

Capitolo 7

Regole

Considerazioni preliminari

Come abbiamo esposto nel primo volume (7.1), la molteplice funzione delle regole psicoanalitiche è determinata dai compiti e dalle mete del *dialogo* psicoanalitico. Per questo, nella discussione riportata nel settimo capitolo del primo volume, abbiamo sostenuto come punto centrale la tesi che tutte le regole devono sempre essere verificate con ogni paziente. Tali verifiche sono necessarie quando ci si chiede se un determinato sistema di regole sia in grado di creare per quel paziente le condizioni ottimali per ottenere cambiamenti terapeutici. Lasciarsi guidare dall'utilità delle regole è un buon punto di partenza per arrivare a un'applicazione flessibile e adeguata a ciascun paziente, e per condurre il dialogo secondo determinate finalità terapeutiche. Dato che le regole sono subordinate al dialogo, riserveremo a quest'ultimo un posto d'onore nel capitolo (7.1).

Per quanto riguarda le associazioni libere, il lettore troverà molti esempi anche negli altri capitoli; ci limiteremo quindi a riportarne (7.2) alcune parti tratte da fasi iniziali. La stessa cosa vale per l'attenzione uniformemente fluttuante (7.3), che verrà descritta considerando le sue oscillazioni in un'ottica retrospettiva.

Se non si affronteranno le inevitabili domande del paziente, presenti in ogni terapia, con la regola stereotipata della controdomanda (che abbiamo criticato nel primo volume), si potrà arrivare a una maggiore flessibilità anche rispetto a questa regola, all'interno del sistema di regole e della loro verifica nel processo terapeutico (7.4).

L'analisi delle metafore e del loro cambiamento nel processo psicoanalitico è particolarmente utile. La loro importanza nel linguaggio della pratica non è da sottovalutare; per questo motivo dedicheremo agli aspetti psicoanalitici delle metafore una sezione a parte (7.5.1). Lo studio scientifico-lin-

guistico di un dialogo psicoanalitico (7.5.2) considera in particolare le metafore e mette fortemente in evidenza come la prospettiva possa essere ampliata in maniera consistente da studiosi di altri campi che studino i testi psicoanalitici. Diventano così possibili riflessioni sullo stile di dialogo, a cui di solito l'analista curante non ha accesso.

I due paragrafi sulla libertà dai valori e sulla neutralità (7.6) e su anonimato e naturalezza (7.7) riguardano problemi con diversi punti in comune, trattati troppo brevemente nel primo volume. Gli esempi mostrano che la soluzione dei problemi qui discussi è di enorme rilevanza per la terapia.

Molti dei nostri esempi derivano da trascrizioni di analisi audioregistrate. In questo capitolo abbiamo riportato numerosi esempi che evidenziano l'influenza della registrazione sul transfert e sulla resistenza. Dopo aver discusso in generale questo tema (1.4), abbiamo validi motivi per riportare esempi emblematici proprio nel capitolo sulle regole. L'intento è di rendere evidente che la situazione psicoanalitica può essere influenzata in modi diversi. L'introduzione di un ausilio tecnico costituisce, come l'effetto delle regole sul dialogo, un punto particolarmente critico da analizzare. Quindi a questo argomento viene riservato uno spazio più ampio, che include la discussione sulle controargomentazioni (7.8).

Senza questa innovazione il presente volume non sarebbe esistito. Le esperienze fatte, straordinariamente istruttive, ci hanno convinti che l'influenza di questo ausilio tecnico si riflette altrettanto criticamente sulla relazione fra paziente e analista e può essere analizzata come tutti gli altri fattori di influenza. Dire che una cosa è stata analizzata, rimanda alla genuina qualità del metodo psicoanalitico, che consiste nel far sì che l'influenza dell'analista e dell'intero contesto diventi oggetto di riflessione comune per entrambi i partecipanti.

7.1 *Dialogo*

Il dialogo psicoanalitico viene spesso paragonato ai dialoghi classici; è quindi logico considerare l'origine della parola. Dialogo, come dialettica, deriva dalla radice greca *dialeghestai*: confrontarsi con la conversazione, riflettere, consigliarsi; in senso transitivo: parlare di qualcosa con altri. La dialettica caratterizza originariamente il dialogo nella sua funzione di consultazione. *Dialeghestai* vuol dire riunirsi e discutere insieme. Dialettico è, secondo Platone, colui che sa domandare e rispondere. Laddove, inoltre, la consultazione nel dialogo sia sottoposta a regole, l'aggettivo «dialettico» serve «alla caratterizzazione dell'uso di tali regole, cioè a una prassi dialogica intesa in senso istituzionale» (Mittelstrass, 1984, p. 14). Non di rado viene citato come modello lo stile del dialogo socratico, con il famoso «so di non sapere». I discepoli di Socrate devono aver sofferto per la superio-

rità del loro ironico maestro. Ad esempio, sembra che Alcibiade abbia esclamato: «Quali nuovi tormenti mi dà quest'uomo! Vuole mostrarmi la sua superiorità in tutto.» Socrate chiamò la sua opera «maieutica». Il suo paragone con l'*ostetricia*, il mestiere di sua madre, sembra incoraggiare alcuni terapeuti a confrontare i loro dialoghi con la maieutica socratica. Si parla a volte in senso metaforico di ostetricia psicoterapeutica, intesa come arte di aiutare a dare alla luce, per sottolineare il nuovo inizio di cui è un elemento importante la conoscenza di sé che produce il cambiamento. Il nostro apprezzamento per le metafore è frenato dalla consapevolezza delle diversità, che ci spingono a mettere in rilievo l'autonomia del metodo psicoanalitico.

Lo stile di dialogo tramandatoci da Platone ci mostra Socrate come una levatrice che sa esattamente dove applicare il forcipe, e che ogni volta anticipa anche il profilo spirituale del bambino che deve venire al mondo: inevitabilmente la modalità di porre le domande determinava le risposte dei suoi discepoli. Socrate educava il suo figlio filosofico, non temeva di inserire nella sua dialettica astuzie da sofista. Se uno psicoanalista formulasse le domande secondo lo stile di Socrate, pilotando le risposte del paziente con il suo stile dialogico, sarebbe accusato di manipolazione. Nella maieutica psicoanalitica è il paziente che determina il succedersi degli avvenimenti; sua è l'iniziativa, e così la prima e l'ultima parola, per quanto fondamentale possa essere il contributo dell'analista nella ricerca delle soluzioni liberatorie dei problemi. Dall'inizio alla fine di una terapia, si tratta di creare le migliori condizioni possibili per aiutare il paziente a cambiare.

Se ad esempio immaginiamo Alcibiade come un paziente, non sappiamo se avrebbe potuto riprendersi rapidamente dopo l'ammissione della sua totale ignoranza e la distruzione della sicurezza in sé stesso. In tutte le forme di sottomissione viene infatti suscitata molta aggressività, che può essere rivolta contro la propria persona e portare ad atti di mortificazione autodepressiva. Nei dialoghi *psicoanalitici* si tratta di creare le migliori condizioni per la spontaneità del paziente e di rendergli possibile un'azione di prova che annunci il cambiamento ricercato. Il ruolo dello psicoanalista è subordinato a questo scopo.

L'ideale del dialogo psicoanalitico consiste nell'acquisire, con la riflessione e la sensazione, una conoscenza di sé e un agire razionale, qualcosa di profondamente radicato nella cultura occidentale. Quindi non si esagera quando si considera l'idea platonica della reminiscenza, dell'anamnesi, precorritrice dell'enfasi freudiana sul ricordo come parte della conoscenza psicoanalitica del Sé e dell'insight. Freud (1915-17, pp. 201 sg.) ha definito il trattamento psicoanalitico una forma particolare di pratica dialogica:

Nel trattamento analitico non si procede a nient'altro che a uno scambio di parole tra l'analizzato e il medico. Il paziente parla, racconta di esperienze passate e di impressioni presenti, si lamenta, ammette i propri desideri e impulsi emotivi. Il medico ascolta, cerca

di dare un indirizzo ai processi di pensiero del paziente, lo esorta, sospinge la sua attenzione verso determinate direzioni, gli fornisce alcuni chiarimenti e osserva le reazioni di comprensione o di rifiuto che in tal modo suscita nel malato. I parenti incolti dei nostri malati, inoltre, cui fa impressione solo ciò che si può vedere e toccare – di preferenza azioni come quelle che si vedono al cinematografo – non trascurano mai di esternare i loro dubbi che «soltanto con dei discorsi si possa concludere qualcosa contro la loro malattia». Naturalmente questo è un modo di pensare tanto ristretto quanto incoerente. Si tratta di quelle persone che sono sicurissime che i sintomi dei malati «non sono altro che immaginazioni». Originariamente le parole erano magie e, ancor oggi, la parola ha conservato molto del suo antico potere magico. Con le parole un uomo può rendere felice l'altro o spingerlo alla disperazione, con le parole l'insegnante trasmette il suo sapere agli allievi, con le parole l'oratore trascina con sé l'uditorio e ne determina i giudizi e le decisioni. Le parole suscitano affetti e sono il mezzo comune con il quale gli uomini si influenzano tra loro. Non sottovaluteremo quindi l'uso delle parole nella psicoterapia e saremo soddisfatti se ci verrà data l'occasione di ascoltare le parole che si scambiano l'analista e il suo paziente (...) Le comunicazioni di cui l'analista ha bisogno, egli le fa solo a condizione che esista un particolare legame emotivo con il medico; ammutolirebbe non appena notasse un solo testimone a lui indifferente. Queste comunicazioni riguardano infatti la parte più intima della sua vita psichica, tutto ciò che, come persona socialmente autonoma, egli deve nascondere di fronte agli altri e inoltre tutto ciò che, come personalità unitaria, non vuole confondere a sé stesso. Voi [ascoltatori della lezione] non potete dunque essere presenti come ascoltatori a un trattamento psicoanalitico. Potete soltanto sentirne parlare, e farete conoscenza con la psicoanalisi – in senso stretto – solo per sentito dire.

Di fronte alla domanda di un ipotetico interlocutore imparziale, che chiede che cosa fa in realtà lo psicoanalista con il paziente, Freud risponde (1926, p. 355) vent'anni più tardi in maniera simile: «Fra paziente e analista non accade nulla, se non che parlano fra loro. L'analista non usa strumenti, non esamina l'ammalato, non gli ordina medicine (...) L'analista riceve il malato in una data ora del giorno e lo lascia parlare, lo ascolta, poi gli parla a sua volta e lo fa ascoltare.» Freud suppone un atteggiamento scettico da parte dell'ipotetico interlocutore: «È come se pensasse: non c'è null'altro? Parole, parole e ancora sempre parole, come dice Amleto» (*ibid.*). Tali reazioni si possono cogliere ancora oggi nei discorsi sulla psicoanalisi, e all'inizio bisogna aspettarsele anche dai pazienti, finché non si convinceranno del potere dei loro pensieri e dell'effetto delle parole.

Anche se Freud ha sottolineato il potere delle parole, riferendosi anche alle emozioni e agli affetti, l'affermazione che nel trattamento psicoanalitico *non avviene nient'altro che uno scambio di parole* ha limitato inutilmente la portata terapeutica e la comprensione diagnostica della psicoanalisi. In realtà per Freud «al principio» non era «il verbo» (la parola), e nella sua teoria dello sviluppo l'Io trae origine dall'Io corporeo. Erano i disturbi *somatici* di pazienti isterici, che erano disponibili alla *talking cure*. Le rappresentazioni di questi malati riguardo l'origine e il significato dei propri sintomi somatici non rientravano nei disturbi sensomotori familiari al neurologo. Freud si trasformò da neurologo nel primo psicoanalista, nel momento in cui rivolse l'attenzione al linguaggio corporeo, all'«espressione» (*mitsprechen*) dei sin-

tomi somatici, lasciandosi condurre da essi, ciò che noi oggi chiamiamo la teoria personale di un paziente sulla propria malattia. Richiamiamo l'attenzione su queste origini per attenuare l'affermazione che il trattamento psicoanalitico altro non è che uno scambio di parole.

Nella relazione fra paziente e analista avvengono molte cose al livello inconscio dei sentimenti e degli affetti, e solo in modo incompleto possono essere chiamate con il loro nome, separate le une dalle altre e sostenute dall'esperienza (vedi Bucci, 1985). Le intenzioni preverbalì che non possono divenire conscie possono essere espresse verbalmente solo in modo approssimativo. In realtà fra paziente e analista avviene molto più di uno scambio di parole. Il «nient'altro che» di Freud si deve intendere come un invito rivolto al paziente a esprimere verbalmente nel modo più completo possibile i propri pensieri e sentimenti. All'analista si consiglia di intervenire nel dialogo con interpretazioni, cioè con mezzi verbali. A dire il vero c'è una grande differenza se l'analista sostiene un dialogo che implica in ogni momento una relazione reciproca, o se alle associazioni libere del paziente, quasi a carattere di monologo, vengono aggiunti in modo interpretativo contenuti di significato latente. Già Spitz (1976) indicò come dialogo (vedi vol. 1, 7.4.3) anche le interazioni non verbali che precedono l'acquisizione della parola. Il bambino, prima di iniziare a parlare, impara ad agire in maniera comunicativa. In epoche sorprendentemente precoci entra con la madre in complessi rapporti sociali, caratterizzati dalla reciprocità (vedi vol. 1, 1.8). Nell'Io corporeo, nelle dimensioni preconscie e inconscie del dialogo psicoanalitico, sono racchiuse molte modalità espressive preverbalì che hanno un rapporto oscuro con l'Io vivente, ma nonostante ciò codeterminano la qualità della relazione fra paziente e analista. Nel quinto capitolo e in 9.10 parliamo in particolare dell'importanza di prendere sul serio, nei trattamenti psicoanalitici, sia come il paziente rappresenta la propria immagine corporea, sia il concetto di corpo delle scienze naturali, e di tollerare la tensione che ciò implica.

Intanto lo studio del dialogo fra madre e bambino ha prodotto molte nuove conoscenze sull'importanza dell'affettività nell'apprendimento linguistico del bambino (vedi Klann, 1979), conoscenze che avranno effetti profondi sulla tecnica psicoanalitica. Non da ultimo, i concetti filosofici di Buber sul *principio dialogico* e sul significato dei «rapporti interpersonali» hanno acquisito, grazie alle ricerche di Stern (1977, 1985), un fondamento nella psicologia evolutiva. Le idee di Buber possono essere fruttuose per comprendere il dialogo psicoanalitico. Ci basiamo su uno studio di Ticho (1974, p. 252):

Se la relazione [terapeutica] viene intesa esclusivamente in termini di transfert e controtransfert e loro comprensione dinamica, si corre anche il rischio che la situazione psicoanalitica si trasformi in un monologo. Se si sostiene un dialogo, un'accurata osserva-

zione del transfert e del controtransfert ci permette di ricostruire l'ambiente del passato. La molteplicità di fattori ambientali infantili può rendere ciò molto difficile. Ma gli analisti, a volte, amano evitare il doloroso coinvolgimento con un paziente che interferisce con la loro necessità di rimanere «indipendenti» dai loro pazienti. In tali situazioni, l'analista porta avanti un monologo, e il conflitto fra dipendenza e indipendenza, probabilmente, si ripeterà nella situazione psicoanalitica.

L'originale confronto di Ticho fra le teorie di Winnicott e di Buber è utile per molti aspetti della tecnica. Nell'interscambio psicoanalitico il «principio dialogico» si avvicina alla conduzione socratica del dialogo, intendendo con ciò il sottomettere l'interlocutore alla ragione mediante l'insight.

La maggior parte degli analisti hanno in mente un modello di dialogo ideale. Dal momento che le regole applicate dagli analisti nella conduzione del dialogo vanno sottoposte a verifica in ogni trattamento, l'imposizione di uno stile di dialogo attraverso una qualche regola può apparire problematica. Nell'attuale fase di sviluppo della tecnica psicoanalitica, più importanti della prescrizione su come si dovrebbe effettuare il discorso psicoanalitico nella sua forma più pura sono i protocolli puntuali e le ricerche empiriche, anche di tipo interdisciplinare, su come l'analista parla con i propri pazienti e che cosa dice. Sebbene l'enfasi sulla differenza fra il dialogo terapeutico e la conversazione quotidiana possa ritenersi generalizzata (Leavy, 1980), bisogna tuttavia stare ancora in guardia di fronte a una definizione troppo semplicistica, perché i dialoghi di tutti i giorni spesso

sono caratterizzati da una comprensione, cooperazione, simmetria nelle posizioni del dialogo e nelle strategie di conduzione del discorso solo apparenti, e in realtà, spesso, non avvengono all'insegna dell'intersoggettività e quindi non portano a cambiamenti essenziali, a conflitti drammatici, alla consapevolezza di essere stato adeguatamente compreso (...) Nei dialoghi quotidiani si agisce e si negozia tacitamente ciò che nei dialoghi terapeutici, tramite la loro cornice particolare e la loro speciale struttura, viene espresso verbalmente in maniera sistematica. (Klann, 1979, p. 128)

Non si può determinare in generale in quale proporzione debbano porsi comunanza e differenza, nel dialogo fra analista e paziente. Da un punto di vista terapeutico è svantaggioso partire dalla differenza e instaurare il dialogo in modo estremamente asimmetrico. Le ricerche empiriche confermano un fatto naturale: le relazioni d'aiuto (*helping alliance*, Lubrsky, 1984) si formano soprattutto quando nascono e si riconoscono concordanze fra i modi di vedere dell'analista e quelli del paziente. Si può anche trattare di fatti all'apparenza piuttosto banali, di cui il paziente non deve essere consapevole. Una relazione stabile può svilupparsi quando vi sono modi di vedere simili, che in qualche modo vengono colti dal paziente. Il detto «il simile ama il simile» trova la sua controparte in «gli opposti si attraggono». Ma il diverso o addirittura il totalmente sconosciuto è alquanto inquietante per la maggior parte delle persone, e a maggior ragione per i pazienti ansiosi. Ne consegue che nella formazione del dialogo terapeutico è logico procedere dalla

familiarità alla non-familiarità. Sebbene il senso comune possa essere una guida ingannevole, tuttavia non conviene rifiutare i processi decisionali che avvengono grazie a esso!

In definitiva analista e paziente vivono nella stessa realtà socioculturale, anche se rispetto a essa possono avere un atteggiamento diverso, cosa che il paziente non tarda a scoprire. Soprattutto sono sottoposti entrambi alle stesse leggi biologiche che determinano il ciclo vitale fra la nascita e la morte. Fin dall'inizio ogni paziente sente che il suo terapeuta non si può sottrarre ai ritmi della natura, e quindi conosce anche tutti i bisogni vitali che lo riguardano sia nel piacere che nel dolore. Questi elementi comuni sono comprensibili di per sé. Il fatto che si parta da basi comuni non accade senza un motivo profondo. Come il paziente venga a sapere che l'analista non è al riparo né dalla vecchiaia né dalle malattie ha notevoli conseguenze.

Nel costruire una relazione d'aiuto l'analista trasmette qualcosa di più generale, che va oltre il ruolo professionale e specifico determinato dai compiti terapeutici. Ne risultano quindi una relazione di reciprocità e un campo ricco di tensione, dalla cui forma dipendono in maniera sostanziale il successo o l'insuccesso di una terapia. Anche se questa affermazione può sembrare banale, è importante che il valore della relazione di reciprocità fra ruolo e persona, e fra intervento e relazione, venga confermato dai risultati della ricerca empirica in psicoterapia, raccolti nella terza edizione del libro di Garfield e Bergin (1986). Per completare la nostra esposizione, nel secondo capitolo del primo volume emerge l'interrogativo se la relazione di lavoro in psicoanalisi, che appartiene a una determinata definizione di ruolo, contenga anche quegli elementi che, secondo Luborsky, determinano la relazione d'aiuto, cioè la relazione terapeutica efficace. Non solo la costruzione della società umana, ma anche la relazione terapeutica si basa in gran parte, come affermò Freud (1932b, pp. 300 sg.) nella sua corrispondenza con Einstein, su ciò che provoca «solidarietà significative tra gli uomini, sentimenti comuni e identificazioni».

I dialoghi illustrano che attraverso il discorso si sviluppano processi essenziali. Questo modo di comprendere rischia di essere tacciato di parzialità se si considera sufficiente descrivere la psicoanalisi come «conversazione» (Flader, Grodzicki e Schröter, 1982). Parola e silenzio, come elementi del discorso strettamente interconnessi, collegano l'azione – il silenzio come assenza di parola e come essere in sé – all'azione del parlare che, di regola, annulla altre azioni. Tra i due partecipanti hanno luogo processi di interscambio decisivi nel dialogo psicoanalitico.

Nel primo volume (8.5) abbiamo illustrato alcuni aspetti che caratterizzano lo stile particolare del colloquio psicoanalitico nella sua a volte estrema polarizzazione in un senso o nell'altro. Diamo qui un esempio dei significati

del parlare e del tacere nel processo psicoanalitico, che clinicamente sono facilmente osservabili e piuttosto familiari.

7.1.1 *Esempio*

Il signor Arthur Y riferisce che sta molto bene, e che quindi è sulla strada giusta. Non sa bene da dove cominciare. Accenna a problemi che riguardano il lavoro e a contrasti con i concorrenti. Rispetto a sedute precedenti, oggi c'è una notevole differenza. Il paziente tace a lungo, preferirebbe addormentarsi.

ANALISTA: Prima lei si sentiva sotto pressione perché pensava a tutti i soldi sprecati quando stava in silenzio per tanti minuti.

Il signor Arthur Y si rallegra per la sua maggiore tranquillità.

PAZIENTE: Sì, oggi mi controllo molto meno, la base è diventata molto più solida. Inoltre non ho più tanti debiti come prima.

ANALISTA: Prima, nelle sue riflessioni finanziarie, trascurava sempre il suo deposito in banca.

PAZIENTE: Sì, mi piace molto la tranquillità che oggi ho portato con me: il mondo non crollerà se mi lascerò un po' andare. Posso farlo senza avere paura che tutto vada all'aria, assillato dalla preoccupazione: dove andrò a finire se lascio che la seduta passi così? Oppure la mia sussistenza economica dipende da questo?

[*Commento*]. A nostro avviso si tratta di un silenzio produttivo, perché il paziente può permettersi l'esperienza di vivere la propria tranquillità, e quindi una certa dose di passività, senza sentimenti di colpa. È più sicuro, ed è in grado di sostenere la prova: può permettersi di utilizzare generosamente il tempo, di superare la paura della povertà e la formazione reattiva dell'avarizia.

7.2 *Associazioni libere*

All'inizio del trattamento il paziente deve familiarizzarsi con la regola fondamentale. Va stabilito, per ogni caso, quali siano le informazioni necessarie sulla molteplice funzione delle regole (vedi vol. 1, 7.2). Da quando alcuni elementi della teoria e della tecnica psicoanalitica sono diventati parte della cultura generale, anche se spesso in forma caricaturale, molti pazienti hanno aspettative più o meno giuste.

7.2.1 *Primo esempio*

La signora Franziska X, all'inizio della prima seduta, parla delle sue ricerche sulla cassa mutua: si informa sulla relazione che dovrà scrivere sul suo conto. Dopo la mia spiegazione, chiede quanto tempo durerà la terapia e manifesta preoccupazione. Suo fratello, che ne capisce qualcosa, ritiene che non finirà prima di un anno. Dopo una breve riflessione le rispondo che non è possibile fare una previsione esatta: dipende da come procederemo.

Quindi la informo sugli aspetti formali del trattamento: lei dovrebbe sdraiarsi sul divano e io mi siederò dietro di lei; deve cercare di comunicarmi tutto quello che le viene in mente. Dopo averle chiesto se ha ancora delle domande – e risponde negativamente – le propongo di cominciare subito.

PAZIENTE: Le posso raccontare subito quello che mi passa per la testa?

ANALISTA: Uhm.

P.: Mi viene subito da pensare alla ninnananna *Sette angioletti stanno intorno a me* (*ride imbarazzata*), per il fatto che è seduto dietro di me, dietro la mia testa. Stanotte ho sognato che volevo venire qui, ma non trovavo né lei, né la stanza giusta. Di sogni gliene posso raccontare senz'altro molti; sogno quasi tutte le notti. Quando mi sveglio di solito me ne ricordo ancora. Ieri mi sono terribilmente arrabbiata. Trascorrevo il weekend a X, dove ho studiato. Là mi piaceva moltissimo e mi arrabbiavo quando dovevo tornare a Ulm, dove è tutto così brutto, non ci sono ragazze carine.

ANALISTA: Sono così importanti per lei?

PAZIENTE: Gli uomini non mi interessano in ogni caso. Comunque Ulm è come se fosse sempre coperta da nuvole.

[*Commento*]. Non è difficile comprendere che abbiamo a che fare con una paziente diligente, che ha seguito prontamente le istruzioni. La sua prima associazione sulla situazione – lei sul divano, io dietro di lei – le ricorda una scena infantile, dove vengono invocati gli angeli per proteggere il bambino durante la notte. Viene risolta e mitigata, con una risata imbarazzata, un'inquietudine che la paziente ricollega alla solitudine dell'infanzia. L'associazione seguente è sempre sul tema dell'insicurezza. Nel sogno la signora Franziska X cerca la stanza dell'analista e non la trova, come non trova l'analista. Nella terza associazione la tensione si attenua, con l'assicurazione che è pronta a collaborare e che è in grado di interessare l'analista con i sogni. Il quarto pensiero riguarda indirettamente una sintomatologia ansiosa considerevole, che si è verificata con il lavoro a Ulm: la nostalgia del periodo in cui era studentessa.

Seguono altre associazioni spontanee sul periodo di studio a X, sulle serate trascorse nei locali dove restava a lungo con gli amici. Suo marito, già all'epoca del fidanzamento, si arrabbiava per quelle amicizie, si stancava e andava a casa da solo.

Poi la paziente si rimprovera di non saper mai dire di no, e cambia argomento; chiede cosa sia risultato dai test psicologici. Intellettualmente era sicuramente risultata insufficiente, tuttavia voleva ancora laurearsi, era qualcosa che le era diventato chiaro negli ultimi giorni. Il fratello sopraccitato, a cui si era rivolta per un consiglio sul trattamento, aveva appena concluso la sua tesi.

Dopo una pausa di silenzio la signora riflette sul pericolo che la situazione possa peggiorare se pensa troppo. I suoi genitori non avrebbero sprecato tempo in qualcosa del genere, parlarne con loro sarebbe stato decisamente inutile. C'è di nuovo una pausa in cui non arriva alcuna risposta da parte mia. Prosegue dicendo di aver paura di contrarre debiti e di avere sempre bisogno di un piccolo gruzzolo in banca, questa sarebbe la sua unica preoccupazione riguardo all'analisi.

Nella pausa che ora segue, noto che la paziente ispeziona la stanza e il suo sguardo si posa sulla stufa antica.

PAZIENTE: Certo che la psicoterapia è messa male a Ulm (*ride*).

ANALISTA: Per via della vecchia stufa?

PAZIENTE: Non solo per quella, anche l'altra casa dove ho avuto il mio primo colloquio con il dottor A., andava quasi in rovina. Quando ero da lui avevo paura che mi mandasse via perché le mie storie erano troppo insignificanti.

ANALISTA: Così come in sogno non riusciva a trovare la stanza.

PAZIENTE: Ma le mie storie sono insignificanti. Diventerà senz'altro un'avventura. Aspetto di vedere cosa salterà fuori.

[*Commento*]. Le associazioni devono essere considerate come comunicazioni della paziente al terapeuta. Non è una storia semplice, il filo conduttore non è immediatamente riconoscibile, ma viene costruito un collage le cui singole parti contribuiscono a individuare il *leitmotiv*, non sempre facile da riconoscere.

Il pensiero «tutto è brutto» comprende la stanza d'analisi e l'analista, che può collegare l'affermazione «qui non ci sono ragazze carine» alla scarsa autostima della paziente, senza potersi basare, con questo riferimento, su una intenzione già conscia.

Nell'imparare ad associare liberamente, che si realizza senza una fase formale di esercitazione, le comunicazioni dell'analista hanno quindi una funzione altamente significativa, perché fanno comprendere al paziente che esiste un riscontro per l'attività raccomandata: una risposta ai suoi salti di pensiero. Inevitabilmente gli interventi guidano lo sviluppo successivo, interrompendo nel paziente il processo, tendenzialmente destabilizzante, per cui anche «nessuna risposta» rappresenta di per sé una risposta sufficiente. Il paziente che non si è ancora familiarizzato con la situazione psicoanalitica, si aspetta che il colloquio con l'analista si svolga secondo i parametri della comunicazione quotidiana (vedi vol. 1, 7.2).

7.2.2 Secondo esempio

Le ricerche linguistiche sui dialoghi psicoanalitici di Koerfer e Neumann (1982), basate sulla casistica della banca testi di Ulm, dimostrano che i pazienti, all'inizio della terapia, godono, da un lato, del privilegio «per cui più o meno si esprimono con un "monologo", seguendo così la "regola fondamentale". La parte di ascoltatore dell'analista viene quindi mediamente giudicata positiva» (p. 110).

Ciò risulta chiaro nel breve esempio tratto da una delle prime sedute della paziente Amalie X:

PAZIENTE: Quello che io trovo positivo è che ci sia veramente una persona a cui poter raccontare tutto, che ascolta le cose buone e le cattive, e che non si permette di riprendermi quando dico qualcosa di stupido.

La paziente intanto si fa un'idea dell'analista ascoltatore, la cui partecipazione al colloquio il più delle volte è diversa da come lei la desidera.

PAZIENTE: Naturalmente mi rendo lentamente conto che lei spesso non risponde, ma al massimo mi fornisce precisazioni, e io mi chiedo perché lo faccia, perché un dialogo di questo tipo non arrivi da nessuna parte. Voglio solo sapere quali sono le ragioni. Me lo chiedo veramente, ma penso che si tratti di tutt'altro tipo di discorso rispetto a quello cui sono abituata (*dalla seduta 2*).

Nella seduta 11 la paziente ribadisce la diversità e si lamenta esplicitamente per la mancanza di risonanza che sente.

PAZIENTE: Trovo che sia un tipo di dialogo totalmente diverso da quello cui sono abituata. Ciò che al momento mi disturba di più sono i silenzi nella conversazione, perché non so se lei aspetta che io dica ancora qualcosa, o sia io ad aspettare che parli. Ci sono sempre delle pause tra quello che dico io e quello che dice lei. È piuttosto sgradevole. E quando io dico qualcosa, forse le arriva per posta pneumatica. Ma in quel momento non ci sono, e non posso mai sapere, mai conoscere, che cosa pensa lei nel momento in cui le dico qualcosa. Non ricevo mai una risposta dalla mia posta pneumatica.

Questo brano mostra l'effetto oppressivo della regola fondamentale. I problemi di tecnica che si presentano all'inizio devono essere focalizzati su come si possa facilitare al paziente il passaggio al particolare tipo di discorso che caratterizza la psicoanalisi, senza risparmiargli i disagi, ma nello stesso tempo evitando inutili danni iatrogeni, che devono poi essere eliminati attraverso un lavoro delicato e minuzioso. Nel primo volume abbiamo proposto di usare una certa flessibilità, per creare le condizioni che favoriscano l'adattamento del paziente alla realtà.

Alla fine del trattamento la paziente torna ancora sulle difficoltà iniziali:

PAZIENTE: Guardando indietro mi sembra a volte piuttosto strano, che... beh, lo dico in breve, a volte pensavo al perché non mi ha detto subito quello che voleva (*ride un po'*), e non mi ha dato un'indicazione. Io lo ricordo bene. Mi chiedevo piena di paura: «Devo mettermi sul lettino?», cosa che trovavo orribile. Poi dicevo: «Cosa devo fare allora?», e lei diceva qualcosa del tipo: «Dire di più ciò che le viene in

mente.» Le parole furono all'incirca queste, forse formulate diversamente. In ogni caso la parolina «più» ci rientrava sempre.

ANALISTA: Dire di più di quando stava seduta.

PAZIENTE: Sì, disse questo, tutto qui. Questa fu l'unica regola, o se vuole l'unica istruzione, e allora ho pensato, accidenti, quello ti sopravvaluta, perché non ti dice niente di più, così neanche io mi devo affaticare tanto. L'ho pensato spesso. Questo vede davanti a sé una persona completamente diversa, non mi conosce. Adesso prova a vedere come funziono. Parte da presupposti che sono lontanissimi da me, che sono i suoi, e che solo gradualmente diventeranno i miei. È durato almeno sei mesi questo riscaldamento con il lettino. Anche se lo si comprende da un punto di vista teorico, non serve a niente tutto ciò che uno ha potuto leggere su questo tema. E comunque non avrei mai osato guardarla direttamente negli occhi se mi fossi seduta, credo che non sarei mai riuscita a sopportarlo.

[*Commento*]. L'inizio di questa analisi risale a molti anni fa. Oggi riteniamo che sia consigliabile dare più risposte interpretative e chiarimenti nella fase introduttiva, ad esempio per attenuare l'effetto traumatizzante delle pause, perché il paziente possa padroneggiarle e organizzarle in modo più proficuo. Il punto centrale dovrebbe essere la costruzione di una relazione d'aiuto, e a questo scopo è necessaria la flessibilità adatta a ciascun paziente. In 2.1.1 e 2.1.2 abbiamo fornito alcuni esempi più recenti di fasi iniziali.

La signora Amalie X ha contribuito in maniera sostanziale alla nostra revisione della tecnica, richiamando la nostra attenzione sull'importanza della partecipazione del paziente allo sfondo e al contesto del pensare e dell'agire psicoanalitici dell'analista (vedi anche 2.4.2). Siamo convinti che questa partecipazione venga trascurata in molti trattamenti psicoanalitici; ne derivano inutili traumi con effetti antiterapeutici, non solo nella fase introduttiva. È essenziale modellare il colloquio in senso dialogico e ridurre l'asimmetria soprattutto nella fase iniziale.

7.2.3 Terzo esempio

Nella fase iniziale del trattamento ci troviamo spesso di fronte alle domande dei pazienti su cosa debbano fare quando non viene loro in mente niente. Il seguente esempio, preso dal trattamento del signor Christian Y, si propone di indicare un modo di gestire questa difficoltà, che serve sia per la relazione di lavoro sia per mostrare i primi passi interpretativi.

PAZIENTE: Cosa devo fare ora, se non mi viene in mente proprio niente da dire, cosa posso raccontare se non ho alcun pensiero significativo?

ANALISTA: Sì, lei aveva pure dei pensieri, ha detto nessun pensiero «significativo».

PAZIENTE: Sì.

ANALISTA: Allora dica anche quelli che le sembrano insignificanti.

PAZIENTE: Anche la constatazione che lei ha molti libri in inglese?

ANALISTA: Sì, visto che è un pensiero che ha avuto.

PAZIENTE: O i rumori fuori? Non vedo alcuna relazione con il trattamento.

ANALISTA: Per il momento non lo sappiamo. In ogni caso è qualcosa che le è venuto in mente.

PAZIENTE: Sì?

ANALISTA: Uhm.

PAZIENTE: Faccio l'errore di valutarli erroneamente?

ANALISTA: Solo quando parte da questo presupposto e pensa non rientri in quello che sta facendo qui; per esempio i libri in inglese che vede e che qui hanno un senso, così come la sega fuori, la sente e ci pensa, quindi rientra in quello che stiamo facendo adesso.

PAZIENTE: Avrei pensato che questo fosse fuori tema.

ANALISTA: Forse è passato dai libri in inglese alla sega pensando che il pensiero sui libri fosse troppo personale, ha quindi rivolto rapidamente la sua attenzione alla sega. C'è un movimento dei pensieri dai libri che mi appartengono verso l'esterno, lontano da qua, in questo senso potrebbe benissimo essere una deviazione dal tema.

PAZIENTE: Io mi chiedo soltanto, perché?

ANALISTA: Forse perché, parlando metaforicamente, si è accesa una luce rossa, che non ha più permesso altri pensieri sull'ambiente o sui libri in inglese.

PAZIENTE: Uhm, sì (*pausa*).

ANALISTA: Anche ieri si era preoccupato perché sentiva che non le era permesso fare altre riflessioni sui libri in inglese, e continuare a importunarmi con altre domande.

PAZIENTE: Uhm (*pausa*).

ANALISTA: Pensa a qualcos'altro?

PAZIENTE: No, ho solo riflettuto su quante cose è in grado di cogliere, anche solamente da due parole o da conessioni; e come è in grado di mantenere la sua concentrazione (*pausa*).

ANALISTA: Sì, e poi si affaccia – libri in inglese, tanti – la domanda sulla conoscenza: cosa sa, sa molte cose, dispone di una buona concentrazione e di una buona memoria; lei forse prova invidia?

PAZIENTE: Uhm, non solo invidia ma anche interesse, perché vorrei sapere come si fa. Non sono certo il suo unico paziente. Lei non si può mettere unicamente a mia disposizione, ma ci sono anche altri a cui deve rispondere allo stesso modo, non è vero?

[*Commento*]. L'uscire fuori tema, che è parte essenziale dell'associare, evidenzia una resistenza momentanea ad associare. L'analista ha usato l'immagine della luce rossa che si accende. La divagazione sembra sia iniziata quando il paziente ha cercato di scoprire se e come l'analista si mantenga concentrato. Successivamente, sono l'acquisizione di conoscenze e il confronto a disturbare il paziente, che soffre di un grave disturbo di concentrazione sul lavoro. Ogni paziente si interessa di come l'analista riesca a memorizzare così tanti dati riguardo a un gran numero di persone e alle loro anamnesi, e ad averli sempre pronti. Con confronti adeguati, si possono informare i pazienti sulle prestazioni della memoria. La deidealizzazione così introdotta permette l'accesso ai propri processi cognitivi.

Sarebbe sicuramente errato sminuire la capacità dell'analista di ricordare dettagli e dati apparentemente di secondaria importanza, affermando che essi si fissano nella memoria secondo la loro appartenenza tematica a categorie o contesti, e che perciò possono essere facilmente evocati da meccanismi situazionali. Kohut, in particolare, ha riconosciuto l'importanza vitale delle idealizzazioni. Più un paziente resta trincerato dietro i suoi ideali, più essi vengono spostati all'infinito, maggiore diventa anche l'invidia, con le sue conseguenze distruttive.

È stato un errore interpretare l'invidia senza considerare prima l'interesse del paziente per il suo psicoanalista e per i suoi libri in inglese.

Gli impulsi invidiosi, mascherati dall'idealizzazione, sul possesso dell'analista, dei suoi libri, della sua conoscenza, delle sue capacità, della sua potenza ecc., influiscono in maniera distruttiva sulla rappresentazione del mondo e paralizzano il pensiero e l'agire personali. Per attenuare questa influenza autodistruttiva dell'invidia, sono necessari molti passi terapeutici, che conducano a poter parlare dell'invidia inconscia. Anche se il paziente non ha rifiutato l'interpretazione, è stato prematuro parlare di invidia già nella fase iniziale. Sarebbe stato meglio ampliare il tema del suo interesse identificatorio: «Come riesce a farlo, e come posso farlo io?», per stabilire una valida relazione d'aiuto.

7.3 *Attenzione uniformemente fluttuante*

La raccomandazione di Freud, che nello stato di attenzione uniformemente fluttuante «ci si abbandoni completamente alla propria memoria inconscia» (1912b, p. 533), precisa il tipo di osservazione partecipante necessaria per la percezione dei processi di scambio inconsci, emotivi e cognitivi. La molteplicità delle associazioni che l'analista può avere nello stato di attenzione uniformemente fluttuante si può riconoscere facilmente dallo studio accurato di libere considerazioni retrospettive sulle sedute psicoanalitiche, come quelle studiate da Meyer, Thomä e Kächele in un progetto di ricerca comune (Meyer, 1981). Le associazioni dell'analista possono essere classificate secondo la loro fonte e il loro obiettivo (Meyer, 1988). Si tratta di diversi livelli, alcuni dei quali, presumibilmente, sono già chiari all'analista durante la seduta, altri si delineano solo a posteriori come autonome continuazioni dei processi affettivi e cognitivi.

7.3.1 *Pensieri retrospettivi ad alta voce*

Il trattamento del signor Ignaz Y fu registrato nell'ambito di un progetto di ricerca sull'origine e sugli obiettivi degli interventi. In questa occasione l'analista dettò alcune libere considerazioni retrospettive parzialmente strutturate subito dopo la seduta (Kächele, 1985).

PAZIENTE: Ma questo microfono è proprio strano, in tre parti (*pausa*). Stamattina sono così stanco, ieri sera ho bevuto mezzo litro di vino (*lunga pausa*).

ANALISTA: Le vengono in mente altre cose su questo strano microfono?

PAZIENTE: Sono un po' spaventato, penso a un microfono spia.

Il paziente si interessa quindi di dove finiscano le registrazioni; per lungo tempo ha creduto che io non registrassi realmente la «sua merda», e adesso si preoccupa del suo futuro professionale nel caso le registrazioni cadessero in mani sbagliate.

PAZIENTE: A poco a poco comincia a diventare inquietante tutto quello che dico... forse è il bisogno di scappare dalla mia merda... Non ho mai raccontato finora dei miei stupidi paroloni, me ne sono sempre terribilmente vergognato... Forse lei lo capisce... Questo mi viene in mente ora, ma io sono intrappolato dal fatto che mi vengono in mente parole e dallo storpiare nomi e termini.

Il paziente descrive come distorce i nomi dei suoi figli, dei suoi amici, e come queste parole siano per lui cariche di un valore particolare, rappresentino una sorta di linguaggio segreto. Durante l'adolescenza si era inventato interi passaggi di sequenze sillabiche e si divertiva a immaginarsi re di questo regno. Lo colpisce che la distorsione dei nomi gli venga in mente solo con persone a cui si sente positivamente legato.

ANALISTA: Potrebbe essere una merda, che sembra merda solo fuori, ma per lei personalmente è qualcosa di molto importante.

PAZIENTE: Sì, è così, anche se è terribilmente infantile, io mi diverto moltissimo con questi suoni, come fossero un giocattolo... Riduco gli altri a giocattoli... Così riduco la mia paura, anche con i miei figli, quando a volte ho paura che mi divorino.

Nel seguito della seduta emerge che la prima distorsione di nomi riguarda la persona di riferimento più importante della sua infanzia, una sorellastra di sette anni più grande, che aveva soprannominato Laila. Con questo nomignolo si consolava e riempiva la solitudine dei suoi primi anni. Dopo avermi rivelato, alla fine della seduta, come ha modificato il mio nome, esprime la sua preoccupazione di vivere l'analisi come un minaccioso aspiratore che tira fuori il suo mondo interiore e lo trattiene.

Nelle riflessioni successive alla seduta, dettate immediatamente dopo la conclusione, troviamo il seguente «resoconto libero», ritoccato solo minimamente nello stile:

Una seduta veramente fantastica, sono veramente sorpreso di ciò che è venuto alla luce; già prima dell'inizio della seduta speravo continuasse a occuparsi della registrazione, perché avevo la sensazione di poter nuovamente verificare se gli accordi raggiunti al riguardo si potevano considerare ancora validi; questo ridurrebbe le mie preoccupazioni e ansie; ho trovato positivo che l'idea della merda abbia avuto questi sviluppi, che il paziente abbia parlato dei suoi rapporti che gli causano ansia, per cui si punisce e si costruisce un mondo di oggetti transizionali, a cui finora non aveva ancora accennato.

Avevo già la sensazione che con il tema della merda venisse espresso anche l'affascinante livello magico-animistico. Non ho saputo rispondere niente riguardo alla sua domanda iniziale sul mio presunto analista di controllo [non si tratta del caso

di un candidato]; pensavo credesse fossi anch'io controllato, e questo potrebbe essere collegato al superamento della paura, alla sua paura di indiscrezioni... Della seduta è secondo me importante il tema «Laila», questa importante figura dell'infanzia, rispuntata dopo essere stata dominante tutto lo scorso anno (...). Avevo già intuito questo utilizzare neologismi come un gioco, come un grosso regalo; mi ricordava una paziente con una malattia della pelle che da poco mi aveva messo al corrente di simili giochi, cose molto private che sono più intime e più vergognose di tutte le possibili azioni indirizzate all'oggetto, questa affabulazione, questo balbettio, questa onomatopea, quindi mi è stato subito chiaro e ho pensato che nella percezione del bambino piccolo la madre corrisponde a una «Laila», un'amorosa Laila, e che questo neologismo si è mantenuto vivo. Non sono mai riuscito a capire da dove provenisse questo nome, ancora adesso non so se fosse una sorellastra o una figlia illegittima della madre, forse è semplicemente nascosta e presente, quella che ha sostituito la madre, forse era un'immagine o solo un'invenzione del paziente, e si è trattato di un'invenzione incredibilmente importante; ho sempre paragonato Laila a un film di Agnès Varda, la felicità [ci si riferisce al film *Le bonheur*], questi colori luminosi, questo felice mondo ridipinto, apparentemente intatto. L'incantesimo dei nomi mi porta con il pensiero a Carlos Castaneda e alla protolingua di Schreber, all'idea che il paziente si sia creato un mondo che gli permette l'autonomia.

La sua espressione relativa allo spostamento fonetico privato mi è piaciuta anche come concetto, e mi fa pensare che possa evitare uno stato depressivo. Ha avuto la sensazione di avere capito molte cose di sé stesso leggendo il libro di Alice Miller sulle combinazioni depressive. Ha potuto superare gli stati d'animo depressivi grazie all'invenzione di uno zoo per bambini con l'aiuto di una fata.

Inoltre trovo che si congedi piuttosto velocemente, la tristezza che mi comunica è autentica, non penso che l'abbia già superata.

Lo solleva molto l'interpretazione che i neologismi sono atti creativi, e nello stesso tempo lo tranquillizza perché placa la paura sempre in agguato di essere schizofrenico. Probabilmente per questo motivo alla fine mi ha comunicato particolari distorsioni del mio nome e di quello del suo vicecapo nel suo dialetto originario. Non mi sarei mai aspettato una simile trasformazione nel suo dialetto svizzero.

Il tema del ritorno in Svizzera e i suoi commenti al riguardo mi stimolano molti pensieri: cerca la lingua paterna o quella materna? Perché distorce il mio nome? Lo fa quando ha rapporti affettuosi e teneri. Non ha bisogno di deformare il nome dello stupido capo amministrativo, perché lì la delusione non è forte, mentre la frustrazione di impulsi di tenerezza e di fusione porta evidentemente al bisogno di dare vita alla fata.

Penso che il paziente abbia fatto un grosso passo avanti, perché può manifestare le sue pagliacciate senza che io faccia niente al riguardo; sì, ho la sensazione che i miei resoconti delle sedute non siano ancora frutto di associazioni completamente libere, ma forse è anche una questione di tempo, di darsi veramente uno spazio più ampio.

[*Commento*]. Il compito di associare liberamente su una seduta appena trascorsa non può essere semplicemente considerato un'ininterrotta continuazione dell'«attività psichica inconscia» durante la seduta. Un'importante esperienza, in questo studio, fu l'effetto della separazione dal paziente sulle considerazioni retrospettive. Il passaggio dalla situazione terapeutica, dove coesistono parallelamente due piani di comunicazione, uno diadico e uno monologico – in parte verbalizzato in parte no – che si influenzano reciprocamente, stimolandosi e inibendosi, a una condizione di monologo, nella

quale si deve riflettere in modo associativo su una situazione diadica che continua a esistere solo nel ricordo, comporta una rapida riorganizzazione della condizione psichica dell'analista che riflette. Questo si può cogliere nelle riflessioni sopra riportate.

In modo immediato l'analista esprime la sua gioia quando considera un regale le affermazioni che lo riguardano. Già a livello verbale si può cogliere un'identificazione con il gioco del paziente, del quale l'analista può condividere i vantaggi. Il pensiero inespresso sul film di Agnès Varda è un regresso al mondo della sua esperienza personale, dove veniva rappresentato, in modo secondo lui convincente, il carattere ipomaniacale-difensivo della felicità inventata. Il riferimento al tema della lingua originaria chiarisce il carattere di questo gioco linguistico, che non solo è alla base di un mondo infantile, ma permette il manifestarsi della formazione difensiva attuale. Nel corso ulteriore delle sue fantasie l'analista riflette sul bilancio della seduta, prendendone le distanze. Si congeda quindi dall'immaginario interlocutore (che come ricercatore ha un peso reale) con un allontanamento critico che non è giustificato dal contenuto effettivo delle sue comunicazioni ma dal contenuto emozionale della seduta. Una supposizione di questo genere sembra plausibile perché, quando ci si pose l'interrogativo di quale esempio scegliere per questa comunicazione, all'analista venne subito in mente questa seduta di diversi anni prima.

7.4 Domande e risposte

Abbiamo affrontato questo tema in maniera dettagliata nel primo volume (7.4), in collegamento con la *regola della controdomanda*. Oggi viene rifiutata dalla maggior parte degli analisti per i frequenti effetti antiterapeutici, e non solo con i pazienti gravi, la risposta stereotipata alle domande del paziente con la formula: «Cosa le viene in mente rispetto alla sua domanda?» oppure: «Cosa le viene in mente se riflette sul motivo di questa domanda?»

7.4.1 Esempio

Dopo un decesso c'è stato un diverbio sull'eredità tra parenti. Il signor Arthur Y chiede, apparentemente perplesso: «Adesso le chiedo veramente la sua opinione personale e non psicoterapeutica.» Il paziente sottolinea l'urgenza ricordando il suo crescente disagio e il peggioramento dei sintomi. La mia riflessione sulla differenza tra opinione personale e opinione professionale risente dapprima di una certa insicurezza e imbarazzo.

ANALISTA: Visto che la mia opinione personale dovrebbe corrispondere al cosiddetto senso comune, è probabile che le nostre opinioni su questa faccenda concordino, ma io ho il compito professionale di contribuire a risolvere questa faccenda come lei ritiene più opportuno. Mi chiedo perché desidera che io confermi ciò che sa già.

[*Riflessione*]. Anche se riguardo al senso comune restano comunque dei dubbi, cosa che successivamente viene espressa, ho fatto riferimento alla nostra probabile concordanza dopo una ponderata riflessione, e non a causa dell'imbarazzo. Era chiaro che il conflitto tra i parenti eredi legittimi si sarebbe inasprito o attenuato a seconda del comportamento del paziente. Tali semplici modelli di base sono noti al senso comune. In realtà il paziente era indeciso rispetto alla direzione in cui muoversi, e per questo voleva un consiglio che non potevo dargli. Invece ho rafforzato la sua conoscenza anticipatoria sulle conseguenze che l'uno o l'altro comportamento avrebbe probabilmente avuto.

PAZIENTE: È un sentimento umano assolutamente normale, che per me sia importante il suo parere.

ANALISTA: Sicuro.

PAZIENTE: Con i terapeuti precedenti avevo sempre la sensazione che il messaggio fosse: non mi venga troppo vicino. Soprattutto con il dottor X avevo l'impressione di superare con simili domande un determinato limite, come volessi stabilire un rapporto cameratesco. Forse per questo motivo esprimo tutto in maniera così impacciata o complicata.

Parliamo di come sia piacevole raggiungere un accordo e condividere un'opinione, stabilire quindi una forma di solidarietà cameratesca. Si chiarisce un aspetto del cameratismo che al paziente non era piaciuto in un precedente trattamento. Si tratta delle diverse possibilità di inasprire o accomodare il conflitto familiare. Diventa chiaro al paziente che una determinata azione porterebbe alla continuazione del dissidio. Il signor Arthur Y avrebbe corretto qualcosa e avrebbe agito correttamente, ma prima avrebbe richiamato l'attenzione della gente sulla lite in famiglia.

PAZIENTE: Mi viene in mente un detto di Schiller che mi sembra le si adatti: da un posto tranquillo si può consigliare comodamente.

ANALISTA: Sì, sì.

PAZIENTE: Ma se voglio stare tranquillo non devo soffiare sul fuoco. Ma non devo nemmeno farmi sparare.

ANALISTA: Nessuno le ha ancora sparato.

PAZIENTE: Sono stato offeso, sono stato insultato.

ANALISTA: Si è sentito gravemente offeso, perché si è sentito impotente.

PAZIENTE: Sì, è vero. Mio cognato l'ha vissuto in modo diverso. Non se n'è preoccupato più di tanto. La mia autostima è scesa a zero; non ho proprio più terreno sotto i piedi, potrei cadere in un pozzo senza fondo.

ANALISTA: Per questo la domanda era così importante, perché io le confermassi il suo senso comune, altrimenti non le sarebbe venuto in mente di chiedere la mia opinione personale, che in un certo senso conosce già.

PAZIENTE: Sì, in verità la conosco già.

ANALISTA: Ma non si può sempre partire dal presupposto che l'altro abbia buon senso.

Il paziente menziona adesso, chiaramente incoraggiato dal mio commento, il pensiero settario in psicoanalisi. Immediatamente si preoccupa di avermi potuto offendere con le sue riflessioni sul pensiero settario. «Spero di non aver criticato qualcuno che è molto importante per me, rendendomelo così nemico.»

[*Riflessione*]. Con ciò la seduta prende una svolta, con intensificazione del transfert, facilitata dal mio intervento. Fin troppo spesso, nella sua vita, si era sottomesso adottando, almeno apparentemente, l'opinione degli altri, ma dentro di lui rimaneva un dubbio, che cresceva negli anni. Chiedendo la mia opinione personale, il paziente cerca un accesso ai suoi stessi bisogni più veri, che si sono riattivati con il diverbio per l'eredità, e che teme.

LA RICHIESTA DI UN LIBRO

La signora Erna X si interessa di letteratura psicoanalitica. Un'amica le ha segnalato il libro *Le parole per dirlo* di Marie Cardinal, chiedendole se avrebbe osato chiederlo in prestito al suo analista, e questo l'ha sorpresa e stupita. Più si avvicinava la seduta, più si sentiva a disagio. La signora Erna X viene subito su questo tema, che rivela innanzitutto due aspetti. Avrei potuto recepire la domanda se possedevo il libro, secondo la sua amica esaurito, e se ero disposto a prestarlo, come un'invasione da parte sua. Dopo una lunga disquisizione sull'intensità dell'invasione vissuta, rispondo realisticamente alla sua domanda, e sottolineo nello stesso tempo che la considero naturale e non la sento assolutamente come invadente, dato che ho così tanti libri negli scaffali; tra essi però non c'è *Le parole per dirlo*. Poi la paziente inizia a parlare del secondo aspetto: se l'analista le prestasse il libro, si aspetterebbe anche che lo leggesse interamente? La signora Erna X teme di essere messa alla prova ed esaminata sulla nuova conoscenza acquisita.

PAZIENTE: Allora mi aspetto che controlli.

ANALISTA: Quindi dovrebbe leggerlo così a fondo da essere pronta a qualsiasi domanda.

PAZIENTE: Sì, e non so proprio se desidero leggerlo così.

Sottolineo che non ho questa pretesa, e che quello che legge dipende solo da lei.

[*Commento*]. Questi pensieri della paziente mostrano quali obblighi vincolanti sarebbero nati se l'analista le avesse veramente prestato il libro. A questo non si è giunti per motivi esterni, ma sicuramente tali conseguenze avrebbero potuto essere elaborate sul piano interpretativo. Il rifiuto o l'accondiscendenza hanno effetti diversi sulla relazione e sulla sua interpretazione.

Esistono diverse possibilità per soddisfare l'interesse del paziente riguardo a pubblicazioni psicoanalitiche o libri divulgativi. A nostro avviso è sbagliato sconsigliare o addirittura proibire ai pazienti di informarsi sulla psicoanalisi attraverso i libri. Per quanto possa sorprendere, per motivi terapeutici e scientifici, che una persona arrivi in analisi in completa ingenuità e che mantenga tale condizione, sarebbe antiterapeutico smorzare i suoi interessi emergenti. I problemi di intellettualizzazione e di razionalizzazione, talvolta legati a questo, comportano certo delle difficoltà, che tuttavia non possono essere paragonate alle conseguenze della proibizione della lettura. Sembra che Freud, agli inizi, sconsigliasse ai pazienti le letture psicoanalitiche. Più tardi si aspettava addirittura, almeno da chi era in analisi didattica o dai pazienti colti, che si informassero attraverso la lettura (Doolittle, 1956).

Ora la signora Erna X mette in evidenza l'aspetto tipico di questa storia.

PAZIENTE: Finché ero in sala d'attesa, era sicuro che glielo avrei chiesto, poi mi è venuto un dubbio dopo l'altro. È così anche per altre cose. Il dubbio arriva, e tutto può diven-

tare spiacevole. È così anche per quanto riguarda la mia promozione. Allora lascio perdere tutto.

ANALISTA: Ecco di nuovo il tema dell'invasione se prende confidenza, se vuole affermarsi, quando vuole introdursi nella mia biblioteca, o durante l'analisi quando vuole venire a conoscenza dei miei pensieri. Marie Cardinal descrive proprio il suo trattamento.

PAZIENTE: Dentro di me sapevo che non se la sarebbe presa se le avessi chiesto il libro. Da dove viene mai la mia paura di poter essere invadente?

ANALISTA: A causa delle limitazioni vissute in passato, probabilmente ha accumulato molta curiosità. In lei c'è talmente tanto interesse, è cresciuto così tanto, da temere che i suoi desideri siano eccessivi. Il desiderio di un libro diventa allora l'esempio di desideri invadenti e vietati.

PAZIENTE: Sì, è vero. Il mio desiderio del libro potrebbe essere interpretato come troppo personale. Non avrei scrupoli a chiedere un libro a un'amica, ma lei è il dottore, qualcuno speciale, che guardo con soggezione, e quindi non mi posso permettere certe cose.

ANALISTA: Si creerebbe così un piano comune. Lei parteciperebbe a ciò che mi appartiene.

PAZIENTE: Non vorrei essere invadente per nessun motivo. Dovrebbe cercarlo, forse le darebbe fastidio. Però è una strada senza uscita pensare in questo modo, e se non lo avessi chiesto me ne sarei andata via molto scontenta.

Poi la signora Erna X parla dei suoi problemi attuali, della malattia della madre.

PAZIENTE: I miei doveri aumentano. Ho bisogno di più tempo per assisterla, quindi ho bisogno più spesso della bambinaia. Mio marito ha proposto di ridurre le ore di terapia. Per giunta ho sognato che ero a casa, lei veniva a trovarmi con la macchina. Si scusava di dover interrompere il trattamento perché troppo operato di lavoro. Mi sono sentita onorata per la sua visita e ho accettato la proposta. L'ho accompagnata alla macchina e ho notato che dentro erano sedute due studentesse giovani e carine. Per me è un enigma il modo in cui ho ripreso la proposta di mio marito e lei che nel sogno interrompe il trattamento.

ANALISTA: È un'inversione. Per tornare al tema: è probabilmente l'espressione della sua preoccupazione di essere invadente, quando vuole di più e i suoi desideri cozzano contro il mio rifiuto. Per me c'è qualcosa di più importante di lei, nel sogno ci sono riferimenti ben precisi. Forse le due graziose studentesse per me sono più importanti?

PAZIENTE: Sì, è probabile. Alla fine stavo lì come una scema, rifiutata, abbandonata, con il muso lungo. Ho pensato ad altro, al rifiuto. Lei era gentile, assolutamente accomodante, non era sgarbato come mio marito, «lasciami in pace», ma così come è sempre. Lei mi ha spiegato qualcosa, l'ho capito e riconosciuto, anche se non mi andava bene.

ANALISTA: Lei lo ha accettato. Si è sentita considerata, perché venivo appositamente da lei, per portarle la notizia negativa.

PAZIENTE: I sogni spesso sono incredibilmente sbalorditivi. È incredibile quello che accade in sogno. Ci si dimentica di molte cose. Volevo realmente accompagnarla alla macchina? Il congedo è stato così improvviso.

ANALISTA: Lei voleva venire in macchina con me, e in un certo senso ci è venuta, anche se in una rappresentazione indiretta, nella forma delle studentesse. È stato negativo l'aver preso la via più breve ed essere rifiutata, ma indirettamente c'era. Il rifiuto probabilmente ha qualcosa a che fare con le due studentesse carine, che partecipano all'attività universitaria. Per questo lei è così spaventata. Sarebbe una forma di invasione, se lei volesse un libro.

PAZIENTE: Sì, avevo già pensato che sarebbe un'intrusione se studiassi psicologia e venissi alle sue lezioni. Sono triste perché ho perso il treno. Ripenso con rabbia di avere scelto allora la strada più facile e sicura.

ANALISTA: Sì, alcuni treni sono partiti, ma altri no, ad esempio quello delle sue possibilità lavorative.

[*Commento*]. Bisogna sottolineare che l'analista alla fine della seduta fa riferimento alle possibilità positive, risvegliando speranze che hanno anche una componente transferale. È realistico che la paziente consideri le future opportunità della professione intrapresa.

7.5 *Metafore*

7.5.1 *Aspetti psicoanalitici della metafora*

Nel primo volume ci siamo occupati del significato della metafora, in relazione alla disputa sulla traduzione di Strachey, e abbiamo discusso il ruolo delle metafore nella teoria del linguaggio (1.4). Considerando l'indicazione di Arlow (1979), secondo cui nel transfert prevale il pensiero metaforico, abbiamo riservato uno spazio privilegiato al chiarimento delle somiglianze e delle differenze in occasione delle interpretazioni di transfert (8.4).

Nello stile di Freud le analogie, le metafore e i confronti hanno un posto di rilievo, come risulta anche dall'indice analitico delle sue opere, da cui soprattutto si può notare che Freud illustra frequentemente la sua teoria servendosi di analogie.

La figura linguistica della metafora deriva dalla retorica, e dopo essere stata adottata da diversi genitori finalmente si è resa autonoma con la *metaforologia* (Blumenberg, 1960). Le metafore originali contribuiscono notevolmente a far acquisire chiarezza alle nuove idee (Lewin, 1971). In tutte le scienze le metafore hanno una funzione molto importante, soprattutto nelle scoperte, poiché collegano ciò che è conosciuto e familiare con ciò che è sconosciuto ed estraneo. Sono un mezzo adeguato per portare a quell'equilibrio implicito nell'aforisma di Kant secondo cui i concetti privi di rappresentazione sono vuoti, mentre la rappresentazione senza concetto è cieca.

A partire dalle ricerche pionieristiche di Richards (1936), il problema della metafora ha interessato molti studiosi. Studi e ricerche multidisciplinari di linguistica, documentati ad esempio da Ortony (1979), Miall (1982), Sacks (1979) e Weinrich (1968, 1976), mostrano chiaramente che le metafore sono di grande interesse per molte discipline umanistiche. Come ricorda con rammarico Rubinstein (1972), nella letteratura psicoanalitica c'è carenza di pubblicazioni che si occupino espressamente dell'importanza delle metafore nel linguaggio della teoria e della clinica. Negli studi multidisciplinari mancano

quasi del tutto contributi psicoanalitici. In realtà Rogers (1978) pubblicò i risultati di un gruppo di lavoro interdisciplinare sugli aspetti psicoanalitici della metafora. Questa ricerca seguì il modello tensione-scarica dei processi cognitivi, e attirò su di sé molte critiche (Teller, 1981). Göbel (1980, 1986) analizzò la relazione tra metafora e simbolo in base alla distinzione di Jones, considerando svariate pubblicazioni filosofiche e linguistiche.

Per avvicinarsi al significato delle metafore nel dialogo psicoanalitico, ci occupiamo adesso dell'origine del termine, che evidenzia perché si pensi al processo di spostamento. La parola, di derivazione greca, si riferiva in origine a un'azione concreta, cioè allo spostamento di un oggetto da un luogo a un altro. Aristotele definiva la metafora come «il giusto trasferire» (*eu metapherein*), come la capacità di guardare ciò che è simile. Solo più tardi la parola avrà un significato più linguistico e stilistico. Il traslato diventa metafora quando non viene più considerato *alla lettera*, ma in senso *figurato*. Le metafore occupano una posizione intermedia lungo il percorso della piena simbolizzazione. Sono ancorate al mondo delle immagini antropomorfe e all'esperienza corporea dell'uomo.

Una caratteristica della metafora è la mescolanza. In filologia i concetti di immagine, analogia, paragone e metafora vengono spesso utilizzati come sinonimi (vedi Köller, 1986). Neanche all'interno della linguistica esiste un accordo consensuale sulla delimitazione tra i singoli concetti. Quello di «immagine» è spesso considerato un concetto di ordine superiore rispetto a metafora, analogia e paragone. Il paragone è una locuzione figurativa che viene costruita perlopiù con le particelle «come se», «come», «simile a». C'è anche la possibilità di utilizzare il paragone senza particelle comparative.

La tensione tra somiglianza e differenza nel trasferimento dall'oggetto originario al nuovo contenuto di significato è centrale per la comprensione della metafora. A differenza dell'analogia e del paragone, nella metafora appare l'immagine al posto dell'oggetto; nell'analogia e nel paragone oggetto e immagine coesistono. Si può quindi supporre che in determinate situazioni di dialogo formulazioni come la seguente: «Mi sento *come* una primula appassita» implicino una distanza dall'interlocutore, più che quando si dice: «*Sono* una primula appassita», «*sono* una medusa che si secca sulla spiaggia», «*sono* un deserto», «*sono* un porcospino», «*sono* un mucchio di merda».

Grazie alla loro posizione intermedia le metafore hanno un ruolo di rilievo nel dialogo psicoanalitico, dove si tratta costantemente di chiarire le analogie e le differenze (Carveth, 1984). Perciò Richards, già cinquant'anni fa, come «non»-psicoanalista, con considerazioni linguistiche e filosofiche, attribuì i fenomeni del transfert a una metaforologia arricchita di concetti nuovi. Black (1962) li ha riassunti nella cosiddetta teoria interazionale della metafora.

Se si considera che il traslato in origine veniva inteso alla lettera, si comprende anche come molte metafore siano nate in analogia con il corpo umano e rimandino a esso. È essenziale quindi, dal punto di vista terapeutico, riscoprire nel linguaggio figurato il punto di partenza corporeo inconscio e chiamarlo per nome. A dire il vero non ci si può aspettare che tutte le metafore siano riconducibili a determinate esperienze corporee. Una tale riduzione generale, che la Sharpe (1940) sostiene in un'originale pubblicazione, illustrandola con alcuni casi clinici, non rende giustizia alla molteplicità del linguaggio metaforico. Concordiamo con Wurmser (1977) che «[la metafora] porta al significato inconscio, come i sogni, gli atti mancati o i sintomi».

Poiché il lettore incontra spesso metafore e paragoni nei dialoghi psicoanalitici presentati in questo volume, qui ci limitiamo a tre esempi, oltre all'analisi linguistica che sarà presentata in 7.5.2. Il mondo delle immagini emana un grande fascino; le metafore sono adatte anche a rappresentare in modo abbellito i bisogni corporei concreti e la vergogna a essi associata. Non sono solo le teorie e i concetti che possono mettersi al servizio della resistenza come razionalizzazioni, ma anche le metafore. È quindi consigliabile, dopo la comparsa di un linguaggio figurativo vicino alle emozioni, cercare e nominare l'origine corporea e sensoriale delle percezioni che si esprimono nelle metafore. È infondata la preoccupazione di rischiare così di distruggere immagini cariche di senso o addirittura l'origine creativa del fantasticare. La nostra esperienza ci porta a pensare il contrario. Il mondo delle immagini, grazie al collegamento con il punto di partenza del traslato, diventa perfino più vivo e originale. In realtà, per la posizione intermedia della metafora, non è un caso che essa renda possibile risolvere la disputa tra iconolatri e iconoclasti. Grassi (1979) ha mostrato che in questa disputa si gioca il riconoscimento del potere della fantasia. Per questo gli analisti sono sempre dalla parte degli iconolatri, cioè di coloro che adorano le immagini, e non dalla parte degli iconoclasti, che cercano di distruggerle. Dal punto di vista psicoanalitico, le metafore andrebbero studiate in relazione alla loro funzione nella vita psichica. Così, per esempio, nella terapia si trovano spesso rappresentazioni metaforiche negative di sé, per cui le analogie trovate dai pazienti fungono da indicatori della mutata autostima.

L'ANALISTA COME INGEGNERE IDRAULICO

Il signor Gustav Y descrive il suo mondo all'inizio del trattamento come un deserto, in cui sopravvivono solo le piante piccole e resistenti; paragona le conseguenze dell'analisi agli effetti di un impianto di irrigazione sullo sterile suolo desertico, sul quale ora può svilupparsi una ricca vegetazione. Le metafore vegetali sono particolarmente adatte a rappresentare aspetti impercettibili dello sviluppo dei processi psichici (Kächele, 1982). Tuttavia non ci

si può accontentare del fatto che il deserto viva, anche se i cambiamenti rivelati da una nuova metafora sono positivi. Per questo paziente era tanto sorprendente quanto essenziale che l'analista gli chiedesse perché e con quale finalità rappresentava il suo mondo come un deserto. L'analista supposeva arbitrariamente che non doveva essere così – supposizione giustificata, con i pazienti nevrotici, per il carattere funzionale delle loro inibizioni – visto che la domanda verteva sul perché lo aveva trasformato in un ingegnere idraulico. Questa attribuzione è al servizio della difesa fobica delle proprie fantasie di fecondazione edipiche e preedipiche. Come emerge dal corso successivo del trattamento, la formazione del sintomo e del carattere era una conseguenza della rimozione di desideri pulsionali provenienti da diverse sorgenti, una metafora che Freud (1905) usò per illustrare la teoria delle pulsioni.

Anche quando nell'analisi non emergono particolari ricordi uretrali libidici o aggressivi, può essere utile per l'analista conoscere le teorie di Christoffel (1944) in proposito. Come tutto ciò che è umano, anche l'esperienza corporea collegata al fare acqua è stata descritta poeticamente molto tempo fa. Nel linguaggio figurativo dei poeti ricorrono, in termini psicoanalitici, quelle fantasie inconscie che Freud incluse nella teoria della *psicossualità*. Il passo dalla rappresentazione letteraria alla ricerca scientifica introduce nella natura umana delle connessioni sottomesse a leggi. Così, ad esempio, Rabelais ha descritto nel personaggio di Gargantua la fantasia onnipotente, uretrale aggressiva, di poter inondare tutta Parigi con il getto dell'urina. Christoffel inquadrò tali fantasie urofile nella teoria della psicossualità. Vivere sé stessi e il proprio ambiente come un deserto arido riconduce in parte alla rimozione delle spinte pulsionali che saranno poi ricercate dall'analista come ingegnere idraulico.

LA FONTE

In passato la signora Erna X di fronte a delusioni e tensioni si chiudeva in sé stessa senza parlare, e piangeva sola e disperata. Ora comunica apertamente i conflitti, ma è perplessa sul suo futuro.

Finalmente inizia a parlare delle sue riserve. Raccolgo questi suoi pensieri, paragonando le sue riserve a una fonte dalla quale lei potrebbe attingere. La signora Erna X ne fa così una sorgente che zampilla. Lo zampillo si trasforma in un'analogia. La signora ride. «Questa è un'immagine – dice – rispetto alla quale possono venire molte idee paragonate con l'acqua stagnante. Mi vedo di più come acqua stagnante che come fonte che zampilla. Per me zampillare è impossibile, sono stata chiusa.» La seduta si conclude con la speranza di trovare la strada giusta verso la fonte e, con l'aiuto della terapia, di commettere meno errori nell'educazione dei figli.

Sono piuttosto sorpreso quando la signora Erna X inizia la seduta seguente comunicandomi che non sarebbe voluta venire. Ha la sensazione di trovarsi in un posto senza aria. Alla mia domanda se per caso l'ultima seduta fosse stata improduttiva, risponde con un no deciso. Ha considerato la storia dello zampillo. Queste analo-

gie pittoresche la colpiscono particolarmente. In sala d'aspetto aveva continuato a riflettere sullo zampillare. Parla poi della vivacità della figlia, che trabocca veramente nella sfrenatezza. La bambina sprigiona una grande gioia di vivere, l'allegria brilla nei suoi occhi, è raggiante di contentezza e si scatena senza limiti. Aggiunge che la vivacità è un fenomeno normale nei bambini. La signora Erna X guarda alla propria infanzia e alle restrizioni che le furono imposte.

Le esprimo il sospetto che oggi non sia venuta volentieri o che addirittura avrebbe preferito non venire, perché è stata abituata a venire con intenzioni chiare e programmate, cioè solo quando è sicura di avere qualcosa da offrire. Quando si tratta di manifestazioni spontanee cresce l'inquietudine. Le ricordo che una volta si era spaventata di fronte al desiderio di prendere la mano dell'analista. Per sollevarla aggiungo che tutte le idee e fantasie sono rivolte verso l'esterno e quindi includono anche i propri simili.

[*Commento*]. Richiamiamo in particolare l'attenzione su questa osservazione tranquillizzante, che devia il transfert dall'analista verso qualcosa di più generale. Grazie a questo tipo di deviazioni il transfert si attenua, cosa che può avere conseguenze negative se il paziente vive la generalizzazione come rifiuto. Per la signora Erna X la generalizzazione ha avuto l'effetto di attenuare le sue riserve a includere l'analista nel suo mondo di desideri e fantasie.

PAZIENTE: Forse qui ho cominciato a gorgogliare, ma il grosso getto potrebbe ancora arrivare, lo zampillo. È come un rubinetto chiuso in un modo che è estremamente difficile riaprirlo anche di poco. Potrebbe non venirmi in mente più niente, anche se ho provato il contrario.

Interpreto dicendo che la sua idea di interruzione potrebbe essere motivata dalla preoccupazione che le potrebbe venire *troppo* in mente, e non *troppo poco*.

PAZIENTE: Il rubinetto è stato chiuso. Questo è tanto facile quanto enormemente difficile, perché mentre apro cerco anche di richiudere al millimetro. Cerco di convincermi: sii contenta di ciò che hai, cerca di accontentarti. Non vedo altra possibilità.

Dopo una lunga pausa la signora Erna X mi rivolge una domanda sorprendente:

PAZIENTE: Le è già capitato di mandare via un paziente dicendogli che non vale la pena di lavorare con lui, e quindi non è più necessario che venga?

Nella pausa che segue, capisco che aspetta urgentemente una risposta.

ANALISTA: Ci sto riflettendo.

PAZIENTE: Cosa mi ha portato a fare questa domanda? Questo glielo posso dire. Una mia conoscente ha concluso il trattamento con un altro analista, con la motivazione che non aveva più senso continuare. Forse, in modo subliminale, ho paura che anche per me la cosa non abbia più senso.

ANALISTA: Ha paura che da lei possa scaturire troppo, e teme di essere mandata via. Il problema non è che ha troppo poco da offrire ma, al contrario, ha troppo.

PAZIENTE: Se parlo troppo poco, lei mi manda via, e se invece parlo troppo quando sono a casa, è mio marito a mandarmi via. Sono più spontanea di prima, ma anche meno riflessiva. Mi sento a metà strada.

Concordo con la signora Erna X nel ritenere che si tratta di una vera difficoltà, che potrebbe risolvere non venendo più. Tutto continuerebbe allora sui soliti binari. Le spiego che naturalmente la domanda su quanto abbia senso continuare viene talvolta posta, sia dall'analista che dal paziente.

PAZIENTE: Se lei mi chiede se voglio continuare a venire o no, non potrei risponderle spontaneamente: sì, voglio, o non voglio.

Descrive la sua ambivalenza portando ad esempio, da un lato, il suo desiderio di avere un bambino, e dall'altro il rifiuto della gravidanza.

PAZIENTE: Ma se continuo, cosa ne verrà fuori? È maledettamente difficile.

ANALISTA: Di quale zampillo ha paura? Quale gorgoglio potrebbe diventare uno zampillo?

PAZIENTE: Che nella situazione attuale non posso più vivere... Ho fatto un errore che devo correggere. Ma nello stesso tempo è assolutamente impossibile effettuare un cambiamento.

ANALISTA: Ritieni che le sue possibilità di influire su suo marito e sul suo spazio siano così limitate? Ha già provato le diverse possibilità di influenzare suo marito?

La paziente risponde negativamente.

ANALISTA: Ci sono molte cose ancora di cui non ha parlato, e suo marito non la incoraggia. Quindi molte cose sono rimaste troppo sotto controllo, come se fosse scomparso ciò che in realtà da qualche parte c'è, i suoi desideri, le sue fantasie, e probabilmente in tutti e due.

PAZIENTE: Mi rifiuto di dover prendere tutto in mano. Preferirei molto avere un marito più attivo.

ANALISTA: È un'aspettativa naturale ricevere più stimoli, ma probabilmente c'è anche da considerare l'aspetto per cui è sconveniente che lei prenda l'iniziativa, ad esempio in tema di sessualità.

PAZIENTE: Sì, della sessualità deve essere l'uomo a occuparsene. È un abisso, salto nell'acqua o no. È con questo che mi trovo a lottare. Cerco vie d'uscita, meglio lasciar perdere. Se avessi avuto più tempo avrei letto qualcosa. Così sarei venuta preparata alla seduta, ma anche in questo caso non si può tenere in pugno la seduta abbastanza per evitare in qualche modo il gorgoglio. Se fossi io stessa a cominciare, allora potrei rivelare troppo di me. Aspettando è possibile tastare il terreno. I miei desideri e bisogni devono essere stati completamente soffocati. Non solo i desideri e i bisogni ma anche le capacità. Non oserei mai dire che posso fare qualcosa anch'io (*pausa prolungata*). Il paragone metaforico non mi dà più pace. Sto pensando a uno stagno, a una fonte che schizza fuori e zampilla. Io non voglio essere così. Non voglio stare lì ed essere osservata, essere sola e in primo piano. Mi fermerei lì sott'acqua e guarderei cautamente in su, ma preferirei rimanere sotto, adagiata nell'acqua calda, mi sarebbe più congeniale.

ANALISTA: Probabilmente questo dipende dal fatto che il linguaggio dei paragoni metaforici ha una forte relazione con la totalità della persona, con il corpo, quando si parla di sgorgare, far vedere, zampillare. È per questo che anche le statue delle fontane sono rappresentate in modo che l'acqua venga fuori dalla bocca e ci sono anche le ninfe e figure che «fanno acqua», urinano. Quando si urina, si diventa una fontana. Infatti a Bruxelles c'è la famosa statua della fontana che raffigura un omino che piscia. L'acqua viene fuori dal suo pene. Queste immagini rievocano qualcosa del genere.

PAZIENTE (*ride*): La conosco. Anni fa, quando avevo dieci o forse dodici anni, mio padre è andato a Bruxelles e ha portato una serie di fotografie dove c'era anche l'omino che piscia. Allora l'ho guardato senza dire neanche una parola. Ho pensato che una cosa simile fosse senza importanza, ma probabilmente già allora avevo delle domande che vennero spazzate via.

[*Commento*]. Se non si prende in considerazione l'antropomorfismo contenuto in tutte le metafore, l'idea dell'analista sembra tirata per i capelli. Metafore e analogie derivano dalle esperienze corporee e sensoriali che hanno una risonanza inconscia costante. Per questo le metafore sono così affascinanti. Ciò nonostante, l'analista qui ha fatto un salto notevole. Il rischio del salto era grosso? No, perché nel pensiero antropomorfo acqua e fare acqua sono strettamente connessi.

PORCOSPINI E PIANTE SPINOSE COME METAFORE

La signora Clara X torna di buon umore da un soggiorno in montagna che, per il cambiamento di clima, avrebbe dovuto avere un benefico influsso sulla malattia cronica della figlia. Salutando mi guarda radiosa e allegra, e questo mi porta a risponderle in modo particolarmente amichevole. Comincia la seduta con un suono che associo a un piacevole grugnito, e al quale rispondo, involontariamente, con un suono simile. L'eco si spegne nel vuoto.

Dopo un po' di silenzio mi occupo dei due suoni. Il saluto amichevole all'inizio e l'onomatopea avevano creato un'atmosfera intima, nella quale credo si colga il calore e la vicinanza. Penso all'analogia dei porcospini inventata da Schopenhauer per spiegare il tema della regolazione della distanza. Il porcospino veniva spesso utilizzato dalla signora Clara X in molteplici variazioni, come rappresentazione metaforica di sé.

La versione abbreviata della parabola, il cui senso si riproduce nella rappresentazione di sé della signora Clara X, senza che lei ne conosca le origini, è questa: «Una compagnia di porcospini, in una fredda giornata, si strinsero vicini, vicini, per proteggersi, con il calore reciproco, dal rimanere assiderati. Ben presto, però, sentirono le spine reciproche; il dolore li costrinse ad allontanarsi di nuovo l'uno dall'altro. Quando poi il bisogno di riscaldarsi li portò di nuovo a stare insieme, si ripeté quell'altro malanno; di modo che venivano sballottati avanti e indietro tra due mali, finché non ebbero trovato una moderata distanza reciproca, che rappresentava per loro la migliore posizione (...) Così il bisogno di società (...) spinge gli uomini uno verso l'altro; le loro molteplici repellenti qualità e i loro difetti insopportabili, però, li respingono di nuovo l'uno lontano dall'altro (...) Colui, però, che possiede molto calore interno preferisce rinunciare alla società, per non dare né ricevere sensazioni sgradevoli.»

Con l'impressione che la signora Clara X si sia avvicinata un po' troppo a me, le esprimo la supposizione che attraverso il grugnito si fanno dei passi da porcospino a porcospino. La signora Clara X aveva inteso il grugnito piuttosto come il grido d'allarme di una scrofa che mette in guardia i propri porcellini. Non ha quindi vissuto il verso come espressione di benessere, anche se si sente serena. Le si pone nuovamente la questione della continuazione del trattamento e delle mete raggiungibili. Non riesce bene a immaginarsi di andare avanti per molto tempo. È da molto che è bloccata su questo punto. Senza dubbio è più in armonia con sé stessa, ma i suoi rapporti con le altre persone sono ancora pieni di incongruenze, spigolosità e zone d'ombra; dovrebbe rassegnarsi. L'analista pensa forse che riuscirà a modificare qualcosa del suo comportamento esterno?

Condivido subito il suo dubbio, sottolineando le difficoltà che si oppongono al cambiamento. Di nuovo la paziente utilizza l'immagine della rosa selvatica, già trovata in una seduta precedente: che cosa si oppone alla fioritura? Molto tempo fa la signora Clara X aveva espresso la sua repulsione nei confronti dei bambini che si avvicinano – a proposito di una canzone per bambini, *Un giovanotto vide una rosa* – in una fantasia di rifiuto: un gabbiano colpisce il viso di un bambino con un getto di escrementi corrosivi.

[*Commento*]. Gli avvicinamenti progressivi evidentemente scatenano considerevoli meccanismi di difesa. Il gabbiano rappresenta l'aggressività anale.

Nelle associazioni successive emerge che il piacersi di più come donna, e il suscitare piacere, è addirittura collegato a una minaccia di morte. La paziente riprende una mia precedente affermazione: avevo sottolineato con franchezza che la preferivo quando si sentiva a proprio agio come donna; un benessere che, venendo dal di dentro, si esprimeva anche all'esterno in un cambiamento esteriore. Diveniva così esplicita la convinzione che allora anche lei stessa si sarebbe piaciuta di più e sarebbe riuscita a stabilire una maggiore armonia nelle relazioni interpersonali. Tuttavia, riferendosi a relazioni autobiografiche di anoressiche, Clara X espresse i suoi dubbi sul fatto che qualcuno potesse arrivare a sostanziali cambiamenti dall'interno verso l'esterno e dall'esterno verso l'interno, in modo che una ragazza anoressica potesse diventare una donna riconciliata con il suo destino, cioè una donna felice. Le mie positive esperienze precedenti con anoressiche l'avevano lasciata incredula. Lascerebbe da parte i propri dubbi se le fosse possibile conoscere personalmente un'anoressica guarita, e probabilmente la prenderebbe a modello. Ben sapendo che non è facile esaudire questo desiderio, la ricerca di un modello resta ancora in sospenso.

La signora Clara X afferma ora che talvolta ha momenti di intensa felicità. Aggiungo alle sue associazioni che il problema è come si possano ampliare in durata, intensità e frequenza questi momenti. La paziente li descrive esplicitamente con tematiche orali, parlando di allattamento.

Spiega che sicurezza e fiducia potrebbero farle piacere. Ora si chiarisce che, per la paziente, la parola «piacere» (*gefallen*) si associa a un pericolo mortale, e cioè alla parola «cadere» (*fallen*); per questo si irrita così tanto quando viene usata. Illustra il pericolo che potrebbe correre con una storia, che racconta come fosse una barzelletta: un uomo cerca di convincere una donna di poter saltare giù dal decimo piano di una casa senza farsi del male, perché lui la prenderebbe al volo. Di fronte alle sue domande incredule, quest'uomo assicura che poco tempo prima aveva addirittura afferrato una donna che aveva osato lanciarsi dal ventesimo piano. Ora alla donna vengono ancora più dubbi sulle ferite che l'uomo deve essersi procurato nel prenderla al volo. Non si sarebbe fatto niente, perché avrebbe lasciato dapprima «rimbalzare» la donna (come una palla).

L'orribile fine della storia viene messa in ridicolo con il riferimento alla palla che rimbalza, e alla paziente riesce in maniera eccellente il tono della voce ironico e disinvolto.

Immediatamente sono chiari a entrambi i pericoli che la signora Clara X corre quando si affida a me: la sua storia ha espresso che cosa le potrebbe accadere se si abbandonasse ai suoi bisogni spontanei, compreso quello di voler piacere.

[*Commento*]. Rivolgersi a qualcuno con fiducia vuol dire intimità. Solo il pensiero ripugna alla paziente; in tali momenti potrebbe verificarsi una poppata piacevole, cioè un appagamento del desiderio per lei così pericoloso. La gratificazione non può diventare un'esperienza piacevole. Ogni volta che la poppata finisce, per lei è un rifiuto. Per sottrarsi a questo, si era rifugiata nell'autarchia, in una posizione quasi completamente indipendente. Come il suo desiderio sia cresciuto in maniera smisurata, si coglie dalla violenza distruttiva che trasferisce nella sua fame, nel senso più ampio e profondo del termine: se lasciasse pieno spazio alla sua voglia di vivere e alla sua fame avida, l'oggetto, che rappresenta il mondo, verrebbe annientato. Tramite la sua radicale astinenza, la paziente – per quanto paradossale possa sembrare – cerca di conservare l'oggetto e sé stessa. La fusione, l'unione, possono essere vissute inconsciamente come dissoluzione distruttiva dell'Io, quando prevalgono forze aggressive. Il digiuno, che comincia soprattutto per diversi motivi spesso decisamente superficiali – la linea ecc. – porta secondariamente a un circolo vizioso. La frustrazione forzata dell'istinto di alimentarsi porta non solo a una mancata differenziazione dell'oralità nell'irruzione pulsionale, ma anche a una stimolazione continua dell'aggressività. Ogni forma di concessione, al posto del vissuto di un piacevole «sentimento oceanico» di unione senza confini con il tutto, fa temere la distruzione dell'oggetto e del Sé. Perciò non c'è da stupirsi se per la signora Clara X e per il suo analista è molto difficile modificare l'«autoconservazione» raggiunta nella malattia.

Poco tempo dopo la signora Clara X elesse l'*echinoderma*, il riccio di mare, a suo simbolo.

PAZIENTE: Devo mantenere uno scheletro esterno. Se a un riccio si togliesse lo scheletro esterno, si scioglierebbe come un mollusco. Allora non resta più niente. Si scioglie tutto.

ANALISTA: Ora è chiaro il motivo per cui si è infilata una pelle piena di spine.

PAZIENTE: Sì, è così pericoloso, se non si ha una pelle spinosa, allora non si ha niente, allora...

ANALISTA: ...viene la paura, se...

PAZIENTE: ...se poi si toglie lo scheletro esterno, ci si affloscia. Come i molluschi.

L'analista si riferisce di nuovo al porcospino.

ANALISTA: Ah, i *porcospini* hanno uno scheletro nel loro interno.

PAZIENTE: Ma io non ho più niente.

[*Commento*]. Desideriamo richiamare l'attenzione sul fatto che le frasi si susseguono l'una all'altra senza collegamento. La paziente completa il percorso di pensiero dell'analista e viceversa. Quest'ultimo confonde la nuova metafora – il *riccio di mare* – con la vecchia analogia dei *porcospini*.

L'analista prosegue con una domanda.

ANALISTA: Che cosa le fa pensare che potrebbe sciogliersi se non mostrasse più la sua pelle spinosa?

PAZIENTE: Si tratta di esperienze reali. Posso scoppiare in pianto e, al di là del motivo, precipitare in uno stato di assoluta impotenza. Allora non posso più dire perché sono andata fuori di me. Forse è il desiderio di essere capita e accettata con le mie debolezze e non dover essere una persona adulta e coraggiosa. È il desiderio di lasciarsi andare e dire, ora non posso più, continua tu. Ora non voglio neanche più continuare a potere. Ma dall'esterno non vengono altro che espressioni di stupore, pena, imbarazzo, «oh Dio, oh Dio, cosa sta succedendo adesso?». È terribile. Già la situazione di per sé è terribile, ma gli altri la peggiorano ulteriormente. È naturale che in questi momenti pensi: vedi, adesso vieni lasciata sola in castigo, perché sei così infantile. Era la condizione in cui mi sono trovata molto spesso da bambina.

ANALISTA: Allora nasce la sensazione di sciogliersi, del terribile diluvio interiore.

PAZIENTE: Sì, è proprio così, sciogliersi in lacrime. Dissolversi in lacrime. È questo il motivo. Fa anche parte di sé stessi. O sentirsi mancare il terreno sotto i piedi. Solo quando gli altri reagiscono lasciandomi piangere, la situazione diventa più sopportabile, perché qualcosa viene in parte accettato, non ne ho più bisogno. Allora piango quanto basta, e poi va bene. Ma la maggior parte reagisce in maniera diversa. Premurosi, stupiti, spaventati e via dicendo, poi succede proprio quello che io non vorrei. E allora vado in crisi. Ultimamente ho addirittura pianto davanti a mio marito. Nessuno di noi due ne è rimasto colpito. Lui ha potuto capire bene, e quindi mi è stato possibile piangere davanti a lui senza scatenare la sua solita reazione. Ci sono momenti in cui mi metto a piangere senza riuscire a venirme fuori da sola. Ora sto pensando che anche lei non può farci niente, anche perché lei è un uomo, e il capitolo «pianto» l'ha chiuso da ragazzino a quattro anni.

ANALISTA: Però sono io che le ho suggerito l'immagine dello sciogliersi in lacrime.

PAZIENTE: Beh sì, ma mi è sfuggito di mente. Ma anche mio padre era così, sempre fuori dalle cose o comunque in qualche modo al di sopra.

ANALISTA: Non è negativo se qualcuno in questi momenti sta un po' al di sopra.

PAZIENTE: Ma allora non ho avuto la sensazione di essere capita. Su questo punto proprio per niente, tanto meno a casa.

[Riflessione]. Dal momento che sono molto coinvolto con la paziente, la sua critica mi colpisce duramente. È chiaro che si tratta anche di una delusione transferale, come si coglie dal riferimento al padre. Mi viene in mente un pensiero incoraggiante. Sembra inevitabile che tra chi piange e l'ambiente circostante si crei una certa distanza. Le lacrime delle altre persone significative non sono le proprie, sono lacrime di altri. L'empatia sembra avvicinarsi al «sentirsi tutt'uno» senza tuttavia riuscire a costruire una identità sola per due individui.

7.5.2 Interpretazioni linguistiche

Nell'attuale fase di sviluppo della tecnica psicoanalitica sono importanti i protocolli redatti in maniera precisa e le ricerche empiriche, anche in un'ottica interdisciplinare, su come e di che cosa parlino gli analisti con i loro pazienti. Già nel 1941 Bernfeld intitolò un capitolo di una sua pubblicazione rimasta sconosciuta «Conversation, the Model of Psychoanalytic Technics». In una fase successiva nella storia della psicoanalisi l'orientamento dialogico passò

in seconda linea. Lo Study Group for Linguistics presso l'Istituto psicoanalitico di New York, sotto la responsabilità di Rosen (1969), si occupò del linguaggio soprattutto dal punto di vista delle funzioni dell'Io. Da quando i colloqui terapeutici vengono registrati e trascritti, la ricerca sui dialoghi è entrata in una nuova fase.

Proprio nella collaborazione interdisciplinare, è fondamentale che i partecipanti ricordino il detto «a ciascuno il suo mestiere». Altrimenti c'è il pericolo che, ad esempio, nelle analisi linguistiche del discorso si facciano riflessioni su come si ritiene dovrebbero svolgersi i dialoghi psicoanalitici quando l'analista si attiene alla regola fondamentale. È un dato di fatto «che la caratteristica del trattamento psicoanalitico come forma particolare di dialogo (nel senso di una realizzazione regolata di attività discorsive) è stata a malapena “scoperta” e ancor meno definita e indagata come oggetto di ricerca, all'interno della letteratura psicoanalitica» (Flader, 1982, p. 19). A una conclusione simile giunsero Mahony e Singh (1975, 1979), in una discussione critica sui tentativi di Edelson (1972) di rendere utilizzabile la teoria linguistica di Chomsky per una revisione della teoria del sogno.

In linguistica esistono diversi orientamenti teorici: teorie che considerano la metafora come unità della *langue* (nel senso del linguista svizzero Ferdinand de Saussure, che considerava la «lingua» come un sistema di segni) e teorie che la ritengono come unità della *parole* (la struttura effettivamente «parlata» della lingua). Nell'ambito delle «teorie della lingua» si postula che l'esprimersi per metafore sia una proprietà delle espressioni o delle proposizioni in un sistema linguistico astratto. Su questo si basa la definizione aristotelica di metafora, secondo la quale la metafora ha il valore di un paragone abbreviato introdotto dalla particella «come». La parola «vera» viene sostituita da un'altra estranea, e tra la parola vera e quella estranea sussiste similitudine o analogia.

Le «teorie della parola» presuppongono che le metafore nascano nell'atto della loro applicazione. Qui la teoria dell'interazione rappresenta una corrente che parte dal presupposto che non esista un'espressione reale per l'espressione metaforica. Weinrich sostiene che il significato di una metafora è dato dall'interazione tra una determinata metafora e il suo contesto: «Il significato metaforico è quindi più un atto che un risultato, una creazione costruttiva di significato, che si compie in qualche modo tramite un significato dominante, un movimento da... a...» (Kurz, 1982, p. 18).

Keller-Bauer (1984, p. 90) distingue due modi di comprensione fondamentali delle metafore: «L'uso metaforico di X, che può essere compreso solo attraverso l'impiego letterale di X», e «l'uso metaforico di X, che può essere compreso anche attraverso gli usi antecedenti di X, tramite i precedenti». Le due possibilità di comprensione hanno un fondamento comune,

ma mentre la comunicazione verbale è legata alla conoscenza convenzionale, la comunicazione non verbale si basa sulla conoscenza non convenzionale. Nel comprendere metaforico si attualizzano proprio i pensieri non convenzionali, ed è indispensabile, ai fini della comprensione, la conoscenza di questi «pensieri»: «Con tali implicazioni associate comprendiamo la metafora» (*ibid.*).

Nell'interpretazione comune del significato delle metafore nel dialogo tra paziente e terapeuta le «implicazioni associate» svolgono un ruolo importante, attraverso la formazione di simboli.

Kurz (1982) vede soltanto una differenza di grado tra metafora e simbolo: nella metafora l'attenzione è rivolta alle parole, alla compatibilità o incompatibilità semantiche. A questo livello si attualizza la consapevolezza linguistica. Con il simbolo, al contrario, si mantiene il significato letterale e si attualizza il referente, la consapevolezza dell'oggetto.

La questione è come procediamo quando comprendiamo un elemento simbolico del testo. Per chiarire questo procedere della comprensione simbolica Kurz distingue tra comprensione pragmatica e comprensione simbolica. La comprensione pragmatica viene considerata come il livello elementare di comprensione. Nel linguaggio quotidiano si chiedono, ad esempio, le cause e i motivi, vale a dire le relazioni strumentali tra mezzi e fini, dunque dati di fatto empirici.

Nella comprensione simbolica si tratta di cogliere il significato «al di là», così ad esempio un coltello può essere considerato anche simbolo di aggressività. Ciò che è simboleggiato non è quindi un elemento empirico, ma sempre una «significazione del mondo e della vita, della psiche e della morale» (*ibid.*, p. 75).

Le analogie sono paragoni più ampi: «Mentre il semplice paragone accoppia due rappresentazioni singole, l'analogia amplia il momento del paragone fino a renderlo un contesto autonomo, come spesso è caratteristico per le analogie dell'epica, in particolare per quelle di Omero. A differenza di quanto avviene con la metafora, l'analogia non pone l'immagine al posto della cosa, ma le collega entrambe tramite un'esplicita particella di paragone» («Der Grosse Brockhaus», 1954).

INTERPRETAZIONI DI METAFORE E CONNESSIONE TRA DIVERSI SPAZI DI REFERENZA
E DI RAPPRESENTAZIONE COME ELEMENTI DI UN DIALOGO PSICOANALITICO

Viene qui presentata una ricerca linguistica su un dialogo psicoanalitico, che mostra quali attività linguistiche possano essere determinanti per il dialogo fra terapeuta e paziente. Qui si tratta di descrivere le attività linguistiche, e non vengono fatte supposizioni sulle regole secondo le quali dovrebbe svolgersi o essere interpretato il dialogo psicoanalitico.

Il testo che segue al commento dell'analista curante contiene il punto di vista di un linguista.

[*Commento dell'analista curante*]. Nel corso di questa ricerca linguistica mi è diventato più chiaro che cosa sia accaduto nel dialogo. Le connessioni spaziali e temporali riscontrate, che rispondono a metafore vicine al vissuto, contengono fattori curativi essenziali di importanza generale. Se il paziente prende in esame la storia della sua vita da prospettive e da punti di vista diversi, acquista un nuovo atteggiamento di fronte al presente.

Studio linguistico

Il signor Arthur Y parla della tensione tra affermazione e svalutazione. Nella descrizione seguente considera dapprima il suo problema, cioè il dubbio che si pone rispetto all'essere confermato dall'esterno.

PAZIENTE: È come se qualcosa venisse confermato dall'esterno, qualcosa che per me è positivo, che anch'io so, ma da qualche parte, in qualche angolo nascosto dentro di me, non lo ritengo possibile.

Poi il paziente si interessa dei dubbi su di sé.

PAZIENTE: Da qualche parte dentro di me si nascondono molte cose che continuamente mi frullano in testa: non importa quello che fai e come ti comporti. Alla fine non cambia proprio niente per gli altri, per il mondo che ti circonda, per tutti quelli che ti vedono, non sei altro che un mucchio di merda, che sta lì e puzza e fuma ed esala vapori. A lungo andare non ti riesce assolutamente di nascondere questa realtà agli altri, questa merda, questo mucchio di merda. E non ci riuscirai neanche con giochi di prestigio o cercando di nasconderti dietro un comportamento amabile o dietro il successo professionale. Quindi, in pratica, puoi fare quello che vuoi.

Il paziente lascia parlare questo «qualcosa» anche nel discorso diretto. A parte questo, parla dapprima dell'identificazione con il mucchio di merda come se fosse solo un'idea degli altri: «Alla fine non cambia proprio niente per gli altri, per il mondo che ti circonda, per tutti quelli che ti vedono non sei altro che questo mucchio di merda.»

Successivamente il paziente non parla più soltanto dal punto di vista degli altri, ma anche dal suo: «A un certo punto arriva qualcuno che ha a che fare con me, e dice che non c'è assolutamente niente che assomigli a un mucchio di merda.» Poi il paziente introduce l'immagine della medusa, «che in acqua sembra così armoniosa, ma quando la si tira fuori e la butti sulla spiag-

gia resta solo un mucchio di gelatina». Quindi conclude la descrizione del suo problema e fa una lunga pausa. Si appresta a proseguire con un nuovo contributo, ma si ferma immediatamente quando interviene l'analista con la sua interpretazione.

Nella conversazione quotidiana, dopo l'esposizione di un simile problema, ci si aspetterebbero dall'interlocutore domande di delucidazione o commenti (come: ma è terribile! oppure: non è proprio il caso di dire così!). Invece l'analista si rivolge al paziente esprimendo i seguenti pensieri: «Sì, e questa immagine mi porta alcuni pensieri, o per meglio dire, i seguenti pensieri che lei esprime in questa immagine...»

L'analista utilizza *immagine* come sinonimo di metafora. Come abbiamo affermato prima, nella letteratura scientifica termini come immagine, analogia, paragone e metafora vengono usati spesso come sinonimi. Anche nella linguistica il confine tra i singoli concetti non è stabilito in maniera inequivocabile. Così Weinrich adopera il concetto di metafora per tutti i tipi di immagine linguistica. Spesso l'immagine viene usata anche come un concetto superiore che comprende la metafora, l'analogia e il paragone.

L'analista si riferisce quindi esplicitamente all'*immagine* del paziente, alla metafora della medusa. Affronta dapprima il vissuto di questa medusa e quindi il vissuto del paziente che in essa si identifica.

ANALISTA: ...com'era la situazione, finché nuotava nell'acqua con un senso di benessere, si è trovato in una condizione piacevole, che l'ha fatta sentire come seduto su un trono. E posso immaginare che continui tuttora a sentirsi così umiliato, perché *non* paragona questa condizione con ciò che è ora e con quello che lei...

PAZIENTE: Sì, questo è il problema.

ANALISTA: ...è riuscito ma a patto di essere ammirato, nella condizione della medusa, a condizione di essere seduto sul trono.

L'analista accentua il senso di benessere del paziente, fino a quando (come medusa) nuotava nell'acqua o sedeva sul trono, cioè prima di trasformarsi in un mucchio di merda. Mentre il paziente valuta solo l'armoniosità esterna, l'analista si riferisce al suo vissuto interiore. In questo modo amplia l'interpretazione metaforica del paziente (amplificazione del significato e del referente), realizzando un cambiamento di focalizzazione (cambiamento del punto cruciale dell'attenzione). Contemporaneamente fa riferimento alle esperienze precedenti del paziente.

Con questa interpretazione l'analista compie contemporaneamente diverse attività linguistiche. Occupiamoci più da vicino di una di queste attività simultanee descritte, cioè della segnalazione linguistica che apre al paziente nuovi spazi di rappresentazione.

Partendo dagli studi di Bühler (1934) e dall'attività di ricerca di Ehlich (1979), Flader, Grodzicki e Schröter (1982) vedono l'utilizzo di espressioni deittiche indicative «in relazione a determinati spazi di referenza che un parlante apre per segnalare qualcosa di particolare all'uditore» (p. 174). Questi autori distinguono tre spazi di referenza: lo *spazio temporale del discorso* e lo *spazio percettivo* (comune a parlante e ascoltatore), a cui si fa riferimento con mezzi indicativi come «io», «tu», «questo qua», «ora» ecc.; lo *spazio del discorso* che viene aperto con la segnalazione di qualcosa all'interno dell'organizzazione temporale o locale di un discorso o nello svolgersi di un testo, con modalità del tipo «prima di spiegare come...» oppure «più avanti svilupperò...» e altri; infine lo *spazio di rappresentazione* (il «fantasma» di Bühler) a cui si riferiscono espressioni come «allora», «poi», «là» (in un luogo già menzionato).

L'analista, nel dialogo qui riportato, apre lo spazio temporale e quello percettivo del discorso con i pronomi personali «me» e «lei» e con «questa immagine», «in questa immagine». Si riferisce allo spazio del discorso parlando dei «seguenti pensieri». Nello stesso tempo si riferisce a più ambiti di rappresentazione, per collegare il vissuto attuale con quello del passato.

In questo colloquio si possono distinguere tre spazi di rappresentazione: 1) prima (prima della nascita del fratello); 2) dopo/allora (dopo la nascita del fratello); 3) adesso. L'analista stabilisce un nesso tra questi tre spazi di rappresentazione e sottolinea come il vissuto attuale del paziente sia influenzato dal «prima» e dal «dopo». Dal punto di vista linguistico questa attività di segnalazione si realizza con le espressioni deittiche «finché», «tuttora» e «adesso».

Poi l'analista, nell'ambito delle sue interpretazioni, riprende la metafora del «trono», che aveva già avuto un ruolo nel colloquio terapeutico. Secondo l'analista il senso di benessere nell'acqua, come medusa, corrisponde al benessere del paziente, finché era sul «trono», fino a quando gli era riservata l'ammirazione come primogenito (ulteriore riferimento al mondo del vissuto di allora; primo mondo di rappresentazione: esperienze del primogenito, tempo dell'ammirazione).

«Dopo», dopo la nascita del fratello, e quindi dopo la «caduta dal trono», il paziente non era che «un mucchio di merda», «dopo» ci fu la svalutazione a causa dell'umiliante encopresi quotidiana all'asilo. La deissi temporale «dopo» rimanda a un altro, nuovo mondo di rappresentazione (il secondo). Qui l'analista evidenzia, attraverso il significato della metafora «mucchio di merda», l'aspetto del passato vissuto di svalutazione (cambiamento del focus).

Con l'affermazione: «E posso immaginare che tuttora continui a sentirti così umiliato, perché non paragona questa condizione con ciò che è ora»,

l'analista stabilisce un confronto con il mondo di esperienza attuale del paziente (terzo mondo di rappresentazione) e mette in rilievo l'aspetto del vissuto di umiliazione. Anche in questo punto l'analista si riferisce al livello del vissuto nell'interpretazione della metafora del «mucchio di merda».

L'analista richiama l'attenzione del paziente sul fatto che ora vive la stessa umiliazione di allora (nesso tra il secondo e il terzo mondo di rappresentazione), perché paragona il riconoscimento attuale (ammirazione «guadagnata») con l'ammirazione di allora (ammirazione riservata al primogenito, ammirazione «gratuita»), e svaluta così tutta la conferma attuale.

L'analista può quindi, sulla base della sua conoscenza preliminare così differenziata, parlare del vissuto di svalutazione e di umiliazione, visto che il paziente ha già ricordato spesso come, da bambino, reagiva ai conflitti provocati dalla nascita del fratello manifestando sintomi di vario tipo, tra cui l'encopresi, per cui veniva messo in ridicolo, svalutato e umiliato dalla madre e dalla nonna.

Riassumendo, nell'interpretazione qui esaminata emerge che l'interpretazione della metafora appare come attività parziale del prototipo di azione «interpretazione»; possiamo sottolineare quanto segue: l'analista con l'interpretazione della metafora esegue ogni volta un cambiamento di focus, ponendo in rilievo il vissuto del paziente. Contemporaneamente mette in relazione le diverse esperienze di «adesso» e di «allora».

Nella sua interpretazione l'analista mostra la continuità tra il passato, l'«allora» e l'«adesso» che il paziente vive, e la interrompe sottolineando la differenza tra allora e oggi. Si chiarisce anche l'enorme contributo che il terapeuta apporta per ricondurre tutte le immagini in un contesto coerente.

RILEVAMENTO DI SIGNIFICATI SIMBOLICI E FIGURATIVI NELL'INTERAZIONE FRA TERAPEUTA E PAZIENTE

Il signor Arthur Y riferisce il suo vissuto relativo al giorno precedente, che definisce «sorprendente, sorprendentemente stabile». È stato invece diverso ciò che ha vissuto la sera in cui ha scoperto i coltelli da tasca del figlio e della figlia. Descrive l'agitazione e l'angoscia della notte, provocate dai coltelli:

PAZIENTE: E allora ieri sera ho scoperto questo coltello, ed è ricominciata la paura di poter aggredire con il coltello qualcuno della mia famiglia – la paura più grande era riguardo ai figli –, di colpirli alla gola.

I suoi sforzi per opporsi a questa minaccia e per «tenerla sotto controllo», diventano evidenti osservando come il signor Arthur descrive la situazione e il suo comportamento in forma molto ordinata («poi», «allora») e come

definisce il suo vissuto («paura», «impaurito»). Il paziente cerca di scoprire da solo il significato del coltello, muovendosi sul piano decisamente pragmatico della comprensione dei simboli.

È degno di nota che nella sua descrizione il paziente sottolinei la normalità della circostanza e utilizzi una serie di procedure che sono espressione degli sforzi di dominare i propri sentimenti. Probabilmente ciò rappresenta una possibilità per tenere il proprio vissuto lontano da sé, per non perdersi dentro (espressione della situazione limite).

Anche l'analogia del criceto, che il signor Arthur Y definisce esplicitamente come tale, è funzionale a questo allontanamento.

PAZIENTE: Poi mi è venuto in mente il nostro criceto, quando io, quando noi lo prendiamo e lo mettiamo sulla sedia e poi gli mettiamo vicino qualcosa, un cucchiaino o qualcosa del genere, lui lo afferra con il muso e la bocca e lo butta giù. È molto divertente stare a guardarlo (*tira su con il naso*), evidentemente gli dà fastidio. Così mi ha disturbato il coltello là dentro.

Il paziente quella notte era riuscito a prendere le distanze, e questo si coglie nel suo parlare della «cosa», da cui in realtà non ha più niente da temere.

Successivamente il signor Arthur Y fa riferimento a un nodo che era già stato il tema di una seduta. Si tratta di un nodo realmente esistente nella ringhiera di una scala. Il nodo, secondo il paziente, è legato alla sua aggressività, che l'analista ha più volte menzionato esplicitamente.

PAZIENTE: Mi è così difficile realizzare che anch'io possa avere aggressività.

Aggiunge che, quando arriva a questo punto, si forma in lui un groviglio di emozioni, di possibilità, di paure, ma anche di opportunità. Il paziente amplia la metafora del groviglio, che evoca associazioni con lo «sciogliere», fino a trasformarla in un paragone, o meglio in un'analogia.

PAZIENTE: Non riesco proprio a paragonarlo meglio, e se avessi solo il capo del filo o la fine, allora potrei provare a sciogliere il nodo, da qualche parte dovrei averlo, anzi il capo ce l'ho già naturalmente, dovrei solo cercare di affrontare la cosa.

Questa analogia del groviglio, che rende bene l'intreccio interno del paziente, non solo viene esplicitamente definita come analogia, ma viene

classificata anche per il suo valore: «Non riesco proprio a paragonarlo meglio.» Questo modo di definire esplicitamente un'analogia o un paragone potrebbe nuovamente rimandare alla presa di distanza del paziente rispetto al suo vissuto interiore.

Il paziente vive i sentimenti di paura e minaccia come qualcosa di estraneo, di proveniente dall'esterno, e lo si può cogliere dalle espressioni di certezza estranea, di formulazioni impersonali: «Allora è ricominciato un'altra volta, ma poi è nuovamente passato in secondo piano, perché questa cosa mi spaventa molto.»

Dopo una digressione il signor Arthur Y ritorna sul tema del coltello e afferma di volersene occupare proprio nella seduta di oggi. Dubita che questa seduta gli sia servita a qualcosa, manifesta la sua critica e contemporaneamente la ritira. Non dice direttamente: «Questa seduta è stata inutile», ma si esprime così: «E ora, se ci rifletto un po' su, anche se non ho la sensazione che questa ora sia passata inutilmente, certo no, però prima stavo per dire che anche questa volta non è venuto fuori niente di valido.»

La critica viene ritirata a più riprese così:

1) Concessione: «anche se»; 2) sentimento negato: «non ho la sensazione»; 3) rafforzamento: «certamente no»; 4) irrealtà, doppia retrodatazione, espressione della mancata esecuzione: «prima stavo per dire».

Segue una pausa di dieci secondi. L'analista riprende il tema avviato dal paziente, non riferendosi alla critica ma riallacciandosi direttamente ai temi «animali domestici» e «coltello». Mette in rilievo, nel suo significato analogico, la storia del criceto che con il muso sposta e butta giù quello che lo disturba.

ANALISTA: Le è venuto in mente il criceto, che quando qualcosa lo disturba, la butta giù con il muso...

PAZIENTE: Sì.

ANALISTA: ...sposta e butta giù...

PAZIENTE: Sì.

ANALISTA: ...ciò che lo disturba.

PAZIENTE: È così divertente vederlo.

ANALISTA: Ehm, ehm.

Il paziente trasferisce l'analogia del criceto direttamente sulla sua situazione personale e la porta all'assurdo. Nella sua interpretazione del simbolo del criceto si muove su un livello di comprensione decisamente pragmatico.

PAZIENTE: Sì, d'accordo, potevo prendere il coltello e distruggerlo, ma è ridicolo, non è una soluzione. In realtà penso che non si tratti proprio del coltello, se lo butto, in cucina ce ne sono altri, allora dovrei buttare via anche quelli (*parla ridendo*),

poi mia moglie comincerebbe a cercarli e direbbe: «Ma insomma dove sono andati a finire tutti i coltelli?» Allora dovrei risponderle che li ho buttati via, e lei direbbe «ma sei matto», allora, al massimo, potrei rispondere «sì».

Successivamente l'analista si interessa del significato simbolico del criceto.

ANALISTA: Sì, sì il criceto che qualcuno ha tirato su, preso con un bastone, e viene ammazzato...

PAZIENTE: Sì.

Il criceto e soprattutto l'uccisione di animali domestici – maiali e conigli – hanno già avuto più volte un ruolo nella terapia. Questi animali sono esseri indifesi e sottomessi che «qualcuno ha tirato su, preso con un bastone», e «vengono ammazzati». L'analista stabilisce qui una relazione tra le rappresentazioni attuali del paziente e quelle passate (connessione di diversi spazi di rappresentazione). Il paziente concorda con l'analista, ma ne sminuisce l'indicazione con l'associazione «criceto», considerandola casuale.

Con la sua asserzione, «ma è casuale», il signor Arthur Y respinge il collegamento proposto dall'analista. L'analista ammette che l'associazione potrebbe essere casuale, ma attenua tale ammissione con un «forse» e la rafforza con la sua dichiarazione «ma io ne tengo conto»; il criceto ha un significato come simbolo e l'associazione probabilmente non era casuale. (L'analista insiste sul collegamento che ha proposto.)

ANALISTA: È casuale, sì, forse è casuale. Sì, forse è così, ma io ne tengo conto.

È quindi chiaro che il paziente, dal punto di vista del terapeuta, non ha capito qualcosa che ha comunicato di sé stesso. Facendo notare che il criceto ha più volte avuto un ruolo, il terapeuta lascia l'interazione sullo stesso piano favorendo il livello «psicoanalitico», per rendere comprensibile (integrato) al paziente ciò che è incomprensibile (disintegrato). Con il suo rifiuto il paziente tenta di ristabilire la cooperazione sullo stesso livello, ma l'analista non accetta, insistendo invece sul suo punto di vista.

Il rifiuto dell'interpretazione da parte del paziente spinge l'analista ad avviare una discussione su ulteriori aspetti del significato simbolico del criceto, del coniglio e del coltello, con cui il paziente si trova d'accordo nel corso della seduta, ponendosi così su un livello interpretativo psicoanalitico.

ANALISTA: Infatti, nella misura in cui i coltelli disturbano perché minacciano qualcuno, e il bastone, non si riesce mai a togliere di mezzo tutti i bastoni, quando si è come un porcellino d'India, per così dire...

PAZIENTE: Già, così.

ANALISTA: ...criceto è quello che con questi oggetti...

PAZIENTE: Ah, sì.

ANALISTA: Sto parlando di persone adesso.

PAZIENTE: Sì.

ANALISTA: ...si prendono, si tirano su e poi si moltiplicano, e non si riesce mai a toglierli di mezzo. Però se non si è criceti, ma si ha il potere, e si ha anche bisogno di bastoni per difendersi...

PAZIENTE: Ehm, ehm.

ANALISTA: ...un coltello, allora è naturale che non si riesca a eliminarli, anzi...

PAZIENTE: Allora non ne può avere abbastanza.

ANALISTA: Non se ne può avere abbastanza.

L'analista interpreta il simbolo del criceto in forma più generale, senza riferirsi esplicitamente al paziente: parla usando la forma impersonale per indicare il criceto che simboleggia la sua impotenza. Attribuisce al paziente impotenti fantasie che restano a un livello inconscio: lui ha il potere, ha i coltelli per difendersi. Il paziente non è solo colui che è minacciato dai coltelli, ma anche colui che ha bisogno di coltelli per difendersi.

L'analista cerca di chiarire che il coltello simboleggia da un lato la minaccia dall'esterno, e dall'altro la possibilità di difendersi; con esso viene simboleggiata la propria aggressività (che può ferire gli altri).

Con la sua considerazione introdotta rapidamente, «allora non ne può avere abbastanza», che viene raccolta e ripetuta dall'analista (parlando simultaneamente), il paziente conferma l'interpretazione simbolica dell'analista e ricorda di aver pensato che non ha paura: «Tu sai che non faresti male a nessuno, e allora perché ti preoccupi così tanto di questo?»

L'analista coglie questo pensiero e lo specifica rispetto al figlio del paziente. Poi relativizza l'asserzione del paziente dicendo che non c'era intenzione di fare del male a qualcuno, ma questo era «un effetto collaterale inevitabile».

ANALISTA: In un certo senso anche lei sa che non voleva fare del male e, visto che fare male per lei era, per così dire, in un certo senso, un effetto collaterale inevitabile ma...

PAZIENTE: Cosa vuole dire con ciò?

ANALISTA: Voglio dire che lei non è quello sottomesso, credo, quando lei ha mandato al diavolo X...

PAZIENTE: Sì.

L'analista chiarisce che l'attuale identificazione del paziente con il criceto non è giusta, perché nella realtà lui non è quello che viene schiavizzato ma

quello che manda al diavolo X e che pensa di «razionalizzare» il posto di lavoro dei colleghi meno efficienti mandandoli via.

Nella parte seguente dell'interpretazione il terapeuta cerca di comunicare al paziente che anche lui è potente, può e vuole fare male agli altri.

ANALISTA: Quello che voglio dire è che lei non è più il sottomesso, il bastonato, ma ha il potere e può controbattere. Quindi nessuno le fa più del male. Di conseguenza lei vuole fare male difendendosi.

PAZIENTE: Sì, è proprio così, adesso veniamo al nodo.

ANALISTA: Ehm, ehm.

PAZIENTE: Fare male, sì, fare male, certo, perché no, vendicarmi.

ANALISTA: Sì, sì, uhm.

PAZIENTE: Sarebbe bello, se qualcosa...

ANALISTA: Ma nel momento in cui lei si vendica, c'è anche sofferenza e allora lei sente... (*il paziente tira su col naso*) che subito si ritorce su sé stesso, cioè lei sa bene come sia doloroso star lì e farsela addosso dalla paura.

Nella sua interpretazione l'analista pone in relazione il vissuto del paziente tiranneggiato (allora) e la realtà (oggi) in cui il paziente è potente e potrà, anzi può, controbattere (potere/essere, spazio di rappresentazione); ma proprio nel momento in cui lo nota sente che si ritorce su di lui (oggi) perché sa che cosa vuol dire «farsela addosso dalla paura» (allora), quando gli altri ti disprezzano e ti fanno soffrire. L'analista unisce così in un contesto coerente tutti i simboli e le metafore proposte dal paziente.

Dopo una lunga pausa il paziente ritorna al simbolo del nodo (in questo caso il nodo come blocco del pensiero), che viene colto dall'analista e inserito in un'analogia:

ANALISTA: Sì, chissà dove andrebbe a finire, forse non si fida a tirare il filo al punto in cui è adesso.

A questo invito dell'analista segue una pausa più lunga del paziente, che si occupa ancora brevemente dell'aspetto della sua aggressività per dedicarsi, fino alla fine di questo episodio terapeutico, alle umiliazioni e alle aggressioni subite e al suo senso di impotenza. Successivamente il criceto impotente torna in primo piano.

Il paziente introduce quindi nel dialogo alcuni dati empirici (coltello, criceto, nodo) e cerca di comprenderne da solo il significato (livello di comprensione pragmatico). L'analista inquadra gli aspetti di significato che questi elementi empirici potrebbero avere per il paziente. Interpreta le relazioni

simboliche e le amplia arricchendole con analogie. Contemporaneamente segnala i confini di questo significato simbolico.

RIASSUNTO

L'analisi linguistica del testo ha permesso di delineare quanto segue: si tratta di un paziente che nella terapia utilizza spesso immagini, analogie e simboli. A differenza della comunicazione quotidiana, paziente e terapeuta non restano prigionieri del significato manifesto delle immagini, ma cercano contenuti di significato latente.

In altre parole, il terapeuta lavora insieme al paziente per dare rilievo al significato biografico di parole, metafore e immagini, che il paziente conosce solo nel loro significato limitato.

Il terapeuta aiuta il paziente a capire le proprie osservazioni, a contestualizzarle, a sottrarle alla casualità, e stabilisce la continuità biografica tra «passato», «allora», «oggi» e «domani». Ciò viene realizzato con attività linguistiche come ampliamento del significato e della connotazione, cambiamento di focus, apertura di spazi di referenza e di rappresentazione, e connessione tra ambiti di rappresentazione.

Dal punto di vista linguistico si può osservare che in questo dialogo tutte le comunicazioni vengono analizzate sistematicamente in relazione al loro significato latente, e proprio grazie alla connessione delle varie comunicazioni del paziente si stabilisce una continuità biografica. Questa ricerca mette inoltre in rilievo quanto possa essere proficua la collaborazione interdisciplinare.

7.6 *Libertà dai valori e neutralità*

Nella terapia psicoanalitica i valori hanno un ruolo importante. Il paziente si pone molte domande relative ai valori, che ad esempio riguardano la risoluzione favorevole dei conflitti, la richiesta di felicità e di legittimità di determinati desideri. Con ciò, tuttavia, non stiamo affermando che il terapeuta partecipa al discorso con la propria valutazione.

L'indipendenza della psicoanalisi dai valori fu considerata a suo tempo da Freud (1922b, p. 455) rispetto all'ambito scientifico e non a quello terapeutico.

È inoltre decisamente antiscientifico giudicare la psicoanalisi in base al criterio se essa sia o non sia idonea a minare le fondamenta della religione, dell'autorità e della moralità, giacché la psicoanalisi, come ogni altra scienza, è assolutamente aliena da qualsivoglia partito preso e si propone unicamente di cogliere in modo non contraddittorio un aspetto della realtà.

In questo brano Freud difende la scientificità della psicoanalisi sia dall'esterno che dall'interno. Egli riteneva minacciata questa scientificità soprattutto dal controtransfert (vedi vol. 1, 3.1). Nelle sue raccomandazioni

contro le reazioni controtransferali usò per la prima volta nel 1914 il concetto di «indifferenza», tradotto da Strachey con *neutrality*. Freud perseguiva così un'impostazione scientifica in linea con l'empirismo del diciannovesimo secolo, e aderiva a una filosofia positivista (Cheshire e Thomä, 1991). Secondo questa concezione il processo di conoscenza doveva essere tenuto libero da fattori soggettivi, in modo che le asserzioni concordassero con la «realtà esterna». L'indifferenza o la «neutralità» di Strachey dovevano quindi, non da ultimo, garantire l'oggettività della ricerca psicoanalitica. Questa esigenza può essere ancora meno rispettata dell'invito all'analista a restare «indifferente» ai fini dell'oggettività. Kaplan (1982) ha segnalato che lo stesso Freud non seguì il suo ideale, e spesso fece affermazioni valutative.

Sebbene i valori siano impliciti nella terapia psicoanalitica, nella discussione affiora sempre l'utopia di una scienza libera da valori, soprattutto quando si tratta della questione della neutralità psicoanalitica. Ciò ha il suo fondamento nelle concezioni di oggettività profondamente radicate. Ai valori si attribuisce di solito il carattere della soggettività, per cui diviene impossibile giustificarli in modo razionale. Dato che non esistono regole intersoggettive convalidate per l'applicazione dei valori, da un lato c'è la libertà dell'individuo di attuare le proprie scelte di valori, dall'altro la costrizione esplicita o manipolativa a determinate forme di vita. Se fosse compito della terapia psicoanalitica trasmettere al paziente determinati valori con interpretazioni «neutrali», la psicoanalisi non cadrebbe allora in contraddizione con l'affermazione che ognuno può essere felice secondo i propri desideri? Si userebbe allora il paravento di un'istituzione medica per imporre un'ideologia all'individuo bisognoso d'aiuto? Oppure ci si può appellare al fatto che la terapia psicoanalitica non trasmette valori, ma si limita ad aiutare le persone ad acquisire la conoscenza di sé? Si afferma spesso che la psicoanalisi non è al servizio di valori, ma solo dell'autodeterminazione degli individui; così ad esempio i sintomi sono criticati unicamente come limitazioni dell'autodeterminazione, e scompaiono grazie al raggiungimento della conoscenza di sé. L'analista ideale, secondo questa concezione, si limita a comprendere i pazienti e a comunicare loro quanto ha compreso.

Noi siamo dell'opinione che l'alternativa tra una concezione della psicoanalisi come manipolazione legata a valori e una concezione come chiarimento svincolato dai valori sia mal posta. La psicoanalisi può svolgere la sua funzione terapeutica e chiarificatrice solo nell'ambito di un'assunzione di valori da parte dei terapeuti.

Ancora una volta si devono mettere a confronto due tesi riguardanti la psicoanalisi e i valori. La prima è a favore dell'autonomia dai valori della terapia psicoanalitica, la seconda del suo essere vincolata ai valori.

La prima tesi afferma che la terapia deve essere intesa esclusivamente come un processo di chiarificazione; i momenti terapeutici decisivi sono quindi le interpretazioni, che sono osservazioni sulle determinanti inconse del comportamento dei pazienti. Sebbene queste interpretazioni si riferiscano spesso a valutazioni, è necessario fare una distinzione tra la descrizione delle scelte di valore del paziente e la presa di posizione rispetto alla valutazione di queste decisioni. Proprio queste differenze tra fatti empirici e valutazione indipendente dei fatti furono trattate da Max Weber (1904), la cui posizione fu approfondita più tardi da Albert (1971). Secondo la tesi della libertà dai valori, gli analisti non devono consigliare come risolvere i conflitti, ma devono mostrare ai pazienti i contenuti dei conflitti da risolvere e le loro cause.

La tesi opposta sostiene che la concezione della terapia come un'intrapresa libera da valori è in sé contraddittoria, visto che la terapia implica una condizione iniziale valutata negativamente, che per esempio è caratterizzata dalla sintomatologia. Di conseguenza si hanno aspettative valutate positivamente, e infine i mezzi per realizzare tali aspettative. Secondo questa tesi non si può affermare che la psicoanalisi sia libera da valori e contemporaneamente considerare valida la massima per cui bisogna rendere conscio ciò che è inconscio. In questa esigenza si nasconde solo la valutazione che le strategie inconse di risoluzione del conflitto siano da ritenersi in alcuni ambiti più sfavorevoli di quelle consce, per esempio perché hanno conseguenze in termini di sintomatologia. Per la stessa ragione non si deve dimenticare che anche l'autonomia della persona è un valore, in contraddizione con l'ideale della libertà dai valori in psicoanalisi.

Anche un sostenitore della libertà dai valori deve riconoscere che il suo tentativo di portare il paziente alla conoscenza di sé si basa su una valutazione. Si tratterebbe di una condizione di partenza della terapia, che ha la sua giustificazione nella convinzione, libera da valori, che i sintomi sono causati da processi inconsci. A questo proposito si segnala che esiste una differenza di categoria tra la designazione del contenuto di determinate mete e la modalità formale di come una persona sia in grado di prendere una decisione sulle mete. Perciò l'autonomia non è un valore come l'edonismo o l'ascesi, perché riguarda la modalità e la forma con cui le persone possono determinare i propri desideri. Ad esempio, il comportamento sintomatico non viene definito patologico per il contenuto degli obiettivi, ma perché le persone non hanno la possibilità di decidere contro il sintomo. Tugendhat (1984) parla di come il comportamento condizionato dal sintomo riduca la capacità funzionale della volontà. Meissner (1983) elenca una serie di valori superiori che ritiene essenziali per la psicoanalisi: la comprensione di sé, l'autenticità, la sincerità e la disponibilità ad attenersi ai valori. Sottolinea inoltre che questi valori si collocano a un livello più astratto, rispetto alle

concrete decisioni valutative nella vita quotidiana. L'esigenza di un'autonomia dai valori deve limitarsi a quelli più concreti, e il vincolo ai valori deve tenere in considerazione valori superiori.

L'ideale della libertà dai valori viene travisato quando si parla del ruolo della comprensione o dell'empatia in psicoanalisi. Proprio su questo punto, siamo del parere che un comportamento libero da valori e una comprensione svincolata da valori siano impossibili per l'analista, se si considera un concetto più ampio di valutazione. Non è possibile prendere la decisione di comportarsi senza riferimento a valori nelle relazioni interpersonali. Anche quando ci poniamo di fronte agli altri come puri osservatori, questa posizione è già il risultato di una decisione valutativa, rispetto alla quale ci sono alternative migliori o peggiori. A un osservatore si può porre la domanda significativa se, nella situazione concreta, sia corretto o no comportarsi come semplice osservatore. Una relazione senza giudizi di valore sarebbe pensabile solo se l'analista potesse sottrarsi alla relazione con i pazienti. Altrimenti, egli non può non chiedersi se il suo comportamento concreto sia adeguato alla situazione o no.

È quindi palese che l'esigenza della neutralità psicoanalitica non può fondarsi sull'ideale di una libertà dai valori, e che anche la più stretta neutralità in psicoanalisi non è in grado di arrivare a una libertà dai valori. Al contrario, il precetto della neutralità deve essere considerato come espressione di una valutazione del lavoro terapeutico. Tale valutazione porta, ad esempio, a evitare l'indottrinamento del paziente e, come probabilmente ogni valutazione, non dipende solo dalla personalità ma anche dalla situazione. In psicoanalisi ciò si collega al fatto che la comprensione del conflitto inconscio ha la preminenza su altri interessi. Quando analista e paziente sono d'accordo nel privilegiare questo compito con i valori a esso connessi, gli altri valori e le altre differenze di valutazione perdono importanza. Naturalmente non ne deriva una libertà dai valori in senso filosofico, ma emerge qualcosa che si può definire uno spazio aperto, caratterizzato da un pluralismo di valori concreti. Stabilire questo spazio senza connotazioni negative ci sembra di importanza primaria per il rapporto di fiducia fra terapeuta e paziente. Questo dà al paziente la sicurezza di esprimere emozioni e pensieri di cui si vergogna, come ad esempio quelli di cui si sente colpevole.

Se il sistema di valori e i criteri di giudizio del paziente possono essere fatti oggetto di analisi, così come la sua visione della realtà, chi stabilisce allora i criteri per poter misurare i valori e la realtà? Lo scopo del ricorso alla neutralità psicoanalitica è di confutare l'argomentazione che la psicoanalisi plagia i pazienti, dichiarando che i criteri a cui si attiene l'analista sono inconfutabili. D'altra parte la neutralità dovrebbe impedire all'analista di adottare in modo irriflessivo i criteri imposti dall'ambiente del

paziente o che si limitano a rappresentare aspetti dell'Es o del Super-io. Qui si impone la raccomandazione di Anna Freud (1936, p. 169) di tenere una distanza sempre uniforme.

È compito dell'analista rendere conscio ciò che è inconscio, a qualunque istanza psichica esso appartenga. L'analista volge la sua attenzione, uniformemente e obiettivamente, a tutte e tre le istanze nella misura in cui contengono porzioni inconse; egli compie il suo lavoro di chiarificazione – potremmo dire con espressione diversa – partendo da un punto di vista che è equidistante dall'Es, dall'Io e dal Super-io.

L'obiettività dell'analista dovrebbe contribuire a evitare la parzialità nella scelta del punto di vista, e in questo senso è corretto parlare di neutralità tecnica.

Un problema simile sorse in relazione al concetto di transfert: se la relazione tra paziente e analista viene esaminata dal punto di vista della psicologia bipersonale e il transfert non si qualifica solo come una distorsione, biograficamente spiegabile, di modelli relazionali, allora manca un sicuro punto di osservazione da cui poter esaminare questa relazione, perché entrambi i soggetti interagenti influenzano, in varia misura, la «realtà» di questa relazione. Freud, e più tardi anche Hartmann, sono riusciti ad attenersi in maniera relativamente semplice a una non meglio definita «realtà del senso comune», come criterio di normalità e di devianza. Da quando la relatività della nostra realtà è entrata nell'orizzonte della psicoanalisi (Gould, 1970; Wallerstein, 1973; Jiménez, 1988) non si può più pensare la realtà come indipendente dalle norme e convenzioni sociali. Anche qui la neutralità psicoanalitica si è trasformata in un concetto importante, che doveva impedire all'analista di utilizzare le proprie ipotesi teoriche e personali come criterio di valutazione del transfert, o di lasciarsi catturare, nei suoi sforzi di comprensione empatica, dalle convinzioni del paziente (vedi Shapiro, 1984).

Così si costituisce la funzione immunizzante, e quindi ideologica, che il concetto di neutralità psicoanalitica è andato sempre più acquisendo, anche se resta aperto il problema di valutare i contenuti psichici da diversi punti di vista per poterli considerare nella loro diversità. Parafrasando Anna Freud, è senz'altro raccomandabile non sottomettersi ciecamente alle pretese dell'Es o del Super-io, ma non si può affermare che una distanza uniforme da tutte le istanze psichiche assicuri l'adeguatezza e la correttezza del punto di vista. In caso di conflitto la «verità» non sta sempre nel mezzo, ma può essere vista in modo diverso a seconda di ciascuna situazione concreta. Volenti o nolenti, dobbiamo accettare che, nel momento in cui assumiamo un determinato punto di osservazione, perdiamo di vista altri meccanismi psichici e le loro implicazioni inconse, e quando vogliamo risolvere il problema evitando un dato punto di vista possiamo trascurare meccanismi decisivi. Il

nostro lavoro con l'inconscio pecca inevitabilmente di unilateralità. Ciò nonostante, alcune pubblicazioni danno l'impressione che molte parzialità sarebbero superabili se gli analisti fossero *ancora* più neutrali e *ancora* meglio analizzati. L'esitazione nel dare giudizi, che caratterizza solitamente il lavoro clinico, ha il suo corrispettivo in un'idealizzazione senza limiti del metodo psicoanalitico. L'ideologia alla base di questa tendenza è evidente anche nell'uso del linguaggio: si pensi a quante volte nelle pubblicazioni psicoanalitiche appaiono frasi in cui viene asserito che cosa «l'analista» deve fare o che cosa è la psicoanalisi. Chiunque si sotragga alle caratteristiche attribuite (ad esempio l'«essere neutrali») non è un vero analista perché opera in maniera non psicoanalitica. Il metodo psicoanalitico resta così al riparo da qualsiasi dubbio. Tali asserzioni hanno bloccato il dialogo degli psicoanalisti con gli esponenti di altre discipline e hanno procurato alla psicoanalisi una nomea di saccenteria ortodossa. Inoltre hanno impedito che l'influenza soggettiva, e quindi umana, dell'analista sul processo terapeutico venisse sufficientemente osservata e indagata empiricamente.

Trovare un adeguato punto di osservazione per le valutazioni in psicoanalisi, vale a dire per il controllo della realtà, può essere in parte facilitato da un atteggiamento neutrale dell'analista, ma nessuna neutralità e nessuna obiettività possono garantire una soluzione definitiva di questo problema. La realtà viene osservata nella specificità della situazione con il consenso dei partecipanti. Nonostante le resistenze e tutti i problemi di controtransfert, analista e paziente devono essere pronti a lasciarsi convincere in modo che possa instaurarsi un consenso (vedi vol. 1, 8.4). Fare in modo che da questo consenso non si sviluppi una *folie à deux*, è compito del referente sociale di entrambi i partecipanti, cioè l'ambiente sociale del paziente da un lato e il giudizio dei colleghi analisti dall'altro. Il consenso riscontrato da entrambi i partecipanti al processo deve essere dimostrato anche quando non si riescono a modificare eventuali giudizi divergenti. Quando il paziente si ritira dalla vita sociale nella sua analisi, o non è più interessato a ricevere consenso dal suo ambiente, aumenta il pericolo di una visione limitata della realtà. La stessa cosa vale per l'analista che non si sottopone più al giudizio dei colleghi, o quando nelle società psicoanalitiche si elude la discussione scientifica. In quest'ultimo caso la *folie à deux* viene da molti semplicemente sostituita da un'inadeguata unilateralità. L'enorme significato che ha mantenuto la presentazione dei casi sin dall'inizio della psicoanalisi si basa, tra l'altro, sulla necessità di superare la *folie à deux* con il consenso intersoggettivo.

Per la tecnica, ha avuto effetti negativi il fatto che il problema della neutralità si fosse mescolato alla regola dell'astinenza. La regola dell'astinenza si basa sulla teoria della libido, come abbiamo riferito nel primo volume (7.1): è intesa a impedire gratificazioni transferali, ed è gravata di tutte le implicazioni negative di un comportamento di evitamento. Come già affermato

prima, il cosiddetto precetto di neutralità serve invece all'autonomia del paziente correttamente intesa, e alla definizione di uno spazio aperto ai valori. Il termine «neutralità» non definisce questo atteggiamento meglio del termine freudiano originario, «indifferenza». Per questo motivo proponiamo di sostituire la «neutralità» con un *atteggiamento equilibrato e senza preconcetti*.

Questo atteggiamento di apertura, nella terapia, è minacciato da più parti. Non può svilupparsi se il paziente insiste nell'imporre determinati valori in maniera polemica e contro l'analista. È il caso di pazienti profondamente legati a una religione o a un'ideologia. In tal caso il tentativo di apertura viene vissuto come un «no» rispetto alla gerarchia di valori del paziente. Non è raro che sia necessario un lungo processo di armonizzazione, prima di raggiungere un'intesa; in alcuni casi addirittura la terapia naufraga anche a causa di un mancato accordo. Naturalmente ciò vale soprattutto quando l'analista cerca di imporre al paziente i propri personali valori.

I limiti dell'imparzialità diventano visibili quando il paziente agisce all'interno o all'esterno della situazione terapeutica, quando cioè l'analista non può concentrarsi sui conflitti psichici. Quando i pazienti si comportano brutalmente o sgarbatamente senza la minima considerazione verso sé stessi o verso persone del loro ambiente, la neutralità non è più giustificabile. Qui il terapeuta deve porre dei limiti finché il paziente sarà in grado di riconoscere la deformazione del suo sistema di valori e di correggerla. Heigl e Heigl-Evers (1984) hanno sottolineato l'importanza della «verifica dei valori» nel processo psicoanalitico e hanno messo in guardia rispetto ai limiti della neutralità.

Se si vuole rimanere fedeli a un'apertura ai valori correttamente intesa, come a un ideale di tecnica, sarà necessario specificare in che senso e in vista di quali mete concrete l'analista si comporta in maniera neutrale rispetto ai valori. Un'astinenza eccessiva è poco conciliabile con questo ideale, come lo è una distanza troppo ridotta dai conflitti del paziente. Come avviene spesso con gli ideali, non ci sono criteri fissi e semplici da stabilire, ma la neutralità delinea, in una specifica situazione, una posizione che si caratterizza per l'integrazione di polarità opposte. Queste polarizzazioni possono essere descritte più da vicino in diverse dimensioni:

Apertura nella strutturazione dei pensieri: né prevenuto né strumentalizzato. Il primo passo che allontana dall'ideale di obiettività è quando l'analista comincia a farsi un'immagine del paziente. Qui alcune informazioni vengono inevitabilmente classificate come importanti; altre, considerate inutili, vengono lasciate da parte, e si attivano configurazioni preformate di aspettative e di esperienze. Queste configurazioni derivano, da un lato, dall'esperienza di vita dell'analista, dall'altro corrispondono ai modelli operativi psi-

coanalitici del paziente (vedi vol. 1, 9.3). Quando questa immagine è troppo determinante per l'elaborazione di ulteriori informazioni, può disturbare e danneggiare il processo, come ha mostrato Peterfreund (1983). Quindi in genere è giusto lasciare «incompiuta» l'immagine del paziente, e non ritenere di conoscere in anticipo tutto ciò che egli probabilmente dirà o sperimenterà.

Se l'ideale di non avere pregiudizi diventa ideologia, l'analista non può cogliere importanti informazioni e trarne utili deduzioni. Un esempio eclatante di questo modo di procedere è la pratica, molto diffusa, di evitare qualsiasi informazione nella fase precedente il primo colloquio con il paziente, con la giustificazione di una possibile «contaminazione». Il risultato è che il paziente si trova con un analista che non è in possesso di informazioni essenziali che lo riguardano, e la procedura è per lui incomprensibile. Insorgono direttamente disturbi della comunicazione, perché il paziente interpreta questo rifiuto di avere informazioni come una manifestazione di disinteresse. Così facendo non si arriva a un'immagine completa del paziente. Anche quando si concede, come afferma Hoffer (1985), una priorità all'elaborazione dei processi intrapsichici, è molto diverso se tale priorità viene posta nel contesto della conoscenza della realtà sociale del paziente o se è semplicemente legata alla mancanza di conoscenza del suo quadro di riferimento sociale. Una neutralità intesa correttamente implica quindi il mantenere un equilibrio tra pregiudizio e mancanza di informazione.

Senso della misura nei sentimenti: né seducibile né irraggiungibile. Il senso della misura nei sentimenti coincide pienamente con il problema della gestione del controtransfert (vedi cap. 3). Qui però si vuole esporre il problema della delimitazione. Bisogna essere cauti nel lasciarsi trasportare dal controtransfert o nel confessarlo, perché c'è il pericolo che l'analista possa sedurre il paziente o esserne sedotto. Dall'altro lato una gestione del controtransfert estremamente superiore e impersonale porta al convincimento che l'analista non sia assolutamente raggiungibile, vulnerabile o passibile di offesa. Questa esperienza può scoraggiare il paziente al punto da far cessare i suoi sforzi di piacere all'analista non per insight, ma per rassegnazione.

Per un cambiamento strutturale del paziente è importante che l'analista ammetta di avere reazioni umane, pur conservando il suo ruolo professionale, e dunque resistendo a essere sedotto o irrimediabilmente rovinato. Nel processo terapeutico occorre sempre stabilire un nuovo equilibrio a ogni seduta.

Apertura nella concezione dei valori: né parziale né amorfo. I consigli di Freud riguardano il pericolo che l'analista imponga valori al paziente. Questo pericolo sembra limitato se analista e paziente condividono gli stessi valori socio-culturali. Noi sappiamo inoltre che le probabilità di successo di un'analisi

diminuiscono quanto più i sistemi di valori sono differenti. La differenza è superabile solo se il terapeuta è temporaneamente in grado di identificarsi con il sistema di valori del paziente, così da non perdere la possibilità di comprenderlo adeguatamente e di continuare ad aiutarlo a crescere nella cornice della sua immagine del mondo. Anche nella flessibilità dell'analista a un certo momento si raggiunge un limite in cui l'identificazione non è più possibile, tanto che l'ideale di neutralità dovrà essere accantonato (Gedo, 1983). La frequenza con cui alcuni analisti respingono i pazienti perché con loro «non possono lavorare» denota una saggia previsione; del resto, la gamma dei pazienti che non vengono esclusi indica chiaramente quanto l'analista sia rigido o flessibile rispetto al il proprio sistema di valori.

Nella pratica la neutralità in relazione al sistema di valori si scontra rapidamente con i suoi limiti: è inevitabile che l'analista, di fronte alle valutazioni del paziente, renda nota la propria posizione, almeno come accenno. Ogni «uhm» in presenza di una rappresentazione adeguata viene interpretato dal paziente come una conferma della sua comprensione del mondo, e quindi richiesto con specifici appelli. Al contrario, ogni «uhm» emesso nel corso del racconto viene interpretato come segno di scetticismo e di rifiuto dissimulato. Si possono discutere queste interpretazioni del paziente, ma è molto difficile convincerlo che non ha percepito giusto. Più il rapporto tra analista e paziente è vivo e naturale, più vi sono indirette espressioni di opinione nell'interazione concreta.

Greenson (1967) ha presentato un tipico esempio di come espressioni paraverbali rendano visibile l'opinione politica dell'analista, tanto da far sentire il paziente sotto pressione. Anche Lichtenberg (1983b) illustra come nell'attività dell'analista si esprimano determinati valori che il paziente percepisce e che chiaramente lo influenzano.

Un'apparente via d'uscita da questo dilemma è che l'analista limiti al minimo le conferme, in modo da rendere più difficile al paziente la percezione di che cosa segretamente l'analista approva e su che cosa ha invece dubbi o riserve. Così il pericolo di una presa di posizione indiretta è più controllato, ma l'analista verrà vissuto come fosse senza volto e non potrà più svolgere la funzione di oggetto di identificazione (vedi 2.4). Quanta vivacità sia necessaria per un processo terapeutico non disturbato, dipende dalle personalità dell'analista e del paziente. Probabilmente è meno decisiva la gravità del disturbo, rispetto al tipo di socializzazione primaria di ciascuno dei partecipanti.

Apertura di fronte alla direzione del cambiamento: né tutelante né privo di interesse. La relazione tra la neutralità psicoanalitica e gli obiettivi terapeutici dell'analista è particolarmente difficile; gli obiettivi terapeutici sono necessariamente legati a valori, e con il loro aiuto i valori dell'analista si impon-

gono facilmente. Che Freud avesse in mente obiettivi concreti di cambiamento, emerge tra l'altro dal fatto che egli attribuiva all'analista il compito di «migliorare ed educare» il paziente (1938, p. 602). Contemporaneamente lo metteva in guardia perché non abusasse di questa funzione modellando il paziente a sua immagine. L'esperienza clinica insegna che l'analista soccombe più facilmente a questo pericolo quando sa di essere vicino al paziente ed è legato a lui da simpatia. La situazione in cui l'analista influenza indirettamente il processo di decisione corrisponde alla volontà del paziente di piacere all'analista; un tale comporamento può dunque situarsi su livelli sublimi.

Una soluzione discutibile consiste nel rinunciare alla definizione e al perseguimento degli obiettivi terapeutici, o nel renderli così ampi da essere insignificanti. È così che la «psicoanalisi senza preconcetti» festeggia la sua risurrezione: l'unica meta resta allora quella di «scoprire tracce e storture che il crescere nella nostra cultura ha prodotto» (Parin e Parin-Matthey, 1983), o, come meta generale, il trasformare l'analisi terminabile in analisi interminabile, dove il processo psicoanalitico diventa un obiettivo in sé (Blarer e Broghe, 1983). Anche qui sono in gioco idealizzazioni e immunizzazioni: solo in pochi casi – ma anche qui solo in fasi particolarmente gratificanti dell'analisi – è sensato considerare solo l'autoanalisi del paziente e affidargliene tutte le conseguenze. L'autoanalisi non è un valore intoccabile il cui abuso è escluso e la cui indipendenza è assicurata dal contesto sociale; all'ideale dell'autoanalisi colleghiamo tacitamente l'idea che essa si dimostra valida in ogni situazione individuale. Che cosa significhi concretamente «dimostrarsi valida» dipende dai criteri che analista e paziente adottano nelle loro situazioni di vita. La validità del processo psicoanalitico è e rimane messa in questione, di regola, dai problemi nevrotici del paziente, e se un analista rimane indifferente alle conseguenze del processo psicoanalitico, anche quando queste si sviluppano contro l'interesse del paziente, allora mostra una notevole quantità di indifferenza.

Anche Hoffer, citato precedentemente, rischia di non riconoscere questo interesse interpersonale quando paragona la neutralità a una bussola che non dà alcuna direttiva sulla strada da seguire, ma aiuta solo a vedere quale strada stiamo percorrendo e quanta ne abbiamo già percorsa (1985, p. 791). In questa metafora la neutralità nega l'interesse e quindi l'influenza che l'analista ha sul paziente. La metafora della bussola ricorda, del resto, la metafora freudiana dell'analista come guida alpina. In realtà è necessaria una notevole quantità di conoscenza per valutare correttamente la pericolosità delle vie da percorrere e la capacità del paziente di risolvere i problemi, in modo da evitare serie complicazioni. L'apertura ai valori come ideale terapeutico non può consistere nel risparmiare al paziente di mettere alla prova sé stesso dandogli regole di comportamento, vale a dire tenerlo sotto la propria tutela; la neutralità non può neanche consistere solo nell'abbandonare il paziente alla sua autoanalisi, quando questa si dimostra un fallimento.

Prudenza rispetto all'esercizio del potere: né intrusivo né privo di empatia. Raramente si riflette sull'influenza del potere della psicoanalisi sul processo psicoanalitico. I critici della psicoanalisi si sono spesso espressi in maniera polemica al riguardo. A questa polemica corrisponde però la tendenza a sottrarsi rapidamente alla faccenda col ricorso alla tecnica: l'argomentazione che l'analista non esercita alcun potere perché si limita all'interpretazione e a una condotta astinente, non rende giustizia a questi problemi. In realtà ogni modalità di comportamento dell'analista può avere un ruolo nella lotta per il potere ed essere usata indebitamente. È universalmente riconosciuto che le interpretazioni possono essere usate per imporre determinate condizioni di setting. Soprattutto le interpretazioni profonde vengono difficilmente confutate dal paziente, e c'è il rischio di usarle male.

Anche il silenzio dell'analista può essere usato come strumento di potere e ha la sua funzione più importante là dove il paziente raggiunge o potrebbe raggiungere condizioni regressive. Nei silenzi prolungati non si deve trascurare il rischio che la mancanza di un feedback possa causare molteplici effetti: più un analista resta in silenzio, più apparirà potente agli occhi del paziente, e più intensamente saranno riattivati i modelli dei vissuti infantili (vedi vol. 1, 8,5). Per l'analista silenzioso può essere un piacevole autoinganno pensare di comportarsi in modo particolarmente neutrale perché non fa mai affermazioni valutative. Si trascura così il fatto che un paziente che aspetta ardentemente una qualche forma di risposta emozionale si aggrappa riconoscente alla minima osservazione o stimolo. Il solo fatto che l'analista parli in determinati momenti sarà per il paziente il segnale di intenzioni non dichiarate. In questo modo si può manipolare ampiamente la resistenza del paziente, ma non risolverla in senso psicoanalitico. L'imperturbabilità dell'analista è una finzione dietro la quale si nasconde un abuso di potere. Per il paziente l'analista veramente imperturbabile sarebbe quello privo di empatia, imprevedibile e incoerente nelle sue reazioni.

L'abuso di potere tramite silenzi mirati o tramite interpretazione forzata è stato stigmatizzato in particolare dalla psicologia del Sé (vedi Wolf, 1983). Tuttavia il richiamo al concetto di empatia non fornisce alcuna garanzia rispetto all'abuso di potere; anche l'analista empatico ha potere, e può usarlo male. Uno degli strumenti più importanti per l'imposizione delle norme sociali è il rifiuto dell'empatia. L'incomprensione spinge il paziente verso l'isolamento sociale, e gli psicoanalisti nel loro lavoro terapeutico devono «non comprendere», se vogliono sorprendersi, essere attenti e analizzare. In questo modo devono avere in mano uno strumento di potere, dato che dipende dal loro giudizio a che punto sentirsi sorpresi e intervenire con la propria analisi. Pertanto quando si tratta di mettere in pratica la neutralità come ideale di tecnica, non può trattarsi né di astinenza, né di silenzio o di

interpretazioni forzate. La posizione ideale si trova nel mezzo, dove il paziente codetermina una parte importante del corso delle cose, senza tenerle completamente sotto il proprio controllo. Il pericolo di un abuso di potere viene decisamente limitato se l'analista rende trasparenti i suoi passi tecnici e riflette insieme al paziente sullo spiegamento di forze a essi connesso. L'accordo sulla delega del potere crea uno spazio libero in cui può svilupparsi la situazione psicoanalitica.

7.6.1 *Esempio*

Le diverse dimensioni della neutralità diventeranno più chiare grazie a un esempio proveniente dalla psicoanalisi di un impiegato di trent'anni che aveva cercato aiuto per di ansie legate al corpo, connesse a problemi nella relazione di coppia.

In una seduta, circa la 200, il signor Norbert Y si disse preoccupato per le nuove attività terroristiche: da un lato aveva paura di trovarsi coinvolto in azioni terroristiche, e contemporaneamente pensava, arrabbiato, che era anche umanamente giusto che i terroristi si difendessero. La mancanza di considerazione si era diffusa in una forma tale da rendere la vita difficilmente sopportabile. Anche per il problema dell'inquinamento ambientale la misura della ragione era stata superata da un pezzo. In questa fase ascoltavo prevalentemente il paziente e accompagnavo la sua esposizione con domande chiarificatrici o con osservazioni.

Successivamente il paziente ricordò una situazione con automobilisti privi di considerazione che non si preoccupavano assolutamente dei pedoni. Una volta, mentre era per strada con un carrello, si era molto divertito a spingerlo in modo da ostruire la strada, costringendo gli automobilisti a mettersi in coda dietro di lui e a procedere a passo d'uomo. Anche durante questa descrizione mi limitavo fondamentalmente ad ascoltarlo. Seguì poi un racconto su un litigio con la fidanzata, contro i suoi tentativi di imporsi, a cui aveva tentato energicamente di resistere. Il paziente descrisse per confronto una situazione tranquilla, in cui aveva reagito in maniera molto violenta. Aveva attaccato pesantemente la sua fidanzata accusandola di non essere attraente e di essere un carabiniere egocentrico, di non avere insomma un briciolo di sensibilità. Era palese, a livello emotivo, un sentimento di trionfo: si era difeso così efficacemente e giustificatamente perché spesso la fidanzata non lo considerava.

Questo racconto mi colpì e restai in silenzio, anche se il paziente evidentemente si aspettava una qualche mia espressione di approvazione. Si rammaricò esplicitamente che non fossi dalla sua parte ma prendessi le parti della fidanzata. Mentre la rabbia cresceva, continuò ad accusarmi affermando che io prendevo più spesso le parti della fidanzata che le sue. A tale riguardo aveva letto che gli analisti devono stare dalla parte dei loro pazienti se vogliono veramente aiutarli. Si sentiva piantato in asso da me a favore della fidanzata, ma forse non ero un analista che aveva a cuore gli interessi del paziente e forse facevo terapia solo in base a conoscenze libresche.

Gli dissi che presumibilmente pensava che il suo racconto sul litigio con la fidanzata mi avesse irritato, e adesso si sentiva umiliato perché avevo sostenuto poco la sua posizione. In questo momento ero come la sua fidanzata, e quando litigava con lei non riusciva più a vedere in lei alcun aspetto positivo; ero anche allo stesso livello degli inquinatori senza scrupoli e degli automobilisti.

Il paziente si fermò meravigliato e dopo una pausa disse: «Sulle prime avevo pensato che mi avrebbe buttato fuori, e poi ho avuto paura che mi avrebbe violentemente messo con le spalle al muro.»

Questo «essere messo con le spalle al muro», come elemento di paura, attirò la mia attenzione e successivamente ne chiesi spiegazione al paziente. Aveva immaginato che volessi sapere fino in fondo i suoi pensieri per poi mostrargli come fossero ottusi, stupidi e maldestri. Questi erano vissuti come assurdi anche dal paziente, e quindi anche per lui i pensieri vergognosi divennero facilmente collegabili con un aspetto del rapporto con la madre: secondo i suoi ricordi, lei da un lato l'aveva viziato, in seguito però, intenzionalmente, e soprattutto in presenza di parenti e conoscenti, gli faceva notare quanto fosse un ragazzo stupido e maldestro. La cosa peggiorava ulteriormente quando, in tali situazioni, si metteva a piangere dalla rabbia. Questo particolare aspetto della sua biografia lo conoscevo già prima di questa seduta, ma solo ora potei comprendere quanto fossero profonde l'umiliazione e la disperazione, e quanto dovesse essere grande il bisogno di liberarsi da tale senso di impotenza menando colpi all'impazzata. Il litigio con la fidanzata aveva chiaramente riattivato questa tendenza a colpire per primo. Quando riuscimmo a comprendere questo meccanismo, il paziente ristabilì una distanza del tutto normale con me e con la sua fidanzata, arrabbiandosi pur sempre di fronte alla sua prepotenza ma senza tuttavia divenire furente.

Questo esempio mostra che non era stato necessario che mi esprimessi di fronte alle osservazioni politiche del paziente, e che ciò non lo aveva disturbato anche in occasione delle sue successive espressioni critiche nei miei confronti. Nell'analisi i problemi psichici hanno la precedenza, e le valutazioni politiche passano in secondo piano. In questa fase iniziale mi ero interessato all'affetto del paziente, e non era stato difficile cogliere nelle sue osservazioni una certa aggressività le cui origini restavano ancora poco chiare.

Il resoconto sugli automobilisti senza riguardo e la sua vendetta nei loro confronti differisce dall'episodio precedente, perché il paziente pone in discussione il proprio comportamento, che entra in collisione con l'ideale di responsabilità di sé stesso: il paziente trae da una situazione vittimistica la giustificazione per la propria durezza.

Il resoconto sul litigio con la fidanzata rappresenta un'intensificazione degli episodi precedenti. Di nuovo si tratta del rimprovero di mancanza di riguardo, della sua aggressività, che questa volta, stando al racconto, sfocia in una massiccia svalutazione della fidanzata. Anche qui il paziente si era sentito fundamentalmente una vittima e si aspettava che io condividessi il suo vissuto. La differenza con l'ideale della responsabilità di sé stesso era diventata ora così grande che reagii sgomento e non seguii più emotivamente il paziente in modo chiaro; a questo punto rifiutai di rispondergli con un segno di comprensione, come egli si aspettava, fosse anche limitato a un «uhm». In questo modo mi sono allontanato dai limiti di comportamento che il paziente si aspettava. Si potrebbe obiettare che su questo punto mi sono aste-

nuto da un'esplicita valutazione e ho evitato di prendere partito per il paziente o per la fidanzata. Per il paziente, tuttavia, l'evitare esplicitamente di prendere posizione non era neutrale, dato che fino ad allora, in quella seduta, l'avevo seguito con comprensione. Quindi poteva concludere a buon diritto che io segretamente giudicavo in modo negativo la sua attività. Era logico confermare la plausibilità delle sue percezioni, secondo Gill (1982).

Questo cambiamento nell'atteggiamento psicoanalitico mi rese agli occhi del paziente un oggetto spietato, ed egli mi attaccò subito svalutandomi. A questo punto era importante reggere all'attacco senza ferirsi, ma anche senza cadere in una posizione di inaccessibilità.

Cercai allora di segnalare al paziente il mio interesse per il suo movimento emozionale. Il fatto che le sue osservazioni fossero *anche* offensive passò in secondo piano. Per fortuna il paziente colse questa occasione; non ritirò subito tutte le affermazioni né le rafforzò difensivamente, ma raccontò per conto suo una nuova emozione, cioè la sua paura nei miei confronti. Soltanto in base all'assunto che è più importante capire che condannare le azioni, abbiamo potuto comprendere la sua paura e la sua esagerata reazione come un dare colpi all'impazzata preventivamente, che si adattava alle sue precedenti esperienze traumatiche.

7.7 *Anonimato e naturalezza*

Noi contrapponiamo a un comportamento impersonale e anonimo dell'analista il suo comportamento naturale, perché in quest'ultimo si esprime senza dubbio la connotazione personale. Con le nostre riflessioni intendiamo risolvere le difficoltà all'interno di una relazione tra due parti che hanno interessi diversi. Tali differenze esistono di fatto e non possono essere eliminate mediante la critica, sia pure giustificata, agli stereotipi di ruolo esasperati. L'analista svolge nel suo studio un ruolo diverso che all'esterno, e la stessa cosa vale per il paziente. Il tema richiede, pertanto, la ricerca dei punti di contatto sensibili nelle aree di intersezione. Gli incontri al di fuori della stanza d'analisi, ai quali prestiamo particolare attenzione, devono essere considerati alla luce della situazione psicoanalitica e viceversa. Le diverse definizioni dei ruoli sono relative l'una all'altra. I problemi che hanno paziente e analista quando si incontrano fuori dalla stanza d'analisi danno una più ampia prospettiva al tema della naturalezza nella stanza d'analisi.

«Nel dubbio comportati con naturalezza»: questa raccomandazione parla da sé sino a quando ci si trova in una situazione di ingenuità sociologica. La questione della naturalezza sorge dalla *seconda* natura dell'uomo, dalla sua socializzazione; così l'esperienza insegna che analisti e pazienti hanno difficoltà ad assumere un tono naturale in occasione di incontri al di fuori della stanza d'analisi. Probabilmente dipende dal contrasto tra la seduta psico-

analitica e altre situazioni sociali. Sarebbe inopportuno che il paziente si abbandonasse alle sue associazioni libere mentre si trova in società, e l'analista si comporterebbe in modo singolare se evitasse i discorsi sul tempo e sulle vacanze, mantenendosi in una posizione silenziosa o interpretativa. Il contrasto vissuto si rafforza attraverso l'asimmetria. Il paziente si sente insicuro perché teme che l'analista usi le conoscenze che gli derivano dal trattamento; si manifestano così sentimenti di vergogna. Dall'altro lato, l'analista risulta limitato nella sua spontaneità, poiché pensa ai suoi effetti sull'analisi.

L'intensità del contrasto tra esterno e interno e le sue variazioni di contenuto assumono svariate forme, e nella loro manifestazione dipendono da molte condizioni. È pertanto impossibile presentare il tema in modo esauritivo attraverso una serie di esempi. Il presupposto decisivo per una soluzione del problema adeguata alla situazione è anzitutto il suo riconoscimento. Se l'analista riconosce che può essere colpito anche lui da questo contrasto, il paziente ha la possibilità di trovare con più facilità i ruoli appropriati e assumerli in modo così autonomo da raggiungere le mete e svolgere i compiti del trattamento. Le funzioni dell'analista nel suo studio si possono ricondurre alla teoria dei ruoli e sono paragonabili ad altri ruoli che lo stesso analista può trovarsi a esercitare come presidente di una tavola rotonda o cittadino impegnato politicamente ecc.

Il riconoscimento della molteplicità dei ruoli implica contrasti che si misurano confrontandoli con le esperienze che paziente e analista hanno accumulato nella stanza d'analisi. Prendiamo un esempio che riguarda la naturalezza: solo alla fine della sua carriera professionale Paula Heimann (1978) scoprì che per l'analista è necessario essere naturale con i propri pazienti. Parliamo di una scoperta senz'ombra di ironia, perché la Heimann, che probabilmente da sempre, come donna, segretamente e intuitivamente, si comportava già in modo del tutto naturale, poté riconoscere solo in questa tardiva pubblicazione che la naturalezza è terapeuticamente necessaria e quindi giustificata a fronte della neutralità e dell'anonimato. Non a caso il lavoro ha il seguente complicato titolo: *Della necessità per l'analista di essere naturale con i suoi pazienti*. Il testo, solo recentemente pubblicato in inglese (1989), è rimasto abbastanza sconosciuto.

Una prescrizione di ruolo che escludesse la spontaneità e imponesse di pensare prima e poi di reagire, pretenderebbe l'impossibile. Se l'analista ritenesse di non poter conciliare la spontaneità con il suo ruolo professionale, si sentirebbe particolarmente impacciato con il paziente nello spazio sociale. Per contro il paziente si intestardirà a costringere finalmente l'analista, durante l'analisi stessa, a un'azione o a un'espressione spontanee o ad incontrarlo fuori da uomo a uomo.

Molte cose indicano che la regola di comportarsi in modo naturale in caso

di dubbio sia più facilmente condivisa che seguita, all'interno e all'esterno della situazione psicoanalitica. Citiamo alcune osservazioni rivelatrici. Molti analisti evitano i loro pazienti, se questo è consentito dalle norme sociali. Ciò riguarda in particolare i candidati in formazione che, da parte loro, evitano i propri analisti didatti. Se capita di incontrarsi, si instaura una conversazione imbarazzata, non libera. La mancanza di naturalezza è massima anche negli analisti didatti, che si pongono rispetto ai candidati come modelli di analisi «pura». Le conseguenze negative di un rapporto docente-allievo, dove il maestro evita perfino l'incontro professionale, come nei seminari di tecnica, sono note da molto tempo (vedi Bruzzone, Casula e altri, 1985). Fortunatamente ci sono sempre state possibilità di correggere il fenomeno. Tutte le esperienze alternative con l'analista didatta hanno una funzione deidealizzante e quindi sono facilmente ricordate. Rimane il dubbio se si debba dare credito nei dettagli alle storie raccontate a posteriori. In ogni caso ci si deve chiedere perché una comunicazione spontanea di un analista al proprio paziente o al proprio analizzando in analisi didattica, che può quasi sembrare banale a un osservatore estraneo, abbia il posto d'onore tra i ricordi, mentre molte interpretazioni profonde cadono nell'oblio. Tutto ciò che è fuori dall'ordinario occupa nel ricordo una posizione di rilievo. Così ad esempio un riconoscimento diretto, unico, che un paziente o un allievo in analisi didattica ha ricevuto all'interno o all'esterno della stanza d'analisi, diventerà un avvenimento eccezionale.

La *spontaneità* dell'analista, secondo Klauber (1987), è importante perché permette al paziente di mitigare o compensare i *traumi* insiti nel transfert. Se la naturalezza dell'analista, che poniamo sullo stesso piano della sua spontaneità, ha una funzione compensatoria, la portata del trauma è anche una dimensione dipendente parzialmente da lui e dal suo modo di intendere le regole. I problemi che sorgono per gli incontri al di fuori della stanza d'analisi saranno maggiori se si eviterà un atteggiamento naturale nella stanza d'analisi.

Il riconoscimento della molteplicità dei ruoli che paziente e analista rivestono sia nella vita pubblica che nella vita privata può accrescere la tolleranza dei contrasti. È quindi essenziale che i futuri analisti durante la loro formazione riescano ad avere un rapporto non costrittivo con i diversi ruoli che si trovano a rivestire all'interno o all'esterno della professione. La naturalezza che un allievo in analisi didattica vive con il proprio analista fuori e dentro la stanza d'analisi ha un'importanza decisiva per la tolleranza della diversità dei ruoli. Da questo punto di vista abbiamo studiato i cambiamenti nel sistema di formazione degli analisti, giungendo a una conclusione inquietante. È diffusamente noto che fino agli anni quaranta era frequente che analista e analizzando, alternandosi, rivestissero ruoli diversi. La storia del più famoso paziente di Freud, l'uomo dei lupi, come si apprende dalla presen-

tazione sintetica di Mahony (1984), è piena di intrecci in cui Freud e molti dei suoi allievi rimasero invischiati. Non minore era la mescolanza di ruoli nella pratica di Melanie Klein, come si può dedurre dalla biografia della Grosskurth (1986). Fino agli anni quaranta, specialmente nella formazione delle diverse scuole, sembra che la mescolanza di ruoli abbia avuto ovunque un ruolo determinante. Molti analisti didatti di quei tempi erano coinvolti in terribili intrecci personali, professionali e istituzionali. A posteriori è comprensibile che si sia arrivati a una formazione reattiva che, dopo l'esperienza di un'eccessiva umanità, ha portato all'estremo opposto. Nel primo volume (1.6, capp. 7, 9.2) abbiamo prestato troppo poca attenzione a questo aspetto dello sviluppo della tecnica psicoanalitica. Le esperienze dolorose di molti analisti hanno contribuito al passaggio da una mescolanza di ruoli a ruoli stereotipati. Una volta che si è arrivati alla formazione di scuole, gli allievi sono più realisti del re. Quando ci si attiene in maniera reattiva alle prescrizioni scritte, le idealizzazioni si legano in maniera straordinaria agli interessi del potere politico dei rispettivi gruppi.

Nella stereotipia del ruolo dell'analista impersonale, si perde la naturalezza. In questo modo sono state evitate molte confusioni, ma l'idea di poter finalmente arrivare a un'analisi del transfert pura e scevra da influenze si è rivelata utopistica. Al posto del peso dovuto alla *mescolanza dei ruoli* apparve il *trauma per la stereotipia dei ruoli*.

Questa contrapposizione implica come soluzione una terza via, che abbiamo descritto in molti punti del primo volume, e in particolare nella discussione sull'ampliamento della teoria del transfert. Considerati dal punto di vista della teoria dei ruoli, i compiti dell'analista portano con sé definizioni che nella pratica terapeutica diventano efficaci e con cui il paziente si familiarizza. Nella stanza d'analisi il paziente porta alla luce il suo mondo, quali ruoli svolge e quali di questi gli sono più o meno dettati dal di dentro, dove è autentico e dove non lo è, e come può trovare il suo vero essere. Il fascino che deriva dall'autorealizzazione, e ancora di più dalla ricerca del vero Sé, dipende dal suo muoversi proprio nello spazio illimitato delle possibilità o dal fatto che sembra trovarsi nelle protoforme ancora inconse delle proprie possibilità di vita. Nel copione del sognatore si trovano rappresentazioni di sé estranee, complementari e desiderate. Giustamente le possibilità inconse non ancora nate sono chiamate alla vita nello studio dell'analista. Naturalmente il paziente, sulla base della sua esperienza di vita, sa che anche l'analista riveste tanti ruoli a casa propria, ed è quindi nella situazione di rispondere a determinate proposte di ruolo e di reagire per induzione. Per mettere alla prova la capacità dell'analista di immedesimarsi, i pazienti provano di tutto. Se non si rispondesse con reazioni naturali, i transfert verrebbero soffocati o si estinguerebbero. Questo scenario particolare, che noi chiamiamo semplicemente la seduta, permette un'*azione di prova senza peri-*

colo. Un presupposto perché ciò avvenga è che il riconoscimento continui e in ogni attribuzione di ruoli vengano incluse le offerte inconscie del paziente (vedi Sandler, 1976). Le limitazioni professionali della relazione tra analista e paziente diventano simbolo dei *limiti* che come tali preservano la *sicurezza*. Lo spazio limitato della seduta diventa così per noi metafora di naturalezza protetta.

Il ritrovamento della spontaneità e della naturalezza vuol dire che il paziente può sapere, del e sul suo analista, più di ciò che già sa del suo modo di sentire e di pensare attraverso le interpretazioni. Il paziente, tramite le interpretazioni, impara a conoscersi secondo il punto di vista dell'analista, e per questo motivo pensiamo che sia di fondamentale importanza far conoscere al paziente anche il contesto più ampio al cui interno si collocano i commenti personali, le osservazioni o le interpretazioni dell'analista. *È essenziale sul piano terapeutico far partecipare il paziente al contesto, rivelare e motivare in modo intelligibile il retroscena delle interpretazioni*. Da ciò si deve distinguere la partecipazione del paziente al controtransfert dell'analista. Meno il paziente viene a sapere dal contesto, maggiore sarà la sua curiosità per l'analista come persona. Purtroppo questo problema di tecnica psicoanalitica, molto trascurato ma di facile soluzione, ha richiamato la nostra attenzione in ritardo (vedi 2.4). Da quanto detto, c'è una risposta piuttosto facile riguardo alla domanda su che cosa sia lecito per il paziente conoscere e venire a sapere sull'analista come persona: tutto ciò che serve alla conoscenza di sé e che non la ostacola. Attraverso la naturalezza dell'analista il paziente conosce qualcosa di sé. Anche un'omissione può diventare un punto di partenza per la scoperta, dal momento che sarebbe di per sé contraddittorio soddisfare qualsiasi aspettativa convenzionale o porla sullo stesso piano di un modo naturale di reagire. È chiaro quindi che la naturalezza spontanea dell'analista può sia muoversi all'interno di un codice di comportamento socialmente condiviso, sia allontanarsene. Quest'ultimo sembra soprattutto il caso in cui si attiva un controtransfert specifico. La raccomandazione, nel dubbio, di comportarsi con naturalezza si orienta secondo le regole della consuetudine sociale, che rientrano nel senso comune.

Le nostre riflessioni mostrano che l'analista si comporta in maniera naturale nella stanza d'analisi, e in caso di incontri casuali all'esterno, quando configura in maniera personale le corrispondenti aspettative di ruolo da assumere. Qui rimane ampio spazio per la spontaneità dipendente dalle particolari caratteristiche di ciascun paziente. Se l'analista aderisse a una stereotipia di ruoli anonimi, verrebbe meno una ricca fonte di conoscenza psicoanalitica.

Illustriamo la nostra esposizione con due esempi. Anzitutto, il regalo di un mazzo di fiori da parte di una paziente al suo analista. In nessun modo desideriamo contrastare la regola di non accettare in linea di principio alcun

regalo dai pazienti. Tuttavia, sulla base di molteplici esperienze, siamo convinti che rifiutare i regali impedisca spesso di coglierne il significato. Rifiuti o condanne possono avere conseguenze negative difficili da correggere (vedi Van Damm, 1987; Hohage, 1986). È chiaro che accettare un mazzo di fiori avrà di per sé conseguenze sul processo psicoanalitico; così tutto si muove attorno alla questione di quale sia il comportamento più indicato in un determinato caso e a quali criteri ci si debba attenere nel decidere.

Nel secondo esempio descriviamo un incontro fuori dalla stanza d'analisi, nell'edificio dell'istituto. Il numero degli esempi potrebbe facilmente aumentare. Anche nella grandi città succede che molti analizzandi appartengano allo stesso gruppo sociale o ambito professionale degli analisti. Per questo gli incontri tra analisti e pazienti sono frequenti in occasione di eventi culturali o congressi, non solo nelle piccole città. Secondo noi è assolutamente naturale che in questi incontri si avverta dell'insicurezza.

7.7.1 Primo esempio: un mazzo di fiori

La signora Amalie X mi saluta con un mazzo di fiori in mano.

PAZIENTE: Non è certo molto originale, ma si tratta di una mia idea!

Prendendo il mazzo, noto che i fiori hanno bisogno d'acqua e li metto subito in un vaso. Fruscio di carta, mani affaccendate, breve scambio di parole fino a quando la carta è tolta e si chiarisce se i fiori stanno nel vaso.

PAZIENTE: Ci stanno sicuramente, li ho legati bene apposta.

ANALISTA: Bel mazzo.

La paziente spiega che l'idea le era venuta la sera prima. Poco prima della seduta aveva ricevuto dei fiori e le era tornato il pensiero.

PAZIENTE: Allora ho pensato se sarebbe stato più carino farglieli recapitare a casa.

Lei stessa afferma che queste sue riflessioni probabilmente sono solo un pretesto.

ANALISTA: C'erano altri motivi più essenziali.

PAZIENTE: Pensavo di dover correre qui un po' meno in preda a Amok (*follia omicida; ci ride sopra e si corregge*). No, come si dice, no, passare per le forche caudine (*ride di nuovo*), sì, non Amok, passare per le forche caudine, se glieli avessi spediti a casa sarebbe stato semplicemente più discreto, non lo so, forse non volevo neanche essere così discreta...

Lei stessa scopre che il mazzo di fiori «è semplicemente una raccolta di molte cose che si sono messe insieme durante il weekend, tanto che io stessa non sapevo più esattamente che significato avessero».

La signora Amalie X parla delle connessioni relative al mazzo di fiori che le era stato recapitato a casa poco prima della seduta. Racconta della visita di un conoscente che, come studente, mi conosce.

PAZIENTE: E quindi mi ha parlato di lei dal suo personale punto di vista, e in un certo senso mi ha molto disturbato sapere improvvisamente qualcosa di lei, poco, ma comunque... finora, nonostante la mia viva curiosità, non ho mai sentito nulla sul suo conto. Lei non ha mai lasciato il suo posto e, in un certo senso, i fiori sono forse qualcosa del genere, beh, è difficile fare ordine...

[*Riflessione*]. La signora Amalie X ha perso il filo, e si è allontanata da un campo pieno di tensioni. Suppongo che sia comparsa una resistenza, probabilmente perché aveva sentito delle critiche sul mio conto. Faccio presente alla paziente che ha presentato il resoconto dello studente in maniera decisamente abbreviata. Emerge che il ragazzo le aveva chiesto se riusciva a intendersi con me, cosa che a lui non riusciva perché il mio modo di pormi era per lui troppo complicato.

PAZIENTE: E quindi avevo la sensazione che oggi con i fiori si trattasse di una sorta di riparazione, ma la parola mi dà fastidio, non è una riparazione; quando il mio conoscente lo ha detto non mi ha dato fastidio, perché io stessa avevo spesso sentito qualcosa di simile. A volte non termina le sue frasi, ne abbiamo già parlato due sedute fa, ma ho pensato che intenzionalmente vuole farmi credere che io non posso pensare e in un certo senso è una compensazione per tutti questi anni... Ho pensato a lungo che lei in questo modo mi dimostra che è capace di pensare in maniera tortuosa e poliedrica, e lascia a me il compito di comprenderla o no. E nel momento in cui lo studente mi ha detto che anche lui la vedeva così e osava definirlo complicato, naturalmente è stato un sollievo, uhm, e contemporaneamente ho pensato che bisognavaappare la bocca a quel ragazzaccio maldicente (*ride mentre parla*).

La paziente parla adesso delle sue esperienze con alcune conoscenze fatte tramite un annuncio sui giornali e della confusione che ciò le ha procurato.

PAZIENTE: Okay, in un certo senso riesce tutto ciò che faccio, e probabilmente per affermarlo e in un certo senso ricollegarlo a lei come garante, le ho comprato i fiori (*ride un po'*). In un certo senso mi sembra che fili liscio. Sì, credo a essi come a un talismano superstizioso; lei vede perché anche adesso deve essere la vittima.

ANALISTA: Come ha detto prima, questo mazzo di fiori deve porre qui fine a una confusione.

La paziente prosegue raccontando un altro episodio di confusione dove un altro uomo avrebbe ricevuto fiori da lei.

PAZIENTE: Naturalmente volevo dare i fiori a S., ma la distanza in quella relazione era per me troppo grande, e così lei ha dovuto di nuovo essere la vittima. È veramente brutto (*piccola pausa*). Le dispiace? (*piccola pausa*). Ah sì, naturalmente lei non mi risponde.

ANALISTA: E come potrei dispiacermi se per lei la distanza è eccessiva o se devo essere la vittima?

PAZIENTE: Quest'ultima cosa *le* potrebbe dispiacere. *A me* potrebbe dispiacere che la distanza (*con S.*) sia troppo grande (*pausa più lunga*).

ANALISTA: E con i fiori la distanza nei miei confronti si accorcia.

PAZIENTE: A volte lei ha un modo, ah, di tirarmi fuori le cose e nello stesso tempo di neutralizzarle, che eh, provoca in me sempre qualcosa di diverso, due tipi di sentimenti: da una parte qualcosa di incredibilmente cattivo, ma anche di affascinante.

ANALISTA: Sì, perché lei stessa lo ha neutralizzato con i fiori (*breve pausa*).

PAZIENTE: Chi o cosa?

ANALISTA: L'Amok (*ride*).

[*Commento*]. Con questa osservazione il dialogo ha una svolta sorprendente. La paziente si trovava in uno stato interiore di tensione prima di consegnare il mazzo di fiori, tanto da esprimersi con un lapsus. La paura di essere disapprovata emerge nei suoi pensieri con l'espressione delle forche caudine, ma si difende da questa sottomissione, arrivando così all'Amok.

Quindi ci sono molte cose legate al mazzo di fiori, e già molto tempo prima della seduta. Se l'analista non avesse accettato i fiori con cordialità, probabilmente non ci sarebbe stato questo dialogo così istruttivo.

PAZIENTE: Mi viene da ridere perché credo di non avere quasi mai fatto un lapsus, raramente le ho fatto questo favore, le volte si possono contare sulle dita di una mano, ma cos'è questo in quattro anni... Che non sia molto facile con il mazzo di fiori, è chiaro, comunque passi. In sala d'aspetto mi dicevo, va beh, porto i fiori alla segretaria. Avevo la sensazione che lei fosse arrabbiato, per questo ho dovuto dire che non era molto originale, quasi mi dovessi scusare... avevo la sensazione di mostrarle qualcosa di indiscreto, avrei dovuto farglielo avere a casa, con un biglietto e con i guanti (*ride e sospira contemporaneamente*).

ANALISTA: Perché pensa che non sia originale?

PAZIENTE: Bene, devo dire una cosa: sarebbe stato meglio se l'avessi semplicemente guardata con occhi raggianti (*ride*). Adesso almeno lo dico.

ANALISTA: Allora, per dirlo con i fiori, mostrarmi la sua radiosa maniera di essere diretta e la sua decisione di rispondere agli annunci.

PAZIENTE: Sì, corrisponde a questo, soprattutto negli ultimi giorni, ma anche negli ultimi anni, ho avuto modo di provare che le cose di cui avevo una gran paura – e che poi ho fatto – mi hanno sempre fatto fare un passo avanti... e, se non fossi venuta qui, non avrei fatto tante cose.

ANALISTA: Sì, me ne rallegro, e la ringrazio per quello che dice, che io ho potuto contribuire a farle realizzare le cose come desidera.

[*Commento*]. Alla fine della seduta l'analista ringrazia, sapendo che il ringraziamento è incluso in un incoraggiamento ed è legato a un riconoscimento; in questo modo il lavoro interpretativo trova la sua temporanea conclusione.

7.7.2 *Secondo esempio: un incontro fuori dalla stanza d'analisi*

Non è facile, negli incontri tra paziente e analista fuori dalla stanza d'analisi, mostrare la naturalezza adeguata alla situazione e avere una conversazione normale. L'interazione nella stanza d'analisi è troppo intensa e diversa per adattarsi facilmente ad altri ruoli sociali. Consigliamo di riconoscere queste difficoltà, sapendo per esperienza che in tal modo ci possono essere effetti liberatori per paziente e analista.

La signora Erna X mi era passata davanti nell'edificio dell'istituto, mentre mi trovavo con un gruppo di uomini. Colpita dal colore blu del mio vestito, la prima cosa che pensò fu: «Questo è il portiere.» Questo pensiero la spaventò, e la sua insicurezza, passando vicino a questo gruppo di uomini, raggiunse livelli quasi intollerabili. Le associazioni spontanee più importanti si possono riassumere così: il signor Z., il portiere, è gentile, a differenza di molti altri che si incontrano in questo edificio. È abbastanza raro che qualcuno saluti, forse il personale crede che non si debbano guardare i pazienti. Le signore e i signori che hanno la loro stanza qui pas-

sano vicino a una persona, scortesi, sognanti, assenti nei loro pensieri, i libri sotto il braccio. La gentilezza del portiere è nettamente in contrasto. «Forse è per questo che la associo al portiere, è l'unico uomo gentile nell'istituto.»

Si tratta quindi del suo doppio ruolo, salutata e considerata come donna e come paziente: come paziente che saluta il medico o come donna che viene salutata. La mia interpretazione riguarda la sua insicurezza dei ruoli. «Lei è la paziente che saluta remissiva o la donna attesa, che si rallegra di essere presa in considerazione? Una considerazione che si esprime nel quotidiano con il fatto che le donne vengono salutate dagli uomini.» La paziente rievoca ricordi della sua infanzia, il dovere di salutare, che come bambina le era imposto. «Per mia nonna era molto importante che io mi comportassi da bambina educata.» Viene interpretata la rabbia di essersi dovuta comportare in maniera così sottomessa, cosa che accresce la sua insicurezza. Più avanti viene espresso il sospetto che forse lei saluta subito per evitare di essere salutata per prima. In questo modo non dà al medico, come uomo, alcuna opportunità di considerarla e di esaudire così il suo desiderio. Sì, lei stessa cerca di evitare queste situazioni imbarazzanti, si toglie da sola il cappotto, e non si fa aiutare per non sentirsi in imbarazzo.

Emergono ricordi dell'adolescenza. Le dava fastidio che suo padre o suo zio l'aiutassero a indossare il cappotto. «Ci si sente osservati. Lui regge il cappotto e io non riesco a infilarlo. Se lei mi reggesse il cappotto io mi innervosirei e senz'altro mi imbroglierei. È un'offerta d'aiuto che irrita.» Spesso preferisce lasciare il cappotto in macchina per non avere il problema di metterlo e toglierlo. Oggi avrebbe preferito fare un lungo giro se avesse saputo che mi sarebbe passata vicino. Il precedente conflitto di ruoli viene collegato, dall'interpretazione che segue, all'attuale conflitto.

ANALISTA: Non poteva quindi essere che la considerassero un'adolescente, avrebbero risvegliato dei desideri. Desideri che in senso ampio hanno a che fare con il vestirsi e lo spogliarsi, con l'essere guardata, osservata, ammirata.

PAZIENTE: Ancora adesso mi sento come una piccola ragazzina.

La paziente si era occupata del vestirsi e spogliarsi già nella settimana precedente, e ora parla di un ricordo. Proprio all'epoca in cui parlava di qualcuno che l'aiutasse a indossare il cappotto aveva pensato notti intere alla seguente scena: lo zio e la zia la venivano a trovare spesso. Lei andava a letto presto. Era successo due volte che lo zio entrasse nella sua stanza senza bussare, lei era svestita, quasi nuda. Per tranquillizzarla richiamo l'attenzione sul ruolo dello zio.

ANALISTA: Forse era curioso. Probabilmente non era un puro caso, non è vero?

PAZIENTE: Era un atteggiamento indecente, era un po' ubriaco. Tutto era molto inquietante, e io non potevo dire niente perché ero una ragazzina a cui non doveva importare niente.

ANALISTA: Se si fosse lamentata, avrebbe reso manifesto che non si sentiva più una bambina piccola ma un'adolescente, che sentiva la sua influenza erotica. Questo è quello che avrebbe rivelato se si fosse lamentata.

PAZIENTE: Avrebbe detto subito, ma cosa vuoi? I genitori avrebbero detto, ma cosa ti viene in mente? Che pensieri sporchi ti vengono? Questo zio raccontava sempre barzellette e io non dovevo ridere. Se avessi riso, mi avrebbero detto: ma cosa ridi, che non capisci niente? Così mi passava la voglia di ridere. Queste due esperienze mi bruciano ancora.

Inventava ogni tipo di espedienti per impedire allo zio di entrare nella sua stanza. Immediatamente prima di una seduta successiva ci fu una scena simile fuori dalla stanza d'analisi. Avevo visto che la paziente stava arrivando e attraversava la porta

d'entrata, ed ero davanti a lei salendo le scale. Per evitare di fare il percorso assieme, deviai nello studio di un collega, a cui in ogni caso dovevo comunicare qualcosa. Questa reazione si produsse per riflesso, con determinazione e con l'intenzione pre-conscia di evitare le complicazioni che di solito emergono quando si fa un lungo cammino insieme. Avevo dimenticato la scena precedente.

La paziente credette che avessi rapidamente deviato nella stanza del mio collega per premura nei suoi confronti, per evitarle una situazione imbarazzante. Nel corso di questo andirivieni, dissi che non mi ricordavo della scena del «portiere», accaduta molto tempo prima, e che avevo veramente bisogno di parlare con quel collega. Tuttavia anche per me non era facile risolvere i problemi derivanti dagli incontri fuori dalla stanza d'analisi. Anch'io sentivo un certo imbarazzo e cercavo di superare una difficile situazione. Fare quattro chiacchiere di circostanza è molto diverso dal colloquio psicoanalitico, ma del resto rimanere in silenzio sarebbe stato decisamente insolito.

Questa comunicazione portò alla paziente un notevole sollievo. Si trattava quindi di qualcosa di oggettivo, come disse, e questo problema non era di facile soluzione neanche per me come analista: camminare in silenzio l'uno vicino all'altro contravviene alle consuetudini sociali. Immediatamente dopo il saluto sarebbe normale scambiare due parole. «Questo è vero anche per il mio modo di sentire – aggiunti – tuttavia non è necessario comportarsi così a tutti i costi; perché non dovremmo, ad esempio, camminare l'uno vicino all'altra in silenzio?»

7.8 *Registrazione*

Pensiamo che sia più sensato esaminare l'influenza delle condizioni di contorno, invece di costruire un ideale di processo psicoanalitico, come fece Eissler (1953), e poi litigare attorno a un tavolo per trovare compromessi più o meno accettabili. Le registrazioni fanno parte di quelle condizioni limite che abbiamo studiato a fondo (Ruberg, 1981; Kächele, Thomä e altri, 1988). Anche i nostri risultati confermano che il significato di questa importante variabile, nelle sue diverse manifestazioni, può essere riconosciuto ed elaborato in maniera terapeuticamente proficua. Spesso certi problemi si attualizzano perfino più rapidamente, così che la proiezione dei contenuti di significato sulla registrazione può diventare il punto di partenza di utili dialoghi.

Secondo l'esperienza, entrambi i partecipanti si abitano alla possibilità che un terzo si interessi al loro dialogo. La registrazione diventa allora parte dello sfondo silenzioso che – come tutti gli elementi esteriori della situazione psicoanalitica – in qualsiasi momento può avere effetti dinamici. Inoltre, sia l'apparecchio silenzioso e invisibile, sia il microfono, sistemato in modo discreto, ricordano con la loro presenza concreta che lo sdraiato e il seduto non sono soli al mondo. L'anonimato e la codifica possono anch'essi diventare tema di riflessione comune, anche se la garanzia di riservatezza e l'esclusione del nome sono i presupposti per l'introduzione di questo mezzo ausi-

liario. Questa protezione vale solo per i pazienti. Nonostante l'esclusione del nome dell'analista curante, tra colleghi si viene a sapere chi ha condotto un determinato trattamento riprodotto nei dettagli. Lo stile linguistico personale, il pensare e l'agire psicoanalitici, sono riconoscibili dai colleghi nei dialoghi che presentiamo.

Per molti aspetti può essere utile che i pazienti durante le terapie vengano a conoscenza dello scopo della registrazione, e soprattutto del fatto che l'analista è disposto a consultarsi con i propri colleghi. C'è tuttavia tra gli analisti uno stile di discussione che rende comprensibile perché la maggioranza esiti ancora a utilizzare questo mezzo, anche se meglio di qualsiasi altro, grazie alla riflessione critica sui dialoghi trascritti, potrebbe migliorare l'azione terapeutica.

È chiaro che l'analista non solo ha diritto alla libertà personale, che in inglese viene ben definita come *privacy*, ma ha anche il diritto di organizzare il suo spazio professionale nel modo più conveniente, nell'ambito del sistema di valori della comunità dei colleghi. Probabilmente un miscuglio di diverse particolarità di carattere, che si associano alla curiosità scientifica e alla fede nel progresso, facilita l'aprirsi totalmente a una rivelazione professionale di sé stessi senza protezioni. In ogni caso abbiamo fatto di necessità virtù e siamo arrivati ad attribuire all'introduzione della registrazione una funzione curativa in diversi sensi: per il singolo analista, il cui narcisismo è messo a dura prova; per la comunità professionale, le cui discussioni scientifiche potranno basarsi su dialoghi autentici e non solo su racconti di fatti, e per il paziente, che indirettamente trae vantaggio da tutto ciò. È un segno dei tempi che alcuni pazienti portino con sé il proprio registratore. È consigliabile essere pronti a tali sorprese, visto che per il paziente può essere senza dubbio utile riesaminare il dialogo; bisogna prendere questo interesse particolarmente sul serio, anche quando una simile azione sia motivata dall'intenzione inconscia di proteggersi nel caso di un errore tecnico. È sconvolgente il dialogo, commentato da Sartre (1969), a cui un paziente costrinse il suo analista, registrandolo, per cui i ruoli furono invertiti. Il paziente trattò il suo analista proprio con le interpretazioni di castrazione con cui questi per anni gli aveva riempito la testa.

Per la comunità professionale psicoanalitica non dovrebbe essere in alcun modo dannoso che, con registrazioni originali o trascrizioni, venga studiato con esattezza quello che gli psicoanalisti fanno e dicono nelle sedute, e da quali teorie sono guidati nel loro agire terapeutico. Confrontarsi con la propria condotta terapeutica potrebbe avere un salutare effetto sulle presunzioni narcisistiche. Parafrasando il noto aforisma di Nietzsche, nella lotta tra orgoglio, fatto e memoria, le voci fissate nel registratore costringono con tale forza al ricordo che all'orgoglio riesce difficile rimanere inflessibile e trionfare sulla memoria.

7.8.1 *Esempi*

L'introduzione della registrazione è più inquietante per la comunità psicoanalitica che per i pazienti. Nel tentativo di ricondurre alcuni dubbi a un denominatore comune, ci incontriamo di nuovo con il modello tecnico di base di Eissler (1953) e con i suoi cosiddetti parametri, che abbiamo discusso ampiamente nel primo volume (8.3.3), e che hanno creato più problemi di quanti ne abbiano risolti.

Finora non abbiamo rilevato resistenze inaccessibili alle interpretazioni, scatenate o rafforzate dalla presenza di un registratore. Illustreremo quanto detto con le seguenti esperienze pratiche con l'uso del registratore, dando particolare valore alla risposta interpretativa alle reazioni del paziente.

UN SUPERCENSORE

La paziente Amalie X, nella seduta 38, parla della sua esperienza terapeutica quando era studentessa; il terapeuta di allora non le aveva restituito il suo diario; lei era rimasta interdetta. Propongo il seguente paragone: portare via il diario corrisponde a portare via i pensieri con il registratore. La paziente dice di non sapere niente dell'uso delle registrazioni, ma alla fine osserva: «Devo anche dire che la cosa non occupa più di tanto le mie fantasie.» Nella seduta successiva la conversazione gira intorno al tema del *dare e prendere*, e io nuovamente propongo l'idea del registratore che porta via i pensieri.

PAZIENTE: Probabilmente mi disturba di meno; è un mezzo così distante.

Questa risposta chiarisce in primo luogo che la paziente, già nella fase iniziale del trattamento, dopo l'elaborazione di un'esperienza disturbante nella precedente terapia, era riuscita a rendersi conto con chiarezza del suo modo attuale di vedere le cose.

A volte particolari desideri di discrezione possono portare alla richiesta di spegnere temporaneamente il registratore. Così questa paziente racconta di una collega, anch'essa in terapia, del cui terapeuta potrebbe dire il nome solo se il registratore fosse spento (seduta 85). Posso esaudire tale desiderio, o posso mettere in rilievo il suo aspetto di resistenza, esplorare le fantasie, per vedere se la paziente crede di poter danneggiare la collega. Il fenomeno per cui l'analizzando desidera proteggere altre persone con la discrezione, e quindi deroga dalla regola fondamentale in caso di informazioni particolari, emerge anche nelle analisi condotte senza l'uso del registratore.

Abbiamo potuto osservare ripetutamente, nel rapporto con i pazienti, che mentre scorre la registrazione il pensiero del registratore emerge improvvisamente nelle associazioni libere, come si può vedere nel seguente esempio.

Nella seduta 101 la signora Amalie X parla con molta sicurezza interiore delle sue difficoltà sessuali, spingendosi abbastanza in profondità; a metà della seduta, è sempre più spaventata dell'intensità delle sue esigenze; interpreto la sua paura dicendo che «lei può vedere sé stessa e le sue fantasie avide o perverse, e in un certo senso anch'io mi comporto come se fingessi di non volerla considerare così». La paziente arriva da sola a una valutazione differenziata: «Se ci rifletto, so che lei non la pensa così», ma lei stessa si vede così, e teme che gli altri dicano, ah la vecchia X o altro. In questo momento le viene in mente: «Ma il registratore funziona ancora?» Il pensiero si collega alla fantasia di una mia anziana segretaria che scrive a macchina questi protocolli; associazioni libere successive portano al padre confessore ecc. È chiaro che qui il registratore diventa il veicolo di obiezioni proibitive, normative.

Nella seduta 202 la signora Amalie X considera una mia osservazione come spiegazione della mia tecnica terapeutica. Questo lo trova «assolutamente positivo», e vi collega l'inesatta supposizione che il registratore sia spento, così che io possa comportarmi in modo libero e disinvolto. Immagina la presenza del registratore come qualcosa di limitante per me, come un «supercensore», come lo è per lei la presenza del suo capufficio sul lavoro: «Se non vedo il filo nero, allora lei si sente libero, allora finalmente anche lei può dire quello che pensa.»

Nella seduta 242 la paziente nota l'assenza del cavo del microfono alla parete, e pensa che la presunta scomparsa del registratore, ovvero del microfono, significhi la fine del trattamento. Ha paura del taglio del cordone ombelicale. Scompare la sua precedente fantasia riguardo ai miei colleghi che ascoltano ridendo le registrazioni.

Tra l'altro, in relazione a questa paziente possiamo segnalare, in base agli studi empirici da noi realizzati, citati all'inizio, che in un campione di un quinto di tutte le sedute (113), nel 2,7% delle sedute registrate la paziente trattò ed elaborò il tema del registratore (Ruberg, 1981).

UN SIMULACRO

La signora Franziska X giunge all'inizio del trattamento con un atteggiamento positivo verso il registratore, perché suo fratello, ricercatore nell'ambito delle scienze sociali, già prima dell'analisi, le aveva consigliato l'uso del registratore come mezzo di aiuto personale. La paziente cade molto rapidamente in un innamoramento transferale, evidenziando le relative difficoltà (vedi 2.2); nel corso della terza seduta afferma che sarebbe preferibile spegnere tutte le aspettative, le fantasie e i desideri, insomma tutto ciò che riguarda il coinvolgimento emotivo nei confronti del terapeuta.

PAZIENTE: Sì, se potessi, mi sarebbe più facile descrivere le cose in modo disinvolto, se lei non mi ronzasse per la testa, se potessi scollegarla completamente, se fossi qui da sola nella stanza e dovessi parlare a un registratore.

Qui il registratore funziona da psicoanalista artificiale, che non suscita paure per la perdita di distanza.

Nella seduta successiva la signora Franziska X chiede se il registratore è spento, dato che il coperchio è chiuso. Poi racconta che la sera precedente aveva bevuto molto (alcuni quartini di vino). Collego le due comunicazioni alla domanda se per caso sia un desiderio della paziente che l'apparecchio non funzioni. La paziente però si limita a negare e sottolinea: «No, non credo, non mi ha mai disturbato... (*quasi*

ironicamente), forse mi preoccupa che le mie preziose affermazioni non vengano registrate... e forse sta già funzionando.» Nel tono ironico si sente l'angoscia per la perdita di valore, come sarà confermato più avanti.

Le reazioni di fronte al registratore cambiano a seconda dei cambiamenti dinamici. Nella seduta 87 la signora Franziska X riflette sulla sua voglia e sulla sua mancanza di voglia riguardo al trattamento.

PAZIENTE: A volte penso a quanto abbiamo fatto finora nell'analisi, e allora mi viene in mente che sarebbe meglio prendere tutti i nastri, buttarli nel fuoco e ricominciare da capo... I nastri li ho riempiti di bla bla. Immagino che in un'ora venga fuori una sola frase buona, e per questa frase lei deve stare seduto 50 minuti e ascoltare nella speranza che ne salti fuori una, e a volte non viene per niente, e allora credo che lei sia scontento e di nuovo arrabbiato con me.

ANALISTA: Che insomma io investo tanto, sciupo tanti nastri per lei, e ricevo così poco in cambio.

PAZIENTE: Sì, mi sembra di essere un'alunna bisognosa di ripetizioni, vorrei essere davvero una buona alunna perché lei possa essere soddisfatto di me.

All'inizio della seduta successiva, alla signora Franziska X non viene in mente molto; dichiara poi che quando ha la sensazione di essere in sintonia con qualcuno le capita di «parlare spaventosamente tanto, a volte fin troppo... e quando ho la sensazione che lei è freddo, allora le cose non vanno troppo bene». Collego questa affermazione con le associazioni sul registratore: «Nell'ultima seduta aveva la sensazione di poter offrire solo materiale senza valore; almeno qualcosa di buono dev'esserci in me.» La signora Franziska X conferma ancora una volta di avere la sensazione di dover sempre offrire qualcosa di particolare per ricevere riconoscimento.

UDITORIO

Il signor Kurt Y, un ricercatore di scienze naturali che è in analisi per impotenza e difficoltà sul lavoro, nella seduta 4, passando osserva un momento il microfono, poi si sdraia e dopo una breve pausa inizia a raccontare. Si ricollega a esperienze della sua gioventù rivissute nella seduta precedente. In generale era stato un ragazzo bravo e silenzioso che poteva sfogarsi solo giocando al calcio. Ciò nonostante aveva la limitazione che quando c'erano spettatori giocava particolarmente male.

ANALISTA: Proprio come se temesse di essere oggetto di attenzione.

PAZIENTE: Sì, poi tutto passava quando sentivo di dover mostrare le mie capacità.

ANALISTA: Entrando ha guardato un momento il microfono, è forse collegato con qualche aspettativa di questo tipo?

PAZIENTE: No, oggi non mi interessa particolarmente, ma ieri mi è venuto in mente. Ho avuto la forte sensazione di dover riempire il nastro, di non dover lasciare dello spazio vuoto, di dover registrare qualcosa.

ANALISTA: Queste aspettative che collega al registratore, rappresentano le mie aspettative nei suoi confronti.

Nella seduta 54 il signor Kurt Y proprio all'inizio parla di sé al registratore. Ha la sensazione di dover tenere una conferenza, come fosse di fronte a un uditorio, e vi collega l'idea che quello che ha da dire non sia ancora pronto, non sia ancora sufficientemente elaborato. È come nel suo quaderno di lavoro, dove scrive appunti sui suoi esperimenti che solo molto tempo dopo diventano accessibili agli altri.

Il signor Kurt Y si intrattiene a lungo con questi pensieri sul registratore tanto che,

dopo un po', sospetto l'insorgere di una resistenza, e gli dico che oggi sembra gli sia più facile parlare del registratore che di altre cose.

Successivamente il paziente comincia a parlare, in maniera molto complicata, delle sue esperienze sessuali con la fidanzata, fatte nell'ultimo weekend.

Nella seduta successiva il signor Kurt Y si riferisce sin dall'inizio di nuovo al registratore: oggi è più gradevole e amichevole, un po' come se fosse una terza persona nella stanza, e forse si rappresenta come un giovane medico. Finalmente poteva tollerare che qualcuno ascoltasse; presumibilmente le registrazioni servono per l'insegnamento.

La fantasia del grande uditorio, affascinante e minacciosa, si è attenuata, è diventata più realistica e quindi più sopportabile. A questo si collega il riprendere a raccontare con notevole impegno il rapporto sessuale con la fidanzata. A causa di una malattia di lei, per un periodo di tempo non c'erano stati rapporti sessuali. Il divieto conseguente alla malattia gli aveva dato la sensazione che il muro da superare non dovesse essere poi così alto. Man mano che il fine settimana si avvicinava, aveva registrato con esattezza la crescita progressiva della sua aspettativa ansiosa. Puntualmente la notte non «lo» poté fare: per la sua condizione di impotenza non riuscì a raggiungere l'eccitazione.

Interpreto che probabilmente non si era lasciato andare, come non si lascia andare nel racconto. Sospetto inoltre che si senta osservato, confrontato con altri uomini, cosa che non compare nella sua descrizione, ma che deduco.

Poi ebbe un sonno nero, senza sogni, e si sforza di farmi capire il colore «nero» del sogno, cosa che mi lascia sorpreso. La mattina si era sentito leggermente eccitato e aveva approfittato dell'ora favorevole per superare il muro.

Pensai che probabilmente per lui si trattasse di un muro molto alto, e anche qui aveva superato il muro della comunicazione concreta sul suo rapporto sessuale. Glielo dico, e lui si sorprende molto: annuisce, e gli viene in mente che in realtà non ne aveva mai parlato, anche se spesso ne aveva sentito l'esigenza.

Mi è chiaro che il lavoro sul significato del registratore, e in particolare le interpretazioni di transfert a esso collegate, lo hanno raggiunto, rendendogli possibile il superamento del muro dell'intimità nella seduta.

Nella seduta 57 comunico al signor Kurt Y il mio programma di vacanze, che include una lunga assenza anche per motivi professionali. Nelle sue rappresentazioni sui motivi professionali che giustificano il mio viaggio, il paziente pensa che probabilmente si tratti di un giro di conferenze. In questo contesto riemerge il registratore, questa volta come indicatore di scientificità, di esperimenti di laboratorio, di essere egli stesso una cavia, un'espressione della freddezza del terapeuta. Nell'elaborazione successiva di questi vissuti l'umore del paziente si ribalta.

PAZIENTE: Il registratore ha pur sempre qualcosa di buono, almeno restano qui i nastri, e così resta una traccia della nostra relazione come pegno.

Interpreto la connessione tra le vacanze, la mia assenza e la sua reazione, come espressione dell'interrogativo di fondo, di quale valore ha lui per me e di quanto io sono a sua disposizione.

CONTROLLO

Con il signor Heinrich Y il tentativo piuttosto difficile di motivarlo al trattamento faceva sospettare la sua sfiducia generalizzata nei confronti del terapeuta e certamente anche nei confronti delle registrazioni.

Nella seduta 16 il paziente mi sorprende portando un registratore, che mette in funzione chiedendomi se può usarlo o meno. Richiamo l'attenzione sulla contemporaneità delle due azioni – la richiesta di un assenso e la messa in pratica anticipata di tale consenso – e aggiungo che per lui deve essere molto importante la registrazione del colloquio. Dato che da parte mia avevo chiesto il suo consenso alla registrazione, è giusto che venga consentita anche a lui. Il paziente ci ride sopra, visibilmente sollevato. A questo punto non gli faccio ulteriori domande sullo scopo e sulla ragione del suo comportamento.

Poi il signor Heinrich Y, come spesso accade nelle fasi iniziali del trattamento, inizia a lamentarsi pesantemente del fatto che non succede niente, che il trattamento finora non ha dato alcun risultato, mentre i suoi stati d'animo depressivi lo affliggono sempre più. Lo scorso weekend aveva partecipato a una giornata sul buddhismo Zen, dove sperava di poter raccogliere ulteriori stimoli che l'aiutassero nella vita.

ANALISTA: Stimoli ulteriori? Questo vuole anche dire che le nostre sedute non ne danno a sufficienza.

PAZIENTE: Esattamente questo, le ore passano velocemente e dopo non riesco a trattenere bene quello che realmente è successo.

ANALISTA: Allora le registrazioni sarebbero un mezzo sicuro per risentirsi tutto tranquillamente.

PAZIENTE: Sì, io spero di poter ripassare con attenzione le sedute per poterne beneficiare di più. Poi le faccio sentire alla mia amica Rita – anche lei ha esperienza di psicoterapia – e mi può dire se qui le cose funzionano bene.

ANALISTA: Sì, in questo periodo iniziale, in cui dopo molta esitazione ha potuto decidere di affrontare un trattamento di questo tipo, sembra logico voler chiedere consiglio a qualcuno. Resta pur sempre il fatto che la depressione grave si scatenò quando Rita (*l'amica*) credeva di essere incinta. Non può essere che con il registratore esercita un controllo su quello che può dire qui, con me?

PAZIENTE: Rita deve sapere senz'altro quanto sto male, e la parte che ha in tutto questo.

ANALISTA: Così questa è anche una maniera indiretta di comunicare a Rita qualcosa che lei non vuole o non può dirle direttamente.

PAZIENTE: Ah, le cose che dico qui, così posso provare che questo fa parte della terapia.

ANALISTA: Che la responsabilità di questo ce l'ho io e lei non deve rendere conto di niente.

A questo punto il paziente ride furbescamente e sottolinea che ho letto nei suoi pensieri più reconditi. Forse sarebbe ancora meglio spegnere l'apparecchio e dire a Rita che non ha funzionato.

ANALISTA: In ogni caso lo spazio che noi due condividiamo sarebbe protetto dalla censura altrui, e quindi sarebbe come avere a disposizione un pezzetto di libertà.

Con questa elaborazione però non si risolve il problema del paziente di conservare le sedute. Sottolineo quindi ancora una volta che questa osservazione è molto importante, e che insieme dobbiamo cercare la via e i mezzi per dare alla rielaborazione delle sedute una forma per lui produttiva.

SPEGNERE IL REGISTRATORE

Durante una seduta il signor Arthur Y chiede di spegnere il registratore, dicendo che non desidera essere registrato per via di un conflitto provocato dall'indecisione della figlia nella scelta professionale: era incerta se continuare la formazione ini-

ziata in una scuola tecnica o andare all'università. All'atto dell'immatricolazione la figlia aveva dovuto dichiarare di non avere altri rapporti di formazione professionale. D'altra parte voleva fare un periodo di prova all'università prima di lasciare definitivamente la formazione. Il signor Arthur Y ora teme che la dichiarazione venga controllata. La sua paura eccessiva viene interpretata nel contesto delle sue vecchie fobie di poter arrecare un danno, come è stato danneggiato lui; si torna cioè al tema del soggetto e dell'oggetto, dello scambio di identificazioni sadomasochistiche. Spegnendo il registratore il paziente non voleva solo evitare il pericolo, praticamente inesistente, che qualcosa potesse diventare di dominio pubblico. Si tratta di nuovo di un incantesimo apotropaico, cioè dell'annullamento di un danno immaginario tramite la magia dei pensieri. L'elaborazione di questo tema occupa il resto della seduta, e il registratore non viene più riaperto.

Dopo molto tempo il paziente torna a parlare del registratore. Prima di spegnerlo gli avevo ricordato che, in una seduta molto anteriore, mi aveva addirittura chiesto che almeno un colloquio fosse conservato a tutti i costi. Voleva avere in ogni momento la possibilità di accedere all'episodio in cui si era reso conto che per un momento si era sentito come un brutale ufficiale delle SS. Secondo lui si poteva ricollegare a questo l'insight sulle sue angosce di punizione e sul rapido cambiamento dal delirio di grandezza a quello di piccolezza, dal sadismo al masochismo. Inoltre, una volta aveva avuto il desiderio di leggere la trascrizione di una seduta. Ci si mise d'accordo che, prima della seduta successiva, avrebbe potuto leggere un protocollo di seduta in sala d'attesa; il tempo necessario fu deciso da lui. Il testo non gli rivelò nulla di nuovo, ma fu essenziale che egli trovasse soddisfacente la codifica.

MORTIFICAZIONE

Dopo un chiaro miglioramento dei sintomi gravi e una notevole ripresa della sua gioia di vivere, il signor Rudolf Y, all'inizio di una seduta, riflette su quando potrà concludere il trattamento. È entusiasta delle sue amicizie e della sua crescente capacità di entrare in contatto. Poi emerge il tema di quale parte ha avuto lui e quale contributo ha dato l'analista ai progressi della terapia.

PAZIENTE: Sì, è così, io non le concedo la soddisfazione di aver potuto aumentare le sue conoscenze a mie spese, di aver trovato una conferma di quanto lei sia buono e di quanto sappia di me.

ANALISTA: Quindi non è una gioia che si riferisce a lei, qualcosa di cui lei beneficia.

PAZIENTE: Sì, io sono un mezzo per un fine (*pausa molto lunga*). Il nastro che scorre a vuoto, non c'è registrato niente (*ride*).

ANALISTA: Io, che voglio mostrare qualcosa, che voglio mostrare quanto sono bravo, non posso esibire niente.

PAZIENTE: Sì, è vero.

ANALISTA: Si possono esibire i «silenzi completi» (*entrambi ridono sonoramente*). La mia incapacità è documentata.

PAZIENTE: Sì, il silenzio.

ANALISTA: Ecco con esso si arriva a una compensazione. Oggi nel lungo silenzio registrato c'è la compensazione per la sottomissione con cui ha acconsentito a che io sapessi così tanto di lei. Oggi sono io il mortificato, l'impotente, l'oggetto di derisione. Lei si rallegra all'idea che i miei colleghi rideranno di me.

PAZIENTE: Sì, oscillo sempre tra questi estremi: o totale sottomissione nei confronti del capo, o lo considero una merda.

[*Commento*]. Anche la registrazione è inclusa nell'oscillazione tra i due estremi e nella polarizzazione tra potenza e impotenza. La risata contemporanea di entrambi accompagna un insight su questa suddivisione, che aumenta e si mantiene grazie all'attribuzione del paziente. Le registrazioni costituiscono un'occasione per illustrare in maniera esemplare un tema di transfert. Il signor Rudolf Y capisce chiaramente che con il suo silenzio potrebbe mettere l'analista in ridicolo. Così come nella catarsi, anche nel transfert vengono regolati vecchi conti.

7.8.2 *Argomentazioni contrarie*

Proprio per la nostra valutazione positiva dell'uso dei testi originali completi per la discussione clinica e per la ricerca scientifica, consideriamo seriamente le argomentazioni contrarie. La Frick (1985), ad esempio, ha cercato di sostenere la tesi che le registrazioni alterano il processo terapeutico. Afferma che, nonostante il consenso del paziente a registrare, le sue associazioni parlerebbero a favore del fatto che, a livello latente, egli si sente sfruttato e sedotto. Dopo che la terapeuta, di sua iniziativa, ha spento il registratore, il paziente avrebbe mostrato cambiamenti significativi in diversi ambiti della sua vita.

L'autrice ritiene così confermata la sua concezione che ci si debba assolutamente attenere alla cornice terapeutica ideale, nel senso di Lang, per salvaguardare lo «spazio sacro» (*sanctity*) della relazione terapeutica. A quanto pare nessuna interpretazione è in grado di «decontaminare» le conseguenze negative e distruttive delle registrazioni.

Se questa constatazione fosse valida, al di là di un singolo caso, per un gruppo più vasto di pazienti, i vantaggi e gli svantaggi di questo mezzo ausiliario dovrebbero essere nuovamente valutati in profondità. In realtà in questo *singolo* caso sembra che molte cose, attribuite ora dalla Frick alla registrazione, siano andate storte. Il paziente venne trattato in un policlinico da due assistenti in successione, probabilmente si trattava di due candidate psicoterapeute in formazione. La prima, dopo una terapia di quattro settimane, si dedicò alla pratica privata, mentre la seconda terapia si limitò a un trattamento di nove mesi con due sedute settimanali. Nell'ultimo quarto d'ora del primo colloquio, la terapeuta comunicò al paziente la regola fondamentale e chiese il suo consenso per la registrazione di tutte le sedute future. Era chiaro che l'assistente era in supervisione, ma non se ne discusse con il paziente.

Si può sospettare che l'autrice avesse la funzione di supervisore; in ogni caso la Frick fa commenti illuminanti sulle verbalizzazioni del paziente riprodotte alla lettera. Resta tuttavia totalmente da vedere se e quali interpretazioni furono date per chiarire e risolvere i problemi che il paziente probabilmente espose riguardo al registratore. Senza la riproduzione di un numero consistente di sequenze interpretative non può essere chiarita l'influenza del

registratore, né si può affermare che il processo è stato distorto. In *una* sola interpretazione viene stabilita un'analogia tra la situazione con un'amica e il transfert in relazione al dare e all'avere, all'usare e all'essere usato ecc. Tali costruzioni analogiche possono al massimo richiamare l'attenzione del paziente su un possibile nesso, ma non sono di per sé utili; senza un chiarimento più profondo, hanno un effetto più inquinante che disintossicante, e accrescono perfino il significato paranoide attribuito al registratore.

Questo esempio non ci induce a condividere in alcun modo le conclusioni negative dell'autrice, ma serve a evidenziare ancora una volta che i protocolli verbali possono porre la discussione clinica su basi più affidabili (vedi Gill, 1985).

Complessivamente, allo stato attuale delle conoscenze sull'influenza delle registrazioni sulla situazione psicoanalitica, cioè su paziente e analista, si può fare un bilancio positivo. È evidente che i due partecipanti sono comunque influenzati dal fatto che c'è un terzo che si interessa a loro.

Ci si potrebbe chiedere, in definitiva, come dovrebbe essere fatto un uomo la cui libertà e spontaneità non vengono scalfite dalla consapevolezza che anche terze persone sconosciute si occupano dei suoi pensieri resi anonimi. Questa domanda non si allontana di molto da un altro problema: in quale fase del processo psicoanalitico diviene secondario per il paziente ciò che l'analista pensa di lui? Prima o poi gli «interessi» scoloriscono, per dirla con Nietzsche in *Aurora*:

Perché mi ritorna sempre questo pensiero (...) che fosse anzi costantemente *presupposta* una dipendenza della salvezza umana da una *piena cognizione dell'origine delle cose* mentre noi oggi, al contrario, quanto più perseguiamo l'origine, tanto meno ne siamo partecipi con i nostri interessi; anzi, tutte le valutazioni e gli «interessi» che abbiamo posto nelle cose cominciano a perdere il loro senso, quanto più regrediamo con la nostra conoscenza fino a giungere alle cose stesse. *Con la prima cognizione dell'origine aumenta l'insignificanza dell'origine*: mentre *la realtà più vicina*, quel che è intorno e dentro di noi, comincia a poco a poco a mostrare colori e bellezze ed enigmi e ricchezze di significato.