

Capitolo 8

Mezzi, vie e mete

Considerazioni preliminari

In questo capitolo illustriamo alcuni importanti argomenti – gli accordi sull'orario, il ricordare, il conservare e le reazioni da anniversario – sulla base dei casi clinici e dal punto di vista del tempo e dello spazio (8.1).

Data la particolare importanza di questo tema dedichiamo un paragrafo a parte (8.2) alla ricostruzione delle influenze storiche e politiche sulla biografia personale.

Lo studio delle azioni interpretative è da tempo un punto centrale del nostro interesse, perciò risaliamo a un esempio di molti anni fa (8.3).

Attraverso l'agire (8.4) arriviamo al tema della rielaborazione (8.5). I cinque esempi (8.5.1-8.5.5) sono introdotti da una dettagliata descrizione clinica della ripetizione dei traumi nel transfert e del loro superamento. In questo modo dimostriamo la nostra tesi che la rielaborazione sarebbe subordinata al superamento della sottostante condizione di impotenza (*Hilflosigkeit*).

Le interruzioni dell'analisi (8.6) comportano particolari problemi in vista del commiato finale, il cui significato viene illustrato nel capitolo 9. In tutti i capitoli di questo volume il lettore viene a conoscenza dei mezzi, specifici e aspecifici, che servono al paziente e all'analista per trovare la loro via. L'euristica psicoanalitica non può quindi essere circoscritta al presente capitolo.

8.1 *Tempo e spazio*

8.1.1 *Accordo sull'orario*

All'analista fa particolarmente piacere poter organizzare il proprio lavoro in modo che la maggior parte dei pazienti venga regolarmente in terapia con appuntamenti fissati per lunghi periodi. Se non si assume un atteggiamento flessibile, possono essere presi in cura solo quei pazienti le cui condizioni di

vita permettono loro di avere più appuntamenti alla settimana e di pagare le sedute che perdono. Per non limitare la pratica professionale a una clientela circoscritta, molti analisti oggi sono disposti a tenere alcune ore libere nel loro abituale programma, per esempio per casi di emergenza (vedi Wurmser, 1987).

Ogni soluzione ha vantaggi e svantaggi che possono essere diversamente ripartiti su entrambi gli interessati. Sono superflue ulteriori considerazioni se l'analista non riesce a creare i presupposti perché il paziente venga in trattamento spesso e per un tempo abbastanza lungo, senza pesanti limitazioni o rinunce nella sua vita personale e professionale. Siamo quindi favorevoli a una certa flessibilità, che certamente comporta alcuni problemi. Per esempio, secondo la nostra esperienza, un orario di lavoro flessibile comporta il rischio di appuntamenti doppi, dimenticanze di accordi presi e altri disguidi.

Ci sono psicoanalisti che, per mancanza di tempo o perché ossessionati dalla puntualità, sono notevolmente sotto pressione, e questo può riflettersi in una particolare forma di controtransfert, soprattutto verso i pazienti che non sono puntuali. Si dovrebbe tenere presente che il paziente è padrone del tempo che paga personalmente o attraverso la cassa mutua, e che arrivare tardi, mancare alle sedute o altre inadempienze costituiscono una perdita di tempo prezioso. L'eventuale risarcimento non modifica il fatto che l'analista potrà al massimo riflettere sul paziente, ma non potrà fare niente per lui: se la cornice temporale si spezza continuamente, si riducono a zero le possibilità di poterlo influenzare. Messo in una situazione di impotenza, l'analista può solamente riflettere sui motivi delle assenze del paziente e su quanto egli stesso vi contribuisca.

L'impegno assunto da entrambi deve portare a *qualcosa* e non a essere liberati *da qualcosa*. Se si tengono presenti gli obiettivi della psicoanalisi, diminuisce il pericolo che la discussione sulle scadenze, sulle sedute annullate o spostate, degeneri in un mercanteggiamento.

Riportiamo di seguito un esempio sul tema della *puntualità* e del *perfezionismo*.

Il signor Arthur Y arriva senza fiato nella stanza d'analisi.

PAZIENTE: Sono troppo in ritardo, mi sono sbagliato.

ANALISTA: Un minuto, no?

PAZIENTE: Sì, però il suo orologio va avanti di un minuto.

ANALISTA: Davvero?

PAZIENTE: Penso di sì.

ANALISTA: Ma allora lei è puntuale.

PAZIENTE: No, sono in ritardo di un minuto. Ma così siamo al solito argomento.

ANALISTA: Non basta essere re, si vuole essere imperatore.

PAZIENTE: Sì, oppure papa.

ANALISTA (*ride*): Già, proprio il più sommo.

PAZIENTE: C'è un bel racconto in proposito, *Il pescatore e sua moglie*. In breve: un pescatore prende un pesce che gli dice: «Lasciami di nuovo libero e io esaudirò un tuo desiderio.» Il pescatore desidera una vera casa al posto della sua vecchia capanna, e quando torna a casa e racconta tutto alla moglie, questa lo rimprovera: «Avresti potuto desiderare molto di più.» Il giorno seguente il pesce abbocca di nuovo all'amo. E via di seguito. Il pescatore desidera sempre di più, alla fine diventa papa, poi vuole diventare il buon Dio, ma si ritrova a sedere nella sua vecchia capanna.

ANALISTA: Eh, sì.

PAZIENTE: Sì, una volta mi sono scritto la parola perfezionismo per rifletterci sopra. Quando mi trovo in gara contro il tempo, come adesso, mi agito e mi comporto in modo insensato. Corro troppo in macchina, oltrepasso i limiti. A pensarci bene non c'è proporzione tra il mio comportamento e uno o due minuti di ritardo (*l'analista interrompe spesso il paziente con «ehm» o «sì» di incoraggiamento*). Se poi incappo nel controllo della velocità, la multa è piuttosto salata.

ANALISTA: E intanto la tensione interna cresce sempre di più, e lei si sente paralizzato, bloccato, e non riesce più a pensare ad altro. Il racconto evidenzia il significato del perfezionismo.

PAZIENTE: Certo.

ANALISTA: Cioè essere il migliore in fatto di puntualità. Questo però va di pari passo con la preoccupazione che prima o poi arrivi la punizione. Questo è molto marcato in lei, il pensiero della punizione. Il massimo dunque è voler essere Dio, e quando si vuole diventare l'Altissimo, la superbia provata prima della caduta è totale.

Il signor Arthur Y parla ora di difficoltà di orario per una delle prossime sedute. L'analista fa alcune proposte e dichiara di essere disponibile per una seduta serale alle 19; il paziente è d'accordo e aggiunge:

PAZIENTE: Però, così lei avrà una lunga giornata di lavoro, anche se questo non mi... Sì, sì, mi sembra di nuovo un'osservazione troppo sfacciata.

ANALISTA: Uhm.

PAZIENTE: La verità è che la cosa non mi riguarda.

ANALISTA: Invece la riguarda moltissimo. Sì, per esempio, dopo una lunga giornata di lavoro, cos'altro può fare questo alle 7 di sera?

PAZIENTE: Eh sì, al momento ho pensato proprio così.

ANALISTA: Sì, questo la riguarda proprio.

PAZIENTE: Parlavamo, dunque, del racconto *Il pescatore e sua moglie*. Mi piace questo racconto, perché ha un senso così profondo e rivela tanta saggezza di vita, la saggezza di sapersi accontentare. Il perfezionismo è una costante della mia vita professionale, mi piace essere il migliore, ne godo, e nel mio settore lo sono. Ma il mio perfezionismo mi porta in un vicolo cieco... Qualche volta si dovrebbe riuscire a essere più sciolti e dire: che c'è di male se arrivo con due minuti di ritardo? Il peggio che mi può capitare è di perdere due minuti, sono solo tre marchi, non vado certo in rovina per questo. Ma non si tratta proprio di questo. Penso a lei che sta qui, guarda l'ora, aggrotta la fronte, forse farei anch'io così, si arrabbia e si secca, perché le 9 sono le 9 o le 8 sono le 8 e qui non c'è tanto da rigirare e sofisticare. Quindi perfezionismo, non liberale, ma ottuso.

[*Commento*]. Il paziente, con la sua osservazione sulla «profondità» e «saggezza di vita» del racconto, allude ai diversi modi di capirlo e di interpretarlo. Il tema del perfezionismo è invece limitato.

ANALISTA: Il perfezionismo è la perla. E perché è così terribile...

PAZIENTE: ...se la perla cade dalla corona.

ANALISTA: Una perla tanto preziosa dalla quale dipende il suo valore personale.¹

PAZIENTE: Sì, è così.

ANALISTA: Non si tratta dunque solo di ottusità, lei mi attribuisce anche l'assegnare un valore assoluto alla puntualità, quindi aggroto la fronte.

PAZIENTE: Sì, e poi lo trasferisco alle persone che mi sono vicine, e penso che anche gli altri siano come me.

ANALISTA: Quindi devo essere così anch'io, perché se non lo fossi sarebbe uguale che lei venga o no. Se venisse sarebbe davvero uguale per me?

PAZIENTE: Non lo credo davvero. Perlomeno non ci ho pensato.

ANALISTA: Perché è così, perché vi attribuisce un valore così grande?

PAZIENTE: Perché è il contrario di quello che mi succedeva da bambino. Ad esempio, se sono puntualissimo, se riesco a raddoppiare il volume delle vendite, o se ho potere rispetto alla concorrenza per la superiorità della mia ditta, è davvero un potere ridurre i miei concorrenti, le ditte minori, ai limiti dell'esistenza; allora sono, in primo luogo, puntuale, in secondo luogo il migliore e in terzo luogo il più potente. È esattamente il contrario di quello che ero in passato.

ANALISTA: Quindi è bello che lei possa essere esattamente il contrario di quello che era. E quando mi porta a considerare la puntualità come un valore molto importante, questa è la prova che è diverso da prima.

PAZIENTE: Sì, mi colpisce anche il fatto che, in base a ciò che ho detto, devo essere l'esatto contrario di quello che ero.

ANALISTA: Anche per questo è così affascinante il racconto delle trasformazioni del povero pescatore.

PAZIENTE: Sì, ma il cambiamento continua, e io ho paura che tutto crolli, e di finire in manicomio o magari in carcere (*uno dei molti pensieri ossessivi e dei timori del paziente*).

ANALISTA: E se arriva qui con un minuto di ritardo, teme che io me la prenda e che perda interesse per lei.

PAZIENTE: Sì, è strano che da questo unico minuto dipenda il suo giudizio su di me.

[*Commento*]. Il dialogo si muove intorno alla lotta per l'esistenza e alla concorrenza, e sul rovesciamento del papa in demonio e viceversa, passando per gli opposti del grande nel bene e del grande nel male. L'analista rafforza l'opinione del paziente facendogli notare i lati inconsci della lotta per l'esistenza. A chi detiene il massimo potere non può accadere nulla.

PAZIENTE: Sì, l'ho capito bene. Tutto quello che ho elaborato mi crea dei problemi, anche questa riflessione, perché mi sorge spontaneo il pensiero che, se dico tutto quello che ho elaborato, lei potrebbe essere urtato dalla parola «io». Allora potrebbe rimproverarmi: «Al massimo le è permesso dire "noi".»

C'è un'interruzione momentanea dei pensieri.

PAZIENTE: So che non è così. Va bene, come sempre. Peccato, ho perso il filo, non so più cosa volevo dire.

¹ [Paziente e analista stanno giocando con il detto: *Wenn du das tust, wird dir keine Perle aus der Krone fallen* (A farlo, non hai nulla da perdere).]

Il signor Arthur Y ha perso il filo del discorso.

ANALISTA: Forse è stato bloccato dal pensiero che nel migliore dei casi doveva dire «noi». Probabilmente le è dispiaciuto e si è tirato indietro.

PAZIENTE: Forse riesco a riprendere il filo. Ho iniziato a dire che qui sono riuscito a elaborare qualcosa.

ANALISTA: Sì, e a questo punto si è bloccato. Se dice «io» viene punito.

PAZIENTE: Uhm, uhm.

ANALISTA: Allora la parola «io» scompare. Si diventa piccoli finché non ci si riprende dal colpo.

[*Commento*]. Raccomandiamo al lettore di fare particolarmente attenzione a questa «dimenticanza momentanea», all'interruzione e alla ripresa dei pensieri; fa parte di un ampio gruppo di fenomeni che permettono di prendere visione dei processi inconsci di difesa. Un atto mancato, un sintomo psichico o psicosomatico nati durante la seduta, spesso possono chiarire la genesi attuale. Inoltre è indicativo il contributo dell'analista per allentare la rimozione, poter riprendere il discorso e dissolvere il microsintomo. La «dimenticanza momentanea» venne proposta da Luborsky (1967) come prototipo per la ricerca di ipotesi convalidanti nella situazione psicoanalitica, ed è stata studiata sistematicamente sulla base di trascrizioni letterali.

PAZIENTE: Ecco, ho ritrovato il filo. E l'indipendenza, la libertà che mi sono preso oggi non aspettando il suo arrivo in sala d'attesa. Ma dove sono i limiti? Uno, due, cinque, dieci minuti? Forse un giorno arriverò a pensare: ah, oggi non ci vado affatto.

Poi il signor Arthur Y racconta con una storia il modo con cui impone i propri interessi; se un suo interlocutore ritardasse, sceglierebbe una frase di cortese rimprovero come: «Non è così grave. Sono sicuro che la prossima volta sarà certamente puntuale.»

PAZIENTE: E mi sorprenderei di come sono liberale.

In un altro passaggio il signor Arthur Y chiede ansiosamente se non stia parlando troppo di sé stesso, e mi fa capire che per me potrebbe essere troppo.

ANALISTA: Quando dice che la mia è una lunga giornata di lavoro, pensa di toccare una sfera personale. Perché si preoccupa di questo? Forse anche perché si chiede se sarò ancora in grado di darle qualcosa, se produrrò ancora cose buone.

PAZIENTE: C'è una cosa che è in primo piano nella mia mente: oltrepassare i limiti con osservazioni personali.

[*Commento*]. La paura del paziente di superare i limiti, che si deduce da una conoscenza più dettagliata della sua psicodinamica e dei suoi sintomi, è motivata, tra l'altro, da inconsci impulsi sadico-anali che fanno parte del

masochismo del paziente. Nello stesso tempo il paziente si identifica con la vittima, cioè con l'analista che arriva esausto al termine della giornata. Probabilmente anche la compassione, sottolineata dall'analista, è riferibile alla stessa modalità. L'analista fa infine notare che il paziente ha espressamente collegato la proposta di una seduta serale con la verifica che l'ora scelta fosse particolarmente favorevole per lui. Sembra quindi più probabile l'origine irrazionale e inconscia della sua preoccupazione.

8.1.2 *Contenere e conservare*

Con questo insolito titolo desideriamo richiamare l'attenzione su un tema molto importante: il riprendere e ricordare la seduta precedente. Chi ricorda, come e dove viene conservato ciò che paziente e analista hanno sentito, pensato e detto? Che cosa succede con l'oblio? Il «non ti scordar di me» degli album dei ricordi di una volta esprime quanto sia importante preservare i ricordi dall'usura del tempo. Nella teoria psicoanalitica lo sviluppo della costanza oggettuale è legato alla continuità di una sicura relazione interpersonale. Chi si preoccupa di assicurare tale continuità di fronte alle inevitabili interruzioni nella vita e nella terapia? Che cosa possono fare paziente e analista perché il filo conduttore resista alle prove di rottura e si rafforzi? Si presentano simili domande quando il paziente non trova il filo perduto e vorrebbe sapere dall'analista che cosa si ricorda dell'ultima seduta. Partendo da «contenere», un verbo di uso quotidiano, avremmo potuto scegliere un altro titolo, che però abbiamo evitato con attenzione. La metafora del «contenitore» fu introdotta da Bion e serve a favorire la riproduzione stereotipata di una teoria totalizzante della comunicazione e dell'interazione. Questa metafora corrisponde quindi a una teoria, e di conseguenza ne è condizionata. È ovvio che neanche quando parliamo della psicologia bipersonale di Balint ci muoviamo in uno spazio libero da teorie. Tuttavia per noi è importante mantenere la maggiore apertura possibile di fronte ai fenomeni in discussione; abbiamo quindi scelto un titolo che appartiene al linguaggio corrente.

Dopo un silenzio di parecchi minuti la signora Clara X inizia con le parole:

PAZIENTE: Ho cercato di pensare a quello è successo nell'ultima seduta, ma non riesco a ricordare. Lei si ricorda qualcosa?

ANALISTA: Sì, ricordo qualcosa, ma credo che anche lei abbia qualche punto da cui partire.

PAZIENTE: L'unica cosa che so è che ho pianto. Forse può darmi un aiuto.

ANALISTA (*dopo un lungo silenzio*): Forse ne ha bisogno, ma esito perché potrebbe avere più senso aspettare che lei trovi una connessione da sola. Sicuramente sa qualcosa di più che è rimasto da qualche parte. Forse non le viene in mente nulla perché vuole sapere se ho mantenuto la continuità del tempo e se lei è rimasta nei miei pensieri, in modo che lei possa dimenticare. Se lei o qualcosa di lei è ben conservato dentro di me, può permettersi di dimenticare.

PAZIENTE: Sarebbe davvero un bel sentimento.

ANALISTA: Sarebbe anche tremendo se mi fossi scordato ogni cosa. Infatti questo è stato uno dei temi dell'ultima seduta. Si tratta della seduta sospesa. Ho lasciato a lei la decisione di fissare eventualmente una seduta supplementare. All'inizio dell'ultima seduta si diceva che il motivo della sua fuga era stato un'amara delusione sul mio conto. Io non avevo capito l'importanza del pensare o non pensare a lei, del sentire la sua mancanza.

PAZIENTE: Continuo a non sapere perché ho pianto tanto.

Interrompo il successivo silenzio di parecchi minuti.

ANALISTA: Ho superato la prova? No, perché non ho detto ancora nulla sulle sue lacrime, sul motivo del suo pianto. Dunque non ho ancora superato la prova, sempre che sia in grado di superarla.

[*Commento*]. È evidente come l'analista cerchi di fare del suo meglio con la dimenticanza della paziente, ma è indeciso. Dubita persino di essere in grado di superare la prova, lasciando così tutto in sospeso. Così la confessione di una certa perplessità acquista una funzione terapeutica, portando il problema nella relazione.

PAZIENTE: Sì, credo proprio che per me sia essenziale sapere che effetto abbia su di lei, se le ripugna, se lo trova sconveniente, se si sente offeso, se preferirebbe ignorarlo o – come si fa nella terapia comportamentale – se preferirebbe ignorarlo senza prestarvi attenzione, ma questo potrebbe avere l'effetto opposto, se non peggio: oppure avrebbe preferito dirmi, come la mia precedente terapeuta: non urla così, quando parlavo ad alta voce o piangevo. Dunque, se lei è sopravvissuto, la cosa non è poi stata tanto grave.

ANALISTA: Molte cose invece sono state gravi. Non c'era più nulla, lei lo ha dimenticato, ha lasciato a me il compito di ricordare. Non ha pensato né a me, né alla seduta.

PAZIENTE: A lei ho pensato certamente, ma non in relazione all'ultima seduta. Se non riesco a controllare i miei attacchi di voracità, mi suicido. Vorrei uccidermi nelle vicinanze del suo studio e lasciare il mio diario indirizzato a lei. Un pensiero abbastanza odioso, addossare a lei la colpa, crearle dei sensi di colpa, senza che lei possa più farci nulla. Vedrà come si sta nel fango. Comunque non metto in relazione questi pensieri con l'ultima seduta, ma con una continua sensazione di impotenza verso me stessa.

ANALISTA: Lei sente la sua impotenza durante gli attacchi notturni di bulimia.

PAZIENTE: Sì, è un circolo vizioso, e io non riesco a uscirne. Dopo le mie abbuffate ho fortissimi crampi allo stomaco. Ogni notte è sempre lo stesso. Per quanto riguarda il corpo, potrei farcela anche senza queste abbuffate notturne. Ma si tratta di una vera azione ossessiva, di un comportamento anormale. È uno schifo.

ANALISTA: Sì, di notte recupera. È diventata un'abitudine dalla quale non riesce a liberarsi, che le pesa e che trova disgustosa, perché poi ha la pancia piena, ma così, nel dormiveglia, non se ne vergogna, vi trasferisce dentro tutto ciò che fa gonfiare. Le fa rivoltare lo stomaco la sua dipendenza dai bisogni, ma non riesce a reprimere il suo desiderio. Durante il giorno è appena percettibile, tanto da poter essere tenuto a freno. Credo che la sua vergogna abbia a che fare con la dipendenza. I suoi pen-

sieri suicidi significano che non le sono stato di aiuto e che finora non è riuscita ad accettare l'idea di essere dipendente, come il digiunatore.²

PAZIENTE: Sarei davvero felice, se fossi il vero digiunatore. Beh, è stato il mio periodo migliore. Ora sto per ammalarmi di fame bovina. Ho più paura della bulimia che dell'anoressia.

ANALISTA: Sì, nell'anoressia lei era indipendente. Non c'era nessuna vergogna. Poteva accadere che lei temporaneamente eccedesse, ma la cosa veniva regolata.

La paziente accenna alla sua paura di un'assuefazione patologica.

PAZIENTE: Cerco disperatamente la sicurezza, la mia identità. Altrimenti ho la sensazione di dissolvermi, di dovermi adattare, di dover ascoltare tutti per poter sopravvivere. Ho inoltre la sensazione di non essere nulla, di essere una non-persona simile a una medusa arenata sulla sabbia. Chiunque può calpestartmi e darmi la forma che vuole. Certamente è meglio essere uno scheletro, anche se a lei non piace. Sono uno scheletro e ci tengo a esserlo. Questo mi dà un senso di identità.

[*Commento*]. Quando due persone fanno la stessa affermazione, non necessariamente intendono la stessa cosa: benché la signora Clara X si definisca «anoressica» o uno scheletro, sminuendosi così nell'identificazione con gli aggressori, è diverso se lei stessa si definisce così, o se la definizione viene dall'esterno, da un'altra persona, con effetto quindi fortemente svalutativo.

ANALISTA: Mi scusi, se a questo punto la interrompo. Mi sembra chiaro che così lei si protegge, altrimenti la calpesterei e non riuscirebbe a sopportare la pressione. Ciò che le arriva dall'esterno dipende dalla sua attività e spontaneità, che attribuisce alle persone che le stanno attorno e che hanno influenza su di lei, che vogliono darle qualcosa. Dipende quindi così tanto da un'identità fissa, per mettersi al riparo da sé stessa.

PAZIENTE: Non sono d'accordo, anche se le sembra tutto chiaro e naturale.

La paziente si lamenta della diversità che c'è tra me e lei.

PAZIENTE: Un'enorme diversità, una stridente discrepanza che mi fa arrabbiare. (*La sua indignazione cresce*): È chiaro, è naturale; anche per mio padre era tutto chiaro e naturale. Per lui non esisteva la comprensione fondata sui sentimenti.

[*Riflessione*]. È abbastanza chiaro che il mio controtransfert mi ha posto di fronte a un duello, quindi rendo il problema comune e riconosco anche la mia perplessità.

ANALISTA: Sì, è vero, ho esagerato, forse anche perché lei ha assunto una posizione forte. Così anch'io mi sono messo in una posizione altrettanto rigida, quindi ha un buon motivo per farmi dei rimproveri. In questo modo non arriviamo a un compromesso, non percorriamo una strada comune, sebbene lei lo desideri profondamente. Qui è accaduto qualcosa del genere: due posizioni rigide l'una di fronte all'altra.

La paziente mi chiede ora che compromesso ho da offrire.

ANALISTA: Ebbene, mi chiedo cosa potrei fare per renderle tutto più gradevole senza essere rigido e rafforzare così la sua presa di posizione.

² [Allusione a un personaggio dei *Racconti* di F. Kafka; vedi 2.2.5.]

PAZIENTE: Potrebbe evitare la parolina «chiaro». Quando spiego un processo di conoscenza e lei usa la parola «chiaro», è come se la sentissi dire: «Eh già!», e mi sento come una stupida, e questo fa aumentare la mia già persistente cocciutaggine.

Condivido questa osservazione, e le do ragione.

La paziente inizia la seduta successiva con l'idea che potrebbe anche sdraiarsi sotto il lettino.

PAZIENTE: Quando mia figlia era piccola mi venne in mente di nascondermi sotto il suo lettino e di non farmi più vedere.

ANALISTA: Nell'ultima seduta ha già detto quanto io contribuisca a farla nascondere o a non esporsi. Ha poco spazio di libertà, e io l'ho limitata con l'uso eccessivo della parola «chiaro», le mie affermazioni hanno rafforzato la sua opposizione.

PAZIENTE: Credo che alla fine della seduta siamo riusciti a trovare un'intesa.

ANALISTA: Sì, c'è stata la possibilità di un'intesa. Ne siamo usciti bene, senza esplosioni. Credo veramente che desideri essere considerata diversamente da me e da suo marito. Non vuole sentirsi offesa e ferita come scheletro o come anoressica.

Alludendo al quadro dell'*Annunciazione di Maria* di Rossetti, che è già stato nominato varie volte (vedi capp. 2 e 4), e di cui la paziente aveva dipinto una copia, dico:

ANALISTA: Sono ricorso a tutte le mie capacità dialettiche per descrivere i cambiamenti del suo corpo.

PAZIENTE: Sì, preferisco sentirmi uno scheletro nel quale trovo la mia identità di moglie che esteriormente è normale e interiormente rinuncia a tutto.

ANALISTA: La brava moglie che nel suo intimo ha rinunciato a tutto?

PAZIENTE: Se mi attenessi al ruolo di moglie come lo intende mio marito; dovrei rinunciare a moltissime cose. Mi inasprirei spiritualmente pur rimanendo normale. Mio marito non incoraggia la mia autonomia e la mia vita personale. Talvolta accetta qualcosa, ma prima o poi arriva una reazione di rifiuto. Vengo schiacciata.

ANALISTA: Sì, queste sono le sue esperienze. Suo marito non facilita il cambiamento della situazione. Però lei non ha provato molto a cambiare, se ad esempio lasciasse suo marito e si trovasse un amico, o comunque se visse in un modo diverso. Sì, credo che la maggior parte delle persone la veda come giustamente si è descritta, come uno scheletro. Anche se si è rassegnata, resta tuttavia un'osservazione avvilente e offensiva che rinforza il suo atteggiamento. L'ambiente in cui vive, e anch'io, contribuiamo a lasciare inalterata la situazione, per esempio quando dico: «Ma è chiaro», quando la scavalco e aumento in lei quella forza che è comunque già potente, la sua tenacia, la sua speciale maniera di autoaffermarsi, i suoi speciali trionfi su tutte le umiliazioni e offese patite. Eppure per lei è terribile sentire che, in alcuni aspetti essenziali, non piace alla maggior parte della gente, pur essendo dotata di fascino e senso dell'umorismo.

PAZIENTE: Quali sono questi aspetti essenziali?

ANALISTA: Preferirei lasciare a lei la decisione.

PAZIENTE: Veramente, la questione è se sono disposta a farlo.

ANALISTA: Nulla funziona contro la sua volontà, proprio nulla, lei può dosarla. Su questo punto non posso farci niente. Forse neanche lei si rende conto di quanto sia potente. Forse si sente minacciata e preoccupata da me e dalla terapia. Forse non si rende conto di quanto sia sicura la posizione in cui si trova.

PAZIENTE: Mi sento costretta e punita, ma finora non ho ancora trovato il modo per cambiare le cose.

ANALISTA: Ogni volta che cerco di renderle gradito qualcosa, lei avverte dei pericoli.

PAZIENTE: Ma perché le cose non vanno mai bene così come sono?

ANALISTA: Ora le cose vanno bene come sono. Posso immaginare comunque che potrebbero andare meglio, che anche lei potrebbe essere più bella, questo non lo posso negare, anche se va bene com'è. Posso anche pensare che starebbe meglio se non sentisse più il bisogno di nascondersi. Lei si nasconde sopra o sotto il lettino, ha in sé molte cose non vissute e nascoste. Mi dispiacerebbe se andasse via così. Tuttavia anche così va tutto relativamente bene (*pausa piuttosto lunga*). Adesso e nel passato ha risolto molte difficoltà nel modo migliore. Non è facile trovare soluzioni che le diano più gioia e piacere. Una volta mi ha chiesto che cosa proverei se lei interrompesse l'analisi.

PAZIENTE: Sì, e...?

ANALISTA: Credo mi abbia chiesto se per me sarebbe triste o sconsolante.

PAZIENTE: È così, ma perché ne parla adesso?

ANALISTA: Ecco, si tratta di soddisfazione. Se un giorno se ne andrà via soddisfatta, anch'io sarò soddisfatto. Riguardo alla domanda se sentirò la sua mancanza, mi viene in mente un pensiero particolare. Sentirei molto di più la sua mancanza se andasse via con un grosso problema o, detto diversamente, se pensassi che molte cose sono rimaste in sospeso, mentre avrei potuto aiutarla.

Nella pausa di silenzio di parecchi minuti si sentono profondi sospiri, un silenzio eloquente. Da parte mia si sente «uhm, uhm».

[*Commento*]. Nel silenzio il dialogo continua senza parole. Quanto profondo deve essere l'accordo? Il «sentirsi tutt'uno» basta per dare maggiore sicurezza alla paziente? Questa questione non può essere risolta contrapponendo il dialogo verbale a quello non verbale.

PAZIENTE: Proprio quando mi sono girata da un lato ho pensato che con le parole non si va oltre un determinato punto. Tutto questo girarci attorno assomiglia al ruminare. Molto in fondo, c'è qualcosa che assomiglia maledettamente alla disperazione. Scheletro maschio e scheletro femmina, piacere e non piacere, sentirsi bene o male, su questo si sorvola.

ANALISTA: Certo, lei è disperata con sé stessa e con me, e la disperazione (*Verzweiflung*) ha qualcosa a che fare con il dubbio (*Zweifel*) su come e che cosa lei sia. Per non sentirsi internamente lacerata, si aggrappa a ciò che ha, come unica certezza.

Di nuovo silenzio e sospiri.

ANALISTA: Le parole non bastano, eppure, nonostante tutto, prima di finire, vorrei chiederle se desidera aggiungere qualcosa.

La paziente esprime il desiderio di spostare al mattino la prossima seduta, perché vorrebbe partire per il fine settimana. Si riesce a trovare un'ora adatta.

8.1.3 *Le reazioni da anniversario*

Il depresso resta prigioniero del passato dubitando di sé stesso e addossandosi le colpe; il tempo vissuto sembra che resti immobile. Quanto più il depresso è sopraffatto dal passato e dai sensi di colpa, tanto più gli è pre-

cluso il futuro. La fenomenologia e la psicopatologia del vissuto temporale, discusse brevemente nel primo volume (8.1), ci permettono di determinare la gravità della depressione. Quanto più è grave il disturbo affettivo, tanto più grigio si presenta il futuro per il malato. La limitazione dell'attività si esprime nella depressione psicotica come inibizione vitale. Dal punto di vista psicoanalitico si può rispondere che il disturbo affettivo dipende da *processi psichici* inconsci che, a livello sintomatico, si presentano anche come perdita del senso positivo del tempo. È lecito supporre che nei depressi l'«inibizione fondamentale del divenire», come disturbo dell'accadere vitale di base, descritta da Gebattel (1954), possa risalire psicoanaliticamente a processi di difesa inconsci. Senza dubbio il vissuto del tempo è strettamente legato al ritmo dei soddisfacimenti pulsionali. L'assenza di questi dovrebbe quindi portare anche a una perdita, che si manifesta con mancanza di speranza e di progetti per il futuro. Thomä (1961) ha descritto questi problemi nelle anoresiche croniche.

Nell'interazione tra analista e paziente, la struttura interiorizzata del tempo si trasforma nel tempo vissuto presente (vedi vol. 1, 8.1). Quando Kafka (1977) descrive l'analista come un condensatore o un dilatatore del tempo si allaccia all'ipotesi di un'unione tra comunicazioni temporalmente distanti, ma che hanno tra loro significative connessioni. L'esempio seguente illustra come i segni inconsci del tempo si manifestino in reazioni da anniversario.

La signora Ursula X, di circa quarant'anni, è in analisi per una nevrosi depressiva cronica. I suoi disturbi erano cominciati dodici anni prima, dopo il suicidio di un fratello di dodici anni più giovane. Questi era stato il primo maschio dopo tre femmine, ammirato e preferito da tutti, soprattutto dalla madre. Accadde che la prima seduta psicoanalitica coincidesse con l'anniversario della morte del fratello; la paziente all'inizio non accennò alla coincidenza. Solo nel corso del trattamento si notò che il compleanno e l'anniversario della morte del fratello facevano peggiorare i sintomi depressivi della paziente, tanto da poter parlare di una *anniversary reaction*. I conflitti inconsci della paziente sembravano avere una cadenza temporale che mi permise di esaminare nel transfert le relazioni tra la paziente e il fratello, e tra la paziente e me.

Nel primo anno di analisi divenne evidente lo stretto legame che c'era stato durante l'infanzia tra fratello e sorella e che si manteneva ancora vivo nella paziente. Nel fratello cercava quel calore e quella protezione che non aveva ricevuto dalla madre. Al tempo stesso si sentiva obbligata a essere sempre a sua disposizione, assumendosi quella funzione di genitore che le era richiesta come sorella maggiore. Nel tredicesimo anniversario della morte del fratello, cioè dopo un anno di analisi, il conflitto interiore della paziente si mostrò con particolare chiarezza. Nei suoi penosi dubbi depressivi e nei suoi autorimproveri cercava di immaginarsi che cosa fosse avvenuto nel fratello prima di essere travolto dal treno. Il suo intenso desiderio di immedesimarsi in lui e di capirlo mostravano la lotta personale con i propri pensieri e desideri di morte. Morire, per lei, significava unirsi al fratello, trovare l'unità lungamente desiderata. Nello stesso tempo, nel giorno della morte del fratello ricorreva l'anniversario dell'inizio dell'analisi, grazie alla quale lei sperava di ricomin-

ciare. L'analisi documentava la sua voglia di vivere proprio nel giorno in cui avrebbe dovuto piangere la morte del fratello. Ogni suo passo verso l'autonomia e fuori dalla depressione era accompagnato da gravi sentimenti di colpa perché lasciava indietro il fratello morto. I pensieri della propria morte contribuivano a rendere difficile l'indipendenza dal fratello.

Nel secondo anno di analisi, tra me e la paziente si formò un'inconscia fantasia di transfert – facilitata anche dalla differenza d'età – per cui io presi il posto del fratello. Nella fantasticata esclusività della nostra relazione, come analista soddisfacevo il suo desiderio di protezione e calore e, al tempo stesso, la paziente mi ammirava. Si manifestarono intensi sentimenti di invidia.

Nella seduta che aveva preceduto un'interruzione per le vacanze (seduta 250) la paziente si presenta piena di dubbi relativi al progetto di un viaggio in aereo. Si tratta del suo primo viaggio da sola, e dice: «Ho parecchi rimorsi perché devo lasciare sola mia figlia, i miei genitori, e anche lei!» Poi mi propone seriamente di fare il viaggio al posto suo. Ha già controllato le condizioni del viaggio, e mi spiega che è disposta a fare tutto il necessario per rendermelo possibile. Dico: «Facciamo finta che questo pensiero si realizzi, che significato avrebbe se io la sostituissi?» Visibilmente delusa dice che si era immaginata quello che le avrei raccontato al mio ritorno. Sa che in questo modo si facilita le cose, non occorre che si separi dalla figlia, dai genitori e da me, e potrà poi partecipare alla mia contentezza.

Dopo un silenzio piuttosto lungo le viene in mente che oggi è il compleanno del fratello, finora non ci aveva pensato. Nelle sue associazioni diventa evidente che suo fratello era solito fare molti viaggi al posto suo e della madre, che poi raccontava con molta vivacità. Attraverso questi racconti la paziente si sentiva strettamente legata a lui, aveva la sensazione di aver viaggiato con lui e di essergli intimamente unita nonostante la separazione fisica. Dopo aver brevemente riflettuto che forse per questo motivo in questi giorni si era sentita peggio di prima, interpreto: «Se facessi il viaggio al suo posto, lei si sentirebbe legata a me col pensiero, nonostante la separazione. Invece se lei si separasse da me facendo il viaggio, non sarebbe sicura di restarmi legata.» Poi le viene in mente che al ritorno dai suoi viaggi pregava sempre il fratello di raccontare tutto soltanto a lei. Racconta con vergogna che così si teneva il fratello tutto per sé. Ora si vergogna anche dell'idea di avermi voluto tenere per sé dopo il ritorno dal viaggio. Dico: «Dunque il viaggio lo farei per lei, lei sarebbe unita a me con il pensiero, ma comunque mi legherebbe a sé!» Risponde con un'intensificazione dei dubbi, ma ora capisce più precisamente che desidera evitare la separazione dall'analista per sfuggire alla propria responsabilità e per tenere saldo il suo desiderio di unione. Dopo una pausa le viene in mente che, evidentemente, una parte dei suoi assurdi sensi di colpa riguardo al suicidio del fratello potrebbe dipendere dall'averlo mandato «fuori, nel mondo» in veste di suo sostituto. In tal modo non occorre che rinunciassi al suo posto accanto alla madre, e tuttavia attraverso l'identificazione con il fratello poteva rimanere legata a lui, e anche alla madre. Alla fine della seduta la paziente sospira tristemente: «Eppure mi sarebbe piaciuto se avesse fatto il viaggio al mio posto!» A causa della sua ambivalenza le è ancora difficile godere pienamente delle sue gioie personali senza mascherarle come rinuncia altruistica.

Il successivo processo psicoanalitico, incentrato sulla rielaborazione dei traumi da separazione e sulle conseguenti ripetizioni nella situazione psicoanalitica, portò la paziente, nel quarto anno di analisi, a dimenticarsi per la prima volta il compleanno del fratello.

[*Commento*]. Sulla base della descrizione originale del fenomeno fatta da Freud (1892-95) e successivamente caduta nell'oblio, Hilgard e Fisk (1960)

e Hilgard, Newman e Fisk (1960) hanno coniato il termine *anniversary reaction* e con ricerche empiriche hanno messo in rilievo i presupposti psichici delle sue manifestazioni. Questi autori hanno potuto dimostrare che le reazioni da anniversario sono significativamente collegate a esperienze traumatiche infantili di perdita, e causano, nella vita, a notevoli difficoltà di separazione. Mintz (1971) differenzia, dal punto di vista clinico, due tipi di reazione da anniversario, in base al fatto se un evento o una determinata data rimangono consci o inconsci. Nel primo caso una data nota al paziente, per esempio un compleanno o il primo giorno di ferie, può provocare un conflitto attuale che si associa a un precedente conflitto e lo rafforza. La reazione da anniversario si delinea come una specifica risposta a questo conflitto non risolto. Quindi ogni anno si ha la ripetizione della risposta a questo conflitto in occasione di una data consciamente vissuta. Nel secondo tipo di reazione da anniversario il fattore temporale, unito a un conflitto psichico, resta inconscio. La data del divorzio dal precedente marito, il giorno della nascita o l'anniversario della morte di un parente prossimo sono angosce che rimangono inconscie e causano enigmatiche oscillazioni di umore, o il peggioramento dei sintomi, perché in quei giorni si attualizzano precedenti conflitti non risolti che vivono nella memoria.

In maniera simile a Pollock (1971), Mintz sottolinea la correlazione tra il fattore temporale inconscio e i conflitti psichici collegati alla morte. Engel (1975) ha presentato nella sua autoanalisi molti esempi di sogni dove sono riconoscibili questi due tipi di *anniversary reaction*, che permettono di individuare i segni temporali rimasti inconsci, per esempio, del giorno della morte del fratello gemello.

La reazione da anniversario del nostro caso è da riferire piuttosto al primo tipo. Il fattore scatenante è preconsciouso e facilmente accessibile alla paziente. La natura della *anniversary reaction*, cioè l'intensificazione della distimia depressiva, fa intravedere il suo conflitto interiore. Il desiderio di riunione che si intensifica negli anniversari della morte e della nascita del fratello porta a un notevole rafforzamento delle sue angosce di morte. La connessione fra reazione da anniversario e lutto patologico, come è illustrato da Charlier (1987), è impressionante. Dal momento che l'anniversario della morte del fratello coincide con il «compleanno» dell'analisi, vengono attivati inconsci sensi di colpa: una vita più libera comporterebbe la definitiva separazione dal fratello. Questo conflitto rende comprensibile la «inibizione fondamentale del divenire».

La paziente ha risolto l'ambivalenza nei confronti dell'amato, e a volte anche invidiato, fratello con l'aiuto di un'identificazione, così da conservare la relazione con l'oggetto perduto e controllare i forti sentimenti connessi con la separazione. Pertanto i fenomeni collegati ad anniversari «sono manifestazioni e reazioni, identificazioni e introiezioni complesse e ambivalenti al tempo, all'età e alle date» (Haesler, 1985, p. 221).

Crediamo che i fenomeni da anniversario di questa paziente siano da situarsi nell'ambito delle identificazioni ambivalenti. Finché le fu possibile mettere in atto con il marito i conflitti legati a tali identificazioni, la paziente fu priva di sintomi. Solo dopo il divorzio si scatenò una depressione reattiva, perché la paziente non permetteva a sé stessa di sentirsi libera. Il marito, come figura di transfert, svolgeva una funzione importante, perché la paziente lo collegava inconsciamente al fratello. Dopo la separazione questa correlazione inconscia risvegliò vecchi sensi di colpa, così che la depressione reattiva divenne cronica.

8.2 *Storia della vita, storia clinica e storia contemporanea: una ricostruzione*

Il titolo allude a implicazioni e coinvolgimenti: la nostra epoca è dominata da ideologie (Bracher, 1982), il narcisismo è diventato una metafora collettiva (Lasch, 1979). Da un punto di vista psicoanalitico le ideologie e il narcisismo hanno radici comuni; secondo la definizione di Grunberger e Chasseguet-Smirgel (1979), nell'essenza delle ideologie c'è l'obiettivo di realizzare illusioni, sia come sistemi onnicomprensivi di pensiero che come movimenti politici. L'uomo è incline alle ideologie per la sua capacità di simbolizzazione, legata alla sua distruttività, e queste ideologie possono assumere forme illusorie. Questa tesi è stata elaborata nel primo volume (4.4.2) e anche da Thomä in una conferenza (1973) ancora inedita, ispirata alle idee di Fromm.

Dal punto di vista psicoanalitico va rilevato che i contenuti personali della fantasia del bambino in crescita sono legati alla storia attuale soprattutto attraverso le influenze della famiglia. L'intollerante suddivisione del mondo in buoni e cattivi, ideologicamente motivata, e la costruzione di sistemi di valore con contenuti che si escludono a vicenda, vengono trasmesse in un primo tempo dalla famiglia, in seguito dalla scuola. Molti esseri umani subiscono, in questo modo, danni psichici, anche se riescono a liberarsi dalle influenze negative, cosa che talvolta sembra un miracolo. Altri fanno proprie le concezioni che dominano in famiglia e, assumendo determinati ruoli, conservano i pregiudizi dei genitori, profondamente radicati nell'inconscio. Altri ancora si ammalano per l'inconciliabilità delle contrapposizioni (Eckstaedt, 1986; Eickhoff, 1986). Le polarità sono contenute nei sintomi nevrotico-ossessivi, e questi contenuti sono caratterizzati da un'oscillazione tra gli estremi e dall'incapacità di tollerare sé stessi e gli altri. I *contenuti* psicopatologici delle ossessioni sono diversi a seconda dei periodi storici e nelle diverse culture, ma le *forme* restano uguali. Questa affermazione relativizza il ruolo causale delle ben definite influenze psicosociali nel sorgere di malattie psichiche e psicosomatiche.

8.2.1 *Esempio*

La visione nazionalsocialista del mondo ha senza dubbio influenzato notevolmente l'infanzia, la giovinezza, la storia della vita e della malattia del signor Arthur Y. Tuttavia sarebbe sbagliato non considerare la sostanziale differenza esistente tra la vittima ebraica concretamente colpita dall'ideologia razzista, il persecutore come esecutore della volontà di sterminio di Adolf Hitler e un nevrotico ossessivo. Le identificazioni cosce e inconscie con la vittima ebraica e con l'ufficiale delle SS, che si neutralizzano reciprocamente, proteggono e difendono il paziente e il suo ambiente dalla realizzazione dell'una o dell'altra tendenza. A tale riguardo il signor Arthur Y ha una struttura psichica simile a quella dell'uomo dei topi o dell'uomo dei lupi, in base alla quale Freud descrisse i meccanismi inconsci dei sintomi nevrotico-ossessivi. Occorre considerare questo punto di vista se si vuole comprendere come si trasmettano le ideologie da una generazione all'altra. Deve essere chiarito a quale gruppo appartenevano i genitori, se al gruppo degli esecutori materiali, a quello dei seguaci attivi, o a quello dei fiancheggiatori, cioè della maggioranza silenziosa che si adegua a qualsiasi forma di potere, o infine al gruppo delle vittime.

Nel corso della terapia si dovettero chiarire le implicazioni personali, quelle familiari e quelle della storia attuale, profondamente negative. Come sempre c'è da chiedersi se il paziente si sarebbe ammalato se non fosse successo nulla, se, fino all'adolescenza e successivamente, non avesse subito troppi traumi ecc.

La malattia durava da quasi trent'anni quando il signor Arthur Y si decise per un'ultima terapia, che si svolse con successo.

In questo caso, come analista curante, non sono stato soltanto uno stretto contemporaneo del paziente, ma sono anche riuscito a ricostruire, durante la terapia, una parte di storia della tecnica psicoanalitica, come si rispecchiò nell'esperienza di questo paziente. Per uscire dall'anonimato in cui, in questo caso, non posso né desidero restare, mi trovo a constatare retrospettivamente che nella tecnica degli illustri colleghi che curarono precedentemente il paziente vedo la mia personale evoluzione. Il lavoro critico di rinnovamento del mio passato professionale ha contribuito a trasformare la mia tecnica in modo da fare meno errori sistematici di prima. L'elaborazione terapeutica di alcuni fra i temi abbozzati nella seguente storia clinica si può trovare nei corrispondenti riferimenti del registro dei pazienti. L'esposizione dettagliata di questa storia clinica ha lo scopo di permettere al lettore di mettere in relazione il frammento di un decorso terapeutico, cioè i dialoghi riprodotti, con un insieme molto più ampio nel quale è coinvolto anche l'analista curante. Avevo avuto precedentemente un ruolo secondario: il paziente mi aveva consultato per la prima volta vent'anni fa. È molto significativo che molti racconti del paziente mi abbiano ricordato la mia giovinezza; molti vissuti ed eventi della mia infanzia si risvegliarono durante la terapia. Il rapporto tra vittima e carnefice ha molte sfaccettature.

SFONDO FAMILIARE

Nella famiglia del paziente, nato nel 1935, come in molte altre famiglie tedesche tra il 1933 e il 1945, furono trasmesse le tipiche idee nazionalsocialiste. La suddivisione razzista degli esseri umani in ariani e non ariani, tedeschi ed ebrei, costituiva lo sfondo di idealizzazioni e svalutazioni, che si intrecciarono in modo particolare con la vita della famiglia, residente in un piccolo villaggio.

Ambedue i genitori erano entusiasti sostenitori di Hitler, che rimase anche l'ideale del paziente fino alla tarda adolescenza, cioè fino ai primi anni cinquanta. Il padre del paziente era un mugnaio benestante, proprietario di un mulino e, con il padrone di una tenuta, era il secondo uomo più importante di un villaggio della Germania meridionale dove non vi erano ebrei. Nel 1939 si arruolò nell'Esercito, e risultò disperso in guerra. Dopo molti anni di attesa il padre fu dichiarato morto. La madre, che aveva donato «al Führer e al popolo» quattro figli e che si aspettava molto soprattutto dal primogenito, il paziente, dopo il crollo perse la sua fermezza e non fu all'altezza del grande impegno che il mulino richiedeva. Cadde così in una depressione cronica che finì con il suicidio.

Dopo il figlio maggiore nel 1939 nacque un fratello, e nel 1940 e nel 1942 due sorelle. Il padre andò soldato nel 1939, cioè l'anno della nascita del fratello del paziente.

La famiglia influenzò tra le altre cose anche la formazione dell'Io ideale, in quanto il primogenito non corrispondeva proprio alle aspettative dei genitori. Il paziente ritiene che difficilmente si possa pensare, e anzi sia improbabile, che la madre fosse stata anche orgogliosa del figlio maggiore. Ma i suoi ricordi non arrivano così lontano da risvegliare sentimenti di felicità per essere stato ammirato una volta. Ebbe uno sviluppo completamente diverso da quello che avrebbe dovuto avere un ragazzo tedesco negli anni trenta. Per lungo tempo, fino ad analisi inoltrata, il paziente – come dice lui stesso – vide sé stesso e il mondo attraverso gli occhi della madre, che dopo la nascita del secondo figlio lo trattava come uno che se la fa addosso, cosa che in realtà accadeva quotidianamente all'asilo. Infatti il paziente reagì alla nascita del fratello con un'encopresi quotidiana. Non avendo il permesso di restare a casa, la strada verso l'asilo divenne per lui un'umiliazione straziante, e ancora di più il ritorno. Veniva pulito con getti d'acqua nella lavanderia dove aveva luogo anche la macellazione degli animali. Il trauma cumulativo spense tutti i sentimenti vitali positivi che potevano esserci in lui. Però – per usare la metafora di Kohut – è davvero improbabile che gli occhi di una madre non brillino, almeno occasionalmente, guardando il suo primogenito.

Al continuo trauma di sporcarsi, si aggiunse la svalutazione di essere un debole e tutt'altro che «resistente come il cuoio, duro come l'acciaio Krupp e agile come un levriero», secondo uno slogan di quei tempi. I bambini ai quali non assomigliava erano grandi, forti e belli, ed egli all'asilo li temeva, ma anche in seguito.

Le angosce di annientamento, che durarono tutta la vita, erano e talvolta sono così estreme che fu necessario molto tempo prima che ritenesse possibile di avere una propria aggressività da proiettare all'esterno. Non lo angosciava invece il pensiero di liberarsi della vita con una morte rapida e indolore.

Il paziente, educato all'ateismo, faceva risalire i contenuti religiosi delle sue idee ossessive agli anni passati in collegio, quando due insegnanti, uno sadico e l'altro omosessuale, impressero in lui, contemporaneamente, l'immagine di Dio. L'insegnante omosessuale si occupava soprattutto dei bambini malati. Benché il paziente non si fosse sottomesso né all'uno né all'altro, e non avesse subito abusi «fino all'ultimo», qualunque cosa questo significhi, la sua inquietudine aumentò per il suo insistente desiderio del padre. Il miscuglio di omosessualità e sadomasochismo

risultò per lui così conflittuale che ebbe per la prima volta un'idea ossessiva dopo la lettura di un romanzo poliziesco: commettere egli stesso il delitto descritto in quella storia, che consisteva in un avvelenamento. Preso dal panico, gettò il libro nel gabinetto. Con l'eliminazione del *corpus delicti* che gli aveva fatto nascere quell'idea, scomparve anche questo contenuto di angoscia.

La madre lo tolse dal collegio per riportarlo a casa a imparare il mestiere di mugnaio al mulino. Durante l'attesa del padre lo sostituì uno zio, ma l'impresa non riusciva a competere con la concorrenza. La madre e la nonna materna vivevano nell'illusione e nella speranza di essere in grado di salvare l'impresa fino al ritorno del padre, che non credevano morto. Lo zio, con il quale la madre aveva una relazione, e un amministratore, badavano soprattutto a riempire le proprie tasche. Dopo che furono mandati via, il paziente tentò per anni di mantenere a galla l'impresa, finché dovette chiederla, un po' prima del fallimento, per pagare i molti debiti con la vendita dell'immobile. Da allora il signor Arthur Y lavora in un ramo affine ed è riuscito con molta fatica a farsi strada come rappresentante. I successi lavorativi degli ultimi vent'anni non bastano a rafforzare la sua autostima, e neanche il fatto di essersi creato una famiglia di cui è fiero, di essere riuscito a trovare una moglie intelligente e graziosa, che continua a piacerli, e di avere tre figli adolescenti che crescono bene.

SINTOMATOLOGIA

Per tutta la vita il paziente ha disperatamente tentato di superare le sue inconciliabili contraddizioni interne. Nonostante il profondo timore di poter compiere un omicidio e le varie idee ossessive e comportamenti compulsivi usati come rituali difensivi, era riuscito a ottenere successi lavorativi. Era ancora in condizione di controllare la sua dipendenza dall'alcool, al cui tranquillizzante effetto serale pensava durante il giorno. È utile ricordare un profondo insight terapeutico raggiunto un giorno dal paziente con mio grande stupore e senza il mio aiuto interpretativo: se avesse eseguito i comandi impartiti sotto qualsiasi forma da un padrone assoluto, da lui ricondotto al denominatore comune dell'opposizione al piacere e alla sessualità, sarebbe potuto rimanere l'amato figlio unico? Queste proiezioni di potere e impotenza e la loro partecipazione a simultanee o successive identificazioni risalgono a un tempo molto lontano e sono generate da una risoluzione patologica dei conflitti edipici.

Sappiamo che idealizzazioni e svalutazioni possono essere collegate a vari contenuti. Le valutazioni masochistiche di sé - io sono «un mucchio di merda» - si accompagnano sempre a grandiose rappresentazioni sadico-anali più o meno inconse, per cui dalle une si possono trarre conclusioni diagnostiche per le altre. Le formule ossessive, che svolgono una passeggera azione sedativa dell'ansia, si manifestano in molteplici forme.

I contenuti dei sistemi di valori e la divisione assolutistica fra bene e male sostengono, nelle teorie delle relazioni oggettuali, dal punto di vista della reciprocità fra interno ed esterno, quel peso che Freud (1922a, p. 493) descrisse nell'identificazione con l'oggetto: «Se e quando esse [le identificazioni dell'Io con l'oggetto] prendono il sopravvento, o diventano troppo numerose, soverchianti e fra loro incompatibili, si è prossimi ad un risultato patologico. Si può giungere a una frantumazione dell'Io nel caso in cui le singole identificazioni si escludano a vicenda mediante resistenze, e forse il segreto dei casi di cosiddetta "personalità multipla" consiste nel fatto che le singole identificazioni si accaparrano a turno la coscienza dell'individuo. Anche quando non si arrivi a questo, resta il problema dei conflitti, che si possono produrre fra le varie identificazioni nelle quali l'Io si distribuisce.»

PSICOGENESI

Le identificazioni tra di loro incompatibili hanno una posizione centrale nella *ricostruzione* di alcune linee psicogenetiche dei sintomi del paziente. Queste si riferiscono alla mentalità dei genitori che, detto brevemente, viene interiorizzata. Riflettendo con maggiore attenzione, e seguendo Loewald (1980a), dobbiamo rappresentarci le identificazioni con contenuti e idee che vengono interiorizzati come interazioni. Perciò se la madre del paziente, prima della sua malattia, durante l'infanzia, era dell'opinione che i minorati mentali dovessero essere eliminati – «decapitati» – in questo modo l'oggetto, il minorato mentale e la sua testa, viene interiorizzato in un contesto d'azione. Se il denominatore comune è nella reciproca incompatibilità delle diverse identificazioni, è possibile comporne una serie partendo da precoci ambivalenze a successive scissioni. Il processo che divide le singole identificazioni in compartimenti stagni ha, secondo noi, un andamento circolare che si autorinforza e dura tutta la vita. Così il paziente, cresciuto fino allora in modo ateistico nella divinizzazione del Führer e nella demonizzazione degli ebrei, dopo il decimo anno d'età e dopo la morte di Adolf Hitler, l'ammirato ideale, venne disgraziatamente affidato a un'istituzione che lo mise di fronte a un Dio castigatore, i cui rappresentanti terreni rafforzarono i suoi conflitti. Possiamo ora ricostruire questo processo sulla base delle conoscenze ottenute con il trattamento psicoanalitico e lasciandoci guidare dalle categorie che Freud formulò nel passo citato. Si tratta di: 1) una frammentazione dell'Io in diverse identificazioni tra loro isolate in compartimenti stagni che assumono alternativamente una posizione di dominio, così che 2) le identificazioni posteriori risalgono a una più giovane età. A questo proposito ci sembra particolarmente significativo che in una nota in calce Freud abbia attribuito l'origine dell'ideale dell'Io a una primaria e significativa identificazione con i *genitori*.

È sorprendente come il signor Arthur Y abbia potuto nascondere la sua sofferenza alle persone vicine, e come nemmeno i suoi familiari più stretti sapessero delle sue paure e delle sue idee ossessive. Temeva di finire come sua madre, del cui suicidio si sentiva responsabile perché alla fine non riusciva più a sopportare i suoi lamenti e il giorno precedente la sua morte aveva litigato con lei. Tuttavia, ossessionato dal proprio suicidio o dall'idea di commettere un delitto sessuale, temeva che gli accadesse cose peggiori, come l'isolamento in carcere o in manicomio. Questo genere di idee ossessive si manifestò per la prima volta quando aveva vent'anni, e sperava che la sua futura moglie contraccambiassero il suo affetto. Successivamente il signor Arthur Y si ricoverò di nascosto in un ospedale per un trattamento psichiatrico che non diede alcun risultato. Nel corso di due lunghe psicoterapie psicoanalitiche acquisì qualche insight che approfondì più avanti, durante una psicoanalisi classica di circa 700 sedute.

In seguito il paziente riuscì a lavorare senza trattamento, anche se soffriva per gravi oscillazioni dei sintomi ansiosi e ossessivi, di contenuto variabile. La sua abilità professionale e una straordinaria capacità empatica con i clienti gli permettevano di essere presente al momento giusto, sebbene solo raramente non avesse pensieri ossessivi. Era sufficiente un colore appariscente, un rumore sibilante, oppure il pronunciare o udire determinate vocali, per scatenare in lui angosce e comportamenti compulsivi.

La malattia mortale del fratello minore portò al peggioramento dei sintomi e lo indusse a consultarmi. Mi aveva già consultato una volta molti anni prima; di quella visita, a metà degli anni sessanta, gli era rimasto impresso solo il mio accento. Dal momento che allora ero in attesa di trasferimento, inviai il paziente a un collega che abitava nella zona di Heidelberg, il quale lo prese in trattamento. Dopo la con-

clusione il paziente trovò un buon lavoro nella regione dell'Alta Svevia, per cui, vent'anni dopo, fu per lui naturale consultarmi di nuovo, questa volta a Ulm.

Il successo professionale e la stabilità della sua famiglia non avevano minimamente modificato il suo negativo sentimento di sé e il suo stato di impotenza di fronte alle ossessioni che lo soverchiavano. Solo in modo astratto poteva immaginare di aver conservato parzialmente la sua personale capacità di volere e di potere. Eppure, quando agli inizi dell'analisi gli chiesi come si sarebbe sentito senza più angosce, rispose prontamente: «In tal caso sarei insopportabilmente arrogante.» Nel suo sdoppiamento aveva conservato qualcosa di più dell'arroganza inconscia. Le identificazioni con la vittima e il carnefice erano una accanto all'altra e inconciliabili. Nel corso degli anni i contenuti di questa identificazione si sommarono: «oggetti di identificazione», secondo Freud. Come vittima si identificava con gli ebrei, disprezzati e condannati allo sterminio, e nel suo sadismo si identificava inconsciamente con l'eroe decorato. Freud scoprì l'onnipotenza del pensiero grazie a un paziente nevrotico ossessivo. Il signor Arthur Y considerava ciò che era perturbante come un significato dell'*arbitrarietà*. Creare un legame, trovare un anello di congiunzione tra vittima e carnefice, equivale alla quadratura del cerchio. Per fortuna il paziente *non* voleva essere né l'una né l'altro, ma ogni volta che nella sua vita si imbatteva in qualcosa di terribile e sinistro, fossero parole o immagini, c'era la probabilità che, secondo le condizioni dell'umore, si verificassero delle ripetizioni a livello mentale.

Per ragioni teoriche e terapeutiche consideriamo queste ripetizioni, secondo l'ipotesi alternativa di Freud sulla coazione a ripetere, come tentativi di soluzione di problemi condannati al fallimento poiché coesistono identificazioni inconscie scisse. Nella spiegazione dei sogni angosciosi ripetitivi Freud ha considerato attentamente la loro funzione di risolvere i problemi, superando e padroneggiando retroattivamente situazioni traumatiche che vengono ricercate nel sogno. Se si attribuisce all'Io una «funzione sintetica» è naturale considerare le ripetizioni dal punto di vista del controllo e della soluzione di problemi, anche al di fuori dei sogni angosciosi. Detto altrimenti: si tratta di chiarire perché finora il paziente non fosse riuscito, neanche con l'aiuto della psicoanalisi, a liberarsi dalla ripetitività delle sue angosce e ossessioni.

È evidente che non basta semplicemente constatare che nel paziente ci sono identificazioni inconscie reciprocamente inconciliabili che si impadroniscono in maniera alterna dei suoi pensieri, saturando all'improvviso il corrispondente sentimento dell'Io di un affetto depressivo. È stimolante invece chiedersi come e perché si arrivi a simili frammentazioni. Si fa un passo avanti nella ricostruzione se si considera l'accumularsi dei traumi che, in tutte le fasi della vita del paziente, fino alla tarda adolescenza, hanno richiesto troppo alla sua capacità di integrazione.

I vissuti adolescenziali descritti non hanno solo determinato il contenuto delle angosce e delle idee ossessive centrali. La polarizzazione già stabilita del suo mondo interno e la scissione dovuta all'ideologia trasmessa dalla famiglia vennero rafforzate a scuola da due insegnanti che rappresentarono l'odio e l'amore. In entrambi le aspettative e i timori omosessuali e sadomasochistici si concretizzarono così da impedire quella trasformazione che è possibile proprio durante l'adolescenza. Avvenne invece il contrario. In questa età in cui è presente un'alta potenzialità di riorganizzazione (Freud, 1905), si giunse a una stabilizzazione di strutture precedenti.

Durante i tentativi di avvicinamento da parte dell'insegnante omosessuale, vissuti insieme alle punizioni corporali inflitte dall'insegnante sadico, il paziente provò alcuni inquietanti desideri nell'area della tensione fra piacere e dispiacere. Basta ricordare una scena dell'analisi: passò molto tempo prima che il paziente fosse a

suo agio sul lettino e abbastanza sicuro da riuscire a usare la coperta disponibile, senza sentire che con ciò si trasformava in un omosessuale e senza temere di sporcarci analmente se dopo l'uso non la ripiegava, cosicché io mi sarei stancato di lui e avrei posto fine al trattamento. È quasi superfluo accennare che, immaginando la fine del trattamento, il paziente cercava di preservare sé stesso, e anche me, da qualcosa di peggio. A ogni nuovo passo verso l'equilibrio, tentava di mantenere la sua resistenza di identità (vedi 4.6), per parlare secondo la terminologia di Erikson (1968, p. 214), che descrisse come segue la resistenza di identità: «La resistenza d'identità, nelle forme più leggere e più frequenti, consiste nella paura del paziente che l'analista, a causa della sua particolare personalità, della sua estrazione ambientale o dei suoi principi, possa inavvertitamente o deliberatamente distruggere il nucleo indebolito dell'identità del paziente, imponendogli invece la propria.»

I cambiamenti del sentimento di identità implicano necessariamente l'abbandono delle identificazioni precedenti. Così il paziente divenne più coraggioso pur continuando a esprimere compiacimento per il proprio potere con il rovesciamento masochistico e autodistruttivo e la partecipazione inconscia agli atti compiuti dal sadico carnefice.

La costellazione presente all'esordio della malattia, proprio quando il paziente si sentiva amato e aveva raggiunto un insperato successo, rientra in senso generale nella categoria di coloro che crollano di fronte al successo (Freud, 1916). Da allora il paziente visse nell'incessante sforzo verso la perfezione narcisistica sia nell'ambito professionale che in quello familiare. Dalla rinuncia altruistica non otteneva solo felicità, ma anche un'enorme suscettibilità, che attivava continuamente le identificazioni sadomasochistiche inconse.

Benché si fosse liberato da tempo dell'ideologia nazionalsocialista, il sistema polarizzato di valori che gli era stato trasmesso restò un metro di giudizio nell'autovalutazione.

Il suo spirito di sacrificio in famiglia è pressoché illimitato. Quando si sente offeso, rivolge regolarmente l'aggressività sulla propria persona. Anche nel campo professionale ottiene i suoi successi soprattutto attraverso l'immedesimazione con gli altri, o forse si potrebbe dire attraverso l'identificazione con la vittima a cui vuole vendere la sua buona merce.

Per concludere ritorniamo al problema della formazione delle alternanti identificazioni oggettuali e della loro frammentazione, per usare il linguaggio di Freud. In senso più ampio si tratta del rapporto tra i *contenuti* e le loro *forme* psicopatologiche. È evidente che, accanto alle influenze dell'ideologia nazionalsocialista, sui processi di identificazione del paziente agirono anche altri contenuti difficilmente conciliabili tra loro. È altrettanto chiaro che sono importanti anche le identificazioni primarie, i conflitti preedipici ed edipici. Le personalità multiple, il tema del doppio e dell'*alter ego* esistevano molto prima che questo paziente cercasse in Hitler il suo Io ideale. Senza

difficoltà possiamo seguire i disperati e vani tentativi del paziente di superare il suo conflitto intrapsichico fra i rappresentanti delle sue identificazioni, come è illustrato dal personaggio di Stevenson, dottor Jekyll e Mister Hyde (vedi Rothstein, 1983). Ma un'argomentazione di questo genere sottovaluta l'importanza che ha la *somma* dei contenuti di identificazione reciprocamente inconciliabili, per l'esito patologico e quindi per le forme patologiche. D'altro lato non renderemmo giustizia a questi contenuti se tenessimo conto solo dei meccanismi di difesa primari quali l'identificazione proiettiva e introiettiva, e non della serie dei traumi nel corso degli anni. Perciò all'inizio abbiamo richiamato l'attenzione sul fatto che per l'interiorizzazione, per la formazione dei cosiddetti oggetti interni, si tratta di *identificazioni con processi interattivi*.

Questo paziente non poteva dire come Faust: «Ah, nel mio petto dimorano due anime», perché un'anima, l'identificazione con l'aggressore, era profondamente inconscia, e l'identificazione con la vittima lo affliggeva con angosce paniche. Durante la sua analisi, descritta attraverso le richieste rivolte ai periti della cassa mutua (6.4 e 6.5), il signor Arthur Y riuscì a integrare le parti dell'Io scisse.

Chiunque soffra dentro di sé in tal modo, prova empatia e partecipa ai sentimenti degli altri, ed è lontano dal commettere delitti.

8.3 Azioni interpretative

Il seguente resoconto di trattamento contiene azioni interpretative (vedi 1.3) tratte dall'analisi di una paziente malata d'isteria d'angoscia. Si tratta di un trattamento realizzato molto tempo fa (Thomä, 1967), e non si presenta qui una riproduzione letterale delle sedute. Oggi come ieri la scelta serve a scopi didattici: la risoluzione di una sintomatologia isterica deve essere presentata al lettore con riferimento alla pratica clinica.

Durante il trattamento della signora Beatrice X erano presenti angosce di gravidanza e di parto, al posto dei precedenti sintomi ansioso-isterici da noi descritti in 9.2, dove abbiamo dato informazioni sulla sintomatologia e sulla prima fase del trattamento. La paziente non può veder realizzato il desiderio suo e del marito di avere un figlio, perché la paura nevrotica di ciò che potrebbe accadere durante la gravidanza e il parto la costringe a seguire un rigido controllo contraccettivo. Il progressivo recupero della paziente ha anche attualizzato, insieme al desiderio di un figlio, problemi edipici alla base della sua angoscia.

Prima di fornire commenti su un trattamento realizzato venticinque anni fa, vogliamo chiarire che nel frattempo il nostro modo di vedere le cose è cambiato, in base alla *revisione della teoria dello sviluppo femminile*.

Freud vide lo sviluppo della bambina complicato dallo spostamento dell'amore dalla madre al padre. Negli anni trenta questo cambiamento di oggetto fu molto relativizzato nel suo significato, con il contributo delle psicoanaliste. Se si parte dalla fissazione primaria alla madre e dall'identificazione con la madre, inserite da Freud (1931, 1932a) nella teoria dello sviluppo femminile, spariscono anche quelle complicazioni erroneamente attribuite al cambiamento di oggetto, supposto in un primo momento. Se si prende sul serio il significato biografico di questa identificazione, anche il ruolo materno delle ragazze è preparato, per così dire, come un gioco, per essere realizzato a posteriori attraverso l'inconscia identificazione e l'adozione per imitazione di modalità di comportamento femminili. La donna normale forma le sue relazioni oggettuali attraverso l'identificazione con la madre, come disse la Lampl-de Groot, che tuttavia non pubblicò queste idee prima del 1953.

Sulla base di un sentimento di identità femminile in formazione, i conflitti edipici si instaurano senza dar luogo a insicurezze sostanziali. Pertanto è probabile che, per esempio, la triade di equivalenti angosce femminili descritte da Helene Deutsch (1930), castrazione, stupro e parto, appaia solo in donne con disturbi nell'identificazione di base con la madre. Thomä (1967) richiamò l'attenzione su questo punto presentando un caso di angoscia di castrazione in una ragazza.

Probabilmente la revisione della teoria dello sviluppo dell'identità femminile e dei ruoli sessuali è, fra tutte le trasformazioni necessarie nelle ipotesi psicoanalitiche, quella di più profonda rilevanza (Roiphe e Galenson, 1981). La determinazione *psicosociale* del sesso, profondamente radicata nel nucleo della personalità, come il sentimento «io sono una donna» o «io sono un uomo», inizia immediatamente dopo la nascita. Nella cura del lattante la madre e il padre trasmettono con i gesti, le parole e i modi con cui si mettono fisicamente in relazione con il bambino, il loro modo di vivere il suo genere sessuale. Ci riferiamo soprattutto all'opera di Stoller, che ha introdotto il concetto di *core gender identity* e parla della femminilità primaria. Con la profonda revisione che documenta con molte pubblicazioni il significato dell'identificazione primaria delle bambine con la madre, è cambiata anche la comprensione psicoanalitica della sessualità femminile (vedi Chasseguet-Smirgel, 1974). Erronee interpretazioni della psicofisiologia dell'orgasmo femminile hanno prodotto per anni disturbi iatrogeni nelle donne in trattamento. Per esempio la Bertin (1982) riferisce che la famosa allieva di Freud Marie Bonaparte si sottopose a chirurgia plastica clitoridea per correggere una frigidity. Le errate supposizioni di Freud sulla genesi della frigidity come disturbo nel passaggio dall'orgasmo clitorideo a quello vaginale, e altre idee sbagliate sulla psicofisiologia della sessualità femminile, ostacolarono per anni la terapia delle donne frigide.

Certamente l'importanza dell'identificazione primaria nella formazione di deviazioni sessuali, che possono giungere fino al transessualismo, non dovrebbe condurre all'erronea conclusione che la «femminilità» o la «mascolinità» si determinino già nel primo anno di vita. In condizioni favorevoli molte cose si possono modificare con le amicizie all'asilo e a scuola, con l'incontro di madri sostitutive e con insegnanti, soprattutto durante l'adolescenza. Dopo la fase del conflitto edipico ci sono ancora opportunità di identificazioni nuove e complementari che si radicano più profondamente delle imitazioni, ma che possono prendere da esse il loro avvio. La ricerca e la scoperta di modelli favorisce i processi di autoguarigione.

I processi inconsci di difesa scoperti da Freud spesso sono più forti della forza della natura. Allora le angosce isteriche, come nel caso di Beatrice X, persistono su uno sfondo di conflitti edipici. Qualunque sia la situazione che nel singolo caso ha potuto mettere in moto rimosioni inconscie e altri meccanismi di difesa – dove esistono angosce nevrotiche di gravidanza o di parto – insieme a problemi fondamentali d'identificazione, si troveranno anche conflitti edipici.

Nel periodo del trattamento in cui vennero esposti e poterono essere superati i conflitti edipici legati alle angosce da gravidanza e da parto, la signora Beatrice X recuperò legami affettivi e identificazioni con donne. Si intensificarono le amicizie, e cercò, cedendo a una profonda nostalgia, persino la sua vecchia governante con la quale aveva trascorso molti anni durante lo sfollamento senza la madre.

Nella seduta 258 la signora Beatrice X riportò i sogni omoerotici in cui aveva sognato di essere la paziente di mia moglie. Immediatamente mi rassicurò di essere molto contenta di me. Ora come allora, era grande la sua preoccupazione di perdere l'amore del padre nel transfert, ogni volta che si dedicava alla madre. Naturalmente raccoglieva informazioni da amiche incinte e da madri che avevano appena partorito.

[*Commento*]. Indipendentemente dal diniego dei suoi desideri edipici nel transfert, la signora Beatrice X aveva un buon motivo per essere insoddisfatta dell'analista curante e per rivolgersi in sogno a sua moglie. In un'alternanza contraddittoria e ambivalente, l'analista aveva evitato di darle il titolo di un libro di educazione sessuale. Nel nostro caso questa omissione non ha causato gravi danni. Se a causa della regola dell'astinenza si evita di dare un'informazione, si perde l'opportunità di rafforzare la relazione di aiuto e di facilitare le identificazioni nel transfert materno. Il rifiuto del desiderio spontaneo di ricevere informazioni dallo specialista, se evita da un lato gratificazioni edipiche indirette, dall'altro danneggia l'identificazione. Evidentemente l'analista è convinto che ogni gratificazione indiretta sia sfavorevole per l'analisi. Oggi sappiamo che è sbagliata la teoria della frustrazione, che sosteneva una rigida applicazione della regola dell'astinenza. Era stata for-

mulata fin dall'inizio in modo sbagliato, perciò non sorprende che Weiss e Sampson (1986) l'abbiano confutata. Come risulta dall'esperienza clinica, le loro ricerche dimostrano la superiorità dell'ipotesi alternativa di Freud, che parte dal fatto che il paziente, con l'aiuto dell'analista, nella situazione psicoanalitica cerca di superare i traumi e di dominare i conflitti non ancora risolti. Nel caso che presentiamo, il rifiuto del desiderio del paziente di sapere dall'analista il titolo di un libro di educazione sessuale non ha stimolato supplementari fantasie sessuali inconse, ma ha prodotto invece un parziale allontanamento dall'analista e una simpatia per le donne in quanto modelli di ruolo più adeguati per l'informazione richiesta. Se l'analista, come uomo, si fosse comportato diversamente e avesse così facilitato un transfert materno, pensiamo che la paziente avrebbe potuto trovare anche in lui possibilità d'identificazione.

Riportiamo ora alcune sedute indicative, relativamente alle angosce edipiche, che permettono al lettore di dare un'occhiata allo schema di stesura dei protocolli che abbiamo menzionato in 1.3.

8.3.1 Esempio

SEDUTA 261

La signora Beatrice X dice che era contenta di venire in seduta, però mentre aspettava si è agitata e desiderava solo scappare.

Dice che sta proprio bene e che è felice con suo marito, ma si dà pensiero per un prossimo festeggiamento per la copertura del tetto. Naturalmente non può mancare, ma si sente divisa fra due stati d'animo: l'allegria e l'angoscia. Sottolinea che si rallegra per suo marito senza provare invidia del suo successo come architetto.

[Sogno]. Entra in una stanza, un uomo ha preparato i riflettori e la cinepresa, ma non ha tempo per lei. Rimane delusa.

Collegandosi al racconto del sogno, parla ancora del suo umore in vista della festa.

[Riflessione]. La seduta era iniziata con un ritardo di cinque minuti. Volevo riportare la paziente alla sua – presunta – delusione, quindi pongo una domanda che richiami la sua attenzione su questo punto.

ANALISTA: L'uomo aveva poco tempo per lei?

[Reazione]. La paziente non risponde a tono, ma formula questo desiderio: come sarebbe bello essere al centro dell'attenzione alla festa. Poi racconta precisi particolari sulla giornata precedente, soffermandosi sulla sua vita sessuale. Dice che la ragione per cui prima non aveva alcun orgasmo era che si frenava, e che quando aumentava l'eccitazione non partecipava attivamente. Poi, in qualche modo, si era radicata in lei la paura di potersi fare del male con un'intensa partecipazione.

Aggiunge che non è nemmeno giusto che suo marito – la paziente pensa anche all'uomo del sogno – abbia così poco tempo per lei. Riconosce che è colpa sua, perché la sera si occupa sempre di cose senza importanza, invece di cercare e godersi tranquillamente la pace e il dialogo con suo marito.

[Riflessione]. Inconsciamente la paziente vorrebbe esibirsi, essere al centro dell'attenzione, e avere un orgasmo particolarmente soddisfacente. Ha invece paura di essere

danneggiata. Per non arrivare all'esibizione, si rappresenta in sogno come se l'uomo non avesse tempo. Quindi è l'uomo che la delude, e lei può incolparlo. Così perdura la rimozione dei desideri sessuali.

[*Interpretazione*]. Seguendo il senso delle mie riflessioni e riprendendo un sogno precedente in cui appariva una donna che si esibiva ballando, dico alla paziente che vorrebbe mostrarsi sessualmente eccitata ma inserisce la delusione per paura di un'eccessiva intensità. Poi mi accusa di avere troppo poco tempo.

[*Reazione*]. Dice che è del tutto esatto, però c'è anche un *ma*. Aggiunge che ora pensa a un sogno e alla sua paura del parto.

[*Sogno*]. Vede un bambino pallido di fronte a lei, il figlio di una sua compagna di scuola che era sempre stata piuttosto bruttina. (Nel sogno era chiaro che questa donna aveva avuto molti rapporti sessuali durante la gravidanza, per cui il bambino ne aveva sofferto.) Un uomo mette un ragazzino fra le orecchie dell'elefante e lei ha molta paura per il piccolo.

[*Associazioni*]. Lei sa che nelle ultime settimane prima del parto non si devono avere rapporti sessuali. Le orecchie dell'elefante l'hanno fatta subito pensare alle grandi labbra. Nella sua paura della gravidanza e del parto c'è il timore di perdere qualcosa.

[*Riflessione*]. Ritorna il noto tema del danno e della perdita. Penso alla rappresentazione che la paziente si è fatta della deflorazione e al suo timore che la fessura vaginale continui a lacerarsi. Nei confronti del bambino non sente nulla di nuovo, non si è aggiunto niente al suo vissuto, ma pensa anzitutto che le cada qualcosa (il bambino tra le orecchie-grandi labbra). Io speculo sul paragone fra bambino e pene. Il bambino non è un membro *aggiuntivo*, ma si perde. Perché?

[*Interpretazione*]. Viene anticipato il fatto che nel parto verrà danneggiata e perderà qualcosa. Il bambino si trova dove gli elefanti hanno la proboscide, quindi è come se il bambino-proboscide-membro cadesse. Pensa di aver perso qualcosa in confronto a suo fratello, cioè il membro, e teme che con il parto il danno continui.

[*Reazione*]. Non riesce a ricordare di aver fatto questo confronto con suo fratello, ma è chiaro che è dominata dall'idea di venir danneggiata durante il parto, di perdere qualcosa. Aggiunge che è inquietante avere questi pensieri e questi sogni, anche se ora lo sa bene.

L'angoscia della perdita viene chiarita in una seduta successiva quasi senza il mio contributo.

SEDUTA 264

Sebbene in realtà dovesse essere preoccupata per l'imminente apertura dell'ufficio, c'è un altro argomento che le preme, del quale abbiamo discusso alcune sedute fa: si tratta del perdere, del lasciar cadere. In relazione a questo ha fatto un sogno terribile.

[*Sogno*]. Dalla sua vagina uscivano pezzi di fegato uniti fra loro. Era piena di terrore, di disperazione e ansia; poi si accovacciava per cercare di tirar fuori con la mano e separare le parti del fegato unite fra loro. Sognò anche una donna che voleva dare a sua madre un pezzo di questo fegato, ma la madre lo rifiutava.

[*Associazioni*]. La paziente ripete la descrizione di orrore e di schifo. Seguono riflessioni sul timore di perdere il figlio durante la gravidanza. Pensa alla strana posizione accovacciata in cui si mette per dominare la paura. Infatti per molto tempo ha alleviato la sua angoscia mettendosi in questa posizione. Non arrivava a sedersi completamente sul pavimento, solo a metà, appoggiandosi sulla punta dei piedi e con le natiche sui talloni. Superava così l'angoscia, come anche toccandosi la zona dei genitali. Da questo sogno la paziente deduce che, quando è in piedi, è presa dall'angoscia di perdere il controllo delle parti basse: «Sì, è vero, ho sempre avuto paura di dissanguarmi durante le mestruazioni.»

Aggiunge poi che per la prima volta dopo anni è riuscita a sedersi a tavola insieme a suo marito, un positivo cambiamento in rapporto con la rielaborazione di varie angosce.

SEDUTA 265

Dopo la seduta di ieri dice di essere stata molto contenta, suo marito le ha mandato dei fiori senza biglietto. Però ora si sente molto agitata perché da questa mattina ha un pensiero totalmente privo di senso. Pensava di cambiare un paio di scarpe comprate ieri. Le era venuto in mente come sarebbe stato bello andare fino alla stazione con l'auto di un paziente che ha conosciuto in reparto. Questo pensiero la rende inquieta e la fa sentire colpevole nei confronti del marito.

[*Riflessione e interpretazione*]. Nella mia interpretazione faccio presente che la paziente si è intrattenuta in reparto prima della seduta. Di sfuggita osservo che il suddetto paziente da un po' di tempo si interessa a lei. Richiamo l'attenzione della signora Beatrice X sul fatto che si comporta come se non avesse contribuito a sollecitare l'interesse dell'uomo.

[*Reazione*]. Dice che deve darmi ragione, che è così. Aggiungo che per la stessa ragione evita di sedersi di fronte a un uomo quando viaggia in treno. Allora lei riconosce quanto le faccia piacere che l'uomo si interessi a lei.

[*Riflessione*]. Deve trattarsi di uno spostamento del transfert. Si tratta di un paziente più anziano, e la paziente suppone che abbia avuto molte donne. In passato si era lamentata perché suo marito è molto giovanile, poco paterno, senza esperienza. I desideri incestuosi sono trasferiti sui pazienti sposati.

[*Interpretazione*]. Le dico che attraverso una relazione con un uomo più vecchio, con maggiore esperienza e paterno, attraverso una relazione sessuale con me, lei cerca quella conferma che a suo tempo non aveva ricevuto, perché suo padre, come lei aveva sognato, aveva rapporti solo con sua madre. Ora si sente in colpa per questi desideri e perciò li mette da parte.

[*Reazione*]. Risponde che ciò è del tutto corretto, che inoltre anche suo marito a volte è paterno.

[*Riflessione*]. Non potendo realizzare, per paure incestuose, i suoi desideri nella relazione con il marito ed esprimendoli solo con una scissione, la relazione coniugale ne è impoverita; inconsciamente considera il marito come un fratello. Il terapeuta formula l'*interpretazione* corrispondente, e la paziente la completa nella *reazione* che per questo motivo non ha potuto avere per molto tempo alcun rapporto sessuale con il marito.

SEDUTA 275

La paziente sospetta (a ragione) di aver incontrato poco prima mia moglie nel corridoio della clinica. Si è sentita profondamente a disagio e l'unica cosa che voleva fare era andarsene; in realtà pensa di non avere il diritto di stare qui e di parlare di cose così personali. In risposta alla mia domanda dice che in confronto a mia moglie non solo si sente vuota ma anche piccola. Molti la considerano una ragazza nubile di diciassette anni.

[*Riflessione*]. La paziente ha vissuto l'incontro casuale in un'atmosfera edipica. Ha sentimenti di colpa per i suoi desideri incestuosi, e si difende da un lato con la sintomatologia, dall'altro dicendo che è troppo piccola. In questo modo si costruisce una protezione contro i propri desideri incestuosi.

[*Interpretazione*]. Recentemente ha sognato una donna incinta che si fermava nella mia stanza. Lei crede di doversi escludere e dice a sua madre: non ho alcuna relazione proibita con il fratello-analista.

La paziente raccoglie questi pensieri. Si parla di un altro comportamento, di come dissimula i suoi desideri. L'analista dovrebbe assumere il ruolo del seduttore e, per esempio, fissare le sedute in funzione sua. Si parla di nuovo della visita a sua madre. In questi giorni, le dico, non viene qui per riposarsi dalla madre e per farle sapere che è piccola e impotente, e non va dall'uomo (il medico come padre).

Ascolta questa osservazione e dice «sì». Poi aggiunge che non può immaginare niente di più bello che andare da sua madre con un bambino. Ha queste fantasie anche nei miei confronti: venirmi a trovare con suo marito e con il bambino desiderato che un giorno spera di dare alla luce.

[*Catamnesi*]. La progressiva identificazione positiva con il suo sesso ha fatto diminuire le angosce sulla gravidanza e sulla nascita e con ogni probabilità ha anche reso possibile il concepimento. In base a una considerazione catamnestică si può affermare che la signora Beatrice X è sana da almeno vent'anni e madre di diversi figli. Tutti gli indicatori sono positivi e permettono di formulare una prognosi positiva. La signora Beatrice X vive libera da angosce, soddisfatta e felice con la sua famiglia.

8.4 *L'agire*

Come abbiamo esposto nel primo volume (8.6), negli ultimi decenni il concetto tradizionale dell'*acting out* si è sostanzialmente trasformato sotto l'influenza delle teorie delle relazioni oggettuali. I fenomeni legati a questo concetto, e anche la loro genesi, hanno una valutazione diversa nell'attuale teoria della tecnica. Gli effetti della polarizzazione fra la terapia classica dell'*insight*, con la sua enfasi sull'interpretazione, e la terapia dell'esperienza emotiva, si possono dimostrare particolarmente con la «messa in atto» nelle sue due forme, l'*acting out* e l'*acting in*. Come abbiamo mostrato nel primo volume (8.3), questa polarizzazione risale al fatto che, fin dalla controversia tra Freud e Ferenczi, nella seduta psicoanalitica il vissuto non è stato sufficientemente tenuto in considerazione. Nel porre la domanda: «Esistono *due*

tecniche psicoanalitiche?» Cremerius, Hoffmann e Trimborn (1979) hanno esortato a superare tale polarizzazione. Gli atteggiamenti verso i fenomeni tradizionalmente etichettati come acting out offrono l'occasione per tentare di integrare questi approcci divergenti e unilaterali.

La fenomenologia dell'agire è svariata. Non appena in psicoanalisi si va oltre una fenomenologia descrittiva, sorge la questione della valenza funzionale dell'agire corrispondente, che ha aspetti individuali e diadici. Per questo l'agire, sia all'interno che all'esterno della seduta, va esaminato nel contesto degli attuali processi di transfert e controtransfert. Può avere un significato benigno o maligno. Una paziente che, nella ricerca di figure femminili d'identificazione, considerò una volta la moglie dell'analista come colei che le aveva spedito dei fiori, mostrò una grande ricchezza associativa per rimediare a una carenza di fantasia; la paziente che abbiamo descritto in 2.2.4 ha danneggiato le basi del trattamento con la sua continua intrusione nella vita privata dell'analista. Abbiamo anche discusso la parziale dipendenza di tale comportamento dalla particolare situazione di vita dell'analista e dalla strutturazione della terapia. Anche in altri punti di questo volume il lettore troverà esempi che tradizionalmente vengono catalogati come «messa in atto». Perciò in questo paragrafo ci limiteremo a due esempi del cosiddetto acting in, che, almeno dopo la descrizione di Balint del «nuovo inizio», ha perso la sua valenza negativa.

8.4.1 *Primo esempio*

Dopo l'interruzione di tre settimane per le feste natalizie, la signora Ingrid X inizia la seduta affermando che vuole mostrarmi qualcosa. Senza aspettare la mia risposta va verso il lettino, si inginocchia e comincia a preparare un gioco di tarocchi. Mi invita a sedermi sullo sgabello vicino a lei; dopo essere rimasto un po' perplesso mi siedo. Dispone le carte come si fa nella notte di San Silvestro. La signora Ingrid X crede di aver trovato in questo gioco dei tarocchi il modo per comprendere la storia della sua vita su cui finora abbiamo lavorato.

In modo dettagliato consideriamo le singole carte, mentre lei spiega, in base alle figure, quali fantasie ha fatto in proposito. Al centro dell'attenzione ci sono le coppe, che se sono piene significano vita, se sono rovesciate stanno a significare vita non vissuta. La figura di un eremita solitario l'ha profondamente colpita.

Al centro della sua autointerpretazione c'è la madre che non le dà una coppa chiusa e che sembra invidiarle qualcosa.

Dopo che la paziente ha spiegato questi particolari, osservo che si aspetta da parte mia delle osservazioni complementari; io devo collaborare per riassumere ciò che finora abbiamo elaborato. Poi, soddisfatta, raccoglie le carte e si sdraia sul lettino. Se esistesse un catalogo delle situazioni anomale nella vita professionale di ogni psicoanalista, questa esperienza ne farebbe parte. Anomala fu soprattutto la naturalezza con cui ciò avvenne. Sottrarsi all'offerta appellandosi a una regola, avrebbe ferito profondamente la paziente.

La paziente racconta ora un sogno ricco di contenuto la cui prima scena si riferisce alla stanza d'analisi. Seguono altre scene che alludono soprattutto a una relazione sentimentale da poco terminata. Nel raccontare il sogno la paziente commenta che nel sogno cerca di mettere ordine in ciò che è rimasto.

Senza stabilire un rapporto tra il sogno e la nostra relazione, la signora Ingrid X continua e descrive come ha trascorso il Natale con suo marito e come ha affrontato i soliti problemi. La sua necessità di informarmi dettagliatamente sulle vacanze e di farmi comprendere il suo stato d'animo mi lascia in una posizione di attesa. La grande quantità di informazioni mi spinge, circa a metà seduta, a far presente che lei vuole portarmi i suoi vissuti e che ha anche iniziato questa seduta con un regalo inconsueto. Questa osservazione la spinge a riflettere.

PAZIENTE: Sì, per me è importante portarle e raccontarle tutto. È una cosa che faccio anche in sua assenza, parlo con lei e la faccio partecipare a ciò che mi preoccupa.

Aggiunge poi che è riuscita a continuare il dialogo interiore con me per circa quattordici giorni. Dopo però che questa relazione interiore con me sembra essersi interrotta, non senza orgoglio racconta che con altre persone, amiche e conoscenti, le è ora possibile continuare questo tipo di comunicazione.

In questo contesto sorge in me la domanda che pongo anche alla paziente, se non ci sia una connessione temporale fra la perdita della relazione interiore con me e il fare i tarocchi. La paziente conferma questo sospetto, e in entrambi si realizza un sorprendente insight. Possiamo confermare che la perdita della relazione interiore è stata compensata da una retrocessione al livello magico; al posto dell'analista, non disponibile, è subentrato il mondo disponibile del gioco dei tarocchi, con il quale, con l'anno nuovo, poteva affrontare sia il nostro comune passato sia la prospettiva futura. L'accordo di farmi partecipare ai risultati delle carte unisce il tempo prima dell'interruzione per le vacanze con quello che ora ci sta di fronte. La signora Ingrid X ricorda la relazione, emotivamente molto importante, con la sua insegnante di violino, alla quale poteva portare le cose più svariate. Se si era sufficientemente esercitata, rimaneva sempre tempo per mostrare alla professoressa dei libri interessanti oppure i suoi nuovi pattini a rotelle ecc. Il rivivere questa esperienza consolatoria ci riconduce al doloroso ricordo della madre che, essendo molto impegnata professionalmente, non era abbastanza disponibile. Per diversi motivi la paziente era in condizione di procurarsi possibilità sostitutive parzialmente soddisfacenti rispetto alla relazione cronicamente deludente con la madre.

La comprensione dell'acting in sullo sfondo della storia di vita porta a formulare che ci troviamo in una relazione come quella con l'insegnante di violino. Come reazione alla lunga separazione, l'analista si trasforma in una madre deludente e non disponibile, e quindi deve permetterle di portare qualcosa di piacevole mettendosi nella posizione dell'insegnante di violino. In particolare, deve apprezzare la sua capacità di trovare soluzioni sostitutive, di cui la paziente a buon diritto è orgogliosa; tuttavia potrebbero anche fallire se la defusione diventa troppo forte. Come esempio racconta che il suocero non si è mai preoccupato di cercarle un regalo di Natale personale, ma che le aveva riciclato un libro d'arte ricevuto da una ditta come dono natalizio. In questo esempio la paziente è in grado di sentire il suo desiderio di attenzioni personali che si nasconde dietro le sue possibilità di superare le difficoltà.

Il gioco dei tarocchi può essere considerato un felice tentativo di sostituire la perdita dell'oggetto interno «analista», attraverso il ricorso a uno scenario sovraperpersonale, dal quale si può vedere sintetizzato il lavoro che abbiamo fatto finora. L'interruzione ha attivato un transfert materno negativo: chi o che cosa può essere quella coppa piena che la madre (analista) sembra invidiare? Come difesa contro gli affetti collegati, la paziente ha potuto utilizzare un transfert materno idealizzato sotto forma di acting in, per comunicare i suoi sentimenti di solitudine («l'eremita solitario»).

8.4.2 *Secondo esempio*

Il signor Theodor Y si sente solo e insicuro, malgrado i suoi successi professionali e i vari interessi che lo rendono un interlocutore ricercato da molti amici. Il suo aspetto esteriore non corrisponde al giudizio negativo che ha di sé stesso: si ritiene assolutamente privo di attrattive.

Il padre era morto in guerra; la madre aveva dovuto lavorare duramente per dare la possibilità ai numerosi figli di crearsi una professione. Unitamente alla situazione di bisogno materiale, il paziente durante la sua infanzia e gioventù si era sentito avvilito dalla tendenza della madre a deprimersi. Così verso la fine dell'adolescenza divenne veramente conscio delle sue inclinazioni omoerotiche. Cercò un trattamento dopo che la sua omosessualità lo aveva portato, sotto l'influenza dell'alcool, a una crisi sociale.

Nella seduta 350 ricorda con angoscia un'esperienza risalente a circa quindici anni prima, che aveva avuto come conseguenza un'intensificarsi della ricerca di contatti omosessuali: da alcuni mesi era intimamente legato a una donna con cui aveva una soddisfacente relazione sessuale. Aveva progettato un viaggio con un amico, e la sua fidanzata era delusa e arrabbiata perché non voleva portarla con sé. Durante questo viaggio venne a sapere con costernazione che i due (amico e fidanzata) si sarebbero sposati. Il paziente continuò però il viaggio come se nulla fosse. Questa descrizione mi aveva talmente sorpreso che gli dissi spontaneamente: «In quell'occasione non si è per niente chiarito con il suo amico.» Nel mio controtransfert mi ero messo al suo posto e mi ero aspettato una sua reazione di gelosia, senza riflettere che un rapporto a tre rende possibile l'appagamento di molteplici desideri, rendendo comprensibile l'assenza di una normale gelosia.

Alla seduta successiva viene con molto anticipo. Infastidito dall'odore di aria viziata nella stanza, si precipita alla finestra. Nasce un piccolo battibecco verbale-averbale, per cui a un certo punto spalanca bruscamente la finestra. Per un momento siamo molto vicini l'uno all'altro. Dato che fuori fa molto freddo, dopo un poco dico, malgrado la sua giusta valutazione della qualità dell'aria: «Ora credo che basti, possiamo richiudere», e chiudo la finestra.

Il signor Theodor Y ritorna sul tema della seduta di ieri. Ascoltandolo noto che sono ancora preso dalla scena iniziale, di cui non parla più, e considero un legame con l'argomento abordato dal paziente.

ANALISTA (*dopo un po'*): Credo di averla offesa sia nell'ultima seduta che ora.

PAZIENTE (*con veemenza*): No, no, in fin dei conti ho solo bisogno di aria fresca.

ANALISTA: Rispetto a quanto è successo un momento fa, penso che si sia sentito criticato per la storia con il suo amico.

Il paziente non vuole convincersi di questa possibilità anche dopo un mio secondo tentativo, e cerca di invertire la situazione.

PAZIENTE: Credo invece che ora sia lei offeso e arrabbiato perché le rinfaccio l'aria viziata.

Poi parla a lungo di aggressività e di semplici arrabbiature, per poi ritornare alla situazione attuale.

PAZIENTE: Ora la contraddico ancora, e sono veramente angosciato, perché temo che lei sia arrabbiatissimo. Mi pare di capire che qui è lei il furbo... Ora sono angosciato, ho paura della sua aggressività... O della mia?... E se lei non fosse così perfetto? Ieri ha detto: «Molto interessante.» Il signor analista s'interessa a me, o... sì, ciò che le interessa ora in realtà è il «psicologicamente» molto interessante?

Segue un lungo monologo, poi si interrompe.

PAZIENTE: Sto forse farneticando?

ANALISTA: Mi sembra proprio che lei mi abbia sostituito, mi ha escluso con le chiacchiere.

PAZIENTE: Sì, in un certo senso, ho un po' paura (*pausa*).

ANALISTA: Ho il sospetto di aver commesso un errore ieri, e penso che la sua entrata di oggi si ricollegli a questo, non è mai entrato così impetuosamente.

Il signor Theodor Y respinge nuovamente la relazione fra i due punti di partenza della mia costruzione e si perde ancora in riflessioni filosofiche generali. Verso la fine della seduta cerco ancora d'introdurre una riflessione.

ANALISTA: Ora voglio ancora dirle un'altra cosa: lei potrebbe avere un'opinione diversa. Credo di vedere qualcosa che per il momento non può proprio vedere. Forse la sensazione di offesa si riferisce alla mia osservazione «molto interessante». A volte vi sono opinioni differenti e questo non disturba né me, né lei.

Questa constatazione ha a prima vista un effetto tranquillizzante, anche se mi saluta con uno sguardo perplesso.

Dopo la seduta continuo a pensare al significato che può aver dato all'odore della stanza, che lo ha spinto a spalancare la finestra. Gli «puzza» forse che mi interessi a lui «solo psicologicamente»?

La seduta successiva inizia con il signor Theodor Y che propone una riconciliazione.

PAZIENTE: Se lei mi comunicasse che cosa ha sentito e notato nel fatto della finestra... allora apprenderei qualcosa. A me sembra normale. E perché lei ha detto che era significativo, e perché io non l'ho notato.

ANALISTA: È curioso che lei mi faccia questa domanda; o c'è nell'aria ancora il disagio di ieri e lei preferirebbe adattarsi?

PAZIENTE: No, non credo. Ho pensato che lei ora aspetta quello che succede... dunque cosa può dimostrarmi?... Sono un idiota. Non posso farci niente. Però è vero, l'angoscia è molto diminuita... Spalanco la finestra e lei la richiude, questo comunica qualcosa... Una grande confusione, un'insicurezza, la scena era inquietante.

ANALISTA: Non ha parlato così ieri.

Faccio questo intervento con buone intenzioni, per puntare l'attenzione sul lato positivo nell'evoluzione dei suoi pensieri da ieri a oggi, dall'azione all'osservazione e alla riflessione.

PAZIENTE: Certo ieri non potevo sapere tutto, rendermi conto e poi dirlo immediatamente.

Il signor Theodor Y reagisce immediatamente a un aspetto critico e latente del mio intervento.

ANALISTA: In questo ha ragione.

PAZIENTE: Dunque sono un idiota.

Penso che il paziente abbia afferrato la mia critica latente. Decido di chiarire meglio l'incidente di ieri.

ANALISTA: Mi rendo conto che questo l'ha reso molto più insicuro di quanto pensassi o forse di quanto potevo sapere.

PAZIENTE: Nella seduta di martedì si parlava del mio amico. Il fatto che lei mi abbia criticato, perché non mi sono spiegato con lui, mi ha fatto sentire un idiota.

Il signor Theodor Y ricorda ora l'angoscia opprimente del giorno prima e lo stato di confusione che ne è derivato. Mi viene in mente il titolo di un film di Fassbinder, *Angst essen Seele auf* (La paura mangia l'anima).

ANALISTA: Non solo si prova angoscia, ma può anche distruggere, così non si rimane all'altezza delle proprie possibilità. Persino nel parlare. La paura mangia l'anima.

PAZIENTE: Bene... ieri mattina, sul lavoro, proprio prima della seduta è successo lo stesso: la segretaria mi ha mancato di rispetto. È stato terribile. Sono tutti degli imbecilli... e io sono il ragazzino che non capisce niente. Anche il capo, quell'imbecille. E io sarei il ragazzino che non è all'altezza delle sue possibilità... È veramente un'espressione chiara, come l'anima ne sia divorata. Vi è anche una grande somiglianza fra la scena del lavoro e la scena alla finestra, la stessa angoscia. Per Dio... ha proprio ragione. Se lei mi avesse visto sul lavoro. La mia piccola anima impotente di ragazzo nella tela del ragno, nudo, solo e miserabile. Lei si sarebbe sciolto per la pena. Povero...

ANALISTA: Io per la pena e lei per la vergogna.

PAZIENTE (*perplesso*): Vergogna?... Forse ci riesco con un giro di parole: chi sono io? Il mio analista ha nei miei confronti lo stesso sentimento che avevo verso la signora Z. (*la segretaria*): quando finalmente riuscii a protestare era molto angosciata, faceva pena. Poi penso, voglio questo e quello e per favore lei tenga chiuso il becco... Poi viene fuori il vecchio atteggiamento da ufficiale, con rabbia, con fermezza ecc., ma non serve a niente.

Nelle mie riflessioni si collegano i desideri di sacrificarsi per l'amico e per l'amica con l'attuale situazione di transfert: in entrambe le situazioni è stato piantato. Non può rivaleggiare o litigare, perché il tradimento lo ha colpito così profondamente che si sente paralizzato. La mia osservazione sulla mancata spiegazione con il suo amico riapre la ferita. Con la mia critica l'ho «castrato».

ANALISTA: Forse si potrebbe dire che ieri è andata così perché si è sentito criticato. Questa sarebbe una risposta alla sua domanda iniziale, che oggi posso dirle.

PAZIENTE: Sì (*lunga pausa*). Se io non mi confronto e non discuto, è una mancanza di virilità. Questo mi deprime. Mi tocca al punto che mi spinge ad agire, come ha potuto notare ieri qui in seduta con la finestra, con il mio arrivo anticipato, e di mattina con la segretaria al lavoro. La gente si innervosisce quando le si dice la verità. La suscettibilità viene stimolata. Ma cos'è la verità?

Il signor Theodor Y comincia una dissertazione intellettuale sulla verità che diventa sempre più incomprensibile; dopo un po' interpreto che forse sta cercando la verità *dei sentimenti*.

PAZIENTE: È vero che i miei sentimenti non sono chiari, è giusta la mia sensibilità, la mia suscettibilità. È vero. E che io non sono un uomo... E la concatenazione tra i sentimenti è la cosa decisiva. Devono essere in rima. Questo è giusto. Che siano in rima, vuol dire ristabilire una connessione. In questo lei potrebbe avere un ruolo (*lunga pausa*). Forse non riesco a vederlo? Ora vedo con i suoi occhi quello che è avvenuto alla finestra.

Il signor Theodor Y passa nuovamente in rassegna la scena della finestra.

PAZIENTE: Alla finestra mi sentivo veramente castrato. Perché lei mi ha veramente posto dei limiti. Mi dava un tono d'importanza, ma ieri non l'ho notato... Ma non è una ragione per chiudermi la finestra in faccia. Sì, è così. La mia mascolinità presuntuosa, l'aggressività. Conosce la novella *Albissers Grund* (Le ragioni di Albisser)? Albisser stende Zerutt con una fucilata. È come se dovessi dimostrare che sono un

uomo. Voglio impormi fino alla morte... Ma ora non mi sento meglio... Lo sento al plesso solare. Ieri avevo proprio dei dolori ed ero decisamente confuso... Lei mi dirà allora che sono un ipocondriaco.

Tipica espressione del paziente a metà strada fra l'ironico e il serio. Pensa sempre che gli altri possano captare la serietà attraverso il suo mascheramento, anche se lui è il primo a difendersene.

ANALISTA: Credo che a questo punto dovrei cercare di aiutarla.

PAZIENTE: Può farlo?

Nuovamente è detto in tono ironico, ma sento anche un'incredibile sorpresa.

ANALISTA: Lei sarebbe un ipocondriaco, se non si capisse perché si è sentito castrato. Non è un ipocondriaco se, come credo, è la necessità che lo porta a pensare come Albisser. È meglio che senta riconosciute le sue necessità, piuttosto che sentirsi piccolo, castrato o altro. Riconoscere questo le sarebbe di aiuto. Allora non si deprimerebbe fino alla morte o al suicidio.

Ora nelle associazioni, che lo emozionano molto, il paziente può riconoscere la capacità dell'analista di sostenerlo, osservare i suoi limiti e così dedicarsi al lavoro interiore (Bilger, 1986).

8.5 Rielaborazione

8.5.1 Ripetizione del trauma

La polarizzazione fra catarsi e rielaborazione è proseguita nel dibattito sul rapporto fra vissuto e insight. Pensiamo che tale discussione sia superflua se partiamo dal fatto che appartiene all'arte dell'analista collegare in maniera affettivamente significativa il presente con il passato. In tali momenti si può giungere alla ripetizione di traumi in condizioni nuove e più favorevoli. Si potrà così esercitare un controllo attivo dove finora predominavano posizioni passive, nel senso della seguente affermazione generalizzante di Freud (1925a, p. 312):

L'io che ha vissuto passivamente il trauma, ripete ora attivamente una riproduzione attenuata dello stesso [anche nel transfert] nella speranza di poterne orientare autonomamente lo sviluppo. Noi sappiamo che il bambino si comporta in questo stesso modo verso tutte le impressioni che gli risultano penose, riproducendole nel gioco; attraverso questo modo di passare dalla passività all'attività, egli cerca di padroneggiare psichicamente le esperienze della sua vita.

Da un resoconto di trattamento di Jiménez (1988), ampiamente documentato, prendiamo alcuni passaggi che commentiamo secondo il nostro punto di vista. Si tratta di mostrare come il trauma si sia ripetuto nel transfert e quale ruolo abbiano svolto in questo la catarsi e la rielaborazione. L'analista curante ha facilitato al paziente un ricordo catartico del trauma con la susseguente rielaborazione, chiamando per nome le seduzioni omo-

sessuali del padre, ottenendo così una realistica presa di distanza nella relazione terapeutica. Dopo questa svolta il paziente ha aumentato la propria capacità di differenziare l'esperienza nel passato col padre, e la nuova esperienza con l'analista (Strachey, 1934).

RESOCONTO DI TRATTAMENTO

Il signor Peter Y, di 40 anni, un uomo di buona cultura, mi venne a trovare dietro consiglio di un prete per difficoltà sessuali e affettive con la moglie. Nei primi colloqui si dilungò molto sulla sua generale insoddisfazione verso la vita. Aveva avuto esperienze traumatiche con il padre alcolizzato, che lo aveva sedotto più volte, fra i dodici e i quattordici anni, praticando con lui rapporti orali (fellatio). Dal momento che suo padre era sempre assente da casa per motivi di lavoro, le seduzioni avvenivano regolarmente al suo ritorno, e la relazione padre-figlio era limitata a episodi di perversione. Nei primi colloqui il paziente parlò di questi episodi in maniera molto obiettiva, aggiungendo però che lui non era omosessuale, ma che soffriva di un'eiaculazione precoce che metteva in pericolo il matrimonio. Al centro della storia della sua vita poneva le sue inibizioni verso le donne, cosa che contrastava con le sue esuberanti fantasie. Praticamente si trovava quasi sempre in uno stato di eccitazione sessuale che lo torturava, e da cui riusciva a liberarsi temporaneamente con la masturbazione.

Malgrado il profondo disturbo, non c'era alcun motivo psicopatologico per diagnosticare un disturbo borderline. Piuttosto ero arrivato alla conclusione che si trattasse di una grave nevrosi di carattere.

È opportuno fare qui alcune riflessioni sulla diagnosi in psicoanalisi. Con Kernberg (1977), siamo dell'opinione che un paziente non può essere definito borderline solo perché ha fantasie con contenuti arcaici. E neanche le fantasie perverse permettono di formulare una diagnosi di perversione. Bisogna sempre considerare gli aspetti strutturali e descrittivi. Se si considera il contenuto delle fantasie inconsce, molte persone sarebbero da classificare come malati gravi. Allora la diagnosi perderebbe la sua funzione più importante, che è quella della differenziazione. Considerare gli aspetti formali delle fantasie inconsce, cioè la struttura dei loro contenuti, vuol dire giudicarle in rapporto con l'intera personalità. Bisogna quindi prestare attenzione ai loro effetti sul comportamento in generale e sulla configurazione della relazione terapeutica in particolare.

Nelle prime sedute si accertò che cosa aveva motivato il paziente a cercare un aiuto psicoanalitico proprio in quel momento. Aveva paura di ripetere con suo figlio la sua stessa esperienza traumatica, cioè aveva paura di praticare a suo figlio la fellatio.

Messa in scena del trauma nel transfert

Dopo circa sei mesi di analisi, che qui riassumiamo, diminuì progressivamente la tensione nelle sedute. Il signor Peter Y era un buon sognatore. I suoi sogni e le associazioni rendevano possibile la comprensione del transfert e la ricostruzione della sua biografia inconscia. Il materiale permetteva di prendere visione a differenti livelli dell'identificazione col padre e con la madre.

La relazione sessuale fra padre e figlio variava nei diversi sogni; fu così possibile esaminare anche gli strati genetici più profondi. In un sogno sua madre gli mostrava i seni in maniera provocante. Nel sogno vedeva la madre e la fidanzata truccate come prostitute, stese su un letto, che si rivoltavano l'una sull'altra. Vedeva sé stesso allontanarsi da loro con grande dignità, come un vescovo che s'incammina verso il convento senza degnare le suppliche lamentose delle due donne che lo pregavano di non lasciarle. Nella seduta 192 il signor Peter Y raccontò un sogno con molte variazioni del trauma: «Stavo facendo l'amore con mia moglie, in modo curioso: mi masturbavo con la mano dentro la sua vagina. Contemporaneamente ci baciamo e questo costituiva il momento culminante del rapporto. Ambedue raggiungevamo l'orgasmo e ognuno eiaculava nella bocca dell'altro.»

I ricordi del paziente parlavano dei suoi eroici tentativi di liberarsi dagli inquietanti desideri sessuali, edipici e preedipici, riferiti al padre e alla madre, cercando la tranquillità in un convento. Ma anche qui apparivano nuovi contenuti angosciosi, come la paura di venire sedotto dai novizi o dai padri.

Il signor Peter Y, per la sua fissazione, a livello profondo, viveva tutte le relazioni interpersonali come provocazioni sessuali reciproche e inquietanti. Con gli atti perversi e i soddisfacenti orali fallici della prima pubertà, si era intensificata la relazione primaria inconscia con il seno materno. Nello stesso tempo, nel suo vissuto inconscio, io assumevo il ruolo transferale complementare di una coppia seduttiva, in cui il ruolo di padre o di madre che mi attribuiva cambiava rapidamente. La confusione nell'immagine corporea e nelle rappresentazioni di sé e dell'oggetto facilitava il rapido cambiamento delle interazioni simboliche.

Nel sogno prima citato, la relazione veramente importante è costituita dalla tenerezza, dal bacio. La verità è che nel transfert essa è anche una ripetizione di tutte le formazioni di compromesso. A livello sintomatico, l'eiaculazione precoce è l'esempio di queste formazioni di compromesso. Nel transfert il paziente mi portava a interpretare attivamente raccontandomi sogni eccitanti e mettendomi in bocca le sue idee, così come aveva eiaculato nella bocca del padre.

Quali che siano stati i desideri inconsci del signor Peter Y, bisogna considerare che il comportamento del padre lo confuse e lo umiliò molto. A poco a poco divenne evidente che il paziente, nella regressione, viveva le mie interpretazioni come penetrazioni, che gli toglievano autonomia e lo obbligavano ad assumere una posizione femminile. Sulla base dei suoi sogni pieni di significato, a cui replicavo con «brillanti» interpretazioni, ci trovavamo coinvolti in un intenso interscambio verbale sessualizzato, nel senso di un soddisfacimento narcisistico a due.

Accanto a queste fantasie il signor Peter Y mostrava altri transfert. La rivalità con me si esprimeva in sogni con contenuto politico e aggressivo sulla lotta di potere e altro, e in un passaggio all'atto nel transfert. Mi fu chiaro che il paziente rendeva impossibile un preciso lavoro di interpretazione per i numerosi sogni che raccontava. Richiamai spesso la sua attenzione su questo fatto, e lo interpretai come ambivalenza. D'altra parte tutte le volte che consideravo opportuna l'interpretazione di un determinato aspetto del sogno, lui rispondeva troppo velocemente con un «sì, certo» o «sì, sono d'accordo», per continuare tranquillamente con l'argomento precedente. Mi irritava che non recepisce quello che gli dicevo, e il suo «sì, certo» era soprattutto un segno di compiacenza o di sottomissione. Questo comportamento passivo-aggressivo corrispondeva ai suoi tratti caratteriali; in questo modo riusciva

a controllare il corso delle sedute. Successivamente fu chiaro che il paziente di fatto mi stava a sentire e accoglieva anche le mie interpretazioni. Così dopo una seduta nella quale, come disse più tardi, aveva avuto l'impressione che gli avessi posto dei limiti, sognò che con una pesante spranga di acciaio cercava di fare un buco nel terreno. Arrivò poi un generale che reclamò la spranga perché di sua proprietà e gliela mise in bocca, cosa che nel sogno egli sentì come un rituale religioso. Nel sogno il paziente fu preso da un grande panico per essersi ribellato al potere, e sentiva al tempo stesso una grande rabbia per l'umiliazione di dover sopportare «la spranga» in bocca. Nel dormiveglia la «spranga» si tramutò in «pene».

[*Commento*]. Dopo che l'analista e il paziente hanno scoperto che l'atto stesso dell'interpretare, così come i contenuti, ha un effetto collaterale traumatico, è naturale vedere nel generale la figura del padre (analista) intrusivo, tanto più che il paziente stesso al risveglio ha posto un paragone interpretativo. Si ripete quindi nel transfert uno stato d'impotenza; il paziente pensa di non dover resistere al generale così come a suo tempo non aveva potuto difendersi dal padre. O forse è più opportuno dire che né allora né oggi voleva veramente resistere? Questo perché nell'atto perverso si soddisfano una serie di desideri e fantasie come compromesso. Solo per citare alcuni aspetti: la nostalgia per il padre assente trova una gratificazione nel fatto che il padre diviene completamente dipendente dal figlio. Durante l'eiaculazione il paziente era il generale che a livello inconscio usava la bocca come apertura o cavità dai molteplici significati, identificandosi anche con colui che succhia. Non si deve infine trascurare che il piacere del potere è connesso con la rabbia per il suo abuso. In questo paziente la dipendenza dal padre (e a un livello più profondo dalla madre) e dal soddisfacimento pulsionale è collegata all'abuso di potere.

In contrasto con questa combinazione del transfert e dopo un'intensa rielaborazione delle sue difficoltà, il paziente cominciò a raccontare dei sogni dove esprimeva un transfert positivo più realistico, in cui io ero rappresentato da un maestro che insegna pazientemente ai suoi alunni. Predominava tuttavia un transfert omosessuale, con rapida alternanza delle posizioni femminile e maschile.

In contrapposizione ai problemi nella relazione terapeutica, il paziente riferì della sua crescente soddisfazione nella vita quotidiana. Il suo umore più equilibrato potenziava la sua capacità nel lavoro, e riusciva ad affrontare meglio il suo capo. Notava una diminuzione delle sue inibizioni verso le donne; i disturbi della potenza sessuale miglioravano.

Nel periodo seguente iniziò un agito sessuale che durò molto tempo, e che a poco a poco assunse un significato transferale. Iniziò una relazione sessuale con una ragazza che una volta alla settimana andava a casa sua per le pulizie; una relazione segreta che si limitava a lunghe carezze e che finiva regolarmente con un'eiaculazione senza penetrazione. Insieme ad altri significati inconsci, questa messa in atto aveva lo scopo di alleggerire il transfert omosessuale con me. Infatti ogni volta che

questo diventava troppo intenso il paziente non veniva in seduta con la scusa che durante quell'ora poteva rimanere solo in casa con la ragazza.

Il transfert omosessuale, in questo periodo, si presentava sempre come qualcosa che perseguitava il paziente e contro cui egli resisteva. La ripetizione di queste fantasie e la loro intensità facevano terminare una fissazione intensa nella fase negativa del complesso edipico, che non si era potuta evolvere in un'identificazione positiva con il padre, per il trauma subito nell'adolescenza.

Per aiutare maggiormente il paziente a uscire da questa confusione della sua identità, modificai la mia strategia interpretativa, contrastando gli attuali aspetti realistici della nostra relazione con le ripetizioni pregenitali positive e aggressive. Si trattava di superare l'erotizzazione che il paziente cercava. Emerse che spesso, nelle interpretazioni che lo toccavano particolarmente, veniva soddisfatta una fantasia omosessuale. Dopo le interruzioni il paziente aspettava inconsciamente i momenti in cui suo padre lo seduceva al ritorno dai suoi viaggi (in media rimaneva a casa 3-4 mesi all'anno). Eravamo bloccati da troppo tempo in un circolo vizioso. Formavamo una coppia psicoanalitica in cui il paziente stimolava con i sogni e le associazioni il mio lavoro interpretativo, con il quale si sentiva gratificato, ma anche violentato; un circolo sadomasochistico. Qualunque cosa dicessi era per lui una conferma del mio interesse omosessuale per lui. Quando questo mi fu chiaro, mi tirai un po' indietro, cercando di spezzare il circolo vizioso con frequenti silenzi.

Dopo esserci occupati molte volte di questo problema, il paziente, nella seduta 385, raccontò il seguente sogno: «Sono in un ufficio per ritirare un importante documento, oppure in uno studio medico per ritirare il risultato delle analisi. Con mia sorpresa, mi trovo nello studio di un avvocato, e si tratta di un documento del tribunale. Ma mi sorprende ancora di più quando mi accorgo di essere alla sede centrale della Polizia. Il capo mi sottopone a un severo interrogatorio, mentre a tratti, con tenerezza, mi fa dolci carezze. Scappo fuori e prendo un autobus per rifugiarmi a casa, ma mi accorgo che, nel salire velocemente dalla porta posteriore, ho preso l'autobus sbagliato, che va nella direzione opposta.»

Le associazioni e le mie riflessioni mi hanno permesso di spiegare al paziente che nell'analisi aveva cercato un avvocato difensore che lo proteggesse dal padre seduttore e dalla madre, che lo turbavano; nel corso dell'analisi c'erano sempre state grandi difficoltà nel riuscire a differenziare la nuova esperienza con me e la relazione infantile con i suoi genitori. Tutto questo dipendeva dal fatto che nell'attuale relazione tenuta nascosta si ripeteva qualcosa che gli dava una grande soddisfazione. Per la prima volta durante l'analisi definii suo padre omosessuale e alcolizzato. Questa interpretazione lo inquietò molto, e gli fece ricordare un recente sogno in cui vedeva una porta con molti lucchetti arrugginiti che sicuramente non erano stati aperti da tempo. Lo associò al locale dove si tengono le bombole del gas. Gli comunicai che questo indicava la difficoltà ad aprirmi la porta della sua memoria e a dirmi «apertamente» che cosa era successo con suo padre, per paura che il contenuto fosse molto esplosivo. Allora mi raccontò della sua enorme vergogna e della sua angoscia nel mostrarmi i suoi desideri e le sue fantasie omosessuali. L'analisi andava nella direzione sbagliata perché veniva *scambiata* la porta «posteriore» con quella «anteriore», e io con suo padre.

[*Commento*]. Abbiamo voluto mettere in rilievo lo «scambiare», nel resoconto dell'analista curante, perché segna il punto d'inizio di una nuova tappa che sarà descritta dettagliatamente nel seguente riassunto di trattamento. Prendendo le distanze dal padre perverso, anzi dalla coppia dei genitori sedut-

tori, l'analista ha circoscritto sé stesso mediante un giudizio. Questa sua limitazione, presumibilmente, ha corretto una confusione originata dal trauma, che non era diminuita con l'interpretazione del transfert omosessuale continuato. Il paziente prendeva le interpretazioni troppo alla lettera e non solo ne traeva molteplici gratificazioni, ma aspettava e forse anche temeva che con l'analista tutto sarebbe finito come con il padre. È chiaro però che l'analista aveva superato la prova e alla fine aveva espresso una convincente separazione di sé stesso dal padre del paziente. Non si devono sottovalutare queste spiegazioni chiarificatrici; per uscire dalla confusione, è necessario un punto di appoggio al di fuori delle ripetizioni. A proposito dello *scambiare* raccomandiamo al lettore la lettura di 9.3.2, dove riportiamo la critica di un paziente a una tecnica interpretativa in cui si era trascurato di porre le nuove esperienze con l'analista in un rapporto equilibrato con la ripetizione, per poterla interrompere.

Il reale abuso dei bambini nella seduzione incestuosa omosessuale è un trauma molto serio, in quanto si superano quei limiti che servono a consolidare l'autonomia. Lo sviluppo della vita dei desideri e delle fantasie dell'essere umano necessita di uno spazio sicuro per poter distinguere l'interno dall'esterno, nell'ambito di una realtà sociale multiforme. L'abuso sessuale dei bambini da parte dei genitori, o di altri adulti, distrugge questo spazio che ha buoni motivi per essere considerato tabù. I desideri e le fantasie edipici e incestuosi ricevono il loro profondo significato antropologico proprio dal tabù, cioè dal fatto che non si arrivi all'incesto vero e proprio. Si creerebbe altrimenti un terribile miscuglio fra le generazioni, che avrebbe effetti catastrofici sulla formazione dell'identità dei bambini e degli adolescenti. Questa storia clinica mostra come in seguito a seduzioni omosessuali, o dopo incesti padre-figlia o madre-figlio, rimangano delle profonde insicurezze. A partire da questo momento tutto sembra possibile. Le reali seduzioni incestuose minano la fiducia in maniera fondamentale (vedi MacFarlane, Waterman e altri, 1986; Walker, 1988).

[*Riflessione*]. La dinamica della seduta riportata prima del commento merita di essere sottolineata perché mi spinse a modificare la mia tecnica. Ripensandoci ora, credo che questo cambiamento non fu solo il risultato delle mie riflessioni, ma anche il risultato di una naturale rielaborazione del paziente, sviluppatasi contemporaneamente al transfert omosessuale sopra descritto. L'interpretazione per cui il signor Peter Y mi confondeva nel transfert con il padre sottolinea l'aspetto di ripetizione o – in altre parole – la distorsione che produce il transfert con le sue radici aggrappate nel passato. Avevo comunque l'impressione di aver contribuito allo sviluppo di questa costellazione di transfert. La seconda parte dell'interpretazione sottolinea non tanto la distorsione, quanto la plausibilità della percezione del paziente, nel senso di Gill e Hoffman (1982).

A posteriori, credo che avrei potuto chiarire già prima come questa ripetizione si fosse manifestata nel transfert. Ad ogni modo, la mia accentuazione delle differenze determinò che da quel momento le parti più sane del paziente assumessero un ruolo dominante nel superamento del trauma. Il fatto di essermi mostrato come una persona reale, diversa dal padre omosessuale, costituì un tentativo di interrompere il circolo vizioso delle identificazioni proiettive e introiettive.

[*Commento*]. Qui si tratta del problema fondamentale di come uno psicoanalista adempia alle sue funzioni per facilitare al paziente i cambiamenti e fargli superare i traumi. La ripetizione nel transfert è una faccia della medaglia su cui è incisa la parola chiave «somiglianza». In questo senso è assolutamente plausibile, accertato e realistico che questo paziente viva l'influenza dell'analista come intromissione o come seduzione. Sull'altra faccia della medaglia c'è la parola «differenza», incisa a lettere maiuscole. Non è la scoperta delle *somiglianze* che porta fuori dalle ripetizioni, ma l'esperienza delle *differenze*. Come abbiamo detto a proposito dello scambio, questo è un problema ampio, non circoscritto a una singola scuola psicoanalitica. Per lungo tempo nella scuola kleiniana fu trascurata la questione del cambiamento attraverso nuove esperienze, vale a dire la questione dell'interruzione dei processi circolari di identificazione proiettiva e introiettiva. L'efficacia terapeutica di un'analisi non risiede evidentemente nella ripetizione dei traumi e nello stabilire nel transfert eventi circolari, ma piuttosto nell'uscirne.

Catarsi

Durante un breve periodo di quattro sedute (341-44), il signor Peter Y raccontò dettagliatamente, quasi in fretta e furia e in modo agitato, gli episodi sessuali con il padre. All'inizio parlò della sua grande nostalgia durante le assenze del padre, e di come gioiva al suo ritorno. Di come il padre cominciava a bere e diventava allegro, come cominciavano le carezze e si arrivava all'eccitazione, che finiva con il padre in ginocchio che succhiava il pene del figlio fino all'ejaculazione in bocca. Riferiva anche le sue emozioni contrastanti: il piacere, la paura, la vergogna e l'intenso sentimento di trionfo nell'ejaculare nella bocca del padre inginocchiato, il senso di colpa successivo, la sensazione di dominare il padre. A differenza dello stile ossessivo dei primi colloqui, ora la sua relazione era piena di emozione. Dopo questa catarsi mi fu chiaro che i ricordi consci di questi episodi che mi aveva già raccontato nei primi colloqui erano stati parzialmente isolati dagli affetti corrispondenti. Aggiunse che tutto ciò era stato mantenuto segreto alla madre, per tacito accordo, e che, dopo due anni, aveva deciso di mettere fine a questo rapporto, perché il suo malessere diventava sempre più grande. In quel periodo aveva potuto contare sul sostegno del suo confessore. Divenne subito chiaro che era incompleta l'immagine di un padre aggressivo e seduttore. Il paziente ora vedeva davanti ai suoi occhi un padre debole e alcolizzato, con il quale aveva avuto una relazione segreta di reciproca soddisfazione.

Verso il superamento del trauma

La catarsi si accompagnò a una presa di distanza nei confronti del padre, che si rifletté anche in un cambiamento nel transfert. Era particolarmente impressionante che il signor Peter Y riuscisse a costruire una relazione priva d'angoscia con suo figlio. Le nuove esperienze nella relazione terapeutica gli resero possibile assumere funzioni paterne, identificandosi contemporaneamente con il figlio. Cercò di scoprire come aveva desiderato che fosse suo padre. L'erottizzazione nelle sedute dimi-

nuì, e aumentò la sua capacità di riflessione, in senso autoanalitico. Il paziente poteva riconoscere il mio lavoro e accettare quello che aveva appreso in analisi come qualcosa di nuovo. Le sedute erano più tranquille, e il paziente raccontava meno sogni. Divenne del tutto naturale che io tacessi sempre di più e interpretassi sempre meno. L'attrazione omosessuale per il padre, che era stata intensa per lungo tempo, veniva ora riconosciuta dal paziente, anche se intesa come soddisfacimento sostitutivo e compensazione per la mancanza di comunione fra padre e figlio, con le relative reazioni depressive.

Di questo periodo è il seguente sogno: «Cammino per una strada. Mi viene incontro un uomo anziano, e sono costretto a mettermi da parte perché lui occupa tutto lo spazio. Tengo sotto il braccio un rotolo enorme di carta da regalo. Continuo a camminare, e mi accorgo che qualcuno che lo vuole prendere da dietro, e per me si fa sempre più difficile tenerlo stretto: è l'uomo che mi molestava. Entro in una casa, apro il rotolo di carta e appare un gigantesco albero di Natale con tutte le decorazioni e le luci. È bello e molto suggestivo. Noto che la stanza in cui sono ha una piccola finestra che dà su una cameretta attigua. Mi avvicino al vetro e vedo un divano su cui giace un uomo che sembra morto. Ho paura. Lo guardo un po' meglio, e mi rendo conto che non è morto, ma molto malato, respira a fatica; questo mi tranquillizza. Mi avvicino per guardare con maggiore attenzione, e mi accorgo che quell'uomo sono io stesso. In fondo alla stanza c'è un sacerdote che dice la messa su un altare barocco molto decorato. Indossa una veste talare riccamente ricamata. Sopra il divano, alla parete, è appeso un orologio gigantesco che indica l'ora. È una specie di orologio a cucù dal quale escono ogni tanto delle figure, come delle mariochette – burattini di legno come Pinocchio –, vescovi, generali, personaggi importanti che fanno dei ridicoli gesti di riverenza, inchini e segni di sottomissione. Li trovo disgustosi.»

Analizzando questo sogno ci fu possibile avvicinarci al nucleo più vivo e intenso del paziente che, sebbene agonizzante, respirava ancora schiacciato dai vari ruoli che aveva dovuto assumere. Le associazioni relative a questa parte del sogno rientrano nella tematica generale del «falso Sé» nel senso di Winnicott, diventato per lui una seconda natura. Si era assoggettato anche all'analista. Secondo me questo sogno ha un elevato valore ricostruttivo, però mi sembra particolarmente interessante il suo significato di indicatore del processo psicoanalitico. Nei livelli del sogno è inscritta la storia del trattamento. Possiamo dividere il sogno in tre parti: nella prima si rappresenta il periodo dell'analisi in cui il paziente si sentiva fondamentalmente infastidito dalle interpretazioni che, da dietro, cercavano secondo lui di distruggere il suo fallo. Nella seconda parte, a un livello più profondo (all'interno della casa), si sviluppa il suo narcisismo trionfante. Probabilmente corrisponde al periodo descritto di gratificazione nel transfert, ma contemporaneamente anche al periodo in cui il paziente scopre la piccola finestra che per lui equivale all'analisi, e che gli rende possibile l'accesso a una parte del suo Sé. Questa parte, precedentemente rimossa, contiene un «mondo interno» di identificazioni ammassate, di idealizzazioni religiose, ma contemporaneamente qui «abitano» i suoi aspetti più vivi. Particolarmente interessante è il fatto che nell'ultima e terza parte, in cui affiorano fantasie interiori ancora più profonde, l'analista viene rappresentato come un enorme orologio a cucù che indica l'ora e mostra in successione i vari ruoli che il paziente ha assunto nel corso del trattamento.

Il signor Peter Y riferì una certa diminuzione della costante eccitazione sessuale che lo tormentava. Diminui anche la frequenza della masturbazione compulsiva, che ora si limita ai fine settimana o ad altri periodi di tempo libero.

[*Commento*]. Nel corso della terapia i tentativi del paziente di superare i traumi e di passare dalla passività all'attività hanno avuto sempre più successo. La citata opinione di Freud su questa componente essenziale dell'efficacia dell'analisi si esprime anche nella teoria dell'identificazione proiettiva e introiettiva, se viene intesa come comunicazione e interazione. Il momento cruciale che abbiamo descritto, tuttavia, è caratterizzato dalla scoperta congiunta che tanto il contenuto interpretativo quanto l'atto dell'interpretare avevano un effetto secondario inaspettato e negativo. La tecnica favoriva la confusione, per cui il paziente viveva la relazione terapeutica dalla prospettiva delle sue esperienze traumatiche con il padre. Dopo il chiarimento di questo «scambio», il paziente poté fare nuove esperienze. Dopo due anni di un reciproco sedursi e lasciarsi sedurre, l'analista fu in condizioni di comprendere il significato della ripetizione del trauma nella relazione psicoanalitica. In conclusione, in questo periodo, accanto al soddisfacimento indiretto attraverso la ripetizione parziale nel transfert, si spianò anche la strada per una catarsi e una rielaborazione.

8.5.2 *Diniego dell'angoscia di castrazione*

Dopo due anni di esitazione, il signor Arthur Y aveva deciso di ampliare la sua attività di rappresentante in una zona che da tempo veniva trascurata dal collega al quale era assegnata. La scarsa attenzione prestata alla clientela aveva fatto sì che in quella zona le vendite fossero molto al di sotto della media. Il signor Arthur Y era convinto di riuscire ad aumentare il fatturato senza eccessiva fatica. Nonostante tutti fossero scontenti del collega, pigro e dedito all'alcool, tanto da essere ormai diventato un peso per l'azienda, il signor Arthur Y aveva sempre rimandato il desiderio di espandere la propria attività. La compassione e gli scrupoli non solo gli avevano impedito di essere attivo, ma avevano anche bloccato la sua riflessione sulle possibili soluzioni che gli avrebbero consentito di espandersi evitando di danneggiare pesantemente il collega o addirittura di rovinarlo professionalmente. Il paragone inconscio tra espansione commerciale e distruzione sadica, e la sua immediata traduzione nell'identificazione masochistica con la vittima, si erano a lungo bilanciati, con il risultato che il paziente non riusciva né ad ampliare il proprio ambito di attività né ad accrescere il proprio successo. Per lo stesso motivo il signor Arthur Y, un uomo con una notevole esperienza di vita, non era ancora riuscito a trovare una soluzione accettabile che soddisfacesse il criterio del vivere e lasciar vivere.

L'aiuto interpretativo, incentrato sull'equivalenza inconscia tra espansione e distruzione, permise al signor Arthur Y di accrescere il proprio successo e di godersi l'ampliamento della propria zona, senza danneggiare eccessivamente il collega. Il paziente aveva trovato un buon compromesso.

PAZIENTE: Non ho davvero più paura di affrontare la cosa. In un senso più ampio, è qualcosa che c'entra con la mia potenza. Ho il sospetto che si possa mostrare la propria potenza in diversi modi. Anche avere successo in una zona in cui un'altra persona ha fallito è una sorta di potenza. Non è che per caso sto spostando il problema da un'altra parte? Così posso sottrarmi ancora di più a mia moglie dal punto di vista sessuale. Nessuno può farmene una colpa. La verità è che in fondo mi comporto come un padre di famiglia fedele e sollecito.

ANALISTA: Il fatto che tutto sia per il bene della famiglia la solleva. Non pensa invece

che potrebbe trarre più piacere dal rapporto sessuale? Potrebbe anche essere che per motivi interiori lei ancora si trattiene nel lasciarsi andare al piacere, per via delle idee di purezza, dei freni posti dal pudore, che si fanno sentire automaticamente.

PAZIENTE: Il problema è che in realtà sono contento delle cose così come stanno. Sto così bene che non vale neppure la pena di parlarne. Non so, ma ho come il timore che tutto quello che potrebbe venirne fuori mi darebbe un sacco di problemi. Preferisco, preferisco mille volte conservare la mia serenità interiore. Vivo felice e contento, mi godo il successo, forse ho una vita sessuale meno felice di quanto sarebbe teoricamente possibile, ma preferisco così piuttosto che – ed è questo che mi preoccupa – pensare di dover ricominciare. Non voglio di nuovo esporrmi al rischio di scivolare psicologicamente, come è già successo alcuni anni fa. Potendo scegliere tra un possibile aumento del piacere sessuale, col rischio di tornare in quello stato di angoscia, preferisco mille volte lasciare stare le cose come stanno. Sì, ho una gran paura che possa ricominciare.

ANALISTA: Da che cosa dipende la sua preoccupazione che potrebbe tornare a essere come qualche anno fa, che potrebbe rischiare uno scivolone? Che la sessualità potrebbe diventare una fonte di forte inquietudine, più inquietudine che piacere?

PAZIENTE: Per dirla in termini commerciali, si tratta del timore di fare un cattivo affare in previsione di un miglioramento teorico, che tra l'altro non desidero affatto, perché sto bene anche così. Dovrei assumermi un rischio non calcolato.

Il pensiero del rischio fa ammutolire il paziente. Tace qualche minuto, finché l'analista riprende:

ANALISTA: È chiaro quindi che lei teme l'ansia, teme di poter fare un cattivo affare. La possibilità di trarre più soddisfazione e più piacere rimane teorica.

Il paziente fa un paragone.

PAZIENTE: Sono seduto in un ristorante e sto mangiando delle buone cose quando arriva uno che mi dice: «Se vuole, la opero alla lingua, le inserisco qualcosa, così gusterà ancora di più quello che mangia. Questa operazione comporta però il rischio che la lingua non si rimargini più come prima. Si può andare incontro a enormi complicazioni.»

ANALISTA: Sì, si può andare incontro alle conseguenze più terribili, come ad esempio che la lingua non si rimargini più. Questa immagine è una rappresentazione molto profonda dell'ansia, e io sono il padrone del ristorante.

PAZIENTE: No, il chirurgo.

[Riflessione]. Evidentemente, a causa di una riattivazione delle mie angosce di castrazione, avevo impoverito di significato l'intero racconto, perché è chiarissimo che il pericolo viene dall'uomo che vuole operarlo e non dal padrone del ristorante. Anche se ciò mi divenne immediatamente conscio, anche più avanti nel corso della seduta ho di nuovo attenuato una minaccia, minimizzando il cannibalismo della strega di *Hänsel e Gretel*, con l'uso del termine «merenda».

ANALISTA: Ah, sì, certo, non il padrone del ristorante, ma il chirurgo. Avevo pensato al padrone del ristorante.

PAZIENTE: No, il padrone del ristorante è completamente neutrale, lui cucina dei buoni cibi.

ANALISTA: Allora il chirurgo. Così si può comprendere perché lei sia esitante. Ha i suoi buoni motivi. Il chirurgo le fa sperare qualcosa.

PAZIENTE: Non è un paragone che ho preso chissà dove. È una cosa che ho vissuto molte volte, ad esempio con il professor Z. Avevo dei problemi a un ginocchio, per via di un valgismo, per cui avevo un po' le gambe a X, e lui mi propose con la mas-

sima serietà di tagliare un pezzo delle ossa per fare in modo che si saldassero diritte. In questo modo si sarebbe eliminata la postura a X e il mio disturbo sarebbe scomparso. Intanto ho girato per tutta la Germania, senza questa operazione. E il professor Z. è sicuramente una persona molto competente. Con questo volevo soltanto dire che il mio paragone con l'operazione e la lingua non era poi così campato in aria.

ANALISTA: Certo, il paragone calza benissimo. Non è assolutamente campato per aria. Anzi, è un paragone ancora migliore perché si collega ad altre cose, a tutte le minacce che non c'entrano niente con la lingua, anche se è di questa che parliamo, ma con le punizioni che riguardano l'organo del piacere, il membro, quello che potrebbe succedere, tutte quelle storie... paure di contagio, di malattie, dei danni fisici derivanti dalla masturbazione e tutte queste cose, rappresentate da X e Y (*i nomi di alcune persone della sua infanzia e della sua gioventù*) e da altri.

PAZIENTE: Ho appena osservato qualcosa di interessante in me; mentre lei mi elencava queste cose, mi è venuto in mente che da piccolo non mi è mai successo che i miei genitori dicessero, come fanno alcuni con i loro figli: «Se ti tocchi lì, si ingrossa tutto e poi dobbiamo tagliarlo.» Mi è venuto in mente, e continuando a pensarci il ricordo si è modificato. Adesso sono assolutamente sicuro che mia nonna mi diceva qualcosa del genere. Mi è riaffiorato questo ricordo.

ANALISTA: La sua esperienza di questo momento dipende forse dal fatto che prima ha preso un po' le distanze nel dirmi che a lei questo non era successo. Prima lo ha negato, ha preso le distanze, e adesso si è decisamente avvicinato.

[*Commento*]. È significativo che il signor Arthur Y, con l'aiuto di una presa di distanza, attenuando la sua angoscia, riesca a ricordare l'inquietudine e la minaccia dimenticate. Nell'utilizzo di questa tattica, senza volerlo, ha probabilmente preso ad esempio l'analista, che nel controtransfert ha potuto riconoscere i pericoli solo dopo averli minimizzati.

PAZIENTE: I genitori usano le minacce per far paura ai loro bambini. Fanno così anche oggi?

L'analista conferma.

PAZIENTE: Sì, è assurdo. Sono cose che portano il bambino a una situazione senza via d'uscita, se prende tutto questo sul serio. Poco tempo fa guidavo in autostrada dietro a un camion per il trasporto di bestiame. Il camion era pieno di maiali. Un maiale ha infilato il muso fra le sbarre, ho pensato: «Povero maiale, non hai via di scampo.» La differenza rispetto all'uomo è che quel povero maiale non si rende conto di nulla. Magari ha paura, ma non sa dove lo stiano portando. Un maiale ha anche una vita psichica diversa da quella di un essere umano. Questa condizione senza via d'uscita del maiale mi ha ricordato determinate situazioni della mia vita, in cui mi sono sentito proprio così. Io però stavo peggio del maiale, perché lui non sa cosa lo aspetta.

ANALISTA: Lei stava peggio, ma aveva anche una possibilità in più del maiale, quella di dire, proprio come ha appena fatto, che aveva sentito parlare di queste storie ma che a lei non erano mai successe. Prima ha negato qualcosa di inquietante, per salvare il muso, o meglio la coda, il pene, dicendo: «A me non è mai successo.» Poi, soltanto dopo essersi messo un po' al sicuro, credo che abbia potuto considerare

pensabile, anzi probabile, che queste cose siano successe anche a lei. La negazione ha diminuito la paura, così come la consapevolezza che il membro è ancora al suo posto. Una parte del ricordo riguarda anche il fatto che diventa grosso, e si viene puniti per il piacere che si prova.

[*Commento*]. Questo scambio di pensieri è esemplare sia per ragioni di tecnica, sia per quanto riguarda la teoria della genesi dell'ansia e del suo superamento. Nell'essere umano l'ansia è collegata a delle rappresentazioni, per cui tutte le ansie nevrotiche nascono dapprima come aspettative. Contemporaneamente si profila qui un margine di tolleranza per la protezione costituita dai meccanismi di difesa. A ciò si riferisce l'interpretazione dell'analista, che parte dalla sicurezza acquisita. Da una posizione sicura, sapendo con certezza di aver salvato il membro, l'ansia può essere oggi padroneggiata.

PAZIENTE: Quando da bambino il pene diventa duro non si riesce a nascondarlo. Quando si vede il rigonfiamento sotto il pigiama, o quando si gira mezzi nudi.

ANALISTA: O nell'erezione del mattino, che è una cosa naturale legata alla necessità di scaricare la vescica.

PAZIENTE: Mi è venuta in mente anche un'altra cosa, e di questa sono sicurissimo nei miei ricordi. Da piccolo, avrò avuto quattro o cinque anni, avevo l'abitudine – portavo i pantaloni corti – di infilare la mano in una tasca e di toccarmi. C'è una mia foto, un'istantanea, in cui sono con una bambina nel cassone della sabbia, proprio con la mano infilata nei calzoncini. Questa foto è stata ingrandita e appesa nella mia camera. Ancora oggi sento mia nonna dire: «Guarda, guarda cosa stai facendo qua. Devi smetterla, altrimenti...» Non ricordo esattamente se mi abbia detto davvero così, non è così chiaro come il ricordo di quell'abitudine e della foto appesa. Dubito sia stato giusto ingrandire quella foto e appenderla alla parete. È scomparsa da tempo, ma io la vedo ancora, lì appesa. E a quella foto, e al ricordo della nonna, sono collegati molti sentimenti. Preferirei non doverne proprio parlare, perché non vorrei rivivere quegli anni.

ANALISTA: Questi brutti ricordi sono strettamente collegati al piacere. Lei non può immaginare che il piacere possa liberarsi da tutte le limitazioni e dalle paure. Vengono molto più facilmente in mente le paure collegate con il fatto di toccarsi, che non i momenti di piacere. Quando sua moglie vuole qualcosa di più da lei, quando prova desiderio, lei vive questa cosa con grande inquietudine e senso di minaccia, e vive sua moglie come la ragazzina nel cassone della sabbia, e anche come la nonna, che si trasforma in strega. Quando il membro diventa grosso, si taglia. Anche in *Hänsel e Gretel* è così; lì si parla del dito che diventa grosso.

PAZIENTE: Sì, lo so, si cerca di trovare in queste favole molti significati reconditi. Perché non si possono lasciare così come sono?

ANALISTA: Sì, sicuro.

[*Commento*]. L'analista dà ragione al paziente, che probabilmente proprio per questo non partecipa alla successiva minimizzazione.

PAZIENTE (*dopo un lungo silenzio*): È abbastanza logico. Hänsel è chiuso nella gabbia, gli viene dato molto da mangiare per farlo ingrassare, cosa che si riconosce anche dalle dita. Le persone grasse hanno davvero delle dita che sembrano salsicce. Si possono lasciare le cose come stanno, come fossimo di nuovo all'inizio. Si può lasciare tutto com'è.

ANALISTA: Sì, lasciare tutto com'è per non correre il rischio, come viene espresso drasticamente nella favola, per non essere esposti al pericolo che la strega lo faccia diventare la sua merenda.

PAZIENTE: Sì, dicendo merenda la rende una cosa piacevole.

ANALISTA: Sì, ho proprio minimizzato. È stata certamente una sdrammatizzazione del tutto inappropriata, però le ha permesso di rendersi conto di come sia sconvolgente: infatti ha più volte sottolineato come tutto venga lasciato com'è. Ora però c'è anche il fatto che Hänsel e Gretel hanno ingannato la strega. La crescita era stata nascosta.

PAZIENTE: Mettendo fuori dalla gabbia un bastoncino al posto del dito.

ANALISTA: Sì, lei si sentiva minacciato, e ha nascosto il membro. È possibile che questo nascondere continui, nel nascondersi da sua moglie e anche da sé stesso, cosa che in verità la porta ad avere meno piacere. C'è un'inibizione automatica.

Il signor Arthur Y inizia la seduta seguente in silenzio.

PAZIENTE: Ci ho messo un po' a trovare l'ingresso. Qui è come essere in un altro mondo. Qualche giorno fa ho letto su un giornale un articolo; per caso mi è caduto l'occhio sulla fotografia di una volpe in trappola, con la zampa chiusa nella tagliola. L'articolo parlava delle crudeltà di queste trappole. Molti animali muoiono dal dolore e i cacciatori definiscono questo orrore con l'espressione minimizzante «raccolta delle zampe» (*ripete la parola «minimizzante»*). Questa espressione mi darà da pensare, mi sono detto mentre leggevo. Ritornano le sensazioni che credevo di aver superato. Adesso sto molto meglio, e già da tempo volevo chiederle quanto sono al sicuro; sono al riparo da ricadute? Anche se questa parola non mi piace. Pronunciandola torna tutta la miseria che ho sempre minimizzato nei miei ricordi, nei miei vissuti. Di colpo risento la disperazione.

ANALISTA: Credo non sia un caso che lei faccia questa domanda: le torna in mente come era terribile essere prigioniero, come questa volpe, che è la vittima. Credo che questa sua inquietudine sia in relazione con l'ultima seduta. È preoccupato che io sia uno che mette le trappole, che la mette in pericolo, se lei si interessa di più della sessualità. Lei ha tradotto in immagine un terribile pericolo con la storia della lingua che viene operata, tagliata, e che non si rimargina più come prima.

Il paziente ha «dimenticato» l'intera scena e domanda: «Era un sogno? No.» L'analista gli ricorda la sua fantasia sulla lingua tagliata e poi ricucita male o meglio che non si rimargina più. Ora il paziente riesce a ricordarsi solo del «chirurgo» che voleva operarlo, ma l'oggetto, la parte del corpo che doveva essere sottoposta all'intervento di chirurgia plastica, si è come dissolto.

ANALISTA: Qui si tratta di un pericolo spaventoso, e credo che il tema venga ripreso con l'immagine dell'intrappolatore che la tira fuori dal nascondiglio.

Il paziente ricorda all'analista che lui ha minimizzato il pericolo che minacciava Hänsel nella favola.

[*Commento*]. Richiamiamo l'attenzione del lettore sui processi di difesa inconsci che si possono dedurre partendo dalle omissioni e dagli spostamenti: dapprima viene lasciato fuori l'organo, l'organo sessuale, o meglio il suo

sostituito, la lingua. Resta oscuro, inoltre, che cosa pretende il chirurgo. In questo modo l'azione si interrompe. Poi il paziente può riconoscere nell'analista il tentativo di minimizzare che egli stesso ha messo in atto, e questa oggettivazione gli permette di dominare l'ansia.

L'analista interpreta lo scattare della trappola come simbolizzazione della sua angoscia di castrazione. Si ripetono le scene dell'ultima seduta, e in particolare la negazione e la funzione del prendere le distanze dalle sue paure. Il paziente parla di nuovo della foto, che sembra proprio aver avuto la funzione di mostrargli costantemente che cosa non si deve fare.

PAZIENTE: Sì, succede proprio così con questa liberazione da paure e ossessioni. Ieri mi trovavo nella mia nuova zona, che ha degli scorci panoramici molto belli. Un albergo mi è piaciuto in modo particolare, e ho pensato di tenerlo presente se dovesse capitarmi di rimanere a dormire fuori per lavoro. Prima non mi sarebbe mai venuto in mente di entrare in un posto così. Ma la sessualità è una cosa che preferirei tralasciare. Preferirei fare come se non esistesse. Cerco anche di evitare mia moglie, quando avverto anche minime intenzioni di un suo avvicinamento.

ANALISTA: Mi sembra di capire che lei eviti certe cose per non arrivare al piacere, anche se sarebbe possibile.

PAZIENTE: Sì, preferirei rinunciarvi.

ANALISTA: Non è una rinuncia nuova quella che si impone. Mi sembra un po' una salamandra, di cui si dice che, in caso di pericolo, si stacca la coda. Lei adesso, come la salamandra, è sicuro di essere scampato al pericolo. Ha espresso il timore che possa esistere molto più piacere, e nella sua preoccupazione che se avrà più piacere, potrebbero tornare i sintomi, penso che si nasconda in realtà ancora qualcosa.

PAZIENTE: Sì, questo è anche il motivo per cui, alla fine, ritorno sul tema della sessualità. Altrimenti mi adeguerei alle restrizioni.

ANALISTA: È attraverso sua moglie che se lo ricorda. Ma cosa le ricorda? Forse una seduzione inquietante?

PAZIENTE: No, piuttosto una richiesta che non posso soddisfare. La sento come una richiesta eccessiva, come... (*lungo silenzio*). Quando bevo qualcosa di alcolico ho meno inibizioni.

Ora il paziente parla della vicinanza degli organi sessuali con quelli escretori. Così si spiegherebbe anche la sua avversione.

ANALISTA: Si ricorda quindi molto bene le situazioni vergognose e umilianti, quando se la faceva addosso all'asilo ogni giorno; non ricorda il piacere di scaricarsi come qualcosa di liberatorio, ma ricorda le umiliazioni.

Il paziente arriva poi all'idea che dovrebbe essere praticata la purezza e impedito l'insorgere del desiderio spontaneo: «L'assoluta mancanza di desiderio sarebbe la migliore protezione contro ogni coinvolgimento sessuale e l'ansia che da esso deriva.» Proprio nella relazione coniugale, che non comporta alcuna limitazione, complicazione o conflitto, e nella quale la sessualità è quasi legalizzata, si scatenano in modo particolarmente intenso i segnali di allarme interni. Questa osservazione convince il paziente del fatto che egli ha interiorizzato i conflitti e le ansie della sua adolescenza, e ora essi agiscono contro la sua coscienza. Nel suo matrimonio piuttosto felice, i rapporti sessuali sono fonte di inquietudine, ed è frequente l'eiaculazione precoce o la paura di essere impotente, nonostante sia continuamente inco-

raggiato dalla moglie, una persona contenta della vita, e nonostante egli stesso, a livello conscio, non abbia particolari scrupoli. Allo schifo e alla vergogna non riesce tuttavia a tener testa. «Chi si abbandona al pericolo, finisce male», così il paziente riassume i suoi timori.

8.5.3 *Scissione del transfert*

La scissione del transfert spesso serve a trovare gli oggetti adatti alle identificazioni desiderate. Nello stesso tempo può derivare da un'intenzione difensiva, dal momento che i rapidi e continui cambiamenti impediscono di soffermarsi sufficientemente a lungo su qualcosa, evitando così le identificazioni, o meglio la loro stabilizzazione.

Di recente la signora Clara X ha inventato una storia su un eremita che vive in cima a una montagna e da anni viene accudito da una donna che vive nella valle. Per risparmiare le forze, a un certo punto, la donna ha cominciato a mandare sempre più spesso dal monaco una ragazza giovane. La paziente si è identificata con questa creatura «vogliosa».

La signora aveva parlato di questa storia del monaco con un'amica con la quale aveva trascorso la serata. Le due si erano poi salutate con l'augurio reciproco di fare bellissimi sogni. Ridendo mi dice di aver poi veramente sognato qualcosa di bello. Il sogno non se lo è ricordato subito al risveglio. A poco a poco la paziente sviluppa il seguente quadro onirico:

PAZIENTE: C'era una riunione di tutta la famiglia. Compariva lei e sicuramente anche la signora Z., la mia precedente terapeuta. C'erano anche altre persone con le quali sono in confidenza e che in un certo senso sento come la mia famiglia spirituale. C'era anche il mio fratellastro. Volevamo andare tutti insieme in elicottero nella mia città natale, dove vivono i miei genitori naturali. Abbiamo aspettato piuttosto a lungo l'elicottero, ma senza alcuna fretta, così è stato possibile chiacchierare con calma. Eravamo in viaggio tutti insieme, e avevamo tempo per chiacchierare in pace. Ho parlato anche con lei, eravamo in piedi vicino al finestrino e guardavamo fuori. Lei era alla mia sinistra, il carattere della conversazione era diverso da quello che avviene qui. Più ironico, più scherzoso, con molte allusioni. Mio padre l'avrebbe definito punzecchiante. Lei si è fatto un po' più vicino e mi ha dato un leggero spintone sulla spalla. Un gesto che sarebbe potuto venire da mio padre. Un abbraccio amichevole, ma forse c'era anche uno spingere, come fanno i ragazzini quando, giocando, cercano di spingere gli altri giù dal marciapiede.

Dopo una mia richiesta di chiarimento, la paziente completa poi il quadro del sogno, in particolare per quanto riguarda il significato della parola «abbordare». La paziente sottolinea il carattere amichevole di questo contatto, che tuttavia ha anche una connotazione aggressiva. La paziente conosce la sfumatura popolare del termine, ma nel sogno il gesto non le aveva suscitato alcuna sensazione spiacevole. Le vengono in mente i suoi rapporti con i ragazzi nell'età della pubertà, che retrospettivamente non le appaiono né ripugnanti né indecenti o spiacevoli, e dice testualmente: «Questo è un livello per me possibile e accessibile, il modo in cui allora mi facevo forza e cercavo contatti con i ragazzi della mia età. Non riuscivo a fare gli occhi dolci e tanto meno a flirtare. Quando capivo che poteva uscire qualcosa, cercavo di stabilire un contatto fisico in maniera grossolana, scatenando una piccola zuffa.» Poi

parla della relazione con suo marito: «Sono sempre alla ricerca di qualche arma prodigiosa, per far uscire mio marito dal suo riserbo.»

Stabilisco un nesso fra passato e presente, richiamando l'attenzione della paziente sul fatto che vengono messe insieme la vecchia e la nuova famiglia, compresa la famiglia psicoanalitica, che si riuniscono e intraprendono una visita alla città natale. La signora Clara X osserva spiritosamente che da ciò si può facilmente dedurre quanto sia legata alla famiglia.

PAZIENTE: Mi piace molto stare in mezzo. È un sentimento che nella mia famiglia attuale, con mio marito e mia figlia, non ho, non mi sento protetta e considerata. Sento un'enorme forza centrifuga, ma anche l'obbligo, la costrizione a rimanere lì, per compiacenza. C'è un'enorme tensione tra le due forze. Nel sogno mi sono sentita al posto giusto. D'altro canto nei giorni scorsi mi è venuta in mente la continuazione di quella strana storia del monaco. La ragazza vogliosa si getta con impeto tra le braccia del monaco, lo guarda e dice: «Cosa facciamo adesso?» Il monaco si alza e la prega di scusarlo: «Ti capisco, ma purtroppo in questo momento non posso aiutarti. Ho capito improvvisamente tutto quello che ho perso in questi vent'anni.» Poi si avvia giù per la montagna e si stabilisce nella capanna della donna anziana. La ragazza torna a casa e si cerca subito tra i ragazzi del quartiere un giovane amante con il quale trascorre la notte. Il giorno dopo va sul monte e incendia la capanna del monaco, anche se si può dire che non ne ha più bisogno.

Mi concentro soprattutto sull'affronto subito dalla ragazza, a cui la paziente replica che per questo si cerca subito un sostituto. Ma il sostituto non la soddisfa, proprio perché è solo un sostituto. A questo punto interpreto gli aspetti transferali della storia.

ANALISTA: Viene spontaneo presupporre che io vesto i panni del monaco, e la vecchia donna che per anni si è presa cura del monaco sulla montagna è la sua precedente terapeuta, che ha lo studio proprio in collina.

Proponendo questa interpretazione non ho pensato che nella terapeuta precedente la paziente non aveva assolutamente visto una donna anziana, bensì si era identificata con lei e aveva fantasticato una facile via d'uscita dalla rivalità edipica attraverso l'identificazione. Secondo la sua amica il monaco avrebbe anche potuto accettare l'offerta della ragazza e vivere con lei nella sua capanna.

PAZIENTE: «Cosa farebbe in questo caso la vecchia?», mi ha chiesto la mia amica. Mi misi a ridere e, senza neanche pensarci troppo risposi di slancio: «Le vengono i reumatismi.» Ero assolutamente certa che l'anziana donna avrebbe sofferto di questo disturbo cronico, e solo più tardi mi venne in mente che mia madre ne aveva sofferto per anni. In quel momento mi fu chiaro che l'anziana donna era mia madre, così come l'ho vista o come si è posta nei miei confronti. Sacrifico vent'anni della mia vita, metto da parte le mie aspirazioni e i miei desideri, e poi mia figlia minaccia di andare con l'uomo che ho accudito, con il monaco. Anche mia madre, però, non sarebbe mai riuscita a imporsi in modo aggressivo.

Approfondisco ulteriormente il tema della rivalità aggressiva, in particolare in relazione alle sue inibizioni che si sono sviluppate a partire dalla compassione per la madre, cosicché lei poteva esprimere la propria grazia giovanile solo in modo indiretto. In realtà la paziente si sente inferiore rispetto alla figlia. Riassume la sua situazione in tono molto commosso e agitato.

PAZIENTE: Sì, nella storia sono alternativamente l'una e l'altra, la vecchia e la ragazza, non so ancora chi sono realmente.

ANALISTA: Lei ha cercato una soluzione che potesse farla uscire dal dilemma, vale a dire non essere nessuna delle due, ma a volte essere una persona molto disinvolta, a volte spinosa, o protetta da una corazza come una tartaruga.

PAZIENTE: Sì, ho deciso di non essere una donna. L'ho vista come la soluzione migliore per tutta la famiglia, appendere la mia fiaccola sotto il moggio e rimanere lì.

Faccio notare alla signora Clara X che la sua amica l'aveva incoraggiata a fare un sogno molto bello e stimolante e le aveva infine dato il consiglio di mangiare qualcosa di buono prima di addormentarsi. «Sì, ha approvato il mio consumo di dolci.» Poi si parla delle abitudini alimentari a casa sua e della sua amica, e in particolare delle difficoltà di mettere d'accordo le esigenze alimentari dei bambini con quelle degli adulti. (Uno dei suoi sintomi consiste nel mangiare di nascosto dei dolci durante la notte; lei stessa ritiene di avere spostato su di essi il soddisfacimento dei propri bisogni.)

In relazione con il sogno, il dialogo ruota su come sia difficile creare, a tavola, in famiglia, un'atmosfera accogliente, gradevole e piacevole, e non lasciare questo impegno alla moglie e alla madre. La paziente passa quindi a lamentarsi del marito, che non ha mai soddisfatto le sue richieste di cenare o di uscire qualche volta senza i bambini. A parte lo spostamento notturno, il massimo che può fare è fare qualcosa di piacevole con le sue amiche. Scusandosi per il fatto di usare la parola di moda *Frust* (frustrazione), la paziente lamenta che la sua disperazione deriva non tanto dalle privazioni, ma soprattutto dalla colpa che gliene fa il marito, o gli uomini in genere. Si lamenta violentemente dell'incomprensione del marito, che considera la sua «mattana» responsabile di tutto, ma che non fa niente per cercare di conciliare i loro interessi divergenti.

Dopo aver riconosciuto le reali difficoltà, faccio notare che lei stessa è giunta solo lentamente a essere indipendente dai propri bisogni, e che forse esistono molti modi per portare suo marito, come il monaco, a considerare altre soluzioni. Avvilita, al termine della seduta, la paziente rimane dell'idea che sia tutta fatica sprecata. Il marito vede in lei solo un mostro, un caso contro natura. La signora Clara X vorrebbe almeno liberarsi dal costante senso di colpa e dalla vergogna per il proprio fallimento.

È evidente che, continuando a rimproverarsi a vicenda, i due fronti si irrigidiscono e la distanza tra i due aumenta. È ugualmente ovvio che la paziente si scarica attaccando il marito, il quale, a sua volta, le dà sempre più frequentemente del mostro. In un'interpretazione di transfert conclusiva, sottolineo che lo spazio di movimento all'interno della famiglia primaria, così come della famiglia spirituale (la famiglia psicoanalitica, quindi il suo rapporto con i terapeuti uomini e donne), viene definito da tutte le persone coinvolte. Così, nella storia del monaco, ad esempio, lei stessa aveva scoperto che non aveva ceduto al suo corteggiamento.

Nella seduta successiva la paziente si ricollega al sogno.

PAZIENTE: Nell'ultima seduta ha anche detto qualcosa di molto importante. Mi riferisco alla mia compassione per la donna anziana. Avevo detto che la donna si sarebbe ammalata di reumatismi. Ho rivissuto la storia di mia madre, che si è sacrificato vent'anni per la famiglia, mettendo da parte i suoi desideri e le sue aspirazioni. Nello stesso tempo, come figlia, mi sento così legata a lei da non volermi opporre. O come posso dire, sarebbe stato ingiusto o meschino, farmi spazio e scacciarla dal nido. Lei allora ha detto qualcosa del tipo che è per questo che vivo in modo particolarmente difficile le situazioni di competizione con mia figlia. Vorrei chiederle se la pensa realmente così, se pensa sia un'effettiva situazione di competizione. Anch'io infatti ho il chiaro sospetto che lo sia, ma nello stesso tempo penso sia una grande sciocchezza. Così continuo a girare sempre intorno alle stesse cose.

La signora Clara X porta a questo punto un esempio, secondo lei ridicolo e banale, della sua collera perché la figlia era orgogliosa di batterla sul tempo nel vestirsi e nel prepararsi.

Le ricordo allora come aveva risolto il conflitto partendo dalla compassione: il suo compromesso di non essere né l'una né l'altra, ma di aver trovato una terza via, quella del non essere una donna ma un ragazzaccio.

PAZIENTE: Questo è giusto, ma lei corre un po' troppo. Per me è davvero importante che qualcuno capisca, mi aiuterebbe a vivere in modo meno teso questa stupida battaglia che combatto ogni giorno con mia figlia. Fino a che punto lo fa con innocenza, e fino a che punto con intenzione? Per me è difficilissimo tenere separata la realtà da quello che notoriamente faccio di sbagliato. È davvero sempre così?

ANALISTA: Intende la rivalità tra madri e figlie?

PAZIENTE: Sì. È terribile. La cosa peggiore è questa vecchia convinzione che per l'amor del cielo non deve esserci. Sul tavolo tutto si svolge in perfetta armonia, e sotto volano calci negli stinchi.

ANALISTA: Sì, non si può competere o rivaleggiare apertamente. È una cosa che ha a che fare con l'averne, la proprietà, l'invidia del cibo degli altri. Questa invidia è un aspetto della rivalità, un altro aspetto è chi riesce a farsi bella più velocemente.

PAZIENTE: Sì, come adulta ho molte più possibilità e più margini di libertà. Eppure vivo tutto come se partissi da una posizione peggiore, come se dovessi infliggere a mia figlia un colpo violento, e allora mi dispiace, questo si lega sicuramente al fatto che da piccola mi sono davvero esercitata a nascondere i miei meriti e a limitarmi consapevolmente. Con questa soluzione, a casa mia me la sono cavata bene, non facendo né una cosa né l'altra, non mettendomi contro mia madre, ma restando un passo indietro e comportandomi come un ragazzaccio. In questo modo ho ottenuto molte lodi anche da parte di mio padre. Un figlio un po' discolo, un po' maschiaccio, in fondo gli andava anche bene. In qualche maniera ho avuto in modo molto indiretto il suo riconoscimento e ho stimolato il suo interessamento. Probabilmente non avrebbe saputo che farsene di una bambinetta tutta pulita e carina, perciò per me era una soluzione fantastica, e quindi l'ho imparata molto bene. Per questo non mi sorprende se non riesco a progredire.

Sollecitata da una lettera del fratello, la paziente passa ad affrontare il problema della creatività femminile posto da suo fratello, il quale scrive con noncuranza di avere spesso fantasticato su come sarebbe stato se fosse stato donna. Secondo lei si tratta di una cosa naturale, lo stesso desiderio che hanno certe volte le donne di essere uomini. Ma, si domanda, che cosa, della storia familiare comune, si nasconde dietro questo discorso?

PAZIENTE: Credo che si sia reso conto come me di qualcosa di simile ma dal punto di vista del figlio maschio. Anche mio fratello ha sofferto che mia madre si sia sentita una vittima, come non ci fossero stati momenti di gioia. Come se per anni non avesse potuto fare altro che dar da mangiare ai suoi monaci.

La paziente sospira e nota con un tono interrogativo che nell'ultima seduta avevo stabilito un collegamento tra me e la dottoressa Z. (la precedente analista).

ANALISTA: Tutti e due eravamo rappresentati nel sogno. Sì, la dottoressa Z. ha abitato qui sulla collina per anni. Naturalmente rimane il problema del contesto in cui si deve collocare, se sopra il tavolo o sotto.

PAZIENTE: Io però la vedo in un altro modo. Io non vedo la dottoressa Z. come una donna anziana, ma come una donna giovane e indipendente da ogni punto di vista. Prima era qui e poi si è resa indipendente. Non ha percorso la via del sacrificio come la donna anziana, al contrario, è una persona allegra e ottimista, fresca come una fontana, come si suol dire.

La signora Clara X si identifica con la sua precedente analista che se n'è andata per

la propria strada, e racconta alcuni particolari di una corrispondenza avuta con lei. Il discorso verteva su un quadro di un pittore preraffaellita che dipinse l'*Annunciazione di Maria* (vedi 2.4.7). Il quadro era riprodotto in un libro dal titolo *Il sesso matto*. Il concepimento virginale è un tema molto scottante per persone che, come la paziente, vogliono sottrarsi alla sessualità.

PAZIENTE: Pensavo non potesse essere vero. Maria, che dalla figura e dai tratti del viso appare come una giovane anoressica, guarda tutta spaventata al futuro che le viene annunciato. Aiuto, devo diventare madre. Ma io non lo voglio! Paura, paura. Quando scrissi alla dottoressa Z. che volevo fare una copia di questo quadro, mi rispose domandandomi perché non lo disegnavo in modo diverso, come una donna seduta sul letto che guarda consapevolmente al futuro. Così, improvvisamente, ho di nuovo preso le distanze da questa idea di disegnare.

ANALISTA: Sì, lei può plasmare come vuole il suo futuro e la sua immagine. Le cose non devono per forza andare sempre avanti così.

PAZIENTE: Mio marito è abbastanza rassegnato.

La paziente descrive i suoi tentativi di avvicinarsi a lui, e come sia fortemente dominata da un'aggressività subliminale. La seduta termina con una storia sull'avvicinamento di una coppia che cerca di raggiungere la propria autonomia affettiva. In questo modo il transfert è tornato a occupare una posizione centrale.

8.5.4 *Legame materno*

Il paziente Heinrich Y, di 35 anni, soffriva fin dalla tarda adolescenza di distonia depressiva, con notevoli disturbi nella sua capacità lavorativa, che già negli anni dell'università l'avevano portato a sottoporsi a una psicoterapia di sostegno durata quattro anni. Fortemente legato alla madre, il signor Heinrich Y è scapolo e vive con i genitori; nega categoricamente di avere un'immagine paterna positiva. Durante gli studi era stato costretto a trascorrere qualche anno in un'altra città, ma soltanto presso la madre trovava soddisfatte tutte le sue esigenze.

Come quarto di cinque fratelli è sempre stato, secondo la sua valutazione, il più svantaggiato. Un marcato sentimento di inferiorità aveva pesato già sulla sua fanciullezza e adolescenza. Dalle sue osservazioni retrospettive sulla terapia precedente si poteva dedurre che dalla tecnica direttiva applicata dalla psicoterapeuta, una donna anziana e molto religiosa, avesse potuto trarre una certa sicurezza e un aiuto. La sua ambivalenza, come si può cogliere anche dal presente racconto, è tuttavia rimasta repressa.

Attualmente vive di nuovo con la madre bigotta che lo ammira, lo accudisce, e lo controlla anche, aiutandolo a organizzare i diversi appuntamenti con le donne e sopportando con pazienza le sue ricorrenti depressioni. Il carattere stabile di questo adattamento alla vita nevrotica si riconosce anche dal fatto che diversi anni prima un collega gli aveva insistentemente mostrato la necessità di sottoporsi a una psicoterapia. L'offerta di un'analisi alcuni anni prima era fallita per la sua ambivalenza; aveva preferito soddisfare le sue aspettative passive con alcune sedute di ipnosi e cure omeopatiche, che diedero risultati di breve durata.

Le oscillazioni del suo umore sono strettamente legate all'ammirazione e al riconoscimento; in loro mancanza si verifica un repentino mutamento in senso depressivo. Nel «legame» con la madre trova sicurezza, lei non gli negherà mai la sua dedizione e le sue cure. Le motivazioni conscie della sua permanenza nella casa dei genitori sono la comodità e la possibilità di fare i soliti rimproveri al padre. A causa

della sua accentuata ipocondria, il paziente costringe la madre a decidere il menù del giorno a seconda del colore delle sue feci del mattino.

Le sue relazioni extrafamiliari sono limitate e si restringono a determinate persone in grado di soddisfare determinati desideri. Si tratta soprattutto di donne con le quali svolge attività nel tempo libero, ma rifiuta qualsiasi loro ulteriore richiesta. Al tempo stesso cerca «la donna della sua vita», che riassume in sé tutte le doti finora incontrate nelle diverse persone. Con gli uomini si limita ad avere contatti professionali e teme di farsi coinvolgere in amicizie più profonde.

La crisi che ha condotto il signor Heinrich Y a entrare in trattamento è stata scatenata dal timore di avere messo incinta un'amica e di doversene assumere la responsabilità.

Dopo il periodo iniziale, in cui l'atteggiamento del paziente era caratterizzato da una grande insicurezza e da una notevole sfiducia – così profonda che una volta si rifiutò di pagare le sedute – nel giro di alcuni mesi fu possibile eliminare i suoi dubbi e creare così le condizioni esterne per l'analisi.

Alcuni mesi dopo l'inizio del trattamento (seduta 86) il signor Heinrich Y comincia a parlare dei fattori che hanno cambiato radicalmente la sua vita negli ultimi tempi; nomina, tra le altre cose, la relazione con l'analista. Dice che da quando mi conosce, per la prima volta ha la sensazione di essere seguito, ben accolto, e di poter parlare. Sullo sfondo di questo panegirico c'è il timore che i suoi sentimenti calorosi possano aver a che fare con l'omosessualità.

Innanzitutto lo tranquillizzo facendogli notare che fiducia e omosessualità sono due cose diverse. Cerco così di sottolineare le differenze per far affiorare più chiaramente le equivalenze inconse. Questa mia supposizione viene confermata.

Dice che ha paura di trascendere: «Non posso mica buttarle le braccia al collo», cosa che avrebbe fatto volentieri oggi all'inizio della seduta. Egli fa risalire questa svolta al periodo di Pasqua (la seduta ha luogo in maggio), quando tornò in seduta dopo le vacanze con la sensazione di andare a un appuntamento con un'amante. Nelle settimane precedenti avevo notato un aumento dei suoi sentimenti positivi, ma non li avevo interpretati. Ora lo invito a descrivere meglio le sue paure.

PAZIENTE: Non sono sicuro che si tratti di semplici sentimenti di tenerezza. Talvolta mi innamoro di ragazzi (*apprendisti con i quali è a contatto sul lavoro*), così a distanza, in particolare di quelli che assomigliano a me da giovane; mi attirano soprattutto i biondi.

A questo punto si interrompe e tace a lungo. Gli chiedo se gli sia venuto in mente qualcosa di particolarmente penoso.

PAZIENTE: Beh, sì, ho avuto un pensiero che mi viene spesso, ma che allontano sempre rapidamente. Se potessi una volta tanto ficcarlo in un bel culo, sarebbe una cosa fantastica.

ANALISTA: Sì, e che ci sarebbe di fantastico in questo?

PAZIENTE: Naturalmente sarei io quello attivo, e come partner potrei avere un uomo o anche una donna, in ogni caso non mi interesserebbero le parti davanti. Mi interesserebbe solo il movimento, solo questo dentro e fuori. Finalmente ci sarebbe qui uno sfintere che stringerebbe stretto stretto il mio pene.

Poi, per proteggersi dalla sua angoscia di castrazione, continua con un'affermazione di disprezzo per le donne e i loro «buchi flaccidi» nei quali teme di sprofondare. Dice che è per questo che l'altra immagine, quella della strozzatura avvolgente, ha per lui un fascino incredibile. Ma ha sempre allontanato rapidamente questo pensiero quando gli veniva in mente, perché è una cosa di cui non si può certo parlare con qualcuno.

ANALISTA: Quando all'inizio della seduta mi ha comunicato l'emozione di aver trovato qualcosa di nuovo, qualcuno che è qui per lei e l'ascolta, forse intendeva anche dire che qui si possono esprimere queste fantasie, senza ricevere un rifiuto.

Il paziente si sente ora sufficientemente sicuro per comunicarmi per la prima volta le sue pratiche masturbatorie, che preferisce ai rapporti con le donne perché così può stimolarsi nel punto in cui prova più piacere. Il glande è eccessivamente sensibile, mentre la parte più eccitabile è il corpo del pene. La fantasia di imitare con la mano lo sfintere anale lo eccita in modo particolare.

Per comprendere le mie riflessioni su come procedere ulteriormente, è importante dire che lo lasciai assumere il ruolo attivo e non diedi alcuna interpretazione profonda, come ad esempio la probabilità che dietro ai «buchi flaccidi» si nascondesse l'angosciante fantasia della donna che lo divora (castrante). Perciò alla fine della seduta sottolineo soltanto che fino a quel momento aveva tenuto per sé questi pensieri per paura di essere rifiutato.

Il paziente inizia la seduta successiva con un sogno fatto dopo l'ultima seduta, riguardante un corso di sci.

PAZIENTE: Sciavo in gruppo e venivamo guidati da una donna che ci disse che eravamo irrimediabilmente malati. Si aspettava da noi che annegassimo in un lago. Io mi sono spaventato all'idea della morte e ho detto che non volevo morire. E di nascosto mi sono fatto da parte. Gli altri hanno obbedito all'ordine e sono annegati. Vedevo le loro teste nell'acqua e urlavo che avrei trovato sicuramente qualcuno che avrebbe potuto salvarmi. Che morissero pure, io volevo vivere. Poi mi sono rifugiato sull'altra sponda.

La donna gli ricorda «Emma», come chiamava in tono sprezzante la sua terapeuta precedente. Una volta gli aveva raccontato di aver avuto un paziente che, dopo quattro anni di trattamento, si era ucciso; probabilmente aveva l'intento di distoglierlo dall'idea di fare qualcosa di simile. Allora lui aveva pensato: «Invece io mi ammazzo, così questa stronza capisce che non vale proprio un tubo.» La voglia di uccidersi allora era stata molto forte, ma adesso voleva vivere. In un certo senso dice di essere un po' arrabbiato anche con me perché non avevo cominciato il trattamento subito dopo i colloqui preliminari. Poi prende le distanze dal carattere fortemente affettivo del rimprovero, dice che devo aver avuto le mie ragioni per comportarmi così, ma emozionalmente non riesce ad accettarlo. Era ancora arrabbiatissimo con me. Con fare risoluto mi mette al corrente dei pensieri suicidi avuti nell'intervallo tra i colloqui preliminari e l'inizio del trattamento. Continua ad accusarmi e mi attribuisce la responsabilità di averlo fatto star male. Mi rimprovera del fatto che nei colloqui preliminari avrei dovuto dargli più speranze; si era aspettato più dolcezza, anche se, conoscendosi, sapeva che sarebbe bastato al massimo per un paio di giorni.

A questo punto posso richiamare la sua attenzione sulle aspettative di guarigione espresse nel sogno. Il signor Heinrich Y coglie immediatamente l'occasione: sì, un salvatore, questo è quello che cerca. Gli viene in mente che le parole: «Voi potete morire, ma io voglio vivere» provengono da un salmo che recita dalle tre alle cinque volte ogni giorno. Aveva scelto la precedente terapeuta per il suo orientamento cristiano, ma poi si era sentito eccessivamente oppresso dal punto di vista morale. È vero che l'aveva aiutato a superare dei momenti difficili ai tempi dell'università – un po' come una madre che lo esortava – ma nello stesso tempo l'aveva moralmente ricattato: se non avesse abbandonato le sue sudice fantasie avrebbe fatto una brutta fine, come quell'altro paziente.

Adesso il signor Heinrich Y racconta che ieri era insieme a una ragazza e si sono lasciati andare a pubbliche effusioni. Dall'eccitazione si era sentito crescere un

grande rigonfiamento nell'avambraccio. Avrebbe potuto sradicare gli alberi, mentre le ragazze sono troppo deboli per queste cose.

Considerando la tematica del transfert omosessuale che si sta sviluppando, fornisco questa interpretazione: lui spera che io sia sufficientemente forte da reggere all'incontro di lotta con lui, che possa tener testa alla sua forza a lungo immagazzinata. Il paziente ride forte e in modo liberatorio. Quando esce sono chiaramente visibili tracce di lacrime nei suoi occhi.

Con la mia interpretazione ho portato la passività del sognatore, alla ricerca di un Redentore, alla posizione attiva di colui che, calibrando le proprie forze con quelle del padre, riesce a conquistarsi un proprio posto in questo mondo. L'interpretazione deriva dalla riflessione che alla base della denigrante e spesso clownesca immagine che il paziente ha di sé vi sia una difesa da violenti sentimenti di rivalità, per trovare, nella posizione del ragazzino indifeso esposto all'azione castrante della madre, un'identificazione virile con il padre. L'analogia con la boxe esprime proprio questo, una misurazione delle forze ai confini tra il ludico e il reale, all'interno del ring. La fantasia messa a fuoco nella seduta precedente sulla modalità di masturbazione da lui preferita – consistente nello stringere in modo forte e saldo il corpo del pene con la mano chiusa ad anello (*ring*) – contiene anch'essa un significato omosessuale e di piacere riferito al corpo.

Nelle sedute successive diventa manifesto che, nel suo dialogo interiore, il signor Heinrich Y si rivolge a me chiamandomi con il nome di battesimo, che usa nella forma infantile. Confronta la sua figura forte e sportiva con la mia, e non crede che sarei alla sua altezza in un confronto corpo a corpo. Usa l'effettiva differenza di corporatura per denigrare, accecato dall'odio, il padre, solo dal punto di vista della corporatura. Di lui, nella prima fase del trattamento, fornisce l'immagine di un buono a nulla, privo di forze e di nerbo, che dopo la guerra, quando lui aveva sei anni, non era più riuscito a riprendere la professione e aveva mantenuto la famiglia in modo insufficiente con lavori occasionali.

Dal punto di vista della tecnica si tratta di mostrare «l'altra sponda» che il paziente cerca per liberarsi dall'abbraccio potente, premuroso ma anche divorante della madre. Col procedere del trattamento questo tema verrà rielaborato. Diventerà chiaro come situazioni avvolgenti rappresentino in modo concreto per il paziente una madre pregenitale, alla quale deve rimanere unito e che, nelle figure di donne idealizzate e intercambiabili, determina anche la sua vita sociale. Tutto ciò viene di nuovo rappresentato in un sogno, il cui tema è il pericolo di morte. L'attuale fattore scatenante di questa paura è che il paziente, come risultato di un anno e mezzo di lavoro, ha deciso di cambiare casa e di cercarsi un appartamento proprio; in seguito fa piani concreti per costruirsi una casa.

Come prima cosa il paziente commenta il fatto che io ho chiuso le tende della stanza (per ripararla meglio dal sole): «Sarà bello la prima volta che potrò chiudere le tende a casa mia.» Poi mi racconta della ricerca della casa, delle difficoltà che ha incontrato. Dice che in famiglia è diventato sempre più allergico a molte cose, però non vuole andarsene litigando, ma solo rendersi più indipendente. Negli ultimi tempi ha fatto due sogni molto strani, che trattano del pericolo di morte. Racconta il seguente sogno:

PAZIENTE: Sto attraversando con uno zaino un sottopassaggio; una donna, un'italiana, deve accompagnarmi. Mi dice: «Ci sono dei teppisti che la possono assalire.» Terminato il sottopassaggio, la donna scompare, e in effetti arrivano due tipi. Uno mi strappa lo zaino e lo getta all'altro; io non riesco a difendermi. È terribile, in questi sogni sono sempre inferiore al mio avversario.

La sua prima associazione riguarda l'italiana. Mi ha già detto più volte che la donna dei suoi sogni è una bellezza dai capelli scuri e dagli occhi ardenti, come quella del quadro appeso nel salotto della casa paterna.

PAZIENTE: Da dove viene? Ultimamente ci penso continuamente; questo sogno mi è rimasto impresso nei dettagli. Finché la donna è con me, nessuno mi fa niente. Nessuno dei ragazzacci mi fa niente. Ieri sono andato a fare una passeggiata con una mia nuova conoscenza. Mi è venuto in mente che a ogni esame sono stato accompagnato da una donna. È evidente che solo con una donna riesco a dominare la vita. Cosa significa lo zaino? Gli altri mi portano via le cose. (*Torna a parlare della futura donna delle sue fantasie*): Credo che dovrò fare la separazione dei beni, o meglio ancora, che la donna dovrebbe pagarmi l'affitto. Forse i due teppisti cattivi sono gli inquilini.

Gli chiedo che cosa gli fa venire in mente il sottopassaggio.

PAZIENTE: Boh, mi vengono in mente solo cose senza senso. Ma sì, il sottopassaggio credo mi ricordi i miei doveri, l'anno venturo sarà dura. Le varie persone sono forse le decisioni che devo prendere per la costruzione della casa, il lavoro, le cose da fare. Sin da bambino uno dei miei compiti più importanti è stato difendermi dai pensieri impuri. Nei miei pensieri vedo il pericolo della dannazione eterna. Basta una frazione di secondo per formulare un pensiero impuro che rappresenta un peccato mortale. Se in quel momento si cadesse a terra morti, si sarebbe dannati per l'eternità. È una cosa terribile. Qui poi è ancora peggio, perché devo, o meglio posso dire tutto. Di sera mi viene spesso in mente: «Cavolo, oggi sul lavoro hai di nuovo detto cose che non dovevi, prima o poi qualcuno ti rovinerà.»

ANALISTA: Le sue associazioni a proposito del sottopassaggio potrebbero essere senza senso o impure.

PAZIENTE (*ride*): Sì, allora devo dirle subito, mi è venuto in mente proprio adesso, che lo sto mettendo dentro la figa, sto entrando in un buco profondo, che nasconde tanti pericoli. La donna mi dice nel sogno: «Non aver paura.» Forse, quando finalmente troverò la donna giusta, non avrò più paura e potrò entrare nel buco senza preoccupazioni.

ANALISTA: Forse anche lo zaino ha un significato sporco.

PAZIENTE (*ridendo*): Beh, quei ragazzi, dovevano avere più o meno quattordici anni, forse sono un simbolo, forse portano via i miei sacchetti. (*Dopo una pausa piuttosto lunga*): Oggi ho di nuovo dei dubbi sul lavoro che stiamo facendo qui. Costa così tanto, i soldi si volatilizzano. Settantasette marchi a lei, e trenta marchi che perdo per le ore di permesso dal lavoro, fanno centosette marchi. Probabilmente in questo momento sto cercando degli argomenti per sminuire il lavoro che stiamo facendo, per ridurre le sedute. Quando le giornate cominceranno ad allungarsi dovrò pure eliminare la seduta del venerdì. Forse il sottopassaggio significa anche che non vedo nessuna luce nell'analisi. Forse lei è la donna, e il sottopassaggio significa che devo sottomettermi. Credo che qui sia come in qualsiasi altra situazione, preferirei sempre sottomettermi, per essere davvero sicuro che tutto vada bene.

ANALISTA: Ciò significa che dovrei proteggerla dai ragazzacci, dai suoi cattivi pensieri.

PAZIENTE: Sì, tenere lontani i pensieri sporchi, questa sarebbe già una cosa ben fatta. È l'unico pericolo che c'è qui, l'unico male. Credo di poter essere orgoglioso di me adesso, qualcosa l'ho ben tirato fuori dal sogno. Mi sento già sopraffare.

ANALISTA: Quanti anni aveva, quando era un ragazzaccio con i pensieri sporchi?

PAZIENTE: Mah, tutte queste cose prima le rifiutavo in modo radicale. No, non è proprio così; naturalmente, leggevo, anche di nascosto, ad esempio sull'inseminazione artificiale nelle donne. Me lo faceva sempre venire duro come un martello. Una volta ho anche visto un seno nudo. A diciotto anni ho letto un libro, c'era solo scritto che due avevano dormito insieme. Accidenti, quello mi ha eccitato. Naturalmente poi sono andato a confessarmi: che scemenza, sono stato proprio un

cretino, ho sprecato la mia vita. Adesso ho trentacinque anni e non ho vissuto per niente. Grazie a Dio, forse dentro è ancora tutto a posto.

ANALISTA: È davvero ancora tutto intatto dentro il sacco (*testicoli*)?

PAZIENTE: Mah, mi sento così impotente, come se mi avessero rubato i coglioni. Sono incapace in qualsiasi cosa. Naturalmente riesco a sopravvivere, ma non come me l'ero immaginato, da questo punto di vista sono impotente. Mi ero immaginato così tante cose (*pausa*): Mi passano delle cose per la testa, forse sto cancellando le storie con le donne, non voglio dirle niente, mi vergogno terribilmente. La mia nuova ragazza si è congratulata con me perché non ho sposato Rita, che lei conosce. Credo di vergognarmi, adesso mi sgriderà. Sabato sono stato con una A., e l'ho fatta innamorare di me, si chiamava Berta; e poi domenica sono stato con Claudia. Tutte queste storie con le donne mi danno davvero da fare, certe volte è un vero lavoro tenerle separate.

ANALISTA: Tutte queste donne le danno l'impressione che nel sacco, nei testicoli, ci sia ancora qualcosa.

PAZIENTE: Sì, è un po' un modo per proteggermi. Non appena diventa qualcosa in più, ricomincia la solita storia, e tutto si concentra sui miei testicoli. È per questo che non vorrei mai sposarmi in inverno, credo che mi toglierebbe ogni energia, e sciare è sempre stato il mio grande amore. Insomma sarei completamente giù di batteria (*pausa*).

ANALISTA: Lei si vergogna anche perché ha paura che io la condanni.

PAZIENTE: Sì, prima questa paura era molto forte, adesso un po' meno, ma continuano a venirmi in mente delle cose che non riesco a dire subito. Ad esempio adesso vedo l'immagine di una vagina in sezione. È un'immagine che continua a tornare sempre a galla, che si aggrappa a me, e più mi sforzo di mandarla via, più diventa chiara. Questo mi ricorda che una volta un insegnante aveva distribuito dei fascicoletti illustrati sull'educazione sessuale. C'era anche una figura che rappresentava i genitali uniti. Tengo ancora quel fascicolo in un armadio che apro raramente, ma qualche volta capita, e allora lo tiro fuori e lo guardo. Questo mi piacerebbe proprio vederlo, poter guardare come si muove avanti e indietro. È per questo che mi piace masturbarmi davanti allo specchio, perché così posso vedere bene cosa succede. È molto importante che a un certo punto non scompaia. Questo è quello che provo sempre con le donne, questa sensazione di perderlo di vista. Una volta ho detto a Rita che preferivo che lo facesse con la mano, che mi sarebbe piaciuto molto di più, perché così almeno potevo vederlo. Il fatto di guardare è importantissimo, su questo vivo un conflitto. Nella fantasia vorrei riuscire di nuovo a farmi una scopata come si deve, così, dentro e fuori, ma in realtà non posso perderlo di vista.

ANALISTA: Le viene paura quando interrompe il contatto visivo.

PAZIENTE: Sì, quando non vedo una cosa, ne perdo il controllo. Quando mi viene duro, tanto che la Claudia lo ammira, ma appena devo usarlo, sparisce tutto; credo che dipenda davvero dalla paura. Se solo potessi avere fiducia in quella ragazza. Forse quando avrò finalmente una vera moglie, di cui mi fido, allora forse ci riuscirò. Sicuramente non è soltanto la paura di metterla incinta, ne sono convinto.

ANALISTA: Quindi di fronte alla donna lei è diviso: da un lato ha paura e dall'altro, nel sogno, è questa che la protegge.

PAZIENTE: Sì, è proprio strano, da un lato vorrei avere una donna, ma poi non riesco ad avere fiducia in lei. Credo di avere un gran bisogno di successo. Come unità di misura del trattamento considero l'aumento di energia. Ho forza soltanto nella parte superiore del corpo, ma poco nella testa e al di sotto della cintura. Mi manca proprio la linfa vitale. Questo mi fa pensare che appena avrò finito la casa mi costruirò un sacco di sabbia e comincerò a tirare di boxe.

[*Commento*]. Nel rivedere questo protocollo si è colpiti dal linguaggio volgare e scurrile del paziente, che ricorda il modo diretto e spontaneo con cui gli adolescenti maschi sono soliti parlare tra loro di argomenti sessuali. Questo aspetto formale è particolarmente indicativo della situazione di transfert presente nella seduta. Tuttavia il modo pittoresco e diretto esprime con immediatezza le fantasie inconscie che probabilmente sono attive in quel momento. Diventano così evidenti la svalutazione difensiva della donna, la notevole aggressività inconscia («ce l'ho come un *martello*»), le sue angosce di castrazione ecc. Ciò nonostante, questo tipo di linguaggio può causare problemi tecnici. L'analista potrebbe chiedersi fino a che punto sarà capace di tollerarlo e fino a che punto dovrà interpretarlo come un modo per avvicinarsi all'analista nel transfert, in cui rientra anche la necessità di controllarlo con un reciproco fantasticare erotico. È comunque evidente che l'analista tollera quel tipo di linguaggio, rispondendo in modo più sobrio e senza lasciarsi coinvolgere dalla volgarità.

Se consideriamo l'inizio della seduta dal punto di vista del paziente, si può pensare che egli viva la stanza d'analisi come coartante e che il sogno stabilisca un'equivalenza tra questa e il sottopassaggio. Ha bisogno del contatto visivo con l'analista, per controllare eventuali atti aggressivi. Di conseguenza l'interruzione del controllo visivo innesca diversi pericoli, che nel transfert si esprimono con il timore di venire economicamente derubato. La sua sottomissione lo protegge tuttavia anche dall'angoscia di perdita variamente determinata. L'ansia focalizzata sull'oggetto parziale, il membro, sul quale può esercitare il controllo visivo, nella situazione psicoanalitica viene vissuta nella relazione con l'analista. È qui che il tema della separazione nel transfert si deve sviluppare e dovrà essere rielaborato nelle sue molteplici sfumature.

8.5.5 Errori tecnici quotidiani

Gli errori di tecnica sono inevitabili e hanno una funzione importante nel processo che Anna Freud (1954) ha chiamato la riduzione dell'analista al suo *true status*, che traduciamo liberamente come «dimensione reale». Se si riconoscono gli errori, si facilita lo smantellamento delle idealizzazioni.

Classifichiamo come errori di tecnica tutte quelle deviazioni dell'analista da una linea mediana creatasi in quella data *diade* e che idealmente continua di seduta in seduta senza importanti oscillazioni. È essenziale la definizione diadica di questa linea mediana. In ciascun paziente si sviluppa, in base alla sua particolare esperienza con quell'analista, un sentimento determinato dall'*atmosfera* che mediamente egli può aspettarsi nelle sedute. Dato che il comportamento dell'analista è guidato da regole, il paziente dopo un po' di tempo nota gli atteggiamenti che il suo analista ha in rapporto a questo o quell'argomento.

Nel dialogo psicoanalitico si svolge uno scambio di opinioni durante il quale sorgono costantemente fraintendimenti che possono essere chiariti e corretti. Rispetto a questi, gli errori commessi dall'analista sono realtà che non possono essere corrette ma che devono essere riconosciute e, possibilmente, interpretate nei loro *effetti*. Proprio gli errori rendono evidente che l'analista ha un orizzonte di comprensione limitato, a causa della sua personalità e della sua lacunosa conoscenza. Diventa anche evidente qualcosa della dimensione reale, del *true status* dell'analista. Al contrario tutte le deviazioni tecniche che comportano danni persistenti e incorreggibili sono errori professionali.

Nella valutazione degli errori bisogna considerare la relazione fra *alleanza di lavoro* e *transfert*. Vi è concordanza sul fatto che l'alleanza di lavoro, malgrado tutte le oscillazioni e i violenti cambiamenti, specialmente durante la fase finale dovrebbe aver raggiunto una sufficiente stabilità per far prevalere i modi realistici di vedere le cose.

Nel dialogo psicoanalitico il gioco alterno di transfert e controtransfert si fonda su reciproche riflessioni, dichiarate o non, su processi affettivi e cognitivi, che diventano parzialmente accessibili all'introspezione. Ora dobbiamo riflettere su come l'analista permetta al paziente di conoscerlo col tempo nel suo *true status*. Dai ricordi della Lampl-de Groot (1976) sulla propria analisi personale, si può dedurre che Freud facilitava questo processo rendendo riconoscibile nel proprio comportamento differenziato l'interazione fra relazione basata sulla nevrosi di transfert e relazione «normale». Attualmente è probabile che solo una minima parte degli analisti mostrino simili vistose differenze. Perciò è ancora più importante considerare altre vie che possano portare allo smantellamento delle idealizzazioni.

Così come la nevrosi di transfert, nei suoi aspetti formali e di contenuto, non si sviluppa senza il contributo specifico dell'analista, tanto meno ci si può aspettare che i modi di vedere più realistici emergano da soli, risorgendo, come l'araba fenice, dalle ceneri del fuoco della nevrosi di transfert che si è autoconsumato. La prevalenza dell'alleanza terapeutica nelle fasi più avanzate del trattamento, secondo l'ipotesi di Greenson (1967), dipende dal processo. Questo spostamento appare quando vengono presi in considerazione i passi preparatori per la conclusione e si sono elaborati i corrispondenti temi. In questo contesto sono particolarmente adatte le interruzioni per le vacanze, perché possono contenere *in nuce* tutto quello che ha a che fare con la separazione e la sua elaborazione.

Vogliamo ora descrivere due situazioni atte a chiarire gli effetti degli errori. Da esse si possono verificare spostamenti fra nevrosi di transfert e alleanza di lavoro che alla fine facilitano la rielaborazione della separazione nella fase finale del trattamento.

La prima situazione riguarda l'ultima seduta prima di un'interruzione per le vacanze e la prima seduta dopo il rientro. Questa interruzione corrispondeva a una fase del trattamento in cui la paziente parlava ripetutamente della *conclusione*. La nevrosi di transfert non sembrava ancora sufficientemente elaborata da far pensare a una conclusione del trattamento. Secondo il mio parere la signora Dorothea X nelle sue riflessioni toccava soprattutto il tema della separazione in generale. Nell'ultima seduta prima dell'interruzione per le vacanze si trattava di considerare se la paziente fosse ancora dipendente dal fatto di potermi localizzare nei suoi pensieri durante l'interruzione, cioè di potermi raggiungere, in caso di necessità, nel luogo delle mie vacanze estive, in modo virtuale o scrivendomi una lettera. Io ero indeciso, e la paziente captò la mia indecisione espressa dal fatto che, sebbene non le avessi detto il nome della località, dopo un po' di esitazioni aggiunsi che – «in caso di necessità» – sarei stato raggiungibile attraverso la mia segretaria, e che eventualmente sarebbe potuta venire nel mio studio un giorno fissato a metà delle vacanze. Nel far questo valutavo la situazione tenendo presenti i gravi stati depressivi e ansiosi del passato, ritenendo che la paziente difficilmente avrebbe avuto bisogno di me, ma ero un po' indeciso, e questa indecisione portò all'offerta di una soluzione di compromesso. La signora Dorothea X non approfittò della mia offerta durante questa interruzione relativamente lunga, e arrivò alla prima seduta ben riposata e senza disturbi. Durante i saluti iniziali colsi spontaneamente un'allusione indiretta alle mie vacanze, riprendendo e ampliando il suo accenno sul bel tempo e quindi sulle vacanze stesse. Sul momento non ci pensai, ma la mia spontaneità stimolò nella paziente pensieri di confronto con l'ultima seduta prima delle vacanze. Paragonò la mia esitazione pensosa e la mia precedente soluzione di compromesso con la mia attuale spontaneità. Attraverso il confronto fra esitazione e spontaneità, si chiese quanto la ritenessi malata e quanto sana. Riflettendo ulteriormente su questo problema, rimasi a lungo in silenzio e non seguii le sue riflessioni successive, tanto che lei stessa si accorse che ero mentalmente assente. Interpretò allora il mio silenzio distratto come un ritiro che temeva di aver provocato, considerando una critica i suoi commenti sulla seduta prima delle vacanze.

Spiegai allora alla signora Dorothea X il motivo delle mie riflessioni e della mia distrazione, chiarendo che in occasione delle interruzioni per le vacanze cerco di valutare con particolare attenzione la necessità o l'utilità terapeutica di comunicare il mio indirizzo. La paziente portò allora una serie di osservazioni aggiuntive che, senza eccezione, andavano a finire su quanto fosse importante per lei partecipare alla mia valutazione delle sue capacità, perché dalla mia fiducia nella sua capacità di sopportare lei guadagnava fiducia in sé stessa. Il mio comportamento spontaneo e naturale aveva cambiato la *sua* immagine di me, come analista superprotettivo, in una rappresentazione più esatta: la mia spontaneità la rendeva più sana. Più mi fidavo di lei, reagendo in modo «naturale», più lei guadagnava fiducia in sé stessa. Con la conclusione del trattamento molti temi assumono un peso particolare. La signora Dorothea X notava, con grande e palese delusione, che mi vedeva in modo sempre più realistico, sebbene al tempo stesso si difendesse energicamente da questa sua percezione. Altri errori e anche un evento che lei stessa definì «un vero pasticcio» facilitarono questo processo di normalizzazione. Il «pasticcio» consisteva nel fatto che le avevo dato il consiglio di sottoporsi al più presto a una visita, per via di una gravidanza tanto desiderata quanto temuta che, come vedova e madre di figli già adulti, non avrebbe neanche immaginato, anche a causa del rischio per il bambino insito in una gravidanza alla sua età. Secondo le supposizioni della paziente il concepimento sarebbe avvenuto già da alcuni mesi, e il tempo cominciava a scarseggiare in caso di un'eventuale necessaria interruzione. Di questa gravidanza immaginaria, e delle manifestazioni dei tipici cambiamenti somatici che

apparvero, non mi era sfuggito l'aspetto del desiderio e dell'allegria veramente ipomaniacale che la paziente trasmetteva nel descrivere il suo stato. La paziente aveva inconsciamente vissuto il mio consiglio sull'urgenza di una visita chiarificatrice come una specie di preparazione all'aborto del nostro bambino (transferale) desiderato. Il mio pasticcio era irreparabile. In verità lei stessa si rese conto che la gravidanza immaginata era un tentativo impossibile di riparazione per un precedente aborto. La sua nostalgia si spostava ora verso un rapporto armonioso che si realizzava perché era convinta che il suo amico avrebbe approvato una gravidanza se fosse avvenuta in un'altra fase della vita. Era per lei doloroso che quella fase della vita fosse irrecuperabilmente passata. Pertanto il mio errore contribuì a far acquisire alla paziente una valutazione realistica della vita.

A causa della mancata comprensione del suo desiderio profondamente inconscio, avevo perso una perla della mia corona. Ci furono poi anche altre situazioni che contribuirono alla deidealizzazione dell'analista.

Una di queste fu un argomento che emerse nella fase conclusiva e che si riferiva a una precedente situazione del trattamento. La paziente mi aveva domandato del ruolo svolto dall'aggressività, quando era stata analizzata la questione della conclusione della terapia. Aveva compreso la mia risposta intendendo che con la conclusione sarebbero potuti emergere di nuovo temi aggressivi. Non mi ricordavo più di questa affermazione che evidentemente, non essendo stata corretta, aveva provocato un fraintendimento, rimasto attivo come un mio «errore». E questo perché una tale affermazione deve rendere più difficoltosa la conclusione e convertire l'aggressività in tabù in una paziente che vive proprio nell'angoscia di ferire o di offendere e che si impegna costantemente in azioni riparative. Di fatto, dal mio errore la paziente aveva dedotto che non doveva più essere aggressiva, perché stava entrando nella fase conclusiva del trattamento e non ci sarebbero più state le condizioni per riparare i relativi danni.

In questo contesto apparve una particolare resistenza che permise alla paziente di portare consciamente al colloquio altri argomenti, la cui rielaborazione aveva un alto valore terapeutico, e che nel contempo però costituivano un pretesto per evitare o differire transfert aggressivi. Descrisse la «falsità tipicamente femminile» e diede molti esempi di come non le piacesse le donne che accompagnano l'invidia con l'ipocrisia. Contemporaneamente si sviluppò una profonda nostalgia di armonia e comunione con una donna. La paziente era ormai diventata consapevole della sua ambivalenza nei confronti della madre e della ripetizione nevrotica a essa collegata, senza poterla ammettere in tutta la sua dimensione. La sua esclamazione in una seduta: «Se almeno fossi un po' lesbica!» lasciava trasparire la difesa ancora attiva, che cambiò senza esitazione quando le dissi: «In questo senso tutte le donne sono un po' lesbiche.»

L'aggressività nel transfert venne evitata e portata nella relazione con le donne. Si può anche dire che la paziente dislocò il suo transfert materno mettendolo in atto e scoprendolo nelle relazioni con donne della sua cerchia di amiche e conoscenti.

Alla fine la rielaborazione del suo ambivalente rapporto con la madre le fornì la base per poter essere più aggressiva anche nel transfert, come mostra il seguente episodio. Commossa e con grande sofferenza interiore, la paziente si rese conto che, per quanto riguardava l'abilità manipolativa, soprattutto nel fare acquisti, era molto più figlia di suo padre di quanto volesse ammettere. La tormentava il fatto di aver preso inconsciamente da lui il suo modo meschino di economizzare, che le dava fastidio. Per contrastare questo comportamento e per non essere come il padre, dava molto valore, tra le altre cose, al fatto di essersi personalmente assunta una parte dei costi del trattamento. Perciò non era ricorsa a un'assicurazione che si facesse carico della spesa totale. Si accontentava di ricorrere al contributo parziale di un'altra assicura-

zione, così doveva partecipare con circa 40 marchi al pagamento delle sedute. Questa partecipazione comportò un carico finanziario sopportabile, senza che si rendessero necessarie sostanziali limitazioni per lei e la sua famiglia. Viveva la sua partecipazione ai costi come un'espressione di autonomia, non solo dal padre ma anche nei miei confronti. La tensione fra la sua intenzione di avere un rapporto libero e generoso con i soldi e il comandamento superegoico paterno dell'economia e del calcolo meschino e avaro si concretizzò in un ritardo nella presentazione della fattura alla compagnia di assicurazione, cosa che probabilmente avrebbe potuto comportare una riduzione nella partecipazione al pagamento da parte dell'assicurazione. Per motivi personali non avrebbe più potuto sopportare questo sovraccarico, e il «padre» dentro di lei avrebbe vinto contro la sua autonomia.

La sua osservazione della mia reazione ai suoi commenti sui miei errori portò a ulteriori conoscenze. Lei notava che mi sforzavo il più possibile di non commettere errori, e io replicavo riconoscendo che certamente si verificavano dei fraintendimenti di cui ero colpevole. Ma, evidentemente, la mia ammissione verbale di errori era accompagnata dall'ideale dell'infalibilità. La signora Dorothea X desiderava un analista umanamente superiore, che le segnalasse anche in modo non verbale che gli errori facevano parte del mestiere e della vita. Di fatto la paziente mi aveva aperto gli occhi sull'ambizione che mi impediva di accettare gli errori come eventi quotidiani da gestire in modo più generoso. Questo perché la signora Dorothea X cercava un modello di generosità per potere lei stessa acquisire un modo nuovo e più generoso di vedere il mondo.

8.6 Interruzioni

Da un punto di vista diagnostico, sembrerebbe ovvio considerare le interruzioni la causa scatenante di reazioni da separazione di tipo sia ansioso che depressivo. Da un punto di vista terapeutico è decisivo poter offrire l'aiuto che contribuisce a un graduale superamento di queste reazioni. Perciò in prossimità delle interruzioni raccomandiamo di pensare anche alla costruzione di ponti di attraversamento.

8.6.1 Esempio

La signora Clara X inizia l'ultima seduta prima dell'interruzione di Natale.

PAZIENTE: Nell'ultima seduta, o non c'è niente da dire o... o si ha qualcosa di importante in mente, che poi però non viene fuori (*silenzio*). Semplicemente non vorrei entrare nell'argomento separazione. Ho l'impressione di essermi sempre scansata. A volte anche ammalandomi. Questo dipende certamente dalla mia paura dei sentimenti.

ANALISTA: La paura di sentimenti che non può dominare... ne evita alcuni dolorosi, ma anche altri. Tanto meno è coinvolta nei sentimenti, tanto più intenso sarà il dolore della separazione. Evitare i sentimenti fa sì che le separazioni siano più dolorose di quello che dovrebbero essere, e comporta una sensazione di mancanza, di cui abbiamo parlato l'ultima volta. Si tratta dei viveri per il viaggio.

[*Riflessione*]. In questa interpretazione si uniscono diverse idee. Suppongo che la signora Clara X, a causa del suo disturbo anoressico, si trovi in uno stato di carenza

cronica e generalizzata. Il desiderio di una compensazione della mancanza cresce di fronte a interruzioni limitate o a separazioni definitive. Nello stesso tempo, a un certo livello di coscienza si viene a creare un certo equilibrio. Malgrado le anoresiche tentino di ingannare sé stesse e gli altri manifestando un'apparente assenza di bisogni, queste malate sanno, in qualche angolo della loro anima, della loro enorme necessità di saziare la loro fame, nel senso ampio della parola. La limitazione dei bisogni, fino alle forme estreme dell'astinenza quasi totale, è un tentativo di evitare tutte le delusioni che, con l'aumento delle ansie e degli appetiti inconsci, di fatto emergono spesso. Pertanto alla base della mia interpretazione c'è la convinzione che sia più facile separarsi dall'analista quando i bisogni vitali sono soddisfatti. Certamente il dolore per la separazione potrebbe anche essere più grande: «Ma ogni piacere vuole l'eternità, vuole profonda, profonda eternità» (Nietzsche, *Così parlò Zarathustra*). In confronto a ciò la metafora dei viveri per il viaggio, nonostante le numerose risonanze semantiche, è una misera offerta di un ponte di attraversamento.

La signora Clara X mi fa notare che ho parlato di viatico già altre volte prima delle interruzioni, cosa di cui non ero stato cosciente.

ANALISTA: Le mie parole preferite non bastano a procurare dei viveri per il viaggio.

La paziente riflette se ha mai sperimentato, al di fuori della terapia, che un viatico le sia stato di aiuto per una separazione. Lungo silenzio, sospiri. Dopo circa tre minuti si chiede che cosa si potrebbe fare per cavarsela con le separazioni. Una strada sarebbe pensare al rivedersi. «Le viene in mente qualcosa in proposito?», domanda la paziente.

ANALISTA: A proposito del rivedersi? Lei sta pensando al rivedersi, a un ponte e alla continuità, al nuovo inizio come gettare un ponte. Il rivedersi offre una prospettiva.

PAZIENTE: Purtroppo non trovo nessuna prospettiva. La prossima seduta sarà il 12 gennaio. Fino ad allora tutti i buoni propositi per il nuovo anno saranno già dimenticati. In ogni caso spero che lei non si presenti qui con un piede ingessato (*la paziente sa che andrà a sciare*). Inoltre spero che si godrà le vacanze. Forse si abbronzerà addirittura. (*Poi la domanda viene posta in modo diretto*): Va via con sua moglie o da solo, per poter riflettere indisturbato?

ANALISTA: Uhm, che cosa preferirebbe?

PAZIENTE (*ride forte*): Non organizzerà le sue vacanze secondo le mie preferenze.

ANALISTA: È importante quello che lei preferisce. Probabilmente al riguardo è divisa, e perciò non le sarebbe facile rispondere. Sarebbe probabilmente più facile riflettere e scrivere in pace senza mia moglie. Da questo punto di vista preferirebbe mandarmi in vacanza da solo.

PAZIENTE: Invece penso proprio il contrario, in primo luogo penso a sua moglie. Forse sua moglie si annoierebbe; se lei fosse sequestrato dai suoi pensieri, sarebbe molto monotono per sua moglie. In tal caso sarebbe meglio restare qui e lavorare. Allora diciamo che se fossi al posto di sua moglie sarei disposta ad accompagnarla per una settimana dopo le feste, per riposare e per sciare, e poi lasciarla solo per un'altra settimana e, che so io, andare da qualche parte in quel periodo. Se si ha qualcosa di interessante da fare, qualcosa per sé stessi, andare a trovare degli amici...

ANALISTA: Questa è una soluzione veramente saggia, pensare in questo modo a mia moglie, avere così buone intenzioni per lei, per me e per sé stessa. A meno che in ciò sia sottinteso che io possa dedicare otto giorni a meditare intensamente su di lei.

PAZIENTE: Non ho supposto che lei riflettesse su di me, ho pensato che potesse riflettere sui suoi pazienti in generale.

ANALISTA: Se medito sui miei pazienti, anche lei è compresa. Il non aver pensato a sé stessa in primo luogo è collegato al fatto che, come ha detto una volta, ha paura dei suoi sentimenti e desideri incontrollabili.

PAZIENTE: Non ne sono tanto sicura. In realtà si tratta di una cosa a parte. Se lei riflette durante una mia o sua assenza, è un punto che in fondo mi fa sentire a disagio (*due minuti di pausa*). Forse temo che lei arrivi a un giudizio conclusivo, e io non possa dire niente in proposito.

ANALISTA: Ah, forse perché è esclusa.

PAZIENTE: I genitori riflettono sull'educazione dei propri figli e prendono delle decisioni quando questi sono assenti.

ANALISTA: Anche per questo motivo dicevo che è importante se è per il suo bene.

PAZIENTE: Già il fatto che succeda mi lascia interdetta, anche se è per il mio bene. (*Continua in modo ironico*): È sempre così, tutto accade per il bene del bambino, e nonostante ciò è un pensiero sgradevole.

ANALISTA: Non le va a genio il pensiero, però tra una seduta e l'altra anche lei ha spesso in testa qualcosa che mi riguarda e dove neanche io sono presente.

PAZIENTE: In realtà, questo è qualcosa che evito.

ANALISTA: Perché prende possesso di qualcosa senza che io possa esprimere la mia opinione. Per lei è inquietante, e lo vive in modo molto intenso, il mio prendere possesso e disporre di lei nei miei pensieri, il mio interdirle, ed è chiaramente un'importante ragione perché lei eviti di pensare a me o a qualcosa che mi riguarda direttamente o indirettamente.

[*Commento*]. L'analista sospetta che la paziente abbia delle pretese talmente intense di possedere, di tenere stretto, di aggrapparsi, di porre sotto tutela, da temere che anche l'analista disponga di lei, per identificazione proiettiva. Nel linguaggio della paziente questo significa venire interdetta. Si tratta perciò del controllo di pulsioni orali, che non può essere così completo da far sparire ogni inquietudine. Al contrario, più gli aspetti di sé vengono negati, più ritornano nella proiezione, più aumenta la paura di essere sopraffatta oralmente dall'esterno, cioè dall'analista (identificazione introiettiva; vedi 3.7).

PAZIENTE: L'altra cosa inquietante è... è che questo riflettere, come faceva mia madre, serve ad autotorturarsi con dubbi su cosa si è sbagliato, genera sensi di colpa e pessimismo. L'afflizione e cose del genere non mi piacciono. Adesso sto per dire una frase sfrontata. Una madre deve credere nei suoi figli e quindi anche in sé stessa. Questo non significa che non si possono fare degli errori, no, non si tratta di questo. Questa paura, questo dubbio, a che cosa porta, se non, in fondo, a rovinarsi con le proprie mani. Questo mi viene in mente a proposito del riflettere, che potrebbe prendere questa direzione, e io non voglio che si pensi così. Potrei pensare che da parte sua uscirebbero soprattutto cose negative, quando mi metto a immaginare così. Quello che lei pensa in primo luogo è: questa non la smetterà mai con il suo peccato originale. Tanto meno ce la farà a smettere di fumare, con il mangiare non ce la farà nemmeno, allora tutto rimane invariato, e invece chiacchiera invano della buona fata al crocevia e poi sta per incamminarsi, trascina una colazione fin su in cima, e vuole un figlio, ma dopo un paio di settimane è meglio di no. E poiizia

ancora un po', non si riesce a capire bene cosa le succeda. È tutto così immaturo, e del resto si ha semplicemente il sentimento, mah, chissà poi di che cosa.

ANALISTA: E ora il nostro riflettere ha preso un avvio molto soddisfacente.

PAZIENTE (*ride forte*): Non lo trovo affatto in questo momento.

ANALISTA: Ma lo è almeno per me, perché ho capito che non vorrebbe che riflettessi su di lei e perché evita di pensare a me, perché ha molta paura di prendere possesso, di interdire, di non preoccuparsi di quello che voglio, di quello che penso, ma di quello che vuole possedere, temendo di perdere il controllo. Ora ho anche capito perché le riesce così difficile smettere di fumare, perché si disabituava a qualcosa per motivi di salute, cosa che sarebbe abbastanza sensata, ma per motivi psicologici non può disabituarsi così facilmente perché quello è tutto il suo piacere.

PAZIENTE: C'entra sicuramente il prendere possesso, anzi è qualcosa che temo. Dominatrice e possessiva, mi fa paura. Fino a che punto lo sono veramente, e fino a che punto lo temo?

ANALISTA: Tutte e due le cose, lo è e teme di essere molto più tirannica di quello che realmente è, perché tutto rimane così chiuso nella cantina, dove le patate germogliano con getti rigogliosi. Se fossero alla luce diventerebbero verdi.

[*Commento*]. Sembra che alla base di questa interpretazione di sostegno e di incoraggiamento ci sia la convinzione che le forze pulsionali che proliferano nel buio assumano forme inquietanti e possano diventare veramente pericolose, non solo come presentimenti preconsce di una persona. Ne consegue che il male e la distruttività sono legati allo sviluppo, cioè sono variabili dipendenti da processi difensivi inconsci, come abbiamo specificato nel primo volume (4.4.2). Freud (1915b, p. 39) era del parere che «la rappresentanza pulsionale [cioè rappresentazioni e affetti] si sviluppa con minori inceppi e più copiosamente quando è sottratta all'influenza cosciente mediante la rimozione. Essa prolifera per così dire *nell'oscurità, e trova forme espressive estreme* che, quando vengono tradotte e fatte presenti al nevrotico, non solo devono apparirgli peregrine, ma anche lo spaventano dandogli l'immagine di una eccezionale e pericolosa potenza della pulsione» (corsivo nostro).

PAZIENTE: Ma quando scendo nella cantina vengo presa da un terrore incontrollabile, e allora preferisco richiuderla. La verità è che non si possono vedere le cose. A volte le guardo, ma adesso, qui, di fronte a lei, ho un po' un blocco, mentre in famiglia a volte ci riesco. In realtà non sono in grado di valutare fino a che punto lo faccio veramente, e fino a che punto si tratta di un mio desiderio, perché mi piacerebbe proprio definire bene ogni cosa per poi poterla controllare. Come se fossi la mamma della compagnia. Si fa quello che dico io. E vado fuori dai gangheri quando non riesco a imporre la mia volontà. Ma quando guardo con precisione tutto torna a confondersi. Prima vado su tutte le furie, poi mi ritiro prima di essere veramente infuriata, per paura di infuriarmi. Ma perché allora devo fumare, se sono così possessiva?

[*Riflessione*]. Mi ricordo le mie sensazioni riguardo al fumo e allo smettere di fumare.

ANALISTA: Così ha qualcosa in meno, qualcosa che mette dentro di sé. Lei inala, riceve. Finalmente può essere vorace e prendere qualcosa per sé con piacere e lasciare da parte il suo blocco.

Segue poi un silenzio di distensione di circa cinque minuti. Nell'accomiarsi la paziente dice «buon Natale» e io ricambio gli auguri.

[*Commento*]. Probabilmente l'ultima interpretazione ha prodotto veramente un sollievo e una distensione, perché l'analista ha incoraggiato la paziente a ottenere una gratificazione orale, che si colloca sul piano del soddisfacimento sostitutivo. Nei malati gravi tali soddisfacenti sostitutivi sono questioni di vita o di morte e contribuiscono a mitigare le reazioni da separazione. Gli oggetti transizionali facilitano tale passaggio.