui è – come lei – una persona molto scrupolosa.

Sostengo che ora bisogna arrivare a un chiarimento della situazione incomprensibile per entrambi, del continuo oscillare tra il «voler gettare la spugna» da una parte, cioè «desiderare di essere sbattuto fuori», e dall'altra il bisogno di «fare tutto

in modo assolutamente perfetto». Il paziente, che fino ad allora era rimasto silenzioso, diventa sorprendentemente loquace. Sì, bisogna trovare una nuova soluzione. Tutto si chiarirebbe se abbandonasse la sua professione e facesse qualcosa di nuovo. Subito la moglie tenta di dissuaderlo da questo sfogo pieno di speranza. Dice che così non si riesce a chiarire niente. Pensa ai vari amici che si erano allontanati dal lavoro e alle catastrofiche conseguenze che ne erano derivate. Lui dovrebbe parlare con loro e chiedere cosa sia successo. Invece no, lui non lo fa. È totalmente disperata. Lui non parla mai. Lei comincia a piangere.

Il paziente sta seduto con un'espressione assente e fissa, sprofondato nella sua sedia. Dopo un po' dice che trova ridicolo che lei parli così, e che decida cosa deve fare lui. Lei dice dove si deve andare, cosa lui deve dire, cosa deve fare. A volte per stimolarlo gli dà persino dei calci sotto il tavolo.

La moglie, ulteriormente scossa da questa maniera fredda di giudicarla, si lancia a fare altri rimproveri. Dice che con i genitori le cose vanno nello stesso modo, anche lì parla a malapena e rimane completamente muto di fronte alle domande della madre. Allora parla *lei* per lui, perché la madre le fa pena. Il paziente si infuria nuovamente, dicendo che quando lei parte così, lui non può fare più niente. La stessa cosa succede quando fanno una gita e lei continua a dirgli: «Guarda, non vedi... là e là... come è bello!» Anche lui ha gli occhi. Ora ambedue cominciano a ridere.

In questa pausa di rilassamento, riassumo che il colloquio di oggi si è svolto secondo i soliti binari. *Lei* parla, *lei* risponde, per prima manifesta un sentimento, piange. Si ha l'impressione che *lei* debba parlare, rispondere, piangere per *lui*. La moglie interrompe con una certa violenza: no, questa non è la sua abitudine, ma con il tempo ha dovuto «adattarsi» a farlo. Non vorrebbe assolutamente essere così. Non può essere così, anche perché a volte non sa nemmeno cosa succede a lui. Soprattutto quando suo marito esplode con parole terribili. Le dico che deve essere angosciata, soprattutto quando suo marito esprime la volontà di togliersi la vita, come avviene in questi giorni. È comprensibile che lei reagisca immediatamente e con tutte le sue forze cerchi di tranquillizzarlo e di distrarlo. Sì, per lei sarebbe meglio se il marito parlasse. Naturalmente preferirebbe che uscisse qualcosa di più da lui. Recentemente le era veramente piaciuta la sua reazione. La svegliò un mattino dicendo: «Su, su, non possiamo arrivare tardi!» Era così sicuro, deciso, finalmente prendeva l'iniziativa, ne era stata molto contenta. Non voleva essere sempre il mulo da traino, dominarlo, dovergli dire tutto, addirittura quello che deve indossare la mattina. Irritato il paziente interviene: lui sa benissimo cosa deve mettersi la mattina. Ora *lei* interrompe lui dicendo che è come sua madre. Quando le si dice «metti il vestito nuovo, ti sta così bene!», lei comincia subito con i «ma», ma questo e ma quello, e avrebbe dovuto comprare un altro vestito, questo è troppo caro, troppo caldo ecc. Il padre inoltre non cerca di convincerla dicendole come sta bene. Non si decide nulla. La stessa cosa avviene per il cibo. Ognuno sa bene le scelte da fare, cosa gli piace mangiare, ma non si decide mai. Non si esprime mai chiaramente di che cosa si ha voglia in quel momento. Il paziente si arrabbia: questo è tipico! Sua moglie decide sempre rapidamente. Ora si tratta di non trascurare le esigenze degli altri e di essere d'accordo sulle decisioni. Non si tenta mai una volta di capire cosa c'è dietro. Questo argomento viene discusso con altri esempi della vita quotidiana. In questo modo, dopo molto tempo, i due partner per la prima volta riescono a parlare apertamente e a riflettere sulle loro delusioni. Ambedue si propongono di cercare di interrompere durante le ferie questo circolo vizioso fatto di silenzi, di scaricare sull'altro il proprio ruolo, per poi sentirsi incompresi e ritirarsi sdegnati. Dopo le ferie si viene a sapere che il colloquio a tre ha consentito una maggiore capacità di affrontare i conflitti fra i coniugi. Un'altra conseguenza è che io, nel vissuto del paziente, avrei patteggiato per la moglie, avrei cioè mostrato troppa com-

preensione per le sue angosce, invece di aiutare lui a risolvere le *sue*. Nel transfert avevo difeso la sorella handicappata. Il transfert negativo materno subentrava ora nel lavoro terapeutico. Spesso la madre e la sorella si erano coalizzate contro di lui. Ora il paziente riusciva ad arrabbiarsi e ad esprimere la sua aggressività. Nel periodo successivo diminuirono l'isolamento e le minacce di suicidio; la relazione matrimoniale si liberò in parte dalla tendenza ad agire del paziente.

6.4 *Finanziamento da parte di terzi*

Nel primo volume (6.6) abbiamo esposto, sotto il titolo generale «Finanziamento da parte di terzi», i criteri del rimborso spese di una psicoterapia psicoanalitica da parte della cassa mutua. Nel frattempo però norme analoghe sono entrate in vigore, in Germania, anche presso assicurazioni private, e presso le casse mutue degli impiegati statali, in base a un accordo per sovvenzioni aggiuntive. L'analista curante deve riempire per tutti i suoi pazienti dei formulari di richiesta di addebito spese o, secondo i casi, di compartecipazione, e inviarli alle rispettive casse mutue locali e statali; tali richieste vengono poi valutate da un perito quanto all'indicazione per una psicoterapia psicodinamica, come ad esempio la psicoterapia psicoanalitica. Per quanto riguarda la durata del trattamento, le direttive della cassa mutua obbligatoria (ultima versione del maggio 1990), sono differenti da quelle dell'assistenza in compartecipazione. Anche le disposizioni delle singole assicurazioni private sono differenti.

A livello internazionale il problema del *third party payment* riscuote un interesse crescente (Krueger, 1986). Dalla sintesi presentata nel primo volume si può concludere che gli psicoanalisti tedeschi devono presentare per quasi tutti i loro pazienti delle relazioni per giustificare i procedimenti terapeutici, in accordo con i principi etiologici della teoria psicoanalitica. Il terapeuta deve quindi rendere plausibile, nei confronti dello psicoanalista-perito, che il trattamento previsto potrà portare all'attenuazione, al miglioramento o alla guarigione della malattia nevrotica o psicosomatica in questione, o sarà utile alla riabilitazione. Occorre anche valutare la possibilità di cambiamento del paziente, ossia la prognosi. Nella richiesta allo psicoanalista-perito, che eventualmente potrà *raccomandare* alla mutua di concedere il prolungamento della psicoterapia psicoanalitica pagata dalla mutua, si tratta di fare come nei seminari di tecnica: da un lato conciliare le valutazioni psicodinamiche con i passaggi tecnici, dall'altro segnalare durante il decorso come il paziente reagisca alla terapia, cioè motivare le variazioni della sintomatologia in rapporto al transfert e alla resistenza. La normativa, in modo esplicito, considera importante valutare le regressioni in relazione alla loro utilità terapeutica. Il brano relativo, tratto dalle direttive attualmente in vigore, recita:

La psicoterapia psicoanalitica comprende quelle forme di terapia che trattano unitamente alla sintomatologia nevrotica il conflitto nevrotico e la struttura nevrotica che ne è alla base, e che quindi avviano e favoriscono l'intervento terapeutico con il supporto dell'analisi di transfert, controtransfert e resistenza e con l'impiego di processi regressivi.

Questa formulazione mostra che queste norme si basano sulla teoria della psicologia dell'Io. Nella misura in cui è importante una «regressione al servizio dell'Io» per padroneggiare i conflitti psichici in modo da modificare i sintomi, non ci sarà alcun problema per la richiesta di un prolungamento. È però difficile, per molti che fanno tali richieste, motivare un supplemento di trattamento, soprattutto quando supera i tempi usuali per la conduzione di analisi particolarmente profonde, così come Freud esigeva (1914b). Freud collega riflessioni etiologiche con riflessioni terapeutiche, e giustifica la diversa durata dei trattamenti con il fatto che alcuni problemi e alcuni sintomi, benché comparsi in fasi avanzate della vita, si possono risolvere con la terapia solo quando se ne saranno trovate le cause negli strati più profondi dello sviluppo psichico. Nello stesso senso, le norme per l'assunzione dei costi della psicoterapia psicoanalitica esigono una motivazione causale. Le regressioni fine a sé stesse non si accordano con i principi etiologici, né con quelli terapeutici stabiliti da Freud. Baranger, Baranger e Mom (1983) parlano a questo proposito di un pregiudizio molto diffuso di cui è stato vittima il fondamentale punto di vista di Freud sulla *Nachträglichkeit* (vedi 3.3). Se una causa riceve una forza determinante solo retrospettivamente e per influsso di eventi posteriori, si metteranno in dubbio quelle teorie che fanno risalire la causa dei sintomi psichici e psicosomatici successivi alla primissima fase di sviluppo. In tal senso Baranger e colleghi criticano soprattutto la teoria di Melanie Klein. La tendenza molto diffusa a vedere nella regressione in quanto tale il fattore terapeutico decisivo si lega con il trascurare il significato causale di eventi successivi. Un analista che concepisce in tal modo la terapia tenta di arrivare a livelli di regressione sempre più profondi, e incoraggia il paziente a rivivere le prime e più remote esperienze traumatiche. Baranger e colleghi parlano dell'illusione, più volte confutata dall'esperienza, che il raggiungimento di situazioni arcaiche – sia per mezzo di droghe sia per mezzo di regressioni psicoanalitiche sistematicamente promosse – sia sufficiente a ottenere un progresso. Baranger e colleghi citano come esempi di tali esperienze la ricomparsa della simbiosi originaria con la madre, il trauma della nascita, la relazione precoce con il padre, le posizioni schizoparanoide e depressiva del neonato e la nascita del cosiddetto «nucleo psicotico», sottolineando espressamente

che è inutile rivivere un trauma se ciò non si completa con la rielaborazione o se il trauma non è reintegrato nel corso di una storia di vita, o se le situazioni traumatiche originarie non vengono differenziate dal mito storico della loro origine.

La responsabilità medica e scientifica impone di considerare la regressione in analisi, dominata dalla resistenza e dal transfert, dal punto di vista della *padronanza* dei conflitti, alla quale, a nostro avviso, occorre subordinare il concetto di rielaborazione. Altrimenti si risvegliano false speranze e si stabiliscono dipendenze iatrogene che a volte diventano vere e proprie regressioni maligne. Secondo la nostra esperienza di psicoanalisti-periti, un indizio frequente di tali decorsi è la constatazione inquietante che nelle richieste di prosecuzione oltre le 160 o le 240 sedute si rischia una ricaduta o persino un suicidio, se la terapia viene sospesa. Senza voler mettere in dubbio che si può giungere a queste situazioni anche in analisi correttamente svolte, vorremmo riassumere in alcune riflessioni le nostre esperienze come curanti e come periti. Sul piano terapeutico è determinante cercare di evitare al massimo le regressioni *maligne*. A nostro parere la comprensione della regressione dal punto di vista della psicologia dell'Io comporta che nella seduta psicoanalitica si creino le condizioni migliori perché il paziente venga posto nella posizione di padroneggiare i suoi conflitti. Di questo fa parte anche l'arrivare a una valutazione realistica della propria vita. Per limitare le regressioni maligne è raccomandabile non perdere di vista, nell'analisi di transfert e resistenza, i fattori economici, e perciò una parte essenziale del rapporto con la realtà. Per questo le limitazioni delle prestazioni finanziate dalla mutua di cui il paziente è a conoscenza, possono contribuire a prevenire regressioni maligne. D'altra parte vi sono anche pazienti gravi che, per motivi soggettivi e a causa della limitazione, vengono assaliti da un senso di enorme oppressione, che accresce le angosce nevrotiche. I problemi che derivano da tale situazione, nella nostra pratica, sono stati finora risolti in modo soddisfacente. Come periti abbiamo comunque spesso l'impressione che esista una discrepanza tra la constatazione angosciante che potrebbe accadere qualcosa se la terapia terminasse nel periodo stabilito dalle norme, e la motivazione psicodinamica di questo stato di cose, effettuata con criteri causali e prognostici logicamente comprensibili.

6.4.1 Procedure di richieste mutualistiche

Abbiamo scelto il seguente esempio per una serie di motivi. La «relazione» del medico che ha eseguito la psicoterapia, inviata al perito per la richiesta di accertamento di prestazione obbligatoria per psicoterapia, come pure le richieste di prolungamento, sono state compilate prima che progettassimo di scrivere un trattato, o meglio prima che decidessimo di riprodurre, in questo secondo volume, un modello di procedura di richiesta al di là dei limiti imposti dal regolamento. Le richieste quindi non sono state costruite appositamente a questo scopo. Del resto anche la loro dimensione non è rappresentativa. L'analista che ha scritto queste richieste si è basato su appunti per un seminario di tecnica, e così la sua richiesta di prolunga-

mento è risultata prolissa. L'insolita lunghezza di questa relazione è utile al lettore per orientarsi ampiamente sulla procedura.

In questo caso si è potuto motivare che il prolungamento del trattamento oltre i limiti abituali della prestazione era giustificato sia sul piano etiologico, sia in termini di adeguatezza (rapporto mezzi/meta), remuneratività (rapporto costi/benefici) e necessità. In definitiva, possiamo illustrare abbastanza bene gli effetti delle procedure peritali sul processo psicoanalitico, vale a dire su transfert e resistenza. Dedichiamo a questo importantissimo problema il paragrafo 6.5. Aggiungiamo che con la scelta di questo esempio risparmiamo spazio ed evitiamo ripetizioni: infatti il lettore troverà l'anamnesi in 8.2.1, esposta poi ampiamente nel punto 4 del formulario di richiesta. Possiamo anche rinunciare a rispondere alla domanda che riguarda le informazioni date spontaneamente dal paziente. Infatti il lettore troverà in diversi esempi le lagnanze del signor Arthur Y per i suoi sintomi, facilmente rintracciabili nel presente volume con l'aiuto del Registro dei pazienti. La riproduzione delle informazioni spontanee fornite dal paziente, resa il più possibile alla lettera, è particolarmente importante perché il perito possa ricavare dalle lagnanze del paziente una valutazione della sua sofferenza e metterla in relazione con i restanti punti, in particolare con la spiegazione psicodinamica della malattia.

Nel primo volume abbiamo ampiamente descritto le modalità del finanziamento da parte di terzi. Il paziente con mutua obbligatoria non paga direttamente l'onorario e non riceve alcuna parcella. L'onorario viene inviato all'analista, tramite l'associazione dei medici convenzionati, in base a determinate procedure. Anche l'ammontare dell'onorario per seduta è prestabilito. Quindi nell'assistenza medica convenzionata non si possono stabilire liberamente gli onorari. La faccenda è diversa con un gruppo relativamente piccolo di pazienti che hanno stipulato un'assicurazione volontaria e manifestano al medico il desiderio di essere trattati privatamente. In tal caso il trattamento viene liberamente concordato, e l'ammontare dell'onorario può essere pattuito caso per caso. Il paziente si rivolgerà allora, per il rimborso delle spese, alla sua assicurazione. Quindi, per la prestazione tramite mutua privata l'analista non si trova in un rapporto contrattuale con l'assicurazione. Anche in questo caso è necessaria la presentazione di una richiesta per dimostrare che le indicazioni e la gravità della malattia rispondono alle direttive generali, cioè che esiste una malattia secondo la definizione del sistema assicurativo. Una psicoanalisi per «problemi personali», ad esempio, non è coperta dal sistema assicurativo.

Il signor Arthur Y si era assicurato volontariamente e aveva stipulato un'assicurazione supplementare per coprire eventuali eccedenze di costi. Fu trattato come paziente privato con contrattazione libera dell'onorario. Fu convenuto un compenso di 138 marchi per seduta, completamente rimborsato dalle due assicurazioni. Il trattamento fu così lungo che venne finanziato

da entrambe le assicurazioni, finché non fu più possibile determinare con sicurezza la gravità dei sintomi. Alla fine dei pagamenti da parte della cassa mutua, il signor Arthur Y si pagò da sé altre 120 sedute, a 90 marchi per seduta. A partire da quel momento l'analisi servì soprattutto allo sviluppo della sua personalità e all'arricchimento della sua vita personale. Sebbene non esista un confine netto tra le difficoltà di una persona nell'affrontare la vita e i sintomi di una grave malattia, sono possibili alcune distinzioni. È soprattutto importante, dal punto di vista psicoanalitico, che nel corso della terapia il paziente riconosca la sua partecipazione alla propria vita e la sua influenza sulla propria sintomatologia.

Come già detto, l'analisi del signor Arthur Y proseguì per oltre 300 sedute a spese dell'assicurazione. Possiamo rendere più accessibili al lettore questi argomenti, trattati in generale nel primo volume (6.6), e qui illustrati con esempi. Il caso vuole che il signor Arthur Y faccia parte di quel piccolo gruppo di pazienti che attribuiscono grande importanza al fatto di leggere la relazione dell'analista. Nel primo volume (6.6.2) abbiamo consigliato di compilare le richieste in modo tale che, se il paziente lo desidera, possa leggerle e capirle. Ai pazienti psichiatrici si può anche rifiutare in determinate circostanze di prendere visione della storia della malattia o del rapporto indirizzato al perito (Tölle, 1983; Pribilla, 1980). Rifiutare a pazienti in analisi la visione e la lettura del suddetto rapporto può portare a pesanti conseguenze, perché tali rapporti legalmente non sono considerati parte degli appunti personali dell'analista, che, per via del controtransfert, hanno un carattere privato. Ripetiamo comunque la nostra raccomandazione, a sostegno della quale portiamo un esempio. Il signor Arthur Y, per suo desiderio, prese visione della seconda richiesta di prolungare il trattamento dopo che era stata inoltrata. Al momento della compilazione l'analista curante non aveva considerato affatto tale possibilità, né in generale, né in relazione a questo caso particolare. È sorprendente che solo alcuni pazienti desiderino leggere il resoconto che li riguarda. Il signor Arthur Y lesse nella sala d'aspetto la seconda richiesta di prolungamento, parecchio tempo dopo che l'assicurazione l'aveva approvata. Voleva scoprire se il suo analista si era inteso alle sue spalle con il perito. La relazione terapeutica venne rafforzata dal fatto che il paziente trovò, nella richiesta di prolungamento, la sua descrizione di come si sentiva. Anche la motivazione psicodinamica per il prolungamento gli sembrava comprensibile e corrispondente alle riflessioni fatte insieme con l'analista. Fu particolarmente tranquillizzante per lui che io m'impegnassi a proseguire l'analisi oltre il termine dell'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione, con un onorario *ragionevole* per le sue possibilità.

Nel rapporto del medico al perito secondo il formulario PT 3a/E si attribuisce un'importanza particolare al punto 6, cioè alla descrizione della *psicodinamica della malattia nevrotica*. Da questa risultano le motivazioni della diagnosi, del programma di terapia e della prognosi, trattate rispettivamente ai punti 7, 8 e 9 del formulario.

L'analista richiedente viene richiamato all'importanza del punto 6 – psicodinamica della malattia nevrotica – dall'avvertenza: «La richiesta non può essere elaborata dal perito senza un'esauriente risposta a questa domanda.» E quali sono i criteri che devono essere considerati? Che cosa ci si attende dall'analista curante? Egli deve esporre i fattori condizionanti che intervengono nella genesi dei sintomi nevrotici o psicosomatici, o, rispettivamente, in quanto cause scatenanti permanenti. Al centro c'è la descrizione dei conflitti psichici, in particolare i loro aspetti inconsci, con le conseguenti formazioni nevrotiche di compromesso e sintomatiche.

Occorre inoltre descrivere il momento esatto dell'insorgenza dei sintomi e i fattori scatenanti, risalendo al rapporto con la psicogenesi remota. Nel nostro esempio, a questo punto ci limitiamo essenzialmente alla descrizione del decorso terapeutico, così come risulta dalla richiesta. Per una migliore comprensione citeremo il seguente brano tratto dalla descrizione dei reperti psichici (punto 5a):

Nel colloquio d'urgenza, il signor Arthur Y è angosciato e bisognoso di aiuto. Si sviluppa un transfert positivo che consciamente ho sollecitato per costruire un ponte tra me e il paziente che gli permetta di passare le vacanze di Natale. Prescrivo un preparato benzodiazepinico.

[*Commento*]. La prescrizione del farmaco ha riacceso nel paziente la fiducia nell'analista. È addirittura probabile, conoscendo gli antefatti e il successivo comportamento del paziente, che non si sarebbe nemmeno giunti a iniziare un'analisi senza tale prescrizione. I problemi generali in proposito verranno esposti in 9.10.

Per non diventare dipendente, il paziente prese solo quattro compresse in quattro settimane, cioè fino al momento della compilazione della richiesta. Il disperato stato d'animo depressivo si può spiegare come reazione ai sintomi ossessivi. Alcuni alti e bassi dei disturbi negli ultimi dieci anni sono comprensibili in relazione alle situazioni e, per la forma del loro decorso, non sono assolutamente attribuibili a una depressione fasica.

Nella prima richiesta troviamo la seguente sintesi psicodinamica:

Il paziente giustamente vede nel manifestarsi di un cancro nel fratello minore la situazione scatenante del peggioramento di una sintomatologia fobico-ossessiva esistente già da anni. A causa di questa malattia mortale, nella famiglia si sono attivate vecchie ambivalenze che, per quanto riguarda la loro intensità, sono rimaste

inconscie, e che sono riemerse dalla rimozione in numerosi sintomi. Il paziente è ai limiti della sua capacità di integrazione e teme di diventare pazzo come sua madre. Per difendere sé stesso e gli altri dal peggio, pensa di uccidersi.

Si tratta di un disturbo che lo difende da intense tendenze passivo-femminili. Il carattere del paziente è segnato, in generale, da una forte ambivalenza nei confronti del padre. Sono chiaramente evidenti fissazioni e conflitti anali. Non si riesce ancora a stabilire quale importanza possa avere la struttura depressiva della madre. Nella fase edipica il paziente è stato privato della necessaria conferma fallico-narcisistica, a causa delle eccessive esigenze dei suoi genitori. La conseguenza è stata una forte suscettibilità narcisistica. Il richiamo del padre al servizio militare causò all'inizio un appagamento del desiderio edipico. Il conflitto del paziente consiste soprattutto nel fatto che egli ha assunto in sé l'esigente e duro ideale dell'Io di suo padre, e da allora deve lottare duramente contro i suoi desideri passivi di protezione. Suppongo che la sua paura conscia di una «perversione» perturbante sia una difesa dalle sue tendenze passive. Per esempio, quando accarezza suo figlio sulla testa – cioè quando è tenero e, per identificazione, si sente quello accarezzato – si trasformano ambedue in «diavoli», «accarezzare» si trasforma in «uccidere». Nelle sue angosce di vario tipo, che si manifestano in modo ossessivo, è contenuto un piacere onnipotente: «Se fossi senza fobie, sarei terribilmente arrogante.»

A proposito della *prognosi* (punto 9) viene dichiarato nella prima richiesta quanto segue:

Favorevole, malgrado la durata, almeno per quanto riguarda il peggioramento. Ci si aspetta un importante miglioramento, in modo che venga mantenuta la capacità lavorativa. Ciò che si sa finora della psicogenesi, e soprattutto del decorso di psicoterapie precedenti, fa intravedere che è possibile un sostanziale miglioramento o addirittura una guarigione, perché il paziente è flessibile, e non è un nevrotico ossessivo inaridito, e nelle precedenti psicoterapie vennero trascurate le fantasie narcisistiche grandiose e il transfert negativo, così che perdurò la forza motivazionale della formazione dei sintomi.

MOTIVAZIONE DELLA PRIMA RICHIESTA DI PROLUNGAMENTO DALLA SEDUTA 80 ALLA 160

Per tutte le richieste di proseguimento della psicoterapia sono importanti soprattutto i punti 4, 5, 6, 7 e 8, a cui si può anche rispondere in modo sintetico. L'analista curante deve riferire sulle conoscenze ricavate fino a quel momento sulla psicodinamica della malattia nevrotica (punto 4) e sulla relativa integrazione per la prognosi (punto 5). Di particolare importanza sono il riassunto del decorso della terapia fino a quel momento, e la valutazione della prognosi con il giudizio sulla capacità di regressione, l'intensità della fissazione, la flessibilità e la possibilità di sviluppo del paziente.

Dalla prima richiesta di proseguimento citiamo il seguente riassunto: i nessi tra dati biografici e psicogenetici, cioè i segni precursori della nevrosi ossessiva, sono: esperienze sadomasochistiche nell'infanzia, punizioni rigide nei lavatoi, dove un tempo c'era anche il macello, per via della sua encopresi (oggi, fobia di tipo nevrotico-ossessivo per il colore rosso e per il sangue, con rituali difensivi). In collegio, prime

manifestazioni di alcuni pensieri ossessivi: un educatore brutale da un lato, un seduttore omosessuale dall'altro. Da ragazzo aveva idee di grandezza identificandosi con Hitler, mentre identificava la sua impotenza e le angherie subite con gli «sporchi ebrei» (si sentiva un ragazzo ebreo perché non corrispondeva all'immagine desiderata dai genitori e dal suo ambiente). Il fatto che il padre morì in guerra senza essersi riconciliato con lui non gli permise di superare l'ambivalenza e l'idealizzazione. La relazione con la madre depressa segnò tutta la sua vita. Quando riusciva a sedersi soddisfatto, diventava come la madre: apatico e depresso. I sentimenti di colpa per l'odio inconscio verso una madre incapace hanno rafforzato la sua identificazione con lei. Non riusciva a rallegrarsi del suo successo. Recentemente è affiorato un ricordo di un aspetto positivo della madre: aveva un piccolo negozio che le procurava un certo successo e soddisfazione. Ma non si armonizzava con le idee di prestigio della linea paterna.

La relazione di transfert e di lavoro si è sviluppata nel modo seguente.

Era chiaro che seguiva pedissequamente la regola fondamentale, ma evitava la mia reale o supposta sensibilità. Dalla prima consultazione, avvenuta più di quindici anni fa, gli era rimasto un unico ricordo: «Venga alla clinica universitaria», gli avrei detto a suo tempo con accento cecoslovacco. Il professore e direttore della Clinica psicosomatica di Heidelberg era un rifugiato tedesco dei Sudeti! Disprezzo e stima al contempo! La paura di poter offendere, qualora si scoprono reali suscettibilità o si osservino caratteristiche personali, è molto più grande della paura di fantasie di onnipotenza o di impotenza che per decenni si sono formate nel rifuggire da queste dispute personali.

Parto dal presupposto che l'aumento dei sentimenti di sé positivi possa diventare a tal punto una minaccia – per esempio nell'identificazione con Hitler nell'Obersalzberg – da spostare tutto fuori, cioè da scindersi e viverci come estraneo, estraneo nella rappresentazione della percezione ossessiva di suoni sibilanti. I sibili sono legati allo sfrigolio della lama di un coltello, che viene estratto dalla sua guaina e con il quale, nella «situazione scatenante», fu uccisa una pecora. Questi sibili, connessi all'estrazione di un coltello, vengono quindi associati all'uccisione, a fantasie di soppressione. Il paziente accoglie positivamente la mia esposizione sulla proiezione della sua onnipotenza/impotenza sui sibili e sull'agnello vittima, e sottolinea che queste riflessioni gli danno la possibilità di superare l'estraneità di questi pensieri e di imparare a considerarli, seppure contro voglia, come parte di sé.

Il signor Arthur Y si riallaccia al pensiero della sua vecchia quercia, chiedendosi se potrà sopportare tutto il veleno che gli può spruzzare sotto forma di dubbi. Inoltre, per abbellire l'immagine, aggiunge che non vorrebbe tagliare il ramo su cui è seduto. Poi parliamo della sua riflessione sulla possibilità che io mi ammali o muoia senza portare a termine il trattamento. Questo per lui significa rimanere nuovamente solo, essere abbandonato. La mia idea per lui è nuova: lui non è completamente *dipendente*, cioè non è il bambino dei tempi passati, seduto sul ramo e che cade giù. Di conseguenza si sorprende quando gli faccio notare che si è già conquistato una certa autonomia e che senz'altro ha abbastanza forza per reggersi a un altro ramo. Per lui è singolare che io consideri un problema il suo farsi dei rimproveri per avermi infastidito oltremisura. Stabilisco un parallelo con la malattia di sua sorella e poi con la lunghissima malattia della madre, che gli ha impedito di essere schietto e di esprimere critiche. Si sente responsabile del suicidio della madre, come se con la determinazione mostrata un giorno l'avesse portata alla morte.

Il signor Arthur Y aveva sperato di guarire in venti-trenta sedute. Di fatto nota quanto lavoro deve essere ancora svolto. Dice che non esegue più rituali ossessivi; se però questa volta non guarisce, gli rimane solo il suicidio. Si esprime come se io gli addossassi «la colpa» di questo. Riprendo allora le mie precedenti spiegazioni sulla terapia e sottolineo la mia *partecipazione emotiva* e la mia *corresponsabilità*. Interpreto la sua idea di vedermi *impassibile* come un medico del reparto di cure intensive che non si lascia sconvolgere dall'agonia, come espressione del suo desiderio di rendermi un oggetto eterno e immortale. Il fatto che gli venga attribuita la colpa deve renderlo profondamente furioso.

I contenuti sadomasochistici, dal punto di vista sintomatico, si ricollegano con il crocifisso e con il sacrificio di Isacco da parte di Abramo. Risulta evidente anche nel transfert che queste raffigurazioni sono espressione di una difesa del suo desiderio di amore e della sua paura dell'omosessualità. Potremmo arguire che si tratta della sua nostalgia del padre da cui si difende in modo ambivalente.

SECONDA RICHIESTA DI PROLUNGAMENTO DALLA SEDUTA 160 ALLA 240

Dopo la mia dettagliata descrizione dell'anamnesi mi limito, in questa richiesta di prolungamento, a tracciare il decorso terapeutico riassumendo alcuni punti importanti. Dal punto di vista terapeutico si è dimostrato positivo che io abbia rivolto, sulla base delle precedenti esperienze del paziente, tutta la mia attenzione all'analisi psicodinamica del «qui e ora». La rielaborazione psicoanalitica delle oscillazioni dei sintomi, in rapporto ai processi di transfert e alla loro rielaborazione, è veramente illuminante da questo punto di vista: esse devono essere comprese come reazioni terapeutiche negative. Sono sempre al servizio dell'autopunizione, specialmente quando il paziente si è liberato in parte o vorrebbe liberarsi dalla sottomissione e dal masochismo. Poi c'è una rapida inversione nel sadismo e nella ribellione, anche se il signor Arthur Y collega inconsciamente ogni successo e ogni attività a un'enorme paura dell'aggressività e delle sue conseguenze. Questo problema è riconducibile alla madre depressa che limitava la sua espansività. Egli si è soprattutto identificato con i divieti restrittivi del Super-io della madre e della nonna. Per il paziente e per me è stato sorprendente notare che recepiva le mie interpretazioni, contenenti parole come «voglia», «soddisfacimento» ecc., con un senso di meraviglia, e quasi con un po' di spavento. Nello stesso tempo si verificò a poco a poco un'identificazione con il piacere, da me verbalizzata, nel senso dell'interpretazione mutativa di Strachey. In questa occasione si rinnovano le paure della vicinanza e della sessualità, incluse componenti omosessuali che il paziente aveva vissuto in modo traumatico nel rapporto col maestro. Sono soprattutto queste due figure, un maestro sadico e uno omosessuale, le principali che emergono nel transfert, e attorno alle quali si può elaborare qualcosa. Nella costellazione del transfert servono egregiamente da appigli le variazioni di setting. Con effetto liberatorio, vengono discussi anche i problemi sessuali che ha con la moglie a causa della sua regressione anale, e per la confusione che ne deriva tra voglia e orrore della sporcizia. Nelle sue precedenti terapie, ha vissuto tutte le interpretazioni con contenuto sessuale come un'umiliazione. In queste terapie è evidente che le interpretazioni del contenuto erano così centrali da trascurare l'aspetto autopunitivo.

Un altro ambito importante è quello dei tentativi del paziente di recuperare qualcosa viziando i figli tramite identificazione. Questi processi lo hanno portato a essere estremamente inibito e a limitare il suo campo d'azione, sentendosi in colpa perfino quando, qualche volta, tornava a casa un po' tardi.

Il decorso positivo di questa terapia è facilmente desumibile non solo dalla buona elaborazione dei problemi a cui abbiamo ora accennato, ma anche dal miglioramento dei sintomi. A questo proposito bisogna considerare che il signor Arthur Y riuscì a liberarsi dalla sua dipendenza serale da un'abbondante ingestione di alcool, senza una particolare elaborazione terapeutica. Il suo peso è diminuito di 15 kg, e ha cominciato a praticare dello sport. Da alcuni decenni era dipendente dall'alcool perché pensava di riuscire ad affrontare la giornata e quelle successive solo con questo tranquillizzante conforto. Non riusciva a sedersi senza bere qualcosa. Questa dipendenza lo ha molto oppresso, e si riconduce al fatto che il sedersi tranquillamente gli ricordava la depressione della madre, rimasta per anni in una condizione di totale passività, a volte addirittura in uno stato stuporoso. La sua maggiore libertà si coglie anche nel fatto che le interruzioni del trattamento ora non hanno quasi più causato alcun problema di separazione e, durante la mia assenza, il paziente non ha assunto alcun tranquillante.

RICHIESTA SUPPLEMENTARE DALLA SEDUTA 240 ALLA 300

Il signor Arthur Y ha letto questa richiesta dopo la sua presentazione. Fu sorpreso di poterne comprendere il testo, e lo tranquillizzò il fatto che il prolungamento della terapia fosse comunicato al perito con le argomentazioni che avevamo concordato insieme.

Il richiedente scrive: su richiesta del paziente, a causa dell'intensità del processo terapeutico, e per dare al paziente la possibilità di elaborare lo sfondo inconscio dei suoi sintomi, la frequenza della terapia è stata aumentata da 3 a 4 sedute per settimana. Questo aumento della frequenza ha avuto delle ripercussioni favorevoli dal punto di vista terapeutico: ora le oscillazioni dei sintomi insorgono *ad hoc*, in connessione col transfert, e possono essere subito elaborate.

L'annuncio delle mie ferie estive, dunque l'imminente interruzione, concluse l'evoluzione positiva del paziente. Durante le ferie vi fu una nuova manifestazione dei sintomi ossessivi nelle loro varie forme (paura di poter fare qualcosa al figlio e agli altri membri della famiglia, di vedere nel figlio il diavolo, di porre un'attenzione ossessiva ai suoni sibilanti del proprio linguaggio e di soffrirne). Purtroppo il nesso psicodinamico poté essere riconosciuto e quindi elaborato completamente solo più tardi: ogni volta che il paziente avvertiva impulsi aggressivi, si sentiva inconsciamente come il diavolo, e lo allontanava dalla figura del figlio attraverso il circolo vizioso della formazione dei sintomi. Nel transfert questi impulsi si trasformarono in parole chiave nelle quali si intravede anche il lavoro tematico: l'indifferenza dell'analista, vissuta durante l'interruzione per le ferie, comprende anche la sua indifferenza. Indifferenza e arbitrarietà, in quanto fantasie di potere e di onnipotenza, diventarono sempre più cosce al paziente, mentre i sintomi tornavano in secondo piano. Naturalmente, bisogna qui aggiungere anche le precedenti misure di controllo nevrotico-ossessive con le quali egli riusciva a raggiungere un certo equilibrio. Attraverso la parola chiave «diavolerie», che nel nostro lessico comune assunse un ruolo privilegiato, al paziente divennero sempre più consci i suoi trucchi inconsci, il suo risvolto anale e il suo piacere negli intrighi. Naturalmente egli vedeva questi movimenti emotivi attraverso una lente d'ingrandimento, e di conseguenza i suoi espedienti di autopunizione o di punizione venivano ingranditi. Quanto più aumentava la sua voglia di vivere, tanto più cresceva il suo masochismo. Emerse poi che c'era stato solo *un* periodo di tempo in cui si era sentito bene: durante le vacanze quando, dopo intensi preparativi, finalmente riuscivano bene. Il

periodo delle vacanze era per così dire l'unico momento in cui poteva provare del piacere per «motivi di salute». Questo periodo era diventato così determinante che fu terribilmente abbattuto quando una volta pensò di non poter andare in vacanza per una presunta leggerezza della moglie, che aveva fatto andare in rosso il conto in banca. Invece io mi trasformai nel benestante, nel «King» straordinariamente ricco che può permettersi tutto. In questa operazione il paziente si era reso sproporzionatamente piccolo, aveva esagerato la leggerezza di sua moglie e non aveva considerato le riserve finanziarie che teneva nascoste. In analisi spuntavano l'avidità e l'invidia. Il rapido miglioramento dei sintomi, dopo un insight intensamente vissuto sul piano affettivo, è impressionante. Egli stesso ne trae motivi di speranza, e anche se ora sembra completamente distrutto dalla ricomparsa dei sintomi, non si può non riconoscere un movimento a spirale.

Malgrado la gravità della sintomatologia, la *prognosi* è favorevole perché il paziente è in condizione di rielaborare e di liberarsi.

RICHIEDITA SUPPLEMENTARE DALLA SEDUTA 300 ALLA 360

Questa richiesta si allontana dalle direttive generali perché va oltre le 300 sedute di trattamento, ma ha consentito al perito di giungere a una raccomandazione positiva. Fra i compiti del perito c'è anche quello di interpretare le direttive in modo da applicare i regolamenti al caso particolare:

Il richiedente scrive: l'eccezione consiste nel fatto che, 1) si tratta di una sintomatologia molto grave, che 2) ha potuto essere affrontata positivamente dalla terapia fatta finora, e 3) dal proseguimento dell'analisi ci si può attendere un'ulteriore miglioramento, o si può arrivare persino alla guarigione. Questo ottimismo si giustifica in quanto le seguenti motivazioni psicodinamiche non solo forniscono una spiegazione esauriente della rimanente sintomatologia, ma chiariscono anche il fatto che il paziente si sforza notevolmente di vincere le sue resistenze. Soddisfacente è la collaborazione nell'integrazione di parti della personalità finora scisse. La mia prognosi si basa anche sull'accordo con il paziente, per cui, dopo la cessazione dei rimborsi assicurativi, è disposto a continuare la terapia con i propri mezzi, mentre io, dall'altra parte, sono disposto a continuare il trattamento con un onorario piuttosto ridotto. Abbiamo già preso accordi in proposito. Ritengo giustificato un ulteriore prolungamento, in quanto il paziente avrà certamente bisogno di un periodo più lungo per giungere all'integrazione degli aspetti inconsci dell'Io, che influenzano la sintomatologia ancora presente per via della loro scissione.

Riprendo il punto centrale che è stato elaborato nel precedente periodo di trattamento.

Il paziente aveva sottolineato all'inizio della terapia che la sessualità era l'unico campo in cui non aveva problemi, ma adesso è giunto a un insight essenziale i cui effetti trasformativi non sono trascurabili. A questo proposito devo dire che non ho mai condiviso l'opinione del paziente, ma sono sempre stato molto prudente al riguardo. Il mio punto di vista era che per l'associazione fra analità e sessualità qualsiasi pressione attiva in questa direzione avrebbe dovuto portare a un'umiliazione del paziente e sarebbe stata solo una ripetizione di ciò che già conosceva, e cioè che era stato spinto col naso dentro le proprie feci. La sessualità venne così associata

alla punizione e all'umiliazione. Dopo essersi garantito una soddisfacente autostima in parecchi scontri transferali con me, il paziente ha avuto il coraggio di sferrare un attacco contro l'autopunizione e gli esecutori, con i quali finora si era identificato per difendersi dalla voglia e dalla gioia di vivere. Ha scoperto che nel sottomettersi a una figura sadica della sua infanzia cercava di eliminare in tutti i suoi sintomi fobici e ossessivi, ogni piacere e ogni forma di sensibilità. Quindi omicidi e distruzione nella sottomissione a un Dio onnipotente e ai suoi rappresentanti sulla terra (Hitler, preti, SS ecc.), ai quali nello stesso tempo si proponeva come oggetto di amore.

Le profonde dimensioni di questa identificazione si possono ravvisare anche nei sintomi e nelle fobie più insignificanti, che scomparivano poi quando il paziente si identificava con me come benevola figura paterna.

Non bisogna inoltre trascurare che il paziente ha angosce profonde per via dell'aggressività, che rivolge contro di sé e contro le figure del potere. La ristrutturazione gli ha permesso di affrontare tutti i suoi impulsi libidici e aggressivi con una maggiore tolleranza. C'è un sintomo che permane ancora, e cioè un'ipersensibilità ai suoni sibilanti quando sale il livello di angoscia legata ai processi inconsci. Sulla base di queste motivazioni psicodinamiche, richiedo ancora 60 sedute di trattamento come autorizzazione speciale.

Dopo la cessazione della copertura assicurativa la terapia continuò con riduzione di onorario e di frequenza. Tra me e il paziente c'era l'intesa che l'analisi dovesse servire in primo luogo a eliminare le difficoltà della sua vita, la cui gravità diventava sempre più dubbia. Il proseguimento soddisfacente dell'analisi con frequenza minore, che il signor Arthur Y finanziò con i propri mezzi a 90 marchi per seduta, servì a rendere stabili i sentimenti di autostima. Il giudizio sull'esito positivo si basa su vari criteri. Secondo noi è decisivo che il miglioramento dei sintomi possa essere ricollegato a un processo psicoanalitico che consente la realizzazione di cambiamenti strutturali profondi. Raccomandiamo al lettore di seguire questo processo basandosi sui capitoli di questo volume dov'è esposta l'analisi del signor Arthur Y (vedi registro dei pazienti).

6.5 Relazione del perito e transfert

Tutte le azioni dell'analista devono essere esaminate secondo gli effetti sulla relazione e sul transfert. Se una ricetta viene prescritta oppure no, se viene o no rilasciato un certificato, tutto ciò influenza la relazione tra paziente e analista.

Nel contesto di un notevole peggioramento dei sintomi del signor Arthur Y, l'uso di un certificato da parte dell'analista diventò una piattaforma per la rielaborazione del transfert negativo. L'elaborazione di questo tema si prolungò per diverse sedute; situazioni analoghe si erano ripetute più volte nel corso dell'analisi.

Il signor Arthur Y si è assicurato volontariamente e viene trattato come paziente privato. Per la copertura di eventuali differenze di spese aveva, già da anni, stipulato un'assicurazione supplementare. Ora questa assicurazione gli ha comunicato che il contratto non copre i costi delle prestazioni di una psicoterapia ambulatoriale. In via eccezionale viene presa in considerazione la possibilità di una partecipazione alle spese, se si dimostra l'esistenza di un disturbo per il quale venga consigliata dal medico curante la terapia psicoanalitica, secondo la necessità, la remuneratività e l'adeguatezza. Seguono i brani di due sedute in cui fu discusso il tema:

PAZIENTE: Sì, lei ritorna sempre sull'argomento dell'assicurazione e del certificato che ho bisogno mi faccia. Ho l'impressione che pensi che non debba affidare tutto a lei ma che debba invece guardare in faccia la realtà.

ANALISTA: No, non pensavo a fatti reali precisi, ma a delusioni. Lei aspetta il certificato già da otto giorni.

PAZIENTE: Ho l'impressione che me lo neghi perché non ho detto abbastanza in proposito.

ANALISTA: No, però lei stesso vede che è un punto importante.

PAZIENTE: Mi sorprende che lei consideri la faccenda dell'assicurazione più importante di quanto la consideri io, anche se mi interessa moltissimo. Trovo vergognoso che l'assicurazione mi neghi qualcosa a cui ho giustamente diritto.

ANALISTA: E ora le sarà venuto in mente che anch'io le nego qualcosa per farla arrabbiare.

PAZIENTE: Sì e no.

ANALISTA: Uhm.

PAZIENTE: Per spingermi a dire qualcosa in più al riguardo.

ANALISTA: Lei ha dunque la sensazione di non poter fare più niente da solo, e io ho parlato dell'anelito, di quanto sia bello quando qualcuno prende in mano tutto e se ne occupa al meglio.

PAZIENTE: Una persona.

ANALISTA: Sì, possibilmente qualcuno che sia forte. Sarebbe strano che questo anelito non ci fosse.

PAZIENTE: Sì.

ANALISTA: Forse lei ha ora questo anelito?

PAZIENTE: Naturalmente.

ANALISTA: Questo anelito può condurre inoltre a non mettere in gioco le proprie capacità. Su questo ho richiamato la sua attenzione; e forse lei ha tratto da ciò l'idea che io le negassi questo certificato, o che non volessi fare molto per lei. Anelito, delusione o rifiuto?

PAZIENTE: Sì, quando si è così coinvolti come lo sono io, si spera che possa venire qualcuno a mettere tutto in ordine.

ANALISTA: Sì, certo, e non solo la faccenda dell'assicurazione, ma anche le angosce e tutto il resto.

PAZIENTE: Mi è ben chiaro che in questo ci sia un certo rischio per non mettere in gioco le proprie forze.

ANALISTA: Probabilmente a ciò si può collegare la sua prudenza nel non dire che è una cattiveria che non abbia ancora il certificato dopo così tanto tempo.

PAZIENTE: Sì, in verità avevo l'impressione che lei me lo avrebbe negato per tanto tempo, fino a che non avrei reagito in qualche modo, massicciamente.

ANALISTA: Allora lei, da un lato, ha provato un rifiuto, senza reagire però con forza

contro di me e contro l'assicurazione. Non è lei che ha reagito pesantemente, ma le sue paure e i suoi pensieri.

PAZIENTE: Certo, se ben ci rifletto, mi viene naturale chiedere se il certificato è pronto e se posso portarmelo via. È chiaro.

Il paziente interrompe un silenzio più lungo, e dice che i suoi pensieri sono slittati sul conflitto con il suo capo.

I miei indugi nel consegnargli subito il certificato hanno causato uno spostamento. Ma il paziente torna sull'argomento.

PAZIENTE: Lei mi deve una risposta.

ANALISTA: Sì, stavo riflettendo su cosa potrei dirle ora, e non mi è venuto in mente nulla. Ma la faccenda non è conclusa. Lei vorrebbe sapere se adesso riceverà il certificato.

PAZIENTE: Sì, esatto.

ANALISTA: E così lei è arrivato a un altro punto che rimane in sospeso.

PAZIENTE: Non mi ha ancora dato una risposta: se riceverò questo certificato o no. Ora, sì, o se no quando, glielo chiedo di nuovo.

ANALISTA: Dovrebbe essere già scritto, o lo stanno scrivendo in questo momento (*durante la seduta*), perché è stato dettato prima.

PAZIENTE: Allora me lo darà la prossima volta.

Pongo la domanda se il paziente pensi di non riceverlo in assoluto, ma lui nega. Quindi si sviluppa il sentimento subliminale che il certificato possa essergli negato.

PAZIENTE: Ora sì che arriviamo al punto. Lei potrebbe dire che non ho impegnato a sufficienza le mie forze, e finché non lo faccio... posso aspettare dieci anni, se lo dice lei. Ora ho l'impulso di dire: certificato di merda!

Egli ricorda che la risposta negativa dell'assicurazione ricevuta dopo il ritorno dalle ferie (come il ritardo nella preparazione del certificato) aveva portato a un peggioramento dei sintomi, e da allora è di nuovo tutto più incerto.

Alla fine della seduta riassumo ciò che è avvenuto: per l'impressione di essere esposto a una vessazione, ha accumulato una tale rabbia che per spostamento si è espressa nel peggioramento dei sintomi.

[*Commento*]. L'analista ha avuto bisogno di alcuni giorni per redigere il testo, che ora è pronto in segreteria. In questo periodo si sono sviluppate nel paziente, in modo inconscio, una grande incertezza e ira, che si sono manifestate nei sintomi con il ritorno del rimosso. Per poter ricostruire questo percorso, l'analista ha deliberatamente lasciato in sospeso il paziente nel corso di questa seduta. Anche se lasciare aperta la faccenda ha poi dato i suoi frutti positivi, una tale procedura non è priva di pericoli. È molto rischioso affidarsi al detto «il fine giustifica i mezzi».

L'analista consegna al paziente un certificato non ancora firmato, in cui richiama l'attenzione sul fatto che i vari punti sono già inclusi nella dichiarazione con cui la compagnia di assicurazione si è assunta i costi. Aggiunge che una relazione esauriente verrà rilasciata, se necessario, solo da parte di un medico competente in materia di psicoterapia.

Nella seduta seguente è evidente che il signor Arthur Y si è occupato intensamente della faccenda del certificato.

PAZIENTE: Al suo posto avrei ceduto di più alle richieste della mutua... Avrei provato di più con sottomissione. Forse avrei ottenuto lo stesso. Se l'assicurazione avesse pagato la quota rimanente, la mia tesi sarebbe stata confermata: se ci si sottomette si raggiunge lo scopo. Lei vede le cose diversamente, e io non so ancora bene come formulare la mia domanda scritta, se devo chiederlo come favore o reclamarlo, invece, come mio diritto. Sono convinto di aver diritto a un pagamento di indennizzo.

Il paziente propone ancora altre possibilità di formulazione del testo che deve scrivere di suo pugno alla mutua. È impressionato dal mio parere chiaro e conciso, in cui vede un comportamento esemplare e coraggioso nei confronti di un'istituzione.

ANALISTA: Uhm, uhm... Sono due mondi diversi, lei ha paura che esigendo qualcosa dall'assicurazione potrebbero risentirsi.

PAZIENTE: Se uso una formula sottomessa, avranno pena di me e diranno: ah, povero diavolo! Sarei di nuovo il povero diavolo. Aiutiamo questo povero diavolo, noi, le grandi, potenti assicurazioni. Per questi pochi marchi! Diamoglieli, così potrà mangiare. Ah, sì, questa storia è molto faticosa.

ANALISTA: Lei sa che non ho ancora firmato il certificato.

PAZIENTE: Sì, voglio il certificato così come lo ha scritto.

ANALISTA: Allora lo può spedire lei stesso con una lettera di accompagnamento.

PAZIENTE: Lo voglio così come lei l'ha scritto, lo trovo giusto, lo trovo assolutamente in regola.

Quindi, tenendo particolarmente in vista la procedura generale di presentazione delle domande, gli fornisco alcune spiegazioni sui concetti di necessità, adeguatezza, remuneratività, così come sul concetto di malattia, in base ai quali le casse mutue riconoscono l'obbligo della prestazione o, per meglio dire, quei concetti ai quali si attiene il perito medico nel redigere il suo parere alla compagnia di assicurazione. Sottolineo soprattutto il segreto professionale e l'anonimato delle richieste.

Poi il paziente conclude:

PAZIENTE: Non mi è ancora chiara la mia di formulazione. Forse posso inserire ambedue le cose. Ora mi verrà certo in mente qualcosa. Mi sorprende solo che queste cose possano scuotere tanto il mio stato d'animo, da rimanerne quasi distrutto. Allora cosa succederebbe se avessi una vera crisi, se fossi disoccupato, se perdessi il posto, se avessi delle difficoltà con mia moglie?

ANALISTA: A volte è più facile lottare contro un nemico reale, piuttosto che con un nemico inafferrabile e da cui ci si deve guardare.

PAZIENTE: Oggi lei fa sempre riferimento alla sua persona. Bene, se nei miei sentimenti la vivo come quel maestro, se così fosse, che conclusioni potrei trarre da questa conoscenza? Sono ancora carente, e questo mi rende insicuro.

Il signor Arthur Y riporta ancora al punto centrale il tema della dipendenza e si rende conto dei suoi sforzi per accattivarsi il mio favore.

Menziona il registratore: «Non mi ci sono ancora adattato. Mi sento impotente, indifeso e violentato. [Vedi 7.5.] Forse dipende dal fatto che temo si stabiliscano certi paralleli; forse progredirei un po' se confessassi a me stesso che questa esperienza allora è stata veramente brutta, invece di nasconderla continuamente. Come se non fosse stato così, come se avessi voluto solo rendermi importante.» (Il signor Arthur Y si riferisce all'esperienza con un maestro omosessuale in collegio.)

ANALISTA: È brutto avere tali desideri non soddisfatti e sentire che essi vengono fraintesi senza potersi difendersi e rimanendo semplicemente impotente.

PAZIENTE: E che a uno venga molta rabbia è molto comprensibile.

ANALISTA: Ed è anche comprensibile che lei preferisca minimizzarlo.

PAZIENTE: E ora vorrei chiederle se lei crede che queste esperienze con quell'insegnante abbiano contribuito in modo determinante alle angosce che ho avuto dopo.

ANALISTA: Sì.

PAZIENTE: Questa risposta mi è d'aiuto, un'informazione chiara... Tutto questo fango. Mi viene in mente che è così: mi viene in mente un paragone. Corro, non so dove, immerso nel fango fino alla cintura, e sprofondo sempre più anche se a volte sento il terreno sotto i piedi, ma per me questo è più o meno casuale. Al prossimo passo che faccio non so se sprofonderò nel vuoto... Ora però ho un certo orientamento per continuare a camminare nel fango in qualche direzione... È tutto molto complicato. Nelle parole dedizione e fiducia vedo dappertutto il pericolo di sentimentalismo.

La seduta termina con il tema della nostalgia del padre, dopo che il paziente ha ricordato che i primi sintomi di ansia nevrotica si presentarono nel periodo prepuberale.