

clusione che la connotazione storica del metodo psicoanalitico non è giustificata. È giusto che l'efficacia terapeutica si basi sul «qui e ora» e sulle conoscenze che si ottengono nella situazione analitica. La concezione di Ezriel si basa sul presupposto dell'istoricità dell'inconscio. Perciò anche le percezioni attuali e realistiche del paziente non hanno un ruolo a sé stante, anche se vengono formulate solo interpretazioni riferite al «qui e ora»; esse si riferiscono a forze e condizioni inconse apparentemente storiche, cioè atemporali, il cui effetto continua a sentirsi nel presente. Al «qui e ora» non potremmo attribuire caratteristiche mutative se le condizioni a cui esse si riferiscono fossero atemporali, escluse dalla storia della vita. Quindi il lavoro di Ezriel merita di essere preso in considerazione, perché questo autore ha dato un significato particolare, da un punto di vista metodologico, al «qui e ora», anche se nelle sue ricerche fallisce perché, nella pratica, trascura l'influenza contingente dell'analista.

L'inclusione dell'influenza personale e delle percezioni realistiche nel transfert costituisce la differenza essenziale tra le interpretazioni di transfert genetica ricostruttive di Freud e le innovazioni che seguiranno le pubblicazioni di Strachey. Se si parla, come Hanna Segal (1973), di relazione oggettiva correttiva nella situazione analitica, allora l'analista deve comprendere, nella formulazione delle sue interpretazioni di transfert, il soggetto influenzante (cioè l'analista stesso), e le percezioni realistiche che il paziente ha di lui. Non si sminuisce in alcun modo l'importanza della realtà psichica e delle fantasie inconse quando si chiarisce con il paziente che le percezioni realistiche, ad esempio le percezioni del controtransfert dell'analista, hanno un loro ruolo nella genesi di questa realtà psichica.

Il paziente partecipa al sistema di valori dell'analista, poiché questo è importante per trovare nuove soluzioni ai conflitti nevrotici. Questa partecipazione identificativa, che Strachey ha descritto come un cambiamento di valori del Super-io, per quanto riguarda precetti, proibizioni e ideali, non solo è inevitabile, ma è terapeuticamente necessaria. Sottovalutare questo aspetto porta a un'atmosfera artificiale che assume le caratteristiche di un evitamento fobico della necessaria partecipazione terapeutica.

Le conoscenze acquisite nel campo delle scienze sociali obbligano a dare un gran peso all'influenza dello psicoanalista sulla genesi delle percezioni e delle fantasie che si formano nella situazione analitica. L'impostazione della situazione terapeutica comprende anche le teorie del controllo di situazioni reali. Se si considera che il principio di realtà è secondario al principio di piacere e che si tende sempre alla gratificazione reale, anche se non è possibile in tempi brevi, allora si capisce che nella situazione terapeutica si genera tensione come risultato di frustrazioni e rinunce. La creazione di un'atmosfera di questo tipo può far migliorare alcuni pazienti inibiti, perché la sola empatia e tolleranza nei confronti dell'aggressività prodotta dalla frustrazione può portare

a un alleggerimento degli aspetti repressivi del Super-io. La mitigazione di un Super-io eccessivamente rigido non esaurisce i problemi terapeutici che devono essere risolti, come ad esempio la presenza di funzioni dell'Io sottosviluppate o deficitarie. Qui l'identificazione con lo psicoanalista svolge un ruolo fondamentale. Sembra che i pazienti di questo tipo siano in aumento. Perciò è importante comprendere le condizioni in cui si formano tali identificazioni.

L'accettazione indiscussa del lavoro di Strachey, salvo alcune eccezioni fra le quali il contributo di Klauber (1972a), fece sì che si prestasse scarsa attenzione alla relazione fra l'interpretazione di transfert e altri aspetti della relazione terapeutica. Strachey assegnò a questi elementi (ad esempio suggestione, rassicurazione, abreazione ecc.) un posto di tutto rispetto, considerandoli parti integranti del trattamento. Il problema di come l'analista debba presentare il suo vero Sé al paziente in piccole dosi, come nel brano di Strachey già riportato, resta però tuttora irrisolto.

È ancora attuale la questione (già discussa da Greenson, Paula Heimann e Wexler, 1970) se le percezioni realistiche nel «qui e ora» debbano essere prese in considerazione e, in caso affermativo, come ciò va fatto. Si teme che per questa via si arrivi, alla fine, alla gratificazione dei bisogni, e che quindi il trattamento non venga più portato avanti all'insegna della *frustrazione* e dell'*astinenza*. Questi problemi tecnici possono essere risolti in modo costruttivo e nel senso del cambiamento terapeutico, se si comprende che la loro origine si trova nella teoria psicoanalitica della realtà. Nella discussione di questo punto partiamo dalla seguente osservazione di Adorno (1952, p. 17):

Da un lato, per lui [l'analista] la «libido» è la realtà psichica propria; il soddisfacimento è positivo, mentre la frustrazione è negativa perché porta alla malattia. Dall'altro lato però, la psicoanalisi accetta la civilizzazione, che obbliga alla frustrazione, se non in maniera completamente acritica, perlomeno in maniera rassegnata. Nel nome del principio di realtà giustifica il sacrificio psichico individuale, senza sottoporre lo stesso principio di realtà a un esame razionale.

Anche se il principio di realtà che l'analista rappresenta è relativamente moderato, deve essere sufficientemente frustrante da acuire il conflitto e «far sì che si sviluppi nel modo più marcato possibile, onde incrementare la forza pulsionale che serve a risolverlo» (Freud, 1937a, p. 514). Questa frase di Freud mostra che i problemi tecnici di trattamento derivano dalla teoria psicoanalitica della realtà.

Se si sottopone il principio di realtà a un esame razionale, le conseguenze per la tecnica sono che le percezioni del paziente devono essere prese sul serio, perché, in quel momento, un atto intenzionale trova il suo oggetto e con esso si costituisce la realtà. Torneremo su questo tema a proposito della discussione sul rapporto tra la verità storica e la percezione nel «qui e ora». Dal momento che la concezione individuale della realtà si determina in un contesto socioculturale, nessuno dei due aspetti può essere considerato asso-

luto. Perciò la realtà della situazione psicoanalitica si costituisce nello scambio di opinioni e nella loro accettazione o rifiuto.

Nell'esame di realtà né l'analista né il paziente possono partire da punti di vista assolutamente validi. In un caso finiremmo con l'adattarci alle condizioni preesistenti, e nell'altro finiremmo nel solipsismo. A un estremo, l'individuo dichiara che la famiglia e la società sono malate e sono la causa del proprio disturbo; all'altro estremo, l'individuo viene definito e diretto dall'esterno, il che causa la sua condizione di sofferenza. Se si spinge la polarizzazione al massimo, si può dichiarare pazzo l'intera società, mentre il malato mentale è l'unico sano che si ribella contro una società malata. Una terapia, per avere successo, avrebbe il compito di aiutare questa persona ad adattarsi a una società malata. Adorno (1955) va oltre quando afferma che, «ad assomigliare alla totalità malata, l'individuo migliorato si ammala veramente, senza che perciò colui che fallisce nella cura sia più sano».

L'interpretazione mutativa sembrerebbe avere anche un'azione speciale se si considera che essa rafforza l'alleanza di lavoro, cioè l'*identificazione* del paziente con lo psicoanalista come *Io ausiliario*. In conseguenza del contributo di Strachey, sorse una nuova forma di «fanatismo interpretativo», che già Ferenczi e Rank (1924) avevano criticato. Con questa espressione Ferenczi e Rank si riferiscono alle ricostruzioni genetiche, che trascurano il vissuto del «qui e ora» e perciò risultano terapeuticamente inefficaci. Anche Strachey (1934) si occupò di questo sterile fanatismo interpretativo, richiamando l'attenzione sull'immediatezza emozionale dell'interpretazione mutativa, come interpretazione del punto critico. Nello stesso tempo egli sottolineò che la maggior parte delle nostre interpretazioni non riguardano il transfert.

In seguito si sviluppò una nuova forma di fanatismo interpretativo, questa volta in relazione al transfert, nel senso di pura ripetizione. Questo nuovo fanatismo limitò l'efficacia terapeutica della psicoanalisi, accentuando l'orientamento a una ricostruzione eccessivamente intellettualistica. Intendere come manifestazione di transfert tutto ciò che accade nella situazione analitica o tutto ciò che il paziente porta nella relazione, come dice la Joseph (1985), comporta conseguenze sulle quali Balint (1968, p. 287) richiamò espressamente la nostra attenzione. Una tale tecnica interpretativa implica che «lo schema di riferimento principale, utilizzato per formulare pressoché tutte le interpretazioni, è un rapporto tra un oggetto estremamente importante e onnipresente, l'analista, e un soggetto "inferiore", che apparentemente non può sentire, pensare o avere esperienza di qualcosa che non abbia a che fare con l'analista».

La disuguaglianza che così si origina può portare a regressioni maligne, se oltretutto si perdono di vista le condizioni di vita esterne del paziente per privilegiare le interpretazioni di transfert storiche. Con quest'ultimo termine intendiamo quelle interpretazioni che mettono tra parentesi il presente e la

stessa situazione analitica, l'influenza dell'analista e le condizioni esterne di vita. Nella misura in cui si intende il presente come mera ripetizione del passato, come una cristallizzazione di schemi inconsci, chiamati da Freud (1912a, p. 524) cliché, anche le interpretazioni del «qui e ora» si riferiscono solo apparentemente alla situazione analitica. Il «qui e ora» è quindi considerato decisamente come una riedizione secondo un modello o cliché antico.

In contrasto con la concezione astorica del transfert appena descritta, e delle interpretazioni corrispondenti, le vere interpretazioni del «qui e ora» comunicano nuove esperienze perché prendono sul serio il presente. Lo psicoanalista ha una funzione sua propria, che non può essere ridotta a quella materna o paterna. Paula Heimann (1978) definì questa funzione «Io complementare» e per caratterizzarla la riferì alla madre e quindi la chiamò anche «funzione materna». Per evitare il rischio di incorrere in un malinteso riduzionismo, preferiamo non definire l'Io complementare o ausiliario come «materno» ma solo sottolineare la sua caratteristica di *funzione*, che è il punto essenziale. «La madre [nella persona dell'analista] offre come Io complementare al bambino [il paziente] dei concetti di cui egli non dispone. La madre insegna al bambino nuovi concetti per pensare e lo porta sulla via del progresso» (Heimann, 1978, p. 228). L'esigenza tecnica di Freud (1918a, p. 25), che «il malato non dev'essere educato ad assomigliarci, ma piuttosto a liberarsi e a realizzare compiutamente la sua stessa natura» sembra in contraddizione con l'enorme significato terapeutico dell'identificazione del paziente col suo analista. Freud (1938, p. 608) afferma inoltre che «noi serviamo al paziente in diverse funzioni, come autorità e sostituto dei genitori, come maestro e come educatore». In un altro punto Freud ammonisce (*ibid.*, p. 602):

Per allentante che possa sembrare all'analista la prospettiva di diventare maestro, modello e ideale per altre persone, di foggiare degli esseri umani in base ai propri modelli, egli non dovrebbe mai comunque dimenticare che non è questo il suo compito nel rapporto analitico, e che anzi non adempirebbe fedelmente a tale funzione se si lasciasse trascinare dalle proprie personali inclinazioni.

In un simposio sulla conclusione dell'analisi, Hoffer (1950) definì la capacità del paziente di identificarsi con le funzioni dello psicoanalista come l'elemento essenziale del processo terapeutico e del suo successo. Questo tema ha un'importanza fondamentale per la comprensione del processo terapeutico, soprattutto perché vincola strettamente le *funzioni* dell'analista con le *identificazioni* del paziente.

Dobbiamo prendere in considerazione tutta una serie di problemi teorici e pratici, che vorremmo schematizzare con alcune domande. Con che cosa si identifica il paziente? Quali sono le conseguenze della teoria psicoanalitica dell'identificazione per l'ottimizzazione della pratica, per facilitare al paziente l'assimilazione delle funzioni esercitate dall'analista? Quali funzioni esercita l'analista, e come? Il paziente, in base alla sua esperienza, è in grado di differenziare le

funzioni dalla persona che le esercita? Come fa lo psicoanalista a comunicare che è fondamentalmente diverso dalle aspettative che derivano dalla nevrosi di transfert e dalle conseguenze che essa ha sui processi percettivi? Al paziente basta sapere che il modo di agire e di pensare dell'analista non corrisponde agli schemi delle sue aspettative precedenti? È sufficiente la definizione negativa, cioè che l'analista non corrisponde alle aspettative inconscie del paziente? Noi crediamo che la non-corrispondenza non basti per interrompere la coazione a ripetere nevrotica: la funzione terapeutica consiste nell'azione innovatrice dell'analista, quando presenta nuove concezioni e rende possibili nuove soluzioni di problemi che fino ad allora sembravano al paziente insolubili.

Gli elementi innovativi assumono nella terapia un ruolo così naturale che hanno inavvertitamente contribuito a generare l'impressione che la *sintesi* si produca da sola. In realtà gli interventi dello psicoanalista contengono, perlomeno, obiettivi latenti che codeterminano il nuovo ordinamento degli elementi liberati. La funzione terapeutica fondamentale dello psicoanalista è quella di essere un «rappresentante» efficace. Non importa se si considera l'analista come un Io ausiliario o come un Super-io, né tanto meno se si desidera far derivare da Strachey il linguaggio delle impostazioni teoriche e tecniche attuali; il fatto che quei processi di scambio messi in atto portino a nuove identificazioni, fa parte del patrimonio universalmente accettato dell'esperienza psicoanalitica. Da qui deriva la dipendenza del paziente, a cui non resta altro da fare che parlare la lingua del suo terapeuta, come ha affermato Balint (1968), mostrando una profonda comprensione delle connessioni tra parola, pensiero e azione.

L'apprendimento da un modello, o, con una terminologia psicoanalitica, l'identificazione, arriva ad avere un significato di spicco in tutto il processo terapeutico. Da quando le teorie delle relazioni oggettuali, degli orientamenti più diversi, sono state messe al centro della discussione, tutti i concetti che si riferiscono alle relazioni esterno-interno e soggetto-soggetto (o soggetto-oggetto) hanno una speciale attualità tecnica (Kernberg, 1979; Meissner, 1979; Ticho, cit. in Richards, 1980). Kanzer (1979, p. 315) rilevò, nel suo discorso introduttivo a un convegno sulle teorie delle relazioni oggettuali, come sia diventata possibile una comprensione diadica del trattamento tradizionale di pazienti adulti, citando i numerosi autori che avevano stimolato questo sviluppo (Balint, 1950; Spitz, 1956; Loewald, 1960; Stone, 1961; Gitelson, 1962).

Interiorizzazione, identificazione, introiezione e incorporazione, in genere, si riferiscono tutte a un movimento dall'esterno verso l'interno, che implica interiorizzazione, appropriazione, adattamento e immedesimazione (Schafer, 1968; Meissner, 1979; McDevitt, 1979). Dal momento che non importa il significato che si desidera dare a questi termini, ad esempio «incorporazione» nel suo significato letterale e concreto, «identificazione» come equivalente simbolico, l'elemento comune che resta tra di essi consiste nel loro riferirsi

tutti a una relazione oggettuale. Per questo Balint (1968) ha richiamato l'attenzione sul fatto che non si può parlare di identificazione nel senso stretto del termine se non c'è una certa distanza fra esterno e interno, fra soggetto e oggetto. In questo ambito possiamo situare la fondamentale osservazione antropologica di Freud (1922c, p. 491), che le relazioni oggettuali abbandonate si cristallizzano in identificazioni. Non è necessario sottolineare quanto sia importante questo aspetto dell'identificazione nelle circostanze della separazione, della perdita e della conclusione dell'analisi. Pensiamo che attualmente sia possibile risolvere il vecchio problema della realtà nella situazione psicoanalitica, e che dopo cinquant'anni il potenziale terapeutico del lavoro pionieristico di Strachey possa e debba essere ampliato in misura considerevole. Le interpretazioni di transfert hanno, in questo senso, un ruolo particolare. Nella nostra discussione abbiamo distinto i seguenti aspetti:

1. Con interpretazioni del «qui e ora» si intendono tutti i riferimenti alla situazione analitica, ma non al presente al di fuori dell'analisi o a circostanze di vita precedenti del paziente. Dall'ampliamento del concetto di transfert (vedi sopra, cap. 2) risultano due classi di interventi: una si riferisce a tutto ciò che succede fuori dalla situazione analitica; l'altra include tutte le interpretazioni che si riferiscono al «qui e ora», nel senso del transfert totale. L'interpretazione di transfert tradizionale presuppone una *ripetizione*, e quindi l'attenzione si focalizza sulla *genesì*. Tali formulazioni si basano sul presupposto di un rapporto condizionale tra i vissuti, il modo di comportarsi attuale e le esperienze precedenti. Per dirlo in modo più semplice, tali interpretazioni di transfert sono più o meno formulate così: «Lei adesso ha paura, perché teme che io la possa castigare come fece suo padre.»

2. L'interpretazione di transfert può orientarsi meglio verso la genesi e verso la *ricostruzione* dei ricordi. D'altra parte, è possibile considerare il «qui e ora» come il punto centrale dell'interpretazione quando si presuppone la *mancata storicizzazione dei processi inconsci*. Le interpretazioni di transfert di questo tipo hanno quindi l'analista come oggetto *antico*. La dinamica del momento è in questa concezione quasi identica alla genesi (storica) conservata. In queste interpretazioni del «qui e ora» stanno sullo stesso piano le differenze tra il materiale che è stato trasferito dal passato al presente e il contributo dell'analista al transfert. Non si tratta di analizzare i processi affettivi e cognitivi che creano la realtà psichica del momento. In tal senso l'atteggiamento «a specchio» dell'analista deve riuscire a mettere in risalto le fantasie inconse storiche e i processi inconsci di difesa che si oppongono ad esse.

3. E finalmente arriviamo all'interpretazione di transfert nel «qui e ora», che realizza il potenziale di conoscenza diadico del metodo psicoanalitico e la sua efficacia terapeutica. Pensiamo a quelle interpretazioni di transfert che prendono in considerazione in maniera più ampia le percezioni più o meno realistiche del paziente e la loro azione sui processi inconsci. Ci si può rifare

alla concezione di Klauber, a proposito del fatto che, attualmente, uno dei compiti dello psicoanalista è differenziare, nella situazione psicoanalitica, gli elementi di transfert dagli altri. Ma nel frattempo la teoria del transfert si è così ampliata che parlare di elementi estranei al transfert può essere frainteso. Si tratta di distinguere i richiami immaginari e il mondo dei desideri stimolato dalla situazione analitica, dagli aspetti realistici del comportamento dell'analista. Questo processo di differenziazione di riconoscimenti diadici costituisce l'effetto mutativo dell'interpretazione di transfert.

Ci possiamo rifare alla concezione di Arlow (1979), secondo cui il transfert si sviluppa attraverso il pensiero metaforico. Sulla base di schemi inconsci (i cliché di Freud) la realtà psichica si costruisce secondo prospettive di contrasto e somiglianza. La situazione psicoanalitica e lo psicoanalista stesso vengono confrontati dal paziente con le esperienze precedenti e con quelle attuali. Se, come propone Arlow, si considera il transfert una manifestazione del pensiero metaforico e del vissuto metaforico, è necessario assumere che le *somiglianze* rendono possibile stabilire le connessioni, permettono che qualcosa sia trasportato da una riva all'altra, cioè da una situazione passata a una attuale. Proprio da un punto di vista terapeutico dobbiamo prendere sul serio la critica di Carveth (1984b, p. 506), il quale segnala che il *riconoscimento* delle somiglianze da parte dell'analista è il presupposto per cambiare gli schemi inconsci di transfert. Tali schemi si sono formati, secondo la teoria psicoanalitica, per il diniego di percezioni realistiche e per la rimozione di processi affettivi e cognitivi. I cliché inconsci descritti da Freud assomigliano molto alla categoria linguistica delle «metafore morte» (Weinrich, 1968; Carveth, 1984b). Queste possono tornare in vita, cioè emergere dall'inconscio dinamico, quando hanno l'opportunità di essere riconosciute nelle loro somiglianze grazie alle interpretazioni di transfert, nel senso di Gill. Altrimenti si ripetono i dinieghi, e i vecchi cliché mantengono la loro influenza. Nel momento in cui si stabiliscono queste somiglianze, viene scoperta anche la differenza tra il «qui e ora» e il «là e allora». Questa differenziazione cognitiva rende possibile l'esperienza emotiva correttiva dell'interpretazione mutativa.

E infine desideriamo richiamare l'attenzione sul fatto che la nostra concezione trae la sua applicazione terapeutica dalla profonda affermazione di Freud che in tutte le malattie mentali si trova «un contenuto di *verità storica*» (1937b, p. 552) da cui dipende il loro potere. Freud (*ibid.*, p. 551) sottolinea che, se si riconoscesse questa verità storica,

si mancherebbe al vano tentativo di persuadere il paziente che il suo delirio è assurdo e contraddittorio alla realtà; anzi, nel riconoscimento del nucleo di verità del delirio stesso si troverebbe il punto di incontro sul quale il lavoro terapeutico potrebbe svilupparsi. Questo lavoro consisterebbe nel liberare il brano di verità storica dalle sue deformazioni e dai suoi agganci con la realtà del presente e nel riportarlo al punto del passato cui propriamente appartiene. In verità il fenomeno di trasportare al presente o all'aspettazione del futuro qualcosa che appartiene a un lontanissimo, dimenticato passato si verifica regolarmente anche nei nevrotici.

Dovrebbe essere chiaro in che modo noi vorremmo rendere terapeuticamente utilizzabile questa concezione. Il terreno comune consiste nel trovare il *riconoscimento del nucleo di verità attuale* nella formulazione delle interpretazioni di transfert. Per far questo basta, di regola, riconoscere le disposizioni umane generali (come abbiamo proposto nel cap. 3). A tale riguardo le ricostruzioni storiche sono problematiche perché viene meno quella forza persuasiva che promana dall'esperienza attuale. Nel confronto tra il «qui e ora» e il «là e allora» il paziente trova infine una giusta distanza di fronte a entrambi, che lo rende libero rispetto al futuro. Concludiamo, parafrasando una frase di Freud (1937a, p. 515), con l'affermazione che il miglior lavoro analitico avviene quando il paziente stabilisce una distanza tanto dai vissuti del passato che dalle verità del presente, che quindi diventano storia.

8.5 *Il silenzio*

L'alternanza di momenti di silenzio e di parola caratterizza ogni conversazione: o si parla o si resta in silenzio. Si possono verificare diverse possibilità: o parla una persona, o tacciono entrambe, o parlano contemporaneamente. Nel momento in cui parla uno, l'altro può stare in silenzio o interromperlo; se tacciono entrambi si apre uno spazio occupato contemporaneamente da entrambi, in cui uno dei due partner o entrambi possono entrare, in qualche modo, per accaparrarselo e dire ciò che vogliono. Il silenzio dell'analista dà al paziente lo spazio per parlare; non a caso in Germania per indicare lo studio del medico si usa il termine *Sprechzimmer* (stanza del colloquio).

Ci sono buoni motivi per lasciar fare il primo passo al paziente e per incoraggiarlo a iniziare il dialogo. La distribuzione unilaterale dei ruoli di chi deve parlare e di chi invece deve tacere contraddice le regole della comunicazione quotidiana. Per questo motivo, le deviazioni rispetto alle aspettative sono causa di sorprese, irritazioni e perplessità. Se, ad esempio, nei primi colloqui, l'analista si comporta in modo molto passivo, esercita un'influenza particolarmente forte sul paziente, dal momento che quest'ultimo arriva all'appuntamento con le aspettative che si è costruito in base alle consultazioni mediche precedenti. Il paziente si aspetta domande relative ai suoi disturbi e alla sua storia, di solito strutturate e formulate in modo che egli possa dare informazioni precise. Quanto più il colloquio si allontanerà da queste sue aspettative e dagli schemi di discorso e pause tipici della comunicazione quotidiana, tanto più grande sarà l'effetto sorpresa.

Già queste prime osservazioni lasciano intravedere che il silenzio ha effetti molto diversi (Aull e Streat, 1967). Non è possibile dare un'indicazione universalmente valida rispetto al silenzio: se viene considerato un rifiuto o un benevolo incoraggiamento, dipende da diverse circostanze. Ciò che sorprende è che gli psicoanalisti siedono silenziosi dietro il lettino, non solo nelle barzel-

lette, ma fanno spesso del silenzio una virtù, come se la loro professione seguisse il motto «la parola è d'argento, il silenzio è d'oro».

Ci sono però valide ragioni, da un punto di vista psicoanalitico, per mantenere un atteggiamento riservato nel dialogo e per non rivolgere al paziente domande dirette e inopportune, tali da impedirgli di affrontare i temi che veramente gli stanno a cuore. In questo modo si può invitare il paziente a fare i primi passi verso le associazioni libere. Il riserbo dell'analista può motivare il paziente a cercare di dire tutto ciò che gli preme e che riesce a esprimere. In una prospettiva più ampia, il silenzio dell'analista promuove la regressione del paziente, che non è fine a sé stessa, ma è al servizio della terapia. Proprio per questo motivo, il dosaggio del silenzio e della parola ha un'importanza sostanziale.

Per quanto riguarda invece la necessità pratica di essere così prudente con il silenzio come con l'uso della parola, bisogna stare attenti al pericolo che il silenzio diventi uno stereotipo. Non è raro che questo stereotipo si realizzi in modo tale che lo psicoanalista, già nelle interviste iniziali, si mostra estremamente riservato, quasi le interviste fossero considerate una prova, per vedere se il paziente è adatto all'esperienza terapeutica. Per motivi diagnostici e terapeutici è inevitabile che si creino pause di silenzio, per dare al paziente la possibilità di parlare di ciò che più gli sembra importante. In tali circostanze si possono raccogliere le prime impressioni sulla capacità del paziente di tollerare il silenzio dell'analista.

Poiché ci opponiamo a orientare il metodo per valutare l'idoneità del paziente al trattamento, ma siamo a favore dell'adattamento del metodo alle caratteristiche del paziente stesso, dobbiamo cercare di capire perché il silenzio dell'analista può diventare uno stereotipo. Pensiamo che i seguenti motivi possano aver contribuito alla formazione di tale stereotipo: l'alta valorizzazione dell'associazione libera e della regressione come processo di autocura; l'importanza esagerata attribuita alla conoscenza di sé come mezzo terapeutico. Per questo, Freud (1938, p. 605) raccomandò, ad esempio, di trattenere le interpretazioni fino a quando il paziente non riesce da solo ad avvicinarsi alla comprensione della relazione che fino a quel momento gli era inaccessibile:

Valutiamo con attenzione quando dobbiamo renderlo partecipe di una delle nostre costruzioni, aspettiamo il momento che ci sembra più propizio (la scelta non è sempre facile). Di norma procrastiniamo la comunicazione e il chiarimento di una costruzione a quando egli stesso ci si sia avvicinato a tal punto che non gli resti che un passo, sia pure il passo risolutivo della sintesi.

In questa raccomandazione sono stati riuniti due aspetti, assunti a norma ideale: *a*) l'invito a disturbare il paziente il meno possibile; *b*) la consapevolezza che gli insight raggiunti per conto proprio hanno una maggiore efficacia terapeutica, rispetto a quelli che sono proposti dall'analista. Le parole di Freud lasciano capire che c'è un momento ideale, un punto d'incontro fra l'interno e

l'esterno particolarmente favorevole. È compito dell'analista trovare il momento adatto in cui interrompere il suo silenzio. Dall'alternarsi di momenti di silenzio e di parola nasce la polarizzazione fra il tacere e l'interpretare, possibilmente senza le tappe intermedie che naturalmente esistono in tutti i dialoghi psicoanalitici, anche se non rientrano perfettamente nel quadro ideale.

Arriviamo così a un risultato sorprendente: a poco a poco, mediante un'estrema stilizzazione dell'interpretazione, come l'unica forma verbale di comunicazione possibile all'analista, si giunge a un'ipervalorizzazione del silenzio, fino alla sua trasformazione in senso mistico. Il silenzio diventa la fonte quieta, nascosta e salvifica da cui scaturisce l'interpretazione. Siamo contrari a qualsiasi forma di misticismo, anche se, senza dubbio, ci sono alcuni momenti di accordo, tra paziente e analista, che si basano su una profonda comunicazione inconscia, come se le interpretazioni venissero fuori da una sola bocca; se ne ricava quasi l'impressione che paziente e analista pensino la stessa cosa nello stesso momento. Siamo d'accordo con Cremerius (1969), che sconsiglia un silenzio basato solo sull'abitudine, privo di fondamenti critici. Il silenzio è uno dei mezzi, una tra le diverse operazioni tecniche, e deve essere utilizzato a seconda della situazione per favorire il processo analitico.

Studiando il comportamento di Freud nei casi clinici di Dora e dell'uomo del topi, Racker (1968, p. 55) fa notare che «Freud interpreta costantemente, dando interpretazioni dettagliate e talvolta assai estese (parlando più o meno quanto il paziente); la seduta è insomma un vero e proprio dialogo».

La regola fondamentale e la sua controparte, l'attenzione uniformemente fluttuante, come regole tecniche, stabiliscono un tipo di dialogo particolare, che nel reale decorso dei processi terapeutici avviene raramente in maniera così asimmetrica come sembrano indicare le discussioni teoriche sul tema. I protocolli testuali dei dialoghi analitici rivelano che l'analista partecipa attivamente, anche se, secondo la letteratura della ricerca empirica, la proporzione puramente quantitativa dell'attività verbale sta in un rapporto variabile tra 5:1 e 4:1 a favore del paziente. In questa valutazione, le pause sono generalmente considerate parte del tempo del paziente, dal momento che sono subordinate al dettame della regola fondamentale, anche perché la questione degli interventi dell'analista non è stata regolata formalmente. Non siamo d'accordo con questo modo di vedere le cose e riteniamo più indicato considerare le pause di una certa ampiezza come un'attività discorsiva comune. La regola fondamentale resiste solo per poco tempo quando il dialogo si esaurisce. A un certo punto l'analista si trova di fronte al problema dell'opportunità o meno di interrompere il silenzio. Durante i lunghi silenzi, i processi intrapsichici di entrambi i partecipanti non si arrestano ma proseguono il loro cammino. Cremerius (1969) ha messo in evidenza che i pazienti stanno in silenzio per vari motivi, che abbracciano l'intero spettro della teoria delle nevrosi; anche l'analista sta

in silenzio per diversi motivi. Durante il silenzio i processi di comunicazione non verbale si manifestano e sono percepiti chiaramente da entrambi i partecipanti.

Cremerius (*ibid.*) riferisce di un paziente che osservava il numero di fiammiferi utilizzati dall'analista durante le pause di silenzio; pochi fiammiferi indicavano un silenzio sereno, molti fiammiferi erano il segnale di un disturbo nella comunicazione.

Una psicologia del silenzio, a cui possiamo accennare solo superficialmente, può contribuire alla tecnica psicoanalitica con la possibilità di differenziare il piano della fusione tra soggetto e oggetto da quello del rifiuto della comunicazione. In entrambi i casi, la capacità di seguire la regola fondamentale ha i suoi limiti. Nacht (1964) considera il silenzio come una sorta di esperienza integrativa e mistica, condivisa da paziente e analista, e ritiene che questo dialogo senza parole possa rappresentare la ripetizione di un'esperienza (o una nuova esperienza) dello stato di fusione e di totale amalgama delle fasi precoci di sviluppo; egli vincola così al silenzio l'idea di un cambiamento riparativo, una cura mediante l'«amore pregenitale» nel senso di Ferenczi, nella cui tradizione va collocato.

Nella sua critica a un atteggiamento di silenzio estremo, come raccomandato da Reik nel suo lavoro *Die psychologische Bedeutung des Schweigens* (Il significato psicologico del silenzio) (1927), Racker sostiene (1968, pp. 56 sg.):

Anzitutto colpisce l'attenzione (e provoca una certa reazione di sorpresa e di critica) come questo atteggiamento sia stato poco trattato e discusso nei suoi aspetti di fondo e nelle sue conseguenze, sebbene ciò fosse un argomento di grande interesse. Reik si limita a mostrare ciò che il silenzio dell'analista produce nel paziente, mettendo in evidenza che la conseguenza più significativa è che il paziente, sotto la pressione del silenzio, che da un certo punto di vista in poi viene in genere sperimentato come una minaccia, comunica materiale fino a quel momento nascosto, rendendo nuove confessioni. Se ne trae l'impressione che l'atteggiamento silenzioso dell'analista sia largamente determinato dall'idea che la confessione in quanto tale sia un fattore molto importante o persino decisivo per la cura, un'idea che è molto cristiana, ma non del tutto psicoanalitica. Perché secondo la psicoanalisi ciò che ridà la salute non è la confessione, ma il prendere coscienza dell'inconscio, e per questo è necessaria l'interpretazione. Rendere cosciente ciò che è inconscio è, sotto un certo aspetto, veramente una confessione ma la sua essenza è la risoluzione delle resistenze attraverso la conoscenza. Al contrario la tecnica descritta da Reik, con l'impiego del silenzio per ottenere un maggior numero di confessioni, dà l'impressione di qualcosa di coercitivo, simile un po' a un assedio militare. L'analista identifica così il paziente, in misura assai grande, con le sue resistenze, ciò che non corrisponde con la realtà psicologica, poiché anche il paziente vorrebbe superarle ecc. Ciò ha inoltre conseguenze negative per il mantenimento del transfert positivo, che è di reale importanza, dal momento che al suo posto si sostituisce o si intensifica il transfert persecutorio o «idealizzato». In ogni caso *il silenzio dell'analista è una forma di attività*. Anche interpretare è agire. Tuttavia, in quanto noi consideriamo l'interpretazione come lo strumento curativo per eccellenza, dobbiamo considerare il silenzio come l'opposto dell'interpretazione, come un «agire», e non un interpretare. D'altro canto esiste un accordo più o meno generale sul fatto che l'analista non deve fare ricorso all'«agire» (e cioè chiedere o proibire, esercitare pressione fissando una data per la fine del trattamento, o – aggiungo io – impiegare un silenzio prolungato), a meno che tutti i suoi sforzi interpretativi non abbiano condotto ai risultati desiderati.

La rinuncia all'interpretazione come agente di cambiamento si avvicina anche al punto di vista della psicologia dell'Io, come Calogeras (1967) sottolinea riferendo di una paziente che rimaneva cronicamente in silenzio. Noi comunque riteniamo che l'argomentazione dettagliata a favore dell'introduzione del parametro «rinuncia alla regola fondamentale» sia un esempio di ciò che abbiamo discusso a proposito del modello tecnico di base (vedi sopra, cap. 1). In questo senso anche Loewenstein (cit. in Waldhorn, 1959), Zelig (1960) e Moser (1962) hanno contribuito a richiamare l'attenzione sul fatto che è necessario concedere al paziente di restare in silenzio per il tempo di cui ha bisogno. La direttiva di Freud vale anche in questo caso: tutte le decisioni sulla tecnica devono essere indirizzate a creare le condizioni più favorevoli per l'Io.

Oltre agli aspetti generali delle funzioni e delle conseguenze del silenzio dell'analista, ci occupiamo ora in particolare del tema del *potere* e dell'*impotenza* nella relazione psicoanalitica. Pensiamo che il silenzio dell'analista, quando diventa uno stereotipo, venga interrotto bruscamente dalle interpretazioni, che probabilmente sono molto lontane da ciò che ha occupato la mente del paziente durante il lungo silenzio; ne derivano conseguenze negative, per la polarizzazione, tra paziente e analista, di impotenza e onnipotenza. In tal senso riportiamo un esempio di Flader e Grodzicki (1982, pp. 164 sg.), accuratamente elaborato, dal punto di vista dell'analisi del discorso, sulla base di appunti dell'analista:

Un'analisi prolungata. La paziente rimane a lungo e spesso in silenzio. Finora non ho una comprensione soddisfacente di questo comportamento. Un giorno parla della madre, che stava spesso in silenzio, il che era sempre un annuncio di sventure che quindi la spaventava. Quando la paziente resta silenziosa per un momento, arriva la seguente interpretazione: «Lei mi annuncia sventure e vuole spaventarmi, come faceva sua madre, quando lei taceva.» La paziente conferma l'interpretazione e torna nuovamente in un silenzio prolungato. Più tardi dice che l'interpretazione l'aveva colpita molto, perché aveva dovuto riconoscere che per certi aspetti assomigliavo a sua madre, che odiava profondamente.

Con questo esempio intendevamo illustrare la nostra posizione riguardo al fatto che proprio la combinazione del silenzio ostinato dell'analista, seguito da improvvise interpretazioni di transfert, porta a una polarizzazione di onnipotenza e impotenza; dobbiamo chiarire che gli autori hanno ritenuto di proporre, con questo caso, un buon esempio di interpretazione di transfert, in cui possono essere rilevati i meccanismi del discorso psicoanalitico: «Nell'esempio citato di un'interpretazione di transfert, la paziente accettò in un primo momento l'interpretazione e successivamente ricadde in silenzio, probabilmente per elaborarla.» Non condividiamo questa interpretazione positiva della reazione della paziente; se non si prende in considerazione il fatto che la correlazione diretta tra l'informazione sulla madre e il susseguente silenzio della paziente è legata al meccanismo di difesa dell'identificazione con l'aggressore – la paziente si comporta come sua madre e tratta l'analista come il bambino che lei

era un tempo – l'immediata conferma dell'interpretazione implica, certamente, una rapida sottomissione all'intervento diretto del terapeuta. Quindi interpretare il lungo silenzio susseguente come momento di elaborazione silenziosa non rientra nei criteri della Isaacs per le «reazioni positive all'interpretazione». In realtà potrebbe essersi trattato di un silenzio di elaborazione; da elaborare era però la scoperta improvvisa e inattesa di trovarsi sulla stessa barca con l'odiata madre. E in effetti negli appunti dell'analista si trova scritto che l'interpretazione «colpi molto» (*getroffen*) la paziente, ma non la «commosse» (*betroffen*). Ci piace prendere sul serio queste piccole sfumature linguistiche, dal momento che il brano è scritto da una équipe composta da un linguista e da uno psicoanalista. Abbiamo scelto questo esempio perché ci ricorda le nostre stesse esperienze negative con questa tecnica.

Il silenzio dell'analista, e la presa di coscienza improvvisa della risposta alla domanda che il paziente non ha posto (nell'esempio del caso precedente, si tratta della domanda: «Che cosa faccio e che cosa voglio veramente adesso?»), possono portare così alla polarizzazione tra impotenza e onnipotenza, sia nel campo bipersonale che in quello intrapsichico. L'analista diventa onnipotente, il paziente impotente, e da un punto di vista intrapsichico si rafforzano in lui le fantasie inconscie di onnipotenza in funzione delle umiliazioni e degli avvillimenti sofferti nella situazione analitica. Quando un essere umano è posto in una situazione di impotenza e di abbandono, per il rifiuto di una gratificazione vitale o per qualche altro affronto al proprio sentimento di sé, si verificano, simultaneamente o dopo un certo periodo di tempo, tentativi riparativi.

Le esperienze di impotenza possono essere compensate da fantasie di onnipotenza. L'atteggiamento patologico onnipotente, a differenza delle fantasie di onnipotenza passeggera, familiari a ogni essere umano, è di regola un tentativo disperato di proteggersi dal dominio e dall'arbitrio soverchianti. Anche se l'impotenza e una distribuzione disuguale del potere contraddistinguono il rapporto asimmetrico tra adulti e bambini, tra grandi e piccoli, e nonostante il fatto che le fantasie grandiose compensatorie appartengono al normale sviluppo infantile, la polarizzazione dovuta al silenzio stereotipato o alle interpretazioni improvvisate non si può mettere direttamente in relazione con la situazione infantile. Bisogna invece andare oltre, e chiedersi se per caso tale analogia non possa causare ulteriori gravi disturbi. Infatti se l'analista riconduce queste fantasie compensatorie grandiose alle *percezioni distorte* derivate dal transfert, egli in realtà rifiuta la critica del paziente al suo silenzio ostinato. Il passo successivo può consistere nell'interpretare le fantasie compensatorie di grandezza e di onnipotenza come manifestazioni di un narcisismo infantile ancora attivo.

Abbiamo perciò tutti i motivi per impostare la situazione psicoanalitica in modo tale che la polarizzazione tra impotenza e onnipotenza non si sposti a favore di fantasie onnipotenti reattive, nel corso della regressione terapeutica.

Come può comprendere un paziente che il suo comportamento, il suo si-

lenzio, possono ad esempio costituire una domanda a cui l'interpretazione dell'analista è una risposta adeguata? Flader e Grodzicki (1982) osservano che l'analista può giungere sulle tracce del desiderio o del motivo contenuto nel silenzio del paziente, solo trasgredendo alle regole della comunicazione quotidiana. Schröter (1979, pp. 81 sg.) ha descritto in maniera simile le interpretazioni, come negazioni delle forme di interazione quotidiane:

Le interpretazioni sono commenti dell'analista a espressioni e azioni del paziente, di cui cerca di interpretare il senso inconscio o specificatamente le fantasie inconscie, i desideri e le paure a esse inerenti. Tramite ciò, il paziente è implicitamente definito, perlomeno per quel che riguarda il senso di ciò che viene interpretato, come qualcuno che non sa esattamente quello che dice.

Dal momento che lo stesso Schröter nota che ciò viene vissuto dal paziente come qualcosa di estraneo, sconosciuto, «anormale» o perfino minaccioso, la regola tecnica dovrebbe suonare più o meno come segue: la deviazione dalla comunicazione quotidiana deve essere dosata secondo gli effetti che può provocare sul processo analitico. Questa raccomandazione è in accordo con la nostra esperienza, che tutti i pazienti, e non solo quelli con disturbi narcisistici della personalità, soprattutto quando si trovano in una situazione di necessità, reagiscono con un'eccezionale suscettibilità alle deviazioni rispetto alla forma usuale del dialogo quotidiano. Schröter (*ibid.*) afferma che le interpretazioni vengono vissute molto spesso come critiche, offese o svalutazioni; noi pensiamo di poter estendere questa osservazione, *mutatis mutandis*, anche al silenzio. Quindi, il problema tecnico è trovare una condizione ottimale del dialogo, dal punto di vista psicoanalitico, che limiti il più possibile le conseguenze negative.

8.6 L'agire

La problematica dell'agire in psicoanalisi e la sua connotazione perlopiù negativa, sotto forma di passaggio all'atto, mettono in chiaro che per noi è più facile trattare con le parole che con le azioni. Nonostante qualche tentativo di conferire al passaggio all'atto una sua dignità, utilizzando i punti di vista della psicologia evolutiva e psicodinamica, il termine viene ancora riferito a forme di comportamento indesiderabili che possono arrivare a mettere in pericolo l'analisi stessa. Fenomeni particolari che si verificano all'interno della situazione psicoanalitica hanno reso necessario questo concetto, conferendogli una connotazione negativa.

Dobbiamo cercare di comprendere perché si arriva al passaggio all'atto e per quale motivo esso viene considerato un elemento disturbante. In altre parole, dobbiamo chiederci: quale comportamento ha un valore negativo per l'analista, nel senso di passaggio all'atto? Questo modo di formulare la questione richiama l'attenzione sul fatto che l'analista (includendo i fattori che egli assume

come dati, ad esempio il setting, le norme stabilite, la regola fondamentale) esercita un'influenza profonda, anche se, apparentemente, sembra che solo l'analizzando possa mettere in discussione o rifiutare le regole stabilite, discostandosi dalla configurazione auspicabile di dialogo e di relazione, cioè con le parole e con il ricordo.

Freud scoprì il fenomeno, a cui diede il nome di «messa in atto», nel transfert di Dora, e lo descrisse in *Frammento di un'analisi di isteria* (1901). Solo con *Ricordare, ripetere e rielaborare* (1914a) esso assunse però un ruolo significativo nella tecnica psicoanalitica. In questo studio, Freud fa derivare il passaggio all'atto dalla situazione analitica e dal transfert. Egli, dopo aver paragonato la tecnica psicoanalitica con l'ipnosi, fa presenti diverse complicazioni, e così continua (pp. 355 sg.):

Se per mettere in rilievo la differenza ci limitiamo a questi ultimi casi, possiamo dire che l'analizzato non ricorda assolutamente nulla degli elementi che ha dimenticato e rimosso, e che egli piuttosto li mette in atto. Egli riproduce quegli elementi non sotto forma di ricordi, ma sotto forma di azioni; li ripete, ovviamente senza rendersene conto.

Kanzer (1966, p. 538) parla infatti della «sfera motoria del transfert».

L'espressione «passaggio all'atto» mette insieme due significati, a cui fanno riferimento Laplanche e Pontalis (1967): l'*attualizzazione* nel transfert e il ricorso all'*azione motoria*. Questo collegamento ha a che fare da un lato con la scoperta del concetto nel caso di Dora, e dall'altro con il modello dei processi cognitivo-affettivi in relazione alla motilità. La struttura dell'apparato psichico fa sì che i processi psichici, in generale, si svolgano «dall'estremità percettiva all'estremità motoria» (Freud, 1899, p. 491).

Riguardo ai moti di desideri inconsci Freud ritiene che «sia il fenomeno della traslazione sia le psicosi ci dimostrano che essi [moti di desiderio inconsci] vorrebbero farsi strada, passando per il sistema del preconscious, sino alla coscienza e al dominio della motilità» (*ibid.*, p. 517). Al di là di questo, tuttavia, le espressioni affettive e non verbali nella situazione psicoanalitica possono essere considerate come «agito», il che origina una confusione che molti autori hanno segnalato (Greenacre, 1950; Ekstein e Friedman, 1959; Rangell, 1968; Scheunert, 1973). Secondo Laplanche e Pontalis «descrivendo [Freud] anche il transfert sulla persona dell'analista, come un modo di "agire", egli non ha nettamente differenziato e collegato tra loro i fenomeni di ripetizione nel transfert e quelli dell'*acting-out*».

Freud (1938, p. 603) sottolinea con decisione la connessione, nel paziente, tra ricordare e agire: «Anziché riferire egli "agisce" per così dire teatralmente davanti a noi.» Il passaggio all'atto avviene senz'altro anche al di fuori del transfert propriamente detto (Freud, 1914a, pp. 356 sg.):

Dobbiamo perciò rassegnarci a che l'analizzato soggiaccia alla coazione a ripetere (che ora sostituisce l'impulso a ricordare) non soltanto nei suoi rapporti personali col medico, ma anche in tutte

le altre attuali attività e relazioni della sua vita: come ad esempio quando egli durante la cura sceglie un oggetto sessuale, si assume un compito o dà corso a una iniziativa.

Il passaggio all'atto non è solo in relazione al ricordo e alla ripetizione ma ha anche significati e funzioni che fanno sì che una mera classificazione e differenziazione tecnica risulti insufficiente. Per questo Laplanche e Pontalis (1967) hanno raccomandato di riconsiderare le teorie psicoanalitiche dell'azione e della comunicazione, che secondo noi dovrebbero includere le seguenti tematiche: controllo e abreazione di affetti e impulsi; passaggio all'atto cieco e azione intenzionale; scarica motoria e azioni altamente organizzate come il gioco e la rappresentazione scenica, la strutturazione di relazioni, gli sforzi creativi e altri modi di risolvere i conflitti e le tensioni attraverso processi diversi e complessi di movimento e di azione; passaggio all'atto inteso quindi come risultato e soluzione delle possibilità di difesa e di adattamento comprese nel repertorio di un individuo in relazione con il proprio ambiente.

C'è un gran numero di condizioni inconscie che possono rafforzare la tendenza al passaggio all'atto: ad esempio traumi precoci accompagnati da una scarsa capacità di simbolizzazione, visto che la memoria e il ricordo rientrano nell'ambito dell'acquisizione di simboli verbali, che a loro volta portano a una struttura utilizzabile dell'apparato dei ricordi (Blos, 1963). Disturbi nel senso di realtà, la sensibilizzazione visiva, fissazioni al livello di «magia dell'azione», sono diversi tipi di condizioni che mettono l'accento sul linguaggio dell'azione piuttosto che su quello verbale. Nello stesso tempo le fantasie e le azioni sono mezzi preverbal di comunicazione e di soluzione di problemi.

Le azioni possono produrre un sentimento immediato e forte di cambiamento del Sé, più di quanto lo possano le parole; resta inoltre più consistente la possibilità di influenzare la realtà esterna e il mondo degli oggetti. Il passaggio all'atto può avere la funzione di dominare le tensioni e di produrre o restituire il sentimento di realtà. E infine costituisce una possibilità di utilizzare il mondo esterno ricavandone un piacere non finalizzato (*ibid.*).

Il passaggio all'atto può essere un'arma al servizio della difesa di fronte a desideri di passività e alle angosce a essi associate, ma anche al servizio dell'annullamento di vissuti di impotenza e di abbandono traumatico. Blos (1963) descrive il passaggio all'atto come una soluzione comune e adeguata ai problemi di separazione nell'adolescenza; l'impoverimento dell'Io che risulta dal ritiro della libido dagli oggetti genitoriali è compensato dall'investimento esagerato sul mondo esterno e dalle possibilità di interazione con esso (in cui naturalmente vengono collezionate nuove e importanti esperienze). Questa esperienza, a nostro avviso, è illuminante sia riguardo al ruolo del passaggio all'atto nelle separazioni sia riguardo al progredire dello sviluppo e al conseguente accomiatarsi dal passato. La relazione tra passaggio all'atto e conflitti di separazione è stata anche sottolineata da Grinberg (1968) e Zac (1968).

La lista dei significati e delle funzioni del passaggio all'atto potrebbe continuare all'infinito. Ciò mette in rilievo le sue molteplici sfaccettature di significato e la difficoltà di una definizione dal punto di vista della tecnica psicoanalitica. Boesky (1982, p. 52) ha proposto, per questo motivo, di parlarne solo nel contesto della ripetizione e della rielaborazione. Noi abbiamo riportato i suoi diversi significati perché crediamo che una sua comprensione differenziata renda possibile la sua accettazione e integrazione, sia all'interno che all'esterno della situazione analitica, permettendo in questo modo l'accesso all'elaborazione terapeutica. Ciò permette anche di limitare il significato negativo ai comportamenti che hanno conseguenze fundamentalmente distruttive e che sono al servizio del diniego e della confusione o che minacciano seriamente la cooperazione terapeutica. Il solo fatto che si tratti di un processo che grava sulla capacità e sulla tolleranza dell'analista non dovrebbe portare di per sé a una valutazione negativa. Quindi è secondario se tale modo di comportarsi e tali reazioni siano abituali o accidentali nel singolo caso.

Per esprimere il concetto dal punto di vista della tecnica di trattamento, possiamo dire che sono le interpretazioni, e non le valutazioni e le regole, ciò che dovrebbe essere il mezzo primario per mantenere il passaggio all'atto entro i limiti del transfert e al servizio della resistenza, in modo che sia possibile un processo terapeutico fruttuoso.

Per ragioni pratiche e prescrittive, Freud (1915-17, p. 201) stabilì che «nel trattamento analitico non si procede a nient'altro che a uno scambio di parole tra l'analizzato e il medico». La *parola* è il segno di riconoscimento del trattamento psicoanalitico. Per determinati motivi teorici, Freud pensava che lo scopo della posizione distesa sul lettino fosse quello di limitare al massimo le possibilità espressivo-motorie del vissuto e del comportamento: limitando il movimento egli intendeva interrompere la scarica verso l'esterno e incrementare la pressione verso l'interno, per poter così facilitare il *ricordo*. L'*astinenza* e la *frustrazione* dovevano aumentare la pressione interna, così da ravvivare i ricordi retroattivi.

Dal momento che la regressione promuove l'attività della fantasia, il risultato è una certa inclinazione al passaggio all'atto, alla ripetizione agita, che si oppone all'esigenza di verbalizzare e di rappresentare le azioni sotto forma di pensiero. Sentimenti infantili, conflitti e fantasie vengono ripetuti nel transfert, ma si suppone che l'Io dell'analizzando abbia una capacità sufficientemente matura di verbalizzazione e di introspezione; si tratta di condizioni che determinano l'andamento e la vitalità dell'analisi. Anche l'aumento della tensione (l'incremento della tensione che risulta, a causa dell'astinenza e della frustrazione, dalla limitazione nella sfera dell'azione) facilita l'utilizzo di modalità espressive regressive (scarica, adattamento, difesa). Dal momento che

la comunicazione mimica, quando il paziente è sdraiato, è impedita, e manca anche il contatto visivo, la parola resta il mezzo di comunicazione fondamentale. Tuttavia non si tratta di un sostituto totalmente efficace delle tendenze repressive o inibite. Blum (1976) parla, in particolare, di vissuti preverbali, che, come avviene per certi affetti, sensazioni e stati d'animo, non possono essere espressi adeguatamente per mezzo delle parole.

La conclusione finale è quindi che non ci può essere analisi senza un certo grado di passaggio all'atto (Rosenfeld, 1965). È impossibile che tutti gli aspetti dell'esperienza (e della nevrosi) vengano espressi verbalmente. Boesky (1982) considera l'agire come il potenziale di attualizzazione inerente alla nevrosi di transfert.

Lo scetticismo che, nonostante tutto, continua a esistere rispetto al passaggio all'atto dovrebbe essere messo in relazione, quindi, con la scoperta e la descrizione di questo fenomeno nel caso di Dora, e in particolare con l'interruzione del trattamento da parte della paziente. Vorremmo rivolgere ora la nostra attenzione a tale descrizione, per poter poi illustrare i punti di vista attuali. L'analisi di Dora durò, nel 1900, undici settimane.

In principio era chiaro che nella sua fantasia Dora mi sostituiva al padre, cosa concepibile anche in vista della differenza di età tra lei e me. Essa anche coscientemente mi paragonava sempre al padre, cercava ansiosamente di accertarsi s'io fossi veramente sincero con lei o non facessi invece come il padre che, diceva, «preferiva sempre i segreti e le vie traverse». Quando poi sopravvenne il primo sogno, in cui essa si persuadeva a lasciare la cura come, a suo tempo, la casa dei K., anch'io avrei dovuto esser messo sull'avviso e dirle: «Adesso Lei ha compiuto una traslazione dal signor K. a me. Ha notato qualcosa che le potrebbe far pensare a cattive intenzioni da parte mia, analoghe (direttamente o in forma sublimata) a quelle del signor K.? O l'ha colpita qualcosa in me, è venuta a sapere qualcosa di me che ha fatto convergere su me la Sua inclinazione, come già sul signor K.?» La sua attenzione si sarebbe portata allora su qualche particolare delle nostre relazioni, relativo alla mia persona o al mio ambiente, che avrebbe fatto schermo a qualcosa di analogo, ma di assai più importante, riguardante il signor K.; e lo scioglimento di questa traslazione avrebbe reso accessibile all'analisi nuovo materiale, probabilmente composto da ricordi reali. Ma io trascurai questo primo avvertimento, mi dissi che c'era ancora tempo, dato che non si vedevano altri progressi della traslazione e che il materiale dell'analisi non era ancora esaurito. La traslazione poté quindi cogliermi alla sprovvista; a causa di un ignoto fattore per cui le ricordavo il signor K., la paziente si vendicò su di me come aveva voluto vendicarsi di lui e mi lasciò come egli stesso, secondo lei, l'aveva ingannata e lasciata. In tal modo ella *mise in atto* una parte essenziale dei suoi ricordi e delle sue fantasie, invece di riprodurla nella cura. Quale fosse questo fattore ignoto non posso naturalmente sapere; penso avesse a che vedere col danaro, o che fosse gelosia per un'altra mia paziente rimasta in rapporti dopo la guarigione con la mia famiglia. Quando si riesce a incorporare a tempo la traslazione nell'analisi quest'ultima diviene più lenta e meno chiara, ma meglio garantita da resistenze improvvise e invincibili. (Freud, 1901, pp. 398 sg.)

Se consideriamo la descrizione di Freud dell'agito di Dora in base alle nostre conoscenze attuali, notiamo che Freud era disposto ad aspettare con pa-

zienza, per via dell'ipervalutazione delle tracce mnestiche inconse, a dispetto del significato dei fattori precipitanti del transfert nella situazione analitica: una scelta che in questo caso ebbe conseguenze negative. Dopo l'interruzione dell'analisi, Freud cercò di fare autocritica: o la paziente aveva notato qualcosa *in lui* che l'aveva resa diffidente, come era successo con il signor K., o forse *lui* le aveva ricordato qualcosa che aveva suscitato il suo affetto, come era successo precedentemente per il signor K.

La rielaborazione retrospettiva e catamnestiche del caso di Dora (Deutsch, 1957; Erikson, 1964; Kanzer, 1966) permette di ipotizzare che il passaggio all'atto di Dora fosse stimolato dalla situazione, cosa che Freud sottolineò in seguito, anche se nel 1905 non aveva ancora tratto alcuna conclusione dall'accaduto.

Freud ricercava le fantasie sessuali di questa ragazza isterica, che si era ammalata dopo due tentativi di seduzione da parte del signor K. Cercò di indagare sulla «verità» inconscia delle sue fantasie (in ultima analisi incestuose). I ricordi di Dora sembravano confermare tali supposizioni riguardo al suo eccitamento e alle molteplici sensazioni causate dal suo violento rifiuto dei tentativi di seduzione.

Dora però era occupata con un'altra verità: voleva infatti dimostrare la mancanza di sincerità di suo padre e di coloro che le stavano intorno. Il padre aveva una relazione segreta, ma nota a Dora, con la moglie del signor K., che Dora sicuramente conosceva, e nel fissare un appuntamento per sua figlia nello studio di Freud aveva affermato che Dora si era inventata la scena con il signor K. Lidz e Fleck (1985) hanno reinterpreted la storia clinica di Dora dal punto di vista della dinamica familiare. Ai rapporti puramente umani, sociali, familiari non fu posta da Freud l'attenzione dovuta, contrariamente a come egli era solito fare, come hanno rilevato Lidz e Fleck: Freud sottovalutò le conseguenze delle complicate relazioni familiari di Dora, nella sua vita e nella sua malattia. Ad esempio, nella storia clinica Freud non considerò che il padre di Dora aveva infranto ripetutamente la barriera generazionale, in primo luogo usando la figlia al posto della moglie e poi usandola come mezzo per distrarre il signor K., marito della sua amante. Lidz e Fleck si posero altre domande rispetto al concetto di barriera generazionale, giungendo a concludere che i genitori di Dora, in collusione con il signore e la signora K., avevano violato più volte tale barriera.

Erikson ha così sintetizzato il fatto che Dora e Freud fossero sulle tracce di due verità diverse (1962, pp. 455 sg.):

Quando Freud constatò l'incapacità della paziente ad accettare la sua versione della verità, egli pensò in primo luogo all'azione di tensioni pulsionali represses ma certamente notò anche che Dora stessa era alla ricerca di una sua verità. Prese così atto della cosa e comunicò alla paziente: «Niente la può far arrabbiare come quando qualcuno pensa che lei si sia inventata la scena» e

«che cercava preoccupata di comprendere se io ero totalmente sincero con lei». E infatti la ragazza aveva buone ragioni per avere il sospetto che tutta la generazione più vecchia cospirasse contro di lei. In fondo non era stato suo padre a chiedergli che la facesse tornare alla ragione? Freud doveva far sì che sua figlia smettesse di parlare dei tentativi di seduzione del signor K. Il padre aveva un buon motivo per desiderarlo: qui arriviamo al sospetto di uno scambio erotico che poi si ritorse contro la sua famiglia. Dal momento che la moglie del signor K. era la sua amante, egli sembrava pronto a ignorare le attenzioni del signor K. verso sua figlia, se quest'ultimo fosse stato disposto a chiudere un occhio. Dora senza dubbio era innamorata del signor K., che secondo Freud era un uomo decisamente di bell'aspetto. Ma mi chiedo quanti di noi oggi non coglierebbero una contraddizione nell'affermazione di Freud che una ragazza sana e giovane in tali condizioni dovrebbe sentire le attenzioni del signor K. «sia prive di tatto che offensive». La modalità e la serietà della reazione patologica di Dora la trasformano nella tipica isterica del suo tempo; ma il motivo per cui si ammalò e la mancanza di motivazione a guarire sembrano riguardare le condizioni dello sviluppo giovanile, e in particolare conflitti sessuali (anche se li comprendono), che allora erano il fulcro delle ricerche di Freud.

Il resoconto di Freud ci mostra quindi che Dora non cercava solo di sapere che cosa le accadeva, ma voleva anche un riconoscimento ufficiale della realtà storica, mentre egli era più interessato alla realtà psichica che si nascondeva *dietro* la verità storica, dal momento che secondo il suo punto di vista solo il conflitto tra amore e distacco poteva spiegare l'essenza dei suoi sintomi.

Evidentemente a Dora interessava la propria autostima e la sua realizzazione. Bloss (1963), sulla base delle sue esperienze con gli adolescenti, scrisse che l'agito ha una funzione importante nei casi in cui la realtà è stata nascosta al bambino in maniera traumatica. Il passaggio all'atto allora servirà a ristabilire il senso di realtà. Purtroppo, però, quando un trattamento è stato interrotto è impossibile elaborare la funzione dell'agire. Il brano sopra riportato mette in rilievo che, se si fosse preso in seria considerazione l'interesse di Dora, si sarebbe ridotto il rischio di passaggio all'atto o di interruzione del trattamento. Un errore di atteggiamento, cioè di focalizzazione del caso, era all'origine dell'agito. In questa particolare situazione, che Freud osserva retrospettivamente in un'ottica autocritica, il suo errore fu un'insufficiente attività di interpretazione.

Quali conclusioni trasse *Freud* dal momento terapeutico che precedette il passaggio all'atto di Dora, cioè la sua assenza non annunciata? Dora lo aveva ascoltato, evitando le sue solite osservazioni, quando Freud cercò di interpretare a un livello più profondo il tentativo di seduzione da parte del signor K. e la sua rabbia perché questa scena era stata considerata immaginaria: «Adesso so che cosa Lei non vuole che le venga ricordato: che Lei si era immaginata che la corte del signor K. fosse una cosa seria e che egli non avrebbe desistito finché Lei non l'avesse sposato. Dora (...) sembrava commossa; col tono più amabile, si congedò facendomi i più calorosi auguri di buon anno e... non ritornò più» (1901, p. 391). Freud ricollegò la rabbia di Dora al fatto che si fosse sentita scoperta nel suo desiderio segreto, quando egli aveva parlato di scene immaginate.

Dora, nel 1900, era una ragazza di diciotto anni in fase di separazione ado-

lescenziale, che si trovava in un periodo del suo sviluppo in cui oggi diremmo che il passaggio all'atto (includere le interruzioni del trattamento) non è raro, e ha una funzione evolutiva importante simile alle azioni di prova. Tuttavia è certo che l'interruzione del trattamento dev'essere considerata diversa da una forma di passaggio all'atto che non minaccia la collaborazione terapeutica e che non è al servizio del diniego.

Resta ancora da stabilire, quindi, se l'interruzione del trattamento debba essere ritenuta, in alcune circostanze, un tipo di passaggio all'atto che rappresenta per il *paziente* una possibilità di azione adeguata (e non solo di attualizzazione di un conflitto inconscio). Dora chiese un anno dopo una consultazione per via di una «nevralgia facciale», ma non cambiò la decisione di interrompere il trattamento. Comunque, ufficialmente, vi pose termine: «Ella si ripresentò da me per completare la sua storia» (Freud, 1901, p. 400), e comunicò a Freud ciò che era sufficiente perché lui traesse le sue conclusioni e noi, oggi, le nostre. Per la diciottenne Dora sembra essere stata una decisione importante quella di non continuare il trattamento ma di chiarire invece i suoi obiettivi consci.

Sono soprattutto le *conseguenze* di un'azione quelle che la trasformano in un agito *indesiderato*, che esse siano premeditate (inconsciamente) o meno. Le conseguenze sono anche la ragione della tipica raccomandazione, una volta piuttosto frequente, che l'analizzando non prenda nessuna decisione che possa modificare il corso della propria vita durante l'analisi (Freud, 1914a). In analisi brevi, che durano solo alcuni mesi, può aver senso la raccomandazione di tenere in sospenso decisioni importanti, quando ciò non vuol essere altro che un'esortazione alla riflessione. Oggi, un'ingerenza di questo tipo è sospetta. In ogni caso è indispensabile che si tenga conto delle conseguenze di tali suggerimenti diretti o indiretti al paziente. Le regole che furono stabilite per contrastare il passaggio all'atto possono avere un effetto opposto e dare origine, all'esterno o all'interno della situazione analitica, a comportamenti sostitutivi motivati inconsciamente, difficili da tenere sotto controllo. In questo modo l'accadimento analitico si allontana inevitabilmente dal conflitto di transfert e dagli elementi scatenanti indipendenti, che risultano dalla relazione psicoanalitica attuale (per esempio la delusione di Dora nei confronti di Freud) e acquisiscono un significato ancora più pregnante.

Sulla base della sua concezione teorica Freud doveva assumere che l'agire fosse in stretta relazione con la ripetizione; così trascurò la sua osservazione autocritica sulla genesi attuale della delusione e del passaggio all'atto nella relazione tra lui e Dora. Oggi siamo più attenti perché sappiamo che la concezione teorica (emotività e azione motoria precedono il pensiero) si oppone al modello della tecnica di trattamento (priorità del ricordare). Da ciò deriva che un prolungamento dell'analisi può favorire una regressione in cui predominano modalità di comunicazione preverbal, non verbali e di azione. Nella storia

della tecnica psicoanalitica questa tensione ha avuto l'occasione di venire a galla nella discussione sulla funzione terapeutica dell'esperienza e del ricordo, a partire dal libro di Ferenczi e Rank (1924) e dal «nuovo inizio» di Balint (1934), arrivando fino ai giorni nostri (Thomä, 1983a, 1984).

Grazie all'accento posto sulla ripetizione nel transfert e sulla sua risoluzione attraverso l'interpretazione, venne trascurato il lato innovativo e creativo del passaggio all'atto (in particolare nella situazione psicoanalitica). Queste importanti componenti furono descritte da Balint nell'ambito del «nuovo inizio», che storicamente segnò l'ingresso del passaggio all'atto nella ricerca teorica (anche se con altro nome).

Disattendere il lato innovativo può portare il paziente a vedersi involontariamente forzato a passaggi all'atto «ciechi», al di fuori dell'analisi. È fuor di dubbio che «è per noi oltremodo indesiderabile che il paziente, al di fuori della traslazione, “agisca” anziché ricordare; la condotta ideale, dati i nostri scopi, sarebbe che egli, al di fuori del trattamento, si comportasse nella maniera più normale possibile, manifestando soltanto nella traslazione le sue reazioni anomale» (Freud, 1938, p. 604). Quando però il passaggio all'atto nella situazione psicoanalitica, e in particolare nel transfert, precede l'atto di ricordare e, da un punto di vista genetico, risale a strati più antichi, si può arrivare al ricordo solo in un secondo momento, altrimenti mancherà, nell'analisi, la profondità affettiva. Nella situazione analitica risulteranno quindi dominanti le ricostruzioni razionali, mentre il passaggio all'atto e le emozioni saranno più presenti all'esterno.

Zeligs (1957) indica con il termine *acting-in* tutte le comunicazioni non verbali che si verificano all'interno dell'analisi. Se si impongono limitazioni all'*acting-in* (il che si può ottenere con il processo di comprensione e di interpretazione e con una tecnica e un atteggiamento adeguati) è possibile incorporarlo più facilmente nell'interpretazione, cosa che, invece, non succede con il passaggio all'atto (*acting-out*) al di fuori dell'analisi; in questo modo si arriva all'insight e quindi al cambiamento. L'agito assomiglia così al cambiamento che Balint aveva definito «nuovo inizio». Mentre la connotazione negativa del passaggio all'atto venne associata, su un piano teorico, alla ripetizione, che si supponeva dovesse essere superata con il ricordo e l'insight, è chiaro adesso che, da un punto di vista pratico, l'agire *nella* situazione analitica (*acting-in*) non solo è inevitabile, ma perfino auspicabile. Nel trattamento avviene molto di più che «uno scambio di parole»: la comunicazione non verbale si verifica nonostante le limitazioni che le regole impongono alla sfera dell'azione. Quindi non è solo con i pazienti gravemente regrediti che l'analista deve «accettare il passaggio all'atto nella situazione analitica come uno strumento di comunicazione» (Balint, 1968, p. 306). I vantaggi peculiari del metodo psicoanalitico interpretativo non corrono alcun pericolo se le condizioni del dialogo si strutturano in modo che l'analista esprima la sua comprensione nei confronti dell'agito. Il fatto che Eissler (1950) pensasse che alcune modificazioni sono inevitabili, se

servono al cambiamento strutturale, mette in rilievo l'ampiezza dello spazio di manovra possibile.

I diversi modi di strutturare l'atmosfera del setting analitico e del dialogo verbale, siano essi rigidi o flessibili, vanno studiati in rapporto alle conseguenze che ne derivano. La privazione raggiunge, nella tecnica neoclassica pura dello specchio, un'intensità particolare. Secondo la teoria, in tal modo dovrebbero affiorare ricordi particolarmente fruttuosi. Spesso succede esattamente il contrario: l'agito antiterapeutico assume proporzioni preoccupanti. Limitare la comunicazione psicomotoria e sensoriale allo scambio verbale con una persona fuori dal contatto visivo e nascosta nell'anonimato, è contrario alla natura umana. I modi di autorappresentarsi sono legati a feedback positivi e negativi emotivamente modulati, e di solito coinvolgono tutti i sensi e le percezioni subliminali. Non si può negare che sopravvalutare il ricordo e trascurare le sensazioni legate all'Io corporeo, che si possono anche avvertire sul lettino, ad esempio la voglia di muoversi, stimoli il passaggio all'atto *maligno*. In tale agito, sia all'interno che all'esterno della situazione analitica, vengono ricercate dal paziente quelle sensazioni del Sé corporeo che non sono state riconosciute né nominate. Esse restano strettamente legate al ricordo e alla «partecipazione al discorso» dei sintomi corporei (Freud, 1892-95, p. 431). La scissione teorica tra ricordare e agire ha spezzato questo legame originario da un punto di vista teorico. Dal momento che il passaggio all'atto comprende esperienze corporee, è logico che questo termine venga usato per descrivere il comportamento non verbale e non riflessivo.

La connotazione negativa dell'agire è troppo forte per poter essere arginata con un aggettivo correttivo (ad esempio, l'agito *benigno*). Il passaggio all'atto positivo dovrebbe essere il benvenuto, da un punto di vista terapeutico. È però improbabile che la maggior parte degli analisti possa rispondere «sì» alla domanda: «Per lei è desiderabile il passaggio all'atto?» Da ciò si deduce che questo concetto occupa un posto ben definito, che non può essere cambiato utilizzando semplicemente un aggettivo qualificativo. Abbiamo già parlato dei fondamenti teorici e tecnici di questo atteggiamento negativo, cioè del motivo per cui molti analisti hanno paura del passaggio all'atto. Secondo noi uno dei motivi fondamentali di tale valutazione deriva dal fatto che il comportamento agito, con le sue caratteristiche impulsive, complesse, corporee e regressive che talvolta derivano da motivazioni inconscie difficili da cogliere, colloca l'analista, come persona e come ruolo, di fronte a esigenze notevoli. Perciò è necessario che gli analisti facciano una valutazione realistica della loro competenza e mantengano un sentimento di sicurezza nella situazione terapeutica. Un aspetto di ciò è la necessità dell'analista di avere una visione globale di quello che sta succedendo nell'analisi, con una determinata limitazione del numero delle variabili e delle possibilità di espressione nell'incontro analitico. Questa visione è un presupposto del trattamento, a cui il paziente ha diritto.

Probabilmente l'accettazione e l'utilizzazione del passaggio all'atto nella situazione analitica, e quindi la possibilità di trovare nuove soluzioni, dipende in particolar modo dalla capacità e dalla flessibilità con cui l'analista comprende e considera non solo il passato psicopatogeno ma anche il presente della relazione analitica: la capacità di essere aperti ai fenomeni dell'incontro attuale, alle forme di comportamento, rappresentazioni e sensazioni presenti nel «qui e ora», che sono più difficili da esprimere a parole di quanto lo siano le ripetizioni del passato. Seguendo il principio di porre attenzione alla dinamica attuale e agli affetti e rappresentazioni più prossimi ai vissuti, si può riuscire a riconoscere meglio il passato per rendere il presente «più presente», cioè più libero.

8.7 *La rielaborazione*

Già negli *Studi sull'isteria* la rielaborazione occupa un posto di tutto rilievo nella pratica di Freud. La rielaborazione terapeutica si fonda sulla determinazione multipla dei sintomi e sul «restringimento della coscienza»: «Nella coscienza dell'Io può entrare soltanto un unico ricordo alla volta; il paziente, occupato nell'elaborazione di questo solo ricordo, non vede nulla di quel che incalza e dimentica quello che è già passato» (Freud, 1892-95, p. 427). Il procedimento terapeutico fu già allora concepito in modo causale: quando i ricordi patogeni e gli affetti corrispondenti accedono alla coscienza e vengono rielaborati, i sintomi da essi dipendenti dovrebbero definitivamente sparire. L'oscillazione dell'intensità dei sintomi durante la terapia e la loro risoluzione definitiva furono spiegate dal lavoro di accesso al processo di elaborazione dei ricordi patogeni, verso i quali è diretta la resistenza ad associare. Non è sufficiente l'emergere di un singolo ricordo o la singola abreazione di un «affetto strozzato» o come diremmo oggi un insight del paziente su una connessione inconscia: «In forza dei molti collegamenti causali esistenti, ogni *rappresentazione patogena* non ancora superata funziona da motivo per *tutte le creazioni della nevrosi* e solo con l'ultima parola dell'analisi scompare l'intero quadro morboso» (*ibid.*, p. 434; corsivo nostro). Le rappresentazioni patogene causano sempre nuove resistenze ad associare, e il processo di elaborazione, penetrando passo dopo passo il nucleo patogeno, toglie terreno sotto i piedi ai sintomi e porta finalmente all'abreazione: così Freud descrisse, in un primo momento, il processo terapeutico. Egli doveva in seguito mettere in rilievo la rielaborazione, anche nel titolo, in *Ricordare, ripetere e rielaborare* (1914a), dove tuttavia non dedicò che una pagina a questo problema tecnico, che fino a oggi non ha trovato una soluzione soddisfacente (Sedler, 1983).

Le discussioni attuali e le nostre proposte di soluzione ruotano intorno ad alcuni interrogativi, che risulteranno più chiari se rileggeremo alcuni brani di Freud. Si dimostrò un errore credere che fosse sufficiente dare un nome a una resistenza perché questa scomparisse (1914a, p. 361):

Si deve lasciare all'ammalato il tempo di immergersi nella resistenza a lui ignota, di *rielaborarla*, di superarla persistendo, a dispetto di essa, nel suo lavoro che si attiene alla regola psicoanalitica fondamentale. Solo quando la resistenza è giunta a tale livello è possibile scoprire, in collaborazione con l'analizzato, i moti pulsionali rimossi che la alimentano; il paziente può infatti rendersi conto dell'esistenza e della potenza di questi moti in base a quanto è venuto sperimentando.

Il lavoro comune porta quindi al punto più alto della resistenza, proprio dove la rielaborazione diventa «la parte del lavoro che produce i maggiori mutamenti nel paziente e che differenzia il trattamento analitico da tutti i trattamenti di tipo suggestivo» (*ibid.*).

Una volta scoperto che non bastava dare un nome alle resistenze ma che solo una penosa rielaborazione poteva portare a cambiamenti duraturi, molte cose restarono inspiegate, sebbene Freud stesso e innumerevoli analisti suoi seguaci se ne fossero occupati. Esiste un chiaro postulato causale: se le resistenze vengono veramente rielaborate, allora i sintomi devono cadere, come frutti maturi dall'albero della conoscenza. Al loro posto non deve però crescere nessuna ramificazione sintomatica nuova. Si vorrebbe sapere in maniera più precisa in che cosa consiste l'azione modificatrice della rielaborazione. Nel caso che non si confermasse la prognosi con fondamento causale, sarà necessario chiarire e verificare nella terapia i seguenti problemi teorici: come la mettiamo con il «lavoro comune»? Quanto ha contribuito l'analista a superare le resistenze? In definitiva la rielaborazione è un problema esclusivo del paziente? Qual è la relazione tra rielaborazione, da un lato, e vissuto, abreazione e, specialmente, insight dall'altro? E dove avviene? Solo nella situazione terapeutica o anche fuori di essa? Dentro e fuori: questa contrapposizione indica forse che la rielaborazione si riferisce alla trasformazione dell'insight e della conoscenza di sé nell'agire pratico e nei cambiamenti comportamentali? La nostra lista (incompleta) di domande evidenzia il fatto che ci troviamo nel nucleo della pratica psicoanalitica e della sua teoria dell'azione terapeutica, il che vuole anche dire cercare di comprendere i propri fallimenti per migliorare la pratica.

I progressi nella teoria e nella pratica non vanno sempre avanti di pari passo, come emerge dalla storia della rielaborazione. Ciò si ricollega ai tentativi di Freud di chiarire il *fallimento* della rielaborazione, vale a dire i fallimenti terapeutici. Abbiamo riservato spazio a questa discussione nell'intento di conferire plausibilità alle soluzioni che si propongono oggi. Anche se la rielaborazione terapeuticamente efficace si riferiva, agli inizi, alla ripetizione di antiche fissazioni alla loro «riedizione» nel transfert (Freud, 1914a), in seguito Freud attribuì il fallimento alla *resistenza dell'inconscio* (1925b, p. 305). Abbiamo già parlato (vedi sopra, 4.4) di questa forma di resistenza, della spiegazione speculativa di Freud della coazione a ripetere e del perché tali speculazioni rendano più difficile la comprensione psicologica profonda della rielaborazione, come Cremerius ha mostrato in modo convincente (1978). La natura conservatrice delle pulsioni, la «viscosità» (1915-17), l'«inerzia» (1914d) o la «scarsa mobi-

da paura e malessere, è importante che si creino condizioni favorevoli per il cambiamento nella situazione terapeutica (lasciando stare le condizioni della genesi cioè il contesto della scoperta). Così lo sviluppo di alcune teorie ha influenzato unilateralmente la tecnica analitica, limitandone l'ambito di applicazione. Per esempio, la rielaborazione, contrariamente all'impostazione iniziale e nonostante la sua funzione integrativa, venne spesso trascurata: «La cura consiste in due parti: ciò che il medico arguisce e dice al malato, e l'*elaborazione* da parte del malato di ciò che ha udito» (Freud, 1910a, p. 198; corsivo nostro). Quindi non basta ascoltare e parlare. Si tratta di agire. La rielaborazione si colloca nel punto di intersezione tra l'interno e l'esterno e ha una funzione integrativa. Ogni volta che si trascura uno dei due punti di vista, si rende più difficoltosa l'integrazione tra le «connessioni strappate» al paziente (A. Freud, 1936).

Là dove Freud credeva di poter imputare alla «resistenza dell'Es» il fallimento della terapia, oggi noi possiamo, con grandi vantaggi pratici, utilizzare gli sviluppi successivi della sua idea alternativa sul significato della ripetizione nel gioco, nel senso di padronanza, grazie a Loevinger (1966), White (1959, 1963) e G. Klein (1976, p. 259). L'idea alternativa di Freud (1925b, p. 312) risulta dalla seguente citazione:

L'Io, che ha vissuto passivamente il trauma, ripete ora attivamente una riproduzione attenuata dello stesso, 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 giuoco; attraverso questo modo di passare dalla passività all'attività egli cerca di padroneggiare psichicamente le impressioni della sua vita.

Klein ha commentato l'idea alternativa di Freud nel modo seguente: nell'individuo permane l'intenzione inconscia di trasformare un evento vissuto in maniera passiva, sentito come estraneo al Sé, in uno vissuto invece attivamente. Tali eventi sono traumatici, causano ansia e portano alla rimozione. Di fronte alla rimozione i tentativi di autocura falliscono, perché non possono essere percepiti gli effetti retroattivi delle intenzioni inconse. Noi riteniamo che l'aiuto interpretativo dell'analista nella rielaborazione consista nel fatto che il paziente impara a controllare e a percepire le intenzioni inconse delle sue azioni e dei suoi comportamenti. Per Klein, d'accordo con Erikson, questa *padronanza* non costituisce una necessità particolare e indipendente che si sforza di essere soddisfatta, ma un'esperienza del Sé, che viene vissuto come colui che inizia un'azione. Ed è proprio così che lo schema del Sé si differenzia, secondo la struttura dei processi di assimilazione e accomodamento e gli altri processi di apprendimento descritti da Piaget.

Anche nella tavola rotonda della American Psychoanalytic Association del 1964 (Schmale, 1966), dedicata al tema della rielaborazione, furono presi in esame i punti di vista della teoria dell'apprendimento, di cui parlermo in seguito (vedi oltre, 8.8).

Una concezione più ampia della teoria e della pratica fa sorgere la domanda sul rapporto che può esistere tra l'analisi delle resistenze e l'insight. Fenichel (1941) e Greenacre (1956) hanno descritto la rielaborazione come analisi delle resistenze intensiva e concentrata. Greenson, nella sua definizione di rielaborazione, riservò una posizione centrale all'insight e al cambiamento, come emerge con chiarezza dalla citazione seguente (1965, p. 204):

Non consideriamo il lavoro analitico come rielaborazione, prima che il paziente prenda coscienza [insight] di certi atteggiamenti, lo facciamo solo dopo che è stato raggiunto un certo grado di comprensione profonda [insight]. Scopo dell'elaborazione è quello di rendere efficace la presa di coscienza [insight], nel senso cioè di produrre nel paziente mutamenti significativi e durevoli. Assumendo la presa di coscienza [insight] come problema centrale, possiamo distinguere tra quelle resistenze che l'ostacolano, e quelle che le impediscono di produrre mutamenti. Il lavoro analitico centrato sul primo tipo di resistenze è il lavoro analitico vero e proprio; non ha una designazione particolare. L'analisi di quelle resistenze che impediscono la presa di coscienza [insight] costituisce il lavoro dell'elaborazione. Sia l'analista sia il paziente contribuiscono a questo lavoro.

Questa concezione della rielaborazione chiarisce alcune difficoltà tecniche. Il suo valore esplicativo consiste nel fatto che rende possibile comprendere l'*efficacia* o il *funzionamento a vuoto* del processo circolare (insight, beneficio terapeutico, cambiamento dell'Io, nuovo insight) descritto da Kris (1956a,b). Ma non si tratta sempre di un movimento positivo a spirale. L'insight non si trasforma automaticamente in cambiamento. Come scrive Freud (1926b, p. 391), «se un processo pulsionale ha seguito per decenni una determinata strada e deve ora percorrere una nuova via che gli venga aperta, possiamo pure immaginarci che ciò non possa compiersi senza determinate difficoltà». Lasciare la strada vecchia per quella nuova, cioè separarsi e prendere commiato: questo aspetto della rielaborazione suggerisce il confronto con il processo di lutto.

Fenichel (1941), Lewin (1950) e Kris (1951, 1956a,b) hanno messo in rilievo le differenze e le somiglianze tra il lutto e la rielaborazione. Pensiamo che le differenze tra i due processi siano maggiori di quanto pensava Stewart (1963), quando osservava che il lutto deve portare ad accettare la perdita dell'oggetto d'amore, mentre l'obiettivo della rielaborazione è di cambiare le forme e le mete della gratificazione con altre nuove. Anche in occasione di una perdita reale, il tempo contribuisce a cicatrizzare la ferita, e il dialogo con il morto si trasforma nel processo conscio e inconscio del lutto.

I processi nevrotici sono diversi; spesso non vengono interrotti dal mero insight, perché, sulla base di condizioni intrapsichiche, si possono cercare e trovare nel mondo esterno sempre nuove conferme delle disposizioni che provengono dall'inconscio. In questo modo si stabilizzano i sintomi al di fuori del trattamento, nonostante ci sia stato un insight durante la seduta, sempre secondo i vecchi schemi inconsci. Con Ross (1973, p. 334) sottolineiamo il fatto che la rielaborazione non avviene solo nella situazione analitica.

La divisione, o per meglio dire la scissione fra insight e azione, fra dentro e

fuori, può diventare ancora più facile quando l'analista si limita a interpretare il transfert o considera la rielaborazione, fondamentalmente, come parte finale del trattamento. Waelder (1960, pp. 224 sg.) ha sottolineato che il lutto e la rielaborazione durano, in generale, uno o due anni. Se si considera ogni passo insignificante sullo sfondo della separazione e della perdita, anche il paziente rimanderà la rielaborazione all'ultimo anno di lutto e di commiato dall'analisi, invece di considerarla un compito continuativo. Come esempio di rielaborazione nella fase finale Waelder riporta l'osservazione autosuggestiva di un paziente (p. 213): «Dovrei smettere di comportarmi così come ho fatto finora e fare pace con me stesso.» Le cose non vanno bene per la rielaborazione se alla fine ciò che resta è solo una dichiarazione di buona volontà.

Lo scopo della rielaborazione è far sì che l'insight divenga efficace. Perciò siamo particolarmente interessati a quei casi in cui l'insight non va oltre le buone intenzioni, cioè a quei pazienti che non riescono a far pace con sé stessi. Perché l'insight raggiunto grazie all'analisi delle resistenze non porta ai cambiamenti cercati e perseguiti dal paziente? Ci sono molte risposte a questa domanda, di cui una buona parte verte sul fatto che probabilmente l'insight non è andato sufficientemente in profondità o è mancata la forza persuasiva, che non è stata raggiunta con interpretazioni nell'ambito di una relazione di transfert intensa.

Balint ad esempio (1968) ritiene che la rielaborazione faccia parte delle interpretazioni della resistenza, e che sia possibile solo in quei pazienti che si possono raggiungere con la parola. Solo che non tutti sono disposti ad accettare la scissione tra l'interscambio verbale e la relazione non verbale, come se si trattasse di un fatto scontato. Balint stesso ha invitato a ricomporre questa spaccatura. Ne consegue che è importante esaminare gli effetti secondari negativi delle interpretazioni della resistenza. Questi sembrano risiedere nella tensione non risolta tra il fatto che l'analista si costituisce in qualche modo uno schema dei desideri inconsci e delle possibilità del paziente, e lo sforzo per mantenere nello stesso tempo la sua neutralità e il rispetto per la libertà del paziente di prendere decisioni; egli cerca di far ciò formulando le sue interpretazioni in maniera esplicita. Questo comportamento porta il paziente all'insicurezza e quindi, indirettamente, alla stabilizzazione reattiva delle abitudini precedenti.

Dall'altro lato la disegualianza tra paziente e analista aumenta in favore di quest'ultimo, in modo particolare quando vengono formulate interpretazioni genetiche. Quindi, come Balint ha mostrato, l'analista diventa, nell'esperienza del paziente, onnisciente per quanto riguarda il passato e la genesi delle resistenze. L'analista pensa di non dovere né potere far altro che interpretare le resistenze nella loro relazione con le spinte pulsionali inconscie e con i ricordi. Egli si lascia quindi guidare dall'ipotesi di Freud (1918a, p. 21) che la sintesi, cioè l'integrazione dei nuovi elementi psichici, avvenga *di per sé* nell'analisi.

È vero che le interpretazioni possono contribuire indirettamente alla sintesi, giacché le possibili nuove configurazioni sono codeterminate dalle aspettative che l'analista ha in mente (e non è possibile non averne). In questo modo si crea un'atmosfera che non aiuta il paziente a superare l'*horror vacui* che può associarsi al nuovo inizio e alla conversione dell'insight in esperienza viva. Bisogna quindi chiedersi quante buone idee improvvise e azioni di prova siano necessarie per arrivare a un cambiamento sintomatico e comportamentale anche nella vita di tutti i giorni. Paziente e analista possono sentirsi così a proprio agio nella regressione da rinviare il confronto con la realtà. Vi sono sempre delle ragioni più o meno plausibili: per esempio, il paziente crede di non essere capace di modificare le forme di comportamento che lo angosciano e l'analista cerca nel passato i motivi più profondi a cui tale incapacità può essere ricondotta.

Infine la rielaborazione è il processo che più di ogni altro porta a una definizione conclusiva gli atti psichici del paziente, con conseguenti effetti di stabilizzazione. Nell'analisi si parla con minor frequenza delle esperienze positive del paziente, di quanto non avvenga invece per quelle negative. Ciò che è positivo viene dato per scontato. Questo squilibrio può aumentare proprio nel momento della rielaborazione, quando grazie all'esito positivo di un'azione probatoria si ottiene conferma e riconoscimento. E così, si perde nuovamente la seppur fragile fiducia in sé stessi che si era guadagnata grazie all'insight e all'esperienza. Al posto di una rielaborazione, con conseguente incremento della fiducia in sé stessi, che poteva facilitare la padronanza dei problemi causati dalla «regressione al servizio dell'Io» (Kris, 1936), si crea una mancanza di efficacia terapeutica e, nel peggiore dei casi, una regressione maligna. A tale riguardo, il contributo della configurazione della situazione psicoanalitica è così importante che Cremerius (1978, p. 210) ha proposto di modificare il setting in casi simili. Ciò che resta da chiarire è il contributo dell'analista alla genesi di una regressione maligna. È raro che sia troppo tardi perché si verifichi un nuovo inizio, con cambiamenti tecnici o di setting. Il rimprovero all'analista di manipolare la situazione è decisamente fuori luogo quando si parla apertamente con il paziente motivando i cambiamenti ed elaborandoli interpretativamente.

La rielaborazione ha aspetti qualitativi e quantitativi, che si possono osservare in maniera particolare nei processi di apprendimento e specialmente nei processi di cambiamento di modelli appresi precedentemente. Molti pazienti si chiedono, e chiedono all'analista: «Quante volte mi devo trovare nella stessa situazione prima di riuscire a padroneggiarla diversamente e meglio?» In altri termini, quante esperienze positive con l'autorità deve fare un certo paziente, per poter superare la sua fobia sociale e l'angoscia di castrazione a essa soggiacente? La rielaborazione avviene quindi all'*interno* e all'*esterno* della situazione analitica. Discuteremo più avanti (8.8) alcuni punti di vista della teoria dell'apprendimento.

Crediamo che in psicoanalisi il problema della rielaborazione sia stato trascurato negli ultimi decenni perché la rielaborazione si verifica anche al di fuori della situazione analitica e perché per spiegare il cambiamento dei modelli appresi è necessario rifarsi alla teoria dell'apprendimento. Le nostre esperienze e le nostre riflessioni ci hanno insegnato che la definizione di rielaborazione di Greenson, cioè che essa consiste nell'analisi delle resistenze che impediscono all'insight di dare origine a un cambiamento, è ristretta e unilaterale. Già nel processo di rielaborazione delle resistenze nelle analisi fallimentari di certi pazienti, ci si pone la domanda di come si può avere successo, sia all'interno che all'esterno della situazione analitica.

Come può contribuire l'analista affinché i tentativi insicuri del paziente, le sue azioni di prova vadano a buon fine e lo incoraggino a continuare i suoi sforzi fuori dall'analisi? Perfino in misura maggiore delle persone sane i pazienti hanno bisogno di conferme, e di tutte quelle esperienze interpersonali che vengono considerate come «rafforzamento dell'Io». Nella tecnica standard il paziente riceve ben poco appoggio. La parte «di sostegno» della terapia viene praticamente ridotta a zero. Sembra che il paziente possa prendere dalle interpretazioni dell'analista solo quegli aspetti che cerca inconsciamente o che sono in relazione con le forze interne che gli impediscono di raggiungere i suoi obiettivi.

Molte interpretazioni contengono tuttavia un incoraggiamento indiretto. Se l'analista pensa di non dover fornire al paziente alcun sostegno, lo mette in una trappola relazionale. Senza saperlo, egli crea ciò che Bateson, Jackson e altri (1963) hanno chiamato situazione di *doppio legame*, in cui vengono fornite contemporaneamente due informazioni contraddittorie. Da un lato l'interpretazione di desideri inconsci apre nuove prospettive, e il paziente si sente in sintonia con l'analista; dall'altro, se l'analista limita la sua approvazione per paura di influenzare il paziente, questi corre il rischio di perdere la sicurezza da poco conquistata. L'ambiguità delle interpretazioni insicure rende perplesso il paziente e rende più difficile la rielaborazione della relazione di transfert. I punti di vista sulla rielaborazione, come sulla nevrosi di transfert, variano da scuola a scuola, e il contributo di ogni singolo analista a essa, come al configurarsi di situazioni di transfert particolari, non è cosa da poco. Kohut (1971), soprattutto, ha il merito di aver richiamato l'attenzione sul ruolo fondamentale del riconoscimento nella realizzazione e nella rielaborazione del transfert. Come hanno rilevato Wallerstein (1983), e Treurniet (1983), le raccomandazioni tecniche di Kohut non vanno messe in relazione con la sua concezione del narcisismo e della psicologia del Sé. Tutti i pazienti sono personalità narcisistiche, nella misura in cui il loro sentimento di sé dipende dall'approvazione degli altri, come accade d'altronde a ogni essere umano. Le insicurezze inevitabili nella rielaborazione, la cui meta è la ristrutturazione, possono essere sopportate più facilmente quando la curiosità del paziente per i suoi desideri inconsci e per i suoi scopi è aiutata da una relazione veramente in grado di dare sostegno.

8.8 *Apprendimento e ristrutturazione*

Dopo i primi tentativi, negli anni trenta, di utilizzare i risultati della ricerca della psicologia dell'apprendimento per comprendere le complesse modalità di apprendere dell'essere umano, divennero rapidamente chiari i limiti del valore esplicativo del modello dell'apprendimento pavloviano, allora in voga. I modelli successivi dell'apprendimento cognitivo, che considerano, ad esempio, i cambiamenti concettuali e i cambiamenti della ristrutturazione cognitiva interna, sono più utili e stimolanti per una comprensione più ampia dell'accadimento psicoterapeutico. In particolar modo nei punti in cui il pensiero psicoanalitico mostra delle contraddizioni o lascia dei vuoti, l'utilizzo di modelli di apprendimento adeguati sembra particolarmente fruttuoso. A tale riguardo ci rifacciamo in particolare a French, che già nel 1933 (p. 149) affermava che se noi teniamo presenti i processi di apprendimento che avvengono nel corso della terapia analitica, possiamo migliorare la nostra prospettiva e il nostro modo di valutare il significato e la relativa importanza della grande quantità di impulsi inconsci e di ricordi che premono alla superficie nel trattamento analitico.

A questo punto desideriamo attirare l'attenzione su alcuni fattori che mantengono i sintomi o che, al contrario, portano al cambiamento terapeutico. Questi fattori di mantenimento hanno, nei trattamenti psicoanalitici, un ruolo particolare quando si tratta di volerli smantellare, cioè quando lo scopo terapeutico è il cambiamento di ciò che è stato appreso, cosa che è molto legata alla rielaborazione. Trascureremo quindi in questo contesto qualsiasi processo o fattore che porta alla genesi dei sintomi o della nevrosi; siamo perfettamente consci del fatto che è una separazione artificiale, quella tra le origini e il mantenimento dei sintomi. In ciò che segue parliamo di processi di apprendimento, o semplicemente di «apprendimento», quando la probabilità del verificarsi di un comportamento (azione, pensiero, idea o affetto) cambia in condizioni confrontabili.

Quando qualcuno in una determinata situazione ripetutamente fa qualcosa o non lo fa, anche se precedentemente non si fosse comportato in questo modo in circostanze simili, o se le sue azioni sono più rapide e più sicure di prima, allora parliamo di un processo di apprendimento, a meno che non abbiamo buoni motivi per supporre che i «cambiamenti nel comportamento» siano dovuti ad altri fattori (per esempio intossicazioni, danni al cervello o a un normale processo di maturazione). (Foppa, 1968, p. 13)

Si è soliti distinguere tre modelli di apprendimento:

1. Condizionamento classico (apprendimento di segnali, apprendimento di stimolo e risposta), legato in particolare ai nomi di Pavlov e (in psicoterapia) di Eysenck e Wolpe.
2. Condizionamento operante o strumentale (apprendimento in relazione al risultato positivo), legato al lavoro di Thorndike e Skinner.

3. Apprendimento sociale (apprendimento secondo modelli, apprendimento per identificazione), elaborato in maniera particolare da Bandura.

Negli esperimenti di laboratorio è possibile separare con chiarezza e studiare questi tre modelli di apprendimento variando le condizioni sperimentali. Nella vita reale invece, che è caratterizzata da molteplicità e complessità infinitamente maggiore di condizioni sia esterne che interne, i processi di apprendimento sembrano di regola determinati da tutti e tre i modelli descritti, anche se in misura diversa e mutevole.

Nella descrizione del decorso di trattamenti psicoanalitici secondo la teoria dell'apprendimento, il paradigma che sembra più convincente è quello dell'apprendimento secondo modelli, in questo caso il modello dell'analista. Si tratta cioè di considerare come il paziente assume su di sé le funzioni egoiche dell'analista, del suo modo di identificare nelle interpretazioni; i nessi, gli aspetti comuni e le differenze delle strategie che egli utilizza per ottenere soluzioni affettive e cognitive dei conflitti, come verbalizza le domande e il modo in cui gestisce gli affetti e la relazione terapeutica. La teoria dell'apprendimento sociale definisce una serie di condizioni che possono influire sugli effetti dell'apprendimento, come ad esempio la somiglianza tra la «persona modello» (l'analista) e l'«osservatore» (il paziente) in relazione a caratteristiche personali quali posizione sociale, età, sesso, struttura psicologica della personalità, o ancora il tipo di relazione tra la «persona modello» e l'«osservatore», per esempio nel caso in cui l'osservatore avesse un debole per la persona modello, di cui teme la perdita, oppure quando l'osservatore agisce come se tentasse di evitare una possibile punizione.

Queste condizioni di interazione possono contribuire in maniera determinante alla configurazione della nevrosi di transfert. Non stiamo certo parlando di una semplice imitazione del modo di comportarsi o dello stile di pensiero dell'analista, anche se ciò potrebbe succedere; è molto più importante, secondo la teoria dell'apprendimento sociale, tener presenti gli effetti dell'apprendimento (cambiamenti) persistenti e interiorizzati, cioè quelli che vanno a integrarsi con l'intero repertorio comportamentale ed esperienziale dell'osservatore. Ciò è particolarmente vero se si pensa che le funzioni dell'analista sono organizzate cognitivamente e per simboli verbali. Queste osservazioni mettono in evidenza che l'apprendimento secondo modelli va molto più in là di una semplice imitazione di comportamenti esterni, e che quindi tale paradigma si avvicina ai processi di identificazione, come vengono concepiti in psicoanalisi. Inoltre, attraverso le ricerche empiriche è possibile ipotizzare che la rapidità e la persistenza dell'apprendimento secondo modelli possono essere decisamente incrementate dalla mediazione di simboli verbali.

Gli altri due paradigmi di apprendimento evidenziano una relazione molto meno diretta con ciò che avviene nella terapia psicoanalitica. All'inizio degli anni trenta molti psicoanalisti (per esempio French, 1933; Kubie, 1935) appli-

carono il modello del condizionamento classico alla tecnica psicoanalitica e cercarono di utilizzare tale modello per fondarla. Questi sforzi furono violentemente respinti da Schilder (1935b), che considerava la teoria dell'apprendimento di Pavlov non applicabile ai complessi processi dell'apprendimento umano, e quindi inadeguata per spiegare il pensiero e l'agire psicoanalitici; egli cercò invece di dare una spiegazione psicoanalitica dei riflessi condizionati, tentativo che si dimostrò poco fruttuoso (vedi anche il lavoro fondamentale di Straus, 1935).

Heigl e Triebel (1977) hanno compilato una panoramica riassuntiva di alcuni principi di apprendimento qui citati in riferimento alla terapia psicoanalitica. Questi autori hanno esteso la propria tecnica psicoanalitica fino a includere le varianti di «conferma anche dei progressi più modesti dell'apprendimento nella relazione di transfert», motivando ciò con la teoria dell'apprendimento ampliata da una particolare interpretazione dell'esperienza emotiva correttiva. Dubitiamo che tali concezioni globali, e le ristrette indicazioni terapeutiche che ne derivano, siano adeguate per ampliare significativamente o per approfondire la nostra comprensione della terapia psicoanalitica e dell'influenza dell'analista in tale processo. Una discussione più ampia ed esaustiva di questa problematica è presentata da Wachtel (1977).

Ci occuperemo ora di due concetti peculiari della teoria dell'apprendimento, che hanno un significato centrale nei tre paradigmi citati e ci sembrano utili per comprendere i processi di apprendimento propri della terapia psicoanalitica: si tratta dei concetti di *generalizzazione* e di *discriminazione*.

In accordo con le più note teorie dell'apprendimento, intendiamo per generalizzazione la tendenza a reagire in condizioni simili in modo simile, e per discriminazione la tendenza a notare le differenze che ci sono in circostanze simili e a reagire, conseguentemente, in maniera differenziata e discriminata. All'interno dei paradigmi fondamentali delle teorie dell'apprendimento, sopra citati, ci proponiamo di utilizzare questa coppia complementare di concetti per dare una descrizione esemplificativa dei fenomeni di transfert.

In modo molto semplificato, il *transfert* nella terapia psicoanalitica si può caratterizzare per il modo in cui il paziente determina e percepisce la sua relazione con l'analista (per non citare la relazione con le altre persone al di fuori della situazione terapeutica) e in un certo senso in relazione ad alcuni aspetti dei conflitti specifici, orientandosi preferibilmente secondo i modelli acquisiti nelle relazioni della prima infanzia con la madre, il padre, i fratelli o altre persone significative (vedi sopra, cap. 2). Le condizioni esterne alla situazione analitica e il comportamento dell'analista si suppone che debbano promuovere lo sviluppo del transfert; l'analisi del transfert, che ovviamente è una componente essenziale della terapia psicoanalitica, è possibile solo quando esso è diventato sufficientemente intenso e differenziato. Nel corso dell'analisi del transfert verranno messe ulteriormente in rilievo le affinità e le somiglianze

tra la relazione di transfert e le relazioni extraterapeutiche. Quando il transfert è completamente «sbocciato», le differenze tra la relazione terapeutica, i suoi precursori genetici e le relazioni extraterapeutiche diventano sempre più chiare; l'analista offre al paziente, perlomeno indirettamente, talvolta perfino senza rendersene conto e involontariamente, tramite attività diversificate, lo stimolo e la possibilità di sviluppare e provare, nella situazione terapeutica, altri modelli di relazione più flessibili. Alla fine il paziente non può evitare di trasportare fuori dalla terapia la sua nuova abilità di instaurare relazioni diverse e più flessibili, abilità che ha acquisito e messo alla prova nella terapia, adattandola alla realtà in circostanze diverse.

Queste riflessioni mettono in risalto alcune somiglianze con il procedimento di alcuni esperimenti di apprendimento. La nuova esperienza di apprendimento viene introdotta tramite processi di generalizzazione; si ricercano somiglianze tra le diverse costellazioni di stimoli. Se in questo modo si forma un modello stabile di reazione, lo sperimentatore, modificando le condizioni sperimentali, in particolare lo schema di rinforzo, può favorire il processo di discriminazione; l'organismo impara a reagire in maniera diversa di fronte a costellazioni di stimoli diversi. Se si desidera portare avanti il processo di generalizzazione anche al di fuori della situazione propriamente sperimentale, estenderlo cioè a condizioni di vita reali, il paziente dovrebbe passare, secondo la nostra opinione, a esperienze di apprendimento in condizioni non sperimentali. È così che il processo psicoanalitico e certi esperimenti di apprendimento hanno in comune tutta una serie di somiglianze. French (1933, p. 191) parla perfino di «carattere sperimentale del transfert», e sottolinea «l'importanza dell'esame di realtà nel transfert. Per quanto appariscenti siano le manifestazioni della coazione a ripetere, bisogna tenere presente che il transfert non è solo una ripetizione coatta di accadimenti precedenti; si tratta anche di un tentativo sperimentale di correggere i modelli infantili».

All'interno dei paradigmi di apprendimento di base, non è possibile arrivare ad approfondire ulteriormente tali analogie, oltre a certe affermazioni generali. Per la comprensione dei processi di apprendimento affettivi e cognitivi più complessi, l'apparato concettuale di base della teoria dell'apprendimento si dimostra poco chiaro e poco agile. I processi di apprendimento complessi si possono comprendere meglio se si riferiscono alla generalizzazione e alla discriminazione, cosa che Mowrer (1960), in particolare, ha messo in rilievo; devono tuttavia essere introdotti una serie di nuovi concetti, come ad esempio il «rinforzo secondario», la «reazione come stimolo discriminante» ecc., con cui il modello teorico dell'apprendimento diventa più complesso, ma anche poco chiaro e difficilmente utilizzabile. Perciò preferiamo concludere qui la discussione sui modelli di apprendimento di base, e scegliere un livello di descrizione verbale più elevato per discutere i modelli di apprendimento cognitivi e i processi di ristrutturazione che essi riflettono.

Quando si parla di apprendimento, si pensa anche all'apprendimento nell'età infantile e agli sforzi pedagogici più o meno vani. L'insegnamento tradizionale si può definire, con Balint (1952), «educazione superegoica»: i bambini devono essere educati da persone virtuose e rispettabili. Balint contrappone questa meta pedagogica all'«educazione egoica» della psicoanalisi e la lega a considerazioni generali sugli aspetti educativi della psicoanalisi. Come si può agevolmente dimostrare, una componente pedagogica non è stata mai completamente rifiutata in psicoanalisi, e nell'analisi infantile (A. Freud, 1927) essa ha ottenuto un particolare riconoscimento.

Dal punto di vista della storia della scienza, si potrebbe tracciare una linea che unisce i tentativi di applicare idee educative in psicoanalisi e l'«epistemologia genetica» di Piaget. Nelle ricerche cliniche sperimentali, Piaget studiò i diversi stadi di apprendimento e di sviluppo nell'infanzia. Tali scoperte sono state riprese e riviste da Tenzer (1983, 1984) e messe per alcuni versi in relazione con la rielaborazione. Tuttavia l'ipotesi che il processo di rielaborazione avvenga in maniera analoga agli stadi evolutivi e di apprendimento infantili descritti da Piaget, resta dubbia. Di portata maggiore sembra invece essere la comprensione della rielaborazione che deriva dalla concezione di Piaget degli «schemi cognitivi» e dei relativi processi di sviluppo dell'«accomodamento» e dell'«assimilazione». Esporremo in breve questi tre concetti.

Si deve intendere lo «schema cognitivo» come una rete di esperienze percettive e di pensiero, la cui struttura e complessità è organizzata secondo gli stadi evolutivi descritti da Piaget. Il concetto di «assimilazione» («appropriazione») si usa quando si incorpora una nuova esperienza nello schema cognitivo precedente, e con questa si aumenta il bagaglio complessivo di esperienza da esso strutturato. Se una nuova esperienza non può essere incorporata nello schema cognitivo preesistente, può avvenire una modificazione di tale schema (o al contrario si può verificare una forma di svalutazione, quindi di rifiuto, di fronte a un'esperienza nuova considerata «impropria»). Questo fenomeno viene chiamato «accomodamento». Si possono facilmente riconoscere le possibili applicazioni di questi concetti utili per comprendere i cambiamenti nella terapia psicoanalitica. Wachtel (1980) ha dimostrato in maniera convincente che il tentativo di utilizzare l'assimilazione e l'accomodamento per la comprensione teorico-clinica dei fenomeni di transfert può essere fruttuoso. Intendiamo fare qualcosa di simile, cercando di considerare tale applicazione teorica alla luce della *rielaborazione*. A tale riguardo ci riferiremo all'estensione e all'ampliamento di applicazione della teoria di Piaget introdotti da McReynolds (1976) e, per quanto concerne la tecnica psicoanalitica, da Klein (1976).

La fase di rielaborazione comincia dopo che il paziente ha acquisito la capacità di comprendere le connessioni e i processi che caratterizzano la dinamica dei conflitti prima inconsci. Lo scopo è di arrivare a usare l'insight cognitivo e affettivo per modificare il comportamento (inteso nel senso più ampio). Anche

se certi pazienti ottengono tali cambiamenti senza aver bisogno di un'ulteriore assistenza da parte dell'analista, ciò non si deve considerare la regola. Sappiamo infatti dalla psicologia dell'apprendimento che le diverse aree dei processi cognitivi, dei processi vegetativi e delle capacità psicomotorie rappresentano sistemi parzialmente autonomi che possono svilupparsi in maniera indipendente (Birbaumer, 1973); sono necessari tuttavia particolari processi di generalizzazione per integrare i processi intrapsichici attraverso la percezione di *feedback* (retroazioni).

In terapia psicoanalitica, nel processo di rielaborazione l'analisi più profonda delle antiche determinanti inconscie dell'origine dell'incapacità viene rimandata, a vantaggio dell'integrazione o reintegrazione dei dettagli psicodinamici. In questo contesto, la descrizione di Alexander (1935) della funzione integratrice dell'interpretazione, a sua volta basata sulla funzione integratrice o sintetica dell'Io (Nunberg, 1930), merita una particolare considerazione. Giungere a questa integrazione necessaria è compito del paziente, che può contare sull'aiuto determinante dell'analista, anche se ciò, a volte, può sembrargli un ostacolo.

Un'osservazione clinica piuttosto comune è che la scoperta di materiale clinico rilevante per i conflitti del paziente provoca in lui una notevole instabilità, allarme e ansia. Tale disorientamento può anche essere compreso in riferimento ai processi di generalizzazione e discriminazione accennati precedentemente, che sono stati descritti e interpretati in maniera convincente da McReynolds (1976), dal punto di vista della psicologia cognitiva. Riferendosi a Piaget, McReynolds formula la sua teoria dell'assimilazione, in cui distingue tra esperienze rappresentazionali e percettive congrue e incongrue; con congruenza cognitiva si intende l'assimilazione (appropriazione) priva di conflitti di nuove esperienze percettive nella struttura esistente; al contrario l'incongruenza segnala l'impossibilità transitoria o permanente di assimilare nuove esperienze percettive nella struttura precedente. Se avvengono cambiamenti nella struttura cognitiva può succedere che rappresentazioni o percezioni fino ad allora congruenti e assimilate siano «espropriate» dalla loro struttura cognitiva. La proporzione tra rappresentazioni ed esperienze percettive non assimilate e assimilate viene definita «lavoro arretrato»; questo lavoro arretrato di assimilazione costituisce una delle cause principali dell'ansia. McReynolds formula tre regole operative elementari per il funzionamento del sistema cognitivo-affettivo:

- a) si cerca la risoluzione delle incongruenze cognitive;
- b) la quantità di lavoro arretrato deve essere minima;
- c) le innovazioni cognitive (curiosità, iniziativa, ricerca di stimoli) devono rimanere a un livello ottimale.

Queste regole operative si possono illustrare grazie alla loro utilità adattativo-biologica; il lavoro arretrato cresce in maniera particolarmente rapida e

drastica, e quindi cresce anche l'angoscia, quando come risultato di cambiamenti cognitivi a un livello più alto si produce un'espropriazione di rappresentazioni che fino a quel momento erano congrue e integrate attraverso connessioni multiple con altre rappresentazioni.

In relazione alla rielaborazione nella terapia psicoanalitica, la teoria dell'assimilazione ci offre una spiegazione del fatto che le espropriazioni improvvise, accompagnate da inquietudine e ansia, possono essere provocate da interpretazioni «azzeccate». Le rappresentazioni gerarchicamente superiori prima congruenti vengono scalzate dall'interpretazione, che contribuisce anche a disintegrare rappresentazioni subordinate congruenti. Questo effetto può tuttavia verificarsi anche in presenza di interpretazioni integrative quando per esempio si mettono in relazione rappresentazioni fino a quel momento disconnesse e lontane, il che porta probabilmente all'espropriazione improvvisa di idee subordinate. L'analista può risparmiare al paziente uno stato di allarme inutile se le sue interpretazioni sono appropriate, adeguate e dosate attentamente, limitate temporaneamente a rappresentazioni gerarchicamente inferiori. Nel tentativo di mantenere a un livello minimale il lavoro di assimilazione, il paziente può talvolta rifiutarsi di riconoscere o di accettare interventi che possono avere un effetto di espropriazione, fenomeno che clinicamente è chiamato resistenza. L'incoraggiamento e il riconoscimento dell'analista e la sicurezza che egli offrirà sostegno nel lavoro di integrazione assimilativa, possono incoraggiare il paziente a correre il rischio e a sopportare l'ansia conseguente.

Tali ristrutturazioni cognitive intrapsichiche devono essere messe alla prova al di fuori della terapia, in relazione alla loro idoneità per la conquista della vita reale e per la realizzazione di relazioni più soddisfacenti. Riteniamo che questo sia un aspetto essenziale della rielaborazione. Nelle varie costellazioni di transfert, il paziente può sperimentare diversi modelli di relazione con un rischio senz'altro minore rispetto alla vita reale. Con l'appoggio dell'analista, il paziente trasporterà queste relazioni, così rafforzate, al di fuori della terapia (generalizzazione), e, nel fare questo, noterà le differenze tra la relazione di transfert e di lavoro e le relazioni molto più diversificate del mondo esterno (discriminazione). Il paziente può avere nuove esperienze positive, che hanno un effetto rafforzante e quindi stabilizzante sullo schema cognitivo modificato e sul nuovo modello di comportamento.

Il comportamento sociale modificato del paziente può però risultare inaspettato al partner, agli amici, ai colleghi e conoscenti, e causare quindi al paziente esperienze negative; la persistenza degli schemi cognitivi recentemente acquisiti è quindi in pericolo e c'è la minaccia di una ricaduta. Succederà allora che il paziente, di fronte al rischio insito nei tentativi di nuovi comportamenti, si volgerà di nuovo in maniera decisa all'analista, in cerca di conferme e di riconoscimento. Se l'analista non reagisce in maniera adeguata, ci si devono aspettare conseguenze negative per il paziente e per il suo sforzo di provare

nuovi modelli di comportamento. Così la fiducia in sé stessi appena guadagnata, e quindi fragile, può andare persa nuovamente. Un'astinenza inadeguata di questo tipo da parte dell'analista può frustrare il bisogno di sicurezza del paziente e condurre inoltre ad aggressioni, regressioni o depressioni maligne.

I cambiamenti che avvengono negli schemi cognitivi, cioè la ristrutturazione cognitiva, non possono essere mostrati direttamente; si possono solo inferire dalle modificazioni durature nei comportamenti osservabili (Strupp, 1978). Per questo motivo le supposizioni dell'analista sui cambiamenti strutturali che il paziente avrebbe raggiunto devono essere, in linea di principio, verificabili empiricamente, in relazione alle forme specifiche di comportamenti osservabili, compreso, ad esempio, il comportamento verbale, cosa che il più delle volte sembra essere fattibile. Ciò significa che si potrebbero derivare dal presunto cambiamento strutturale predizioni verificabili sulla condotta futura del paziente, compresa la modalità con cui egli reagirà di fronte a conflitti specifici (ad esempio strategie di risoluzione di conflitti, meccanismi di difesa e di *coping*, evoluzione dei sintomi e strutturazione di relazioni). Diversamente, le discussioni sul cambiamento strutturale saranno prive di importanza (Sargent, Horwitz e altri, 1968).

Quanto esposto dimostra che alle carenze della comprensione psicoanalitica dei fenomeni clinici si può rimediare con apporti di altre discipline. Per poter arrivare a una comprensione più ampia dei concetti teorici della psicoanalisi e del proprio agire clinico, lo psicoanalista ha bisogno di una conoscenza approfondita delle discipline affini.

8.9 *La fase conclusiva*

8.9.1 *Considerazioni generali*

Per quanto lunga e difficile sia stata l'analisi, la fase conclusiva implica la soluzione di diversi problemi da parte di entrambi i partecipanti. Non è rara una discrepanza tra le rappresentazioni che analista e paziente hanno degli obiettivi del trattamento (E. Ticho, 1971). È di notevole importanza pratica che l'analista riesca a convincere il paziente che il lavoro analitico deve limitarsi alle mete raggiungibili nel trattamento e che l'analisi terminabile si distingue da quella interminabile. Alla fine di un trattamento analitico il paziente deve avere acquisito la capacità autoanalitica. Questo significa, molto semplicemente, che il paziente è in grado di portare con sé e di mantenere quella forma particolare di riflessione che contraddistingue il dialogo psicoanalitico. Quindi, di fronte a problemi futuri, la possibilità di autoanalisi si contrappone, ostacolando la formazione di nuovi sintomi, alla tendenza a rimuovere, che continua a esistere anche ad analisi conclusa. Troppo spesso a questa visione si contrappone il «mito della perfettibilità», dell'analisi perfetta, che condiziona l'atteggiamento di alcuni analisti di fronte alla fase conclusiva, quale risultato della pressione eserci-

tata dai propri ideali esagerati (Gaskill, 1980). Non è difficile pensare che i pazienti che hanno i mezzi economici per farlo accetteranno l'offerta di fertilità, continuando l'analisi.

Se consideriamo le metafore che si usano nella letteratura per descrivere la fase conclusiva, si possono facilmente immaginare le fantasie inconscie stimolate da questa fase. Weigert (1952) paragona la fase conclusiva del trattamento a una complicata manovra di sbarco, in cui entrano in azione tutte le forze aggressive e libidiche. In realtà, se il trattamento si è caratterizzato per la ricerca di una perfezione narcisistica, della risoluzione completa del transfert, e miti simili, si corre il pericolo della delusione. Questi miti di perfezione hanno conseguenze negative se, quando il paziente esprime la sua gratitudine, l'analista, misurando sé stesso e il paziente su un metro ideale, è deluso del lavoro fatto con lui. Questa esigenza di perfezione non tiene conto della finitezza e delle limitazioni dell'agire umano e impedisce all'analista di sentirsi orgoglioso e soddisfatto del proprio lavoro; il paziente invece non riesce a separarsi, perché, consciamente o inconsciamente, nota la delusione dell'analista. Quindi cercherà di convincerlo del risultato positivo o si identificherà con la sua delusione. Talvolta nella letteratura leggiamo i resoconti clinici che descrivono esattamente l'opposto di questa mancanza di soddisfazione reciproca. Tuttavia, è più comune che le imperfezioni inevitabili della pratica psicoanalitica, perlopiù familiari a ognuno di noi, vengano distorte da un modo di descrivere la conclusione del trattamento che è isomorfo alla teoria relativa.

Così Gilman (1982) analizzò il modo di gestire la fase conclusiva, servendosi di una batteria di domande sulla base di 48 resoconti finali di analisti in formazione. Sebbene le relazioni presentassero una grande variabilità, tutti gli analisti parlarono della risoluzione dei sintomi e di una perfetta rielaborazione dei conflitti nevrotici. Inoltre, in tutti i casi, la conclusione del trattamento non fu decisa per motivi esterni, come cambiamenti delle condizioni di vita, mancanza di denaro ecc., ma per reciproco accordo. I resoconti finali degli analisti hanno un valore particolare: sono il «lasciapassare» dei candidati per poter entrare a far parte della società psicoanalitica, e si può facilmente comprendere che l'esposizione della fase conclusiva segua criteri ideali. Earle (1979) scoprì che, delle analisi portate a termine dai candidati, solo il 25 per cento soddisfaceva il criterio di una conclusione reciprocamente concordata, una percentuale che d'altra parte poco si differenzia da quella riferita dagli analisti più anziani.

Non ci soffermiamo nella discussione sull'alternativa esistente fra conclusione perfetta e conclusione prematura, per cercare delle prospettive che rendano giustizia alla molteplicità di ragioni, esterne e interne, che segnalano che il trattamento analitico deve concludersi. Le analisi devono terminare quando il lavoro analitico comune ha creato nuovi insight significativi. Con questo de-

sideriamo mettere in chiaro che la conclusione di un processo diadico è comunque imperfetta, almeno in linea di principio, se partiamo dal presupposto che due persone hanno sempre qualcosa da dirsi. Senza considerare le circostanze esterne, si può supporre che i pazienti concludano l'analisi quando il dialogo terapeutico perde di importanza e l'investimento che il trattamento nel suo complesso implica non è compensato dall'acquisizione di nuove conoscenze. È a questo punto che terminano anche le analisi interminabili.

Desideriamo prendere le distanze anche dalla concezione che sostiene che un'indicazione corretta può garantire una fase conclusiva soddisfacente (Glover, 1955). Ci sono troppi elementi imponderabili che determinano il processo analitico, per poter predire la conclusione sulla base della diagnosi (indicazione e prognosi) individuale (vedi sopra, cap. 6). L'atteggiamento che va di pari passo con questa concezione di predicibilità è strettamente legato al modello tecnico di base, i cui erronei presupposti fondamentali sono stati fonte di numerose false discussioni di dettaglio. Se lo sviluppo di una buona relazione di lavoro riesce a creare le condizioni affinché i processi regressivi si strutturino in maniera produttiva, è possibile arrivare a conclusioni positive e soddisfacenti sia nella terapia ad alta frequenza di sedute che nella terapia con sedute più distanziate (Hoffmann, 1983).

8.9.2 *Durata e limiti*

Non è mai accaduto, nella storia della psicoanalisi, che essa promettesse guarigioni rapide e miracolose. Già nel 1895 Breuer e Freud ritenevano che il procedimento fosse faticoso per il medico e che portasse via molto tempo. Ma dal momento che il metodo psicoanalitico fu applicato inizialmente «sui casi molto gravi, persone la cui malattia durava da molti anni e assolutamente incapaci di vivere», Freud espresse l'idea che «in casi di malattie più lievi la durata del trattamento dovrebbe essere di molto abbreviata e si dovrebbe poter ottenere uno straordinario vantaggio per quanto concerne la prevenzione per il futuro» (1903, p. 412). Tuttavia Freud manifestò uno scetticismo moderato di fronte alla possibilità di porre limiti adeguati alla terapia. Anche se i suoi sforzi non richiedevano una giustificazione particolare egli scrisse: «L'esperienza ci ha insegnato che la terapia psicoanalitica, opera di liberazione di un essere umano dai suoi sintomi nevrotici, inibizioni e anomalie del carattere, è un lavoro lungo e faticoso» (1937a, p. 499).

Il porre un limite al trattamento come mezzo tecnico fu introdotto da Freud nel caso dell'uomo dei lupi, come reazione a un momento di stasi nel trattamento: «Quando da indizi inequivocabili mi resi conto che era giunto il momento di farlo, palesai al paziente la seguente decisione: a una certa data, indipendentemente dai progressi compiuti, il trattamento avrebbe dovuto concludersi» (1914d, p. 490). Ferenczi e Rank (1924) fecero propria questa idea e Rank la teorizzò. Entrambi ritenevano la fase finale, come periodo di

«svezamento», una delle più importanti e significative della cura. Già nel 1925 Ferenczi si allontanò da Rank con il suo scritto *Psicoanalisi delle abitudini sessuali*, in cui esaminava l'efficacia del porre un «termine» come mezzo per accelerare la conclusione della cura e il distacco del paziente dal terapeuta. Nel *Problema del termine dell'analisi* (1927) Ferenczi afferma che «l'analisi finisce, per così dire, per esaurimento» (p. 302). Nel processo di separazione, egli continua,

il paziente finisce di convincersi che con l'analisi egli si tiene pur sempre di riserva un mezzo di soddisfacimento fantasmatico, un soddisfacimento, cioè, da cui *realiter* non ricava nulla, un periodo durante il quale, nella misura in cui supera lo stato di lutto provocato dalla comprensione di questo fatto, egli si mette in cerca di altre possibilità di soddisfacimento: di possibilità reali.

Questo modo di vedere le cose corrisponde alle condizioni poste da Freud per il termine dell'analisi (1937a, p. 502):

La prima, che il paziente non soffra più dei suoi sintomi, e abbia superato sia le sue angosce, sia le sue inibizioni; la seconda che l'analista giudichi sia stato reso cosciente al malato tanto materiale rimosso, e siano state chiarite tante cose inesplicabili, e debellate tante resistenze interne, che non c'è da temere il rinnovarsi dei processi patologici in questione.

Secondo Freud i fattori che determinano il risultato possibile della cura psicoanalitica sono i traumi, la forza costituzionale delle pulsioni e le alterazioni dell'Io. L'etiologia traumatica delle nevrosi offre, inoltre, delle possibilità di cura piuttosto elevate. «Solo nei casi di etiologia prevalentemente traumatica l'analisi può dare il meglio di sé» (*ibid.*, p. 503). Il fatto che si riescano o meno a integrare le pulsioni nell'Io dipende dalla loro forza (costituzionale o transitoria). Tuttavia Freud resta scettico di fronte alla possibilità che l'analisi abbia successo nell'ottenere un'incorporazione permanente e armonica delle pulsioni nell'Io, dal momento che l'intensità pulsionale può aumentare accidentalmente in occasione di alcune tappe della vita, e come risultato di nuovi traumi o di frustrazioni involontarie.

Oggi sappiamo che Freud, considerando con un giudizio retrospettivo la tecnica analitica di Ferenczi, giunse alla conclusione che nell'analisi non è possibile influenzare un conflitto pulsionale sopito; egli riteneva infatti che l'attivazione manipolatoria dei conflitti fosse immorale (*ibid.*, p. 505):

Ma anche ammesso che egli [l'analista] avesse sorvolato su qualche lievissima traccia di una traslazione [negativa] (ciò che non si poteva escludere, data la ristrettezza degli orizzonti della psicoanalisi in quei tempi lontani), restava dubbio che fosse in suo potere attivare un tema, o come si dice un «complesso», soltanto col farvi cenno e fintantoché esso era ancora attuale nello stesso paziente.

Così, facendo dipendere la forza delle pulsioni e la loro modificazione da fattori imponderabili e imprevedibili, Freud diede un'importanza particolare all'analisi dei cambiamenti dell'Io. Con tale termine egli intende riferirsi ad al-

terazioni dell'Io per effetto della difesa e della distanza di un Io falsamente normale. Nell'affermare questo Freud elaborò idee che erano state pubblicate un anno prima nel libro di Anna Freud *L'Io e i meccanismi di difesa* (1936). Già nel 1933 Reich aveva segnalato che le resistenze caratteriali, che egli considerava come una corazza acquisita dall'Io, ostacolavano il progredire dell'analisi. Le modificazioni della tecnica psicoanalitica dopo l'introduzione della teoria strutturale e dei meccanismi di difesa, con l'analisi della resistenza e del carattere, in seguito all'influenza di Reich, si precisarono nella tendenza a un prolungamento delle analisi.

Il prolungamento dell'analisi è causato da diversi fattori. È inquietante che Glover, per molti anni responsabile della ricerca all'Istituto psicoanalitico di Londra, affermi in un suo scritto sui criteri terapeutici della psicoanalisi (1955, p. 437):

Nel giungere a una decisione su questo argomento della durata, sarebbe bene ricordare che i primi analisti erano abituati a condurre analisi da sei fino a dodici mesi di durata, che per quanto mi risulta non differivano grandemente nel risultato finale da quelle dichiarate oggi dagli analisti che tirano in lungo le loro analisi fino a quattro o cinque anni.

Le ricerche di Balint (1948, 1954) sugli effetti della formazione psicoanalitica e delle analisi didattiche sulla durata delle analisi terapeutiche sono da segnalare per la loro franchezza. Lo sviluppo successivo confermò la validità delle scoperte di Balint. Dappertutto emerge chiaramente come la durata delle analisi terapeutiche è correlata a quella delle analisi didattiche. Balint affermò che la «superterapia» si riferisce a un'esigenza che Ferenczi fece presente nel 1927:

Ora, in altre occasioni, io ho ripetutamente insistito sul fatto che secondo me tra analisi terapeutica e analisi didattica non c'è alcuna differenza di principio. Comunque preciserò meglio il mio pensiero dicendo che se in pratica la terapia non deve arrivare in ogni caso a quel livello di profondità che comporta un'analisi completa, ciò non vale per l'analista, da cui dipende il destino di tante altre persone. È dunque necessario che l'analista conosca e sappia padroneggiare le più nascoste debolezze della propria personalità, cosa che senza un'analisi completa è, appunto, impossibile.

Balint (1954) chiamò questa analisi completa «superterapia» e ne descrisse gli obiettivi citando le parole di Freud (1937a, p. 503):

Ci domandiamo se l'azione esercitata sul paziente sia portata avanti a tal segno che da una continuazione dell'analisi non ci si possa ripromettere alcun ulteriore cambiamento. Dunque è come se mediante l'analisi si potesse raggiungere un livello di assoluta normalità psichica, al quale, per di più, fosse lecito attribuire la facoltà di mantenersi stabile.

È allarmante il fatto che, secondo Balint, la formazione di scuole all'interno del movimento psicoanalitico e il peso della professione siano la causa del prolungamento dell'analisi didattica. La continuazione di queste analisi, anche

dopo la conclusione ufficiale della formazione, coincide con l'alta valorizzazione di queste analisi volontarie, come se si trattasse di una faccenda assolutamente privata. Balint va oltre, dicendo che solo negli ultimi anni si sono fatte avanti alcune voci timide che mettono in dubbio la «superterapia». La verità è che non si tratta di una terapia, né tantomeno del raggiungimento di una meta formativa, ma di pura conoscenza di sé.

Nella storia dell'analisi didattica, secondo Balint, nella prima fase ci si interessò dell'insegnamento, nella seconda della dimostrazione e nella terza dell'analisi personale vera e propria; Balint parla di una quarta fase, che è quella della ricerca. A noi sembra che la trasformazione dell'analisi didattica in superterapia fine a sé stessa manchi di tutto ciò che comunemente si intende per ricerca. Infatti ciò che risulta dalle analisi didattiche prolungate non è in alcun modo oggetto di ricerca scientifica. È particolarmente indicativo il fatto che l'intero movimento psicoanalitico si è lasciato prendere dalla superterapia, anzi in verità vive di questo. Le analisi didattiche e di supervisione sono la base su cui si costituiscono le scuole, intorno alle diverse forme di superterapia. Il risultato è perfettamente opposto a quello sperato da Ferenczi della perfezione delle analisi didattiche, che egli chiamò la seconda regola fondamentale della psicoanalisi (1928b):

Da quando si segue questa regola, l'importanza della nota personale dell'analista tende sempre più a scomparire. Chiunque, infatti, abbia subito un'analisi radicale e abbia così imparato a conoscere completamente i tratti peculiari del proprio carattere e a padroneggiare le inevitabili debolezze, quando considererà e tratterà lo stesso oggetto d'indagine, non potrà non arrivare alle stesse costatazioni obiettive e, logicamente, ad adottare le stesse misure tattiche e tecniche. E in realtà io ho la sensazione che dopo l'introduzione della seconda regola fondamentale le differenze di tecnica vadano scomparendo.

Balint commenta (1954, p. 161):

È un'esperienza penosa e che induce alla moderazione accorgersi che, sebbene questa descrizione utopica e idealizzata dia un'immagine relativamente fedele di alcuni cliché attuali del movimento psicoanalitico, è completamente falsa se vista nel suo insieme. Ferenczi prevede correttamente le conseguenze di una «superterapia», ma non pensò alla possibilità che lo sviluppo reale portasse alla coesistenza di molteplici «superterapie» in competizione tra di loro, in una riedizione della confusione delle lingue di Babele.

Questa competizione dovrebbe essere decisa in base a dati qualitativi. Dal momento che la superterapia privata non può diventare oggetto di ricerca, si arriva a sopravvalutare la dimensione quantitativa: più lunga è un'analisi, meglio è. La competenza professionale è così decisa in base alla durata delle superterapie.

Le identificazioni che avvengono nelle analisi didattiche e di controllo portano inoltre l'analista a mettere sullo stesso piano le analisi terapeutiche e la loro durata, da un lato, e dall'altro la propria esperienza di analizzato. Ne consegue che le analisi dei pazienti si allungano a seconda della durata delle analisi

didattiche. Naturalmente non è questo l'unico motivo, ma si parla di rado di questo aspetto di un tema che di per sé è molto complesso; per questo abbiamo voluto prenderlo in considerazione durante il nostro excursus.

La ragione fondamentale per il prolungamento delle analisi terapeutiche si riporta alla scoperta di patologie di origine preedipica. Le teorie delle relazioni oggettuali promettono di poter trattare con successo i disturbi narcisistici o borderline della personalità con analisi di lunga durata. Questo ha portato indirettamente al prolungamento dei trattamenti di pazienti nevrotici, nei quali vengono ora diagnosticati con maggior frequenza nuclei narcisistici della personalità. In molte società psicoanalitiche e da parte di parecchi psicoanalisti si dà per scontato che l'analisi deve raggiungere la cosiddetta «parte psicotica della personalità». Nella relazione ufficiale di Bleger al nono Congresso latinoamericano di psicoanalisi (Caracas, 1972) sui «Criteri di cura e obiettivi della psicoanalisi» leggiamo:

Se oggi prendiamo in considerazione gli apporti dell'esperienza clinica e tecnica con pazienti di altre caratteristiche, come personalità psicopatiche, tossicomani, psicotici, caratteropatici, disturbi di personalità («come se», personalità autoritaria, personalità ambigua ecc.), dobbiamo aggiungere (...) un altro livello costituito dalla parte psicotica della personalità (PPP) (...) Nella PPP includo tutta quella parte della personalità che non è entrata nella differenziazione della posizione schizoparanoide e che mantiene o è regredita a una condizione di fusione o di mancanza di differenziazione, che viene chiamata sincretismo.

Malgrado le differenze fra le teorie sui disturbi di origine precoce, tutte, senza eccezione, riguardano gli strati più profondi che si suppone possano essere raggiunti con difficoltà o dopo un lavoro protratto; c'è però qui una contraddizione disturbante che Rangell (1966) per primo ha messo in evidenza: egli ritiene infatti impossibile che le prime esperienze preverbalì siano rivissute nell'analisi. Quindi l'analisi degli strati più profondi della vita psichica non può condurre là dove i teorici delle relazioni oggettuali, nella tradizione di Ferenczi e di Melanie Klein, come i teorici del Sé, nella tradizione di Kohut, credevano di arrivare. Ma allora dove sono arrivati, in realtà? È la domanda che si può porre a tutte le scuole, di fronte al costante prolungamento dei trattamenti psicoanalitici.

Freud descrisse in maniera chiara una relazione quantitativa e qualitativa fra la durata della terapia, la cronicità e la gravità della malattia (1932a, p. 260):

È pur vero che il trattamento di una nevrosi piuttosto grave si protrae facilmente per parecchi anni, ma, in caso di successo, ponetevi la domanda di quanto tempo sarebbe durata la sofferenza. Probabilmente un decennio per ogni anno di cura; la malattia, cioè, come vediamo tanto spesso in malati non curati, non sarebbe cessata assolutamente mai.

Da qui deriva la lapidaria affermazione pratica: «L'analisi è terminata quando paziente e analista smettono di incontrarsi in occasione delle sedute analitiche», perché il paziente non soffre più per i suoi sintomi, e «non c'è da temere il rinnovarsi dei processi patologici in questione» (1937a, p. 502).

Se ci si attiene a questa argomentazione freudiana, allora si può dire che la durata è legata a un processo di decisione basato soprattutto sulla responsabilità dell'analista. È un'esigenza che già è stata espressa da altri, e che noi ci sentiamo di ribadire, quella di una maggiore trasparenza in relazione alla definizione dei tempi. La nostra raccomandazione è di considerare la gravità dei sintomi e gli obiettivi della terapia, per poter avere uno schema di riferimento per la durata dei trattamenti analitici. Non è possibile considerare la gravità della malattia e l'intensità del trattamento in una relazione diretta: tanto più malato è un paziente, maggiore sarà la frequenza delle sedute. È decisiva la qualità di ciò che gestisce l'analista nello spazio di tempo a disposizione, e ciò che il paziente riceve ed elabora interiormente. Giustamente sono i pazienti gravi che ricevono più appoggio e sostegno, e che hanno anche grosse difficoltà a regolare le proprie esigenze di vicinanza e distanza. E così emergono difficili interrogativi sul dosaggio della psicoterapia, che impongono una considerazione della situazione da un punto di vista qualitativo.

È tuttavia abbastanza improbabile che gli aspetti quantitativi come la durata e la frequenza occupino un ruolo così importante nelle analisi di controllo o nelle supervisioni che i candidati portano avanti nell'ambito della loro formazione. Le società psicoanalitiche fissano un numero minimo di sedute per le analisi di supervisione. Gli interessi personali del candidato, cioè il desiderio di raggiungere la propria meta professionale, interferiscono quasi inevitabilmente con la soluzione del problema della durata e della frequenza, che dovrebbe focalizzarsi di più e meglio sui problemi del paziente. Ad esempio la Deutsche Psychoanalytische Vereinigung parla di trecento ore come durata minima delle analisi di controllo, con l'auspicio che l'analisi venga ulteriormente prolungata. Ciò crea complicazioni, perché secondo le norme del sistema tedesco di assistenza sanitaria la possibilità di fruire della psicoterapia e della psicoanalisi è limitata e perché il finanziamento delle psicoterapie psicoanalitiche oltre le trecento ore di trattamento è permesso in condizioni molto particolari (vedi sopra, 6.6). In queste circostanze è difficile per qualunque analista, e non solo per i candidati in formazione, trovare soluzioni soddisfacenti, basate cioè su valutazioni qualitative.

8.9.3 *Criteri per la conclusione del trattamento*

C'è sempre il pericolo di adattare i criteri della conclusione e le mete perseguite nell'analisi alle nostre idee personali e/o alle idee o teorie in voga al momento. Alcuni stabiliscono i propri obiettivi limitandosi a un livello puramente metapsicologico, dove difficilmente sono discutibili, altri cercano invece di orientarsi sul piano della realtà clinica.

Al tipo di domande che l'analista si pone, in relazione agli obiettivi del trattamento, sono possibili le risposte più svariate. Weiss e Fleming (1980) rispondono così alla domanda su come devono essere le condizioni del paziente

quando decide di abbandonare il trattamento: le analisi ben fatte si distinguono perché, in confronto a prima, il paziente vive più libero dai conflitti, in maniera più autonoma e con una maggiore fiducia in sé stesso. Aumenta la modalità di pensiero tipica del processo secondario, che si può cogliere nella migliore capacità di fare l'esame di realtà e di sublimare. Migliorano inoltre le relazioni oggettuali, e il paziente comprende meglio la differenza tra «analista come persona e professionista» e «analista come oggetto di transfert». Un altro ordine di domande si riferisce alla possibilità che il paziente disponga di strumenti e mezzi sufficienti per continuare il processo analitico in modo autonomo. Con ciò dobbiamo riprendere ancora una volta il tema dell'autoanalisi, per la sua notevole importanza. Come abbiamo già affermato parlando dei processi di identificazione del paziente con l'analista (vedi sopra, 8.4), consideriamo l'identificazione con l'analista e con la sua tecnica il passo più importante per il futuro progresso di un'analisi. Riteniamo (vedi Hoffer, 1950; G. Ticho, 1967, 1971; E. Ticho, 1971) che la meta principale del trattamento psicoanalitico sia l'acquisizione della capacità di fare autoanalisi. Contrasta con questa affermazione quanto fino a questo momento è stato descritto concretamente, vale a dire molto poco, riguardo a quello che realmente succede quando un paziente cerca di praticare l'autoanalisi a trattamento concluso. Desideriamo citare un autore (G. Ticho, 1971) che, prima di intervistare vari colleghi, mise a punto uno schema (*ibid.*, p. 32) che può essere d'aiuto per un'ulteriore ricerca. Secondo Ticho l'autoanalisi è un processo formato da diversi livelli di lavoro, che devono essere appresi in maniera consecutiva:

La capacità di fare autoanalisi si sviluppa:

- a) captando segnali di conflitti inconsci; per esempio una risposta irrazionale o esagerata viene percepita senza doverla compensare immediatamente con meccanismi di difesa come lo spostamento e la proiezione;
- b) lasciando che i pensieri fluiscono seguendo il loro corso senza troppa ansia, per associare liberamente e per ottenere un accesso relativamente libero all'Es;
- c) essendo capaci di aspettare tempi più lunghi fino a comprendere il significato di un conflitto inconscio, senza delusioni e abbandono del compito. Lo sviluppo di questa abilità è un indice di quanto il paziente si sia potuto identificare con quella parte dell'analista che aspetta fiduciosa che l'analizzando sia pronto a risolvere i suoi conflitti;
- d) essendo capaci di seguire la pista degli insight ottenuti e arrivare a cambiare sé stessi (e/o l'ambiente che ci circonda). Questa capacità si stabilisce non appena l'Io è sufficientemente forte e se l'analizzando è stato capace nell'analisi di esperire che l'insight può veramente portare a modificazioni dell'Io.

Supponiamo che la capacità di autoanalisi si ottenga in un processo di apprendimento continuo, in cui l'analizzando va gradualmente identificandosi con le funzioni analitiche (vedi sopra, 8.4). La conclusione del trattamento può essere programmata quando l'analista ritiene che l'analizzando abbia acquisito la capacità di autoanalisi. Una volta che questa meta è stata raggiunta, gli altri criteri relativi al termine del trattamento possono essere relativizzati.

Firestein (1980) compilò una lista di criteri, come miglioramento sintomatico, cambiamento strutturale, costanza d'oggetto affidabile nelle relazioni e equilibrio armonioso tra mondo pulsionale, Super-io e struttura difensiva. *Relativizzare questi criteri* non significa rifiutarli, ma *considerarli attentamente paragonandoli ad altre mete che potrebbero essere raggiunte se si prolungasse il lavoro analitico*. Orientare le mete secondo le caratteristiche della personalità invece che in termini di capacità non tiene conto dell'ammonizione che Freud fece nel suo ultimo lavoro sulla tecnica analitica, *Analisi terminabile e interminabile* (1937a, p. 532): «L'analisi deve determinare le condizioni psicologiche più favorevoli al funzionamento dell'Io; fatto questo, il suo compito può dirsi assolto.»

I limiti della modificabilità sono talvolta più angusti di ciò che vorremmo credere. Ottenere che il paziente riconosca questi limiti può significare per lui un passo più importante che seguire un'utopia. Questa posizione può sorprendere, perché finora abbiamo richiamato spesso l'attenzione sui cambiamenti che bisogna esigere come risultato del «legame inscindibile» fra terapia e ricerca (vedi oltre, cap. 10). Dal momento che il concetto di «cambiamento strutturale» come obiettivo del trattamento è una delle costruzioni più difficili da afferrare nella psicologia psicoanalitica della personalità, sia dal punto di vista teorico che da quello pratico, preferiamo accontentarci di cambiamenti che rendano possibile al paziente una migliore organizzazione della sua vita, rispetto a prima del trattamento, in conformità con i suoi desideri e tenendo conto dei suoi limiti. Le parole di Freud, «dove era l'Es, deve subentrare l'Io» (1932a, p. 190), descrivono quindi le mete realistiche del trattamento psicoanalitico, quando sia stata restituita all'Io la capacità di insight e di azione.

8.9.4 La fase postanalitica

L'impostazione della relazione con il paziente dopo la conclusione del trattamento psicoanalitico è un ambito di ricerca poco considerato. Nelle conversazioni informali tra analisti le comunicazioni su questo tema sono piuttosto rare, comunque decisamente più rare rispetto allo scambio di esperienze in altri campi. L'indicazione del modo in cui Freud si comportava in questa situazione è oggi influenzata dal fatto che negli ultimi anni si è venuti a conoscenza, in ambiente psicoanalitico (Cremerius, 1981b), di varie informazioni (Blanton, 1971; Doolittle, 1956) sui trattamenti da lui condotti, ad opera di pazienti la cui posizione eccezionale – ad esempio Blanton come analista e Hilda Doolittle come scrittrice di cui Freud aveva una stima profonda – impedisce di trarre conclusioni soddisfacenti sull'atteggiamento di Freud con i pazienti comuni. Ciò nonostante, c'è una diffusa considerazione della fase postanalitica come notevolmente importante per il corso e lo sviluppo ulteriore dei processi di maturazione che hanno avuto inizio durante il trattamento. Nel libro di Menninger e Holzman (1958, p. 208) troviamo la seguente affermazione lapidaria: «Gli obblighi del contratto psicoanalitico sono stati soddisfatti. I due

contraenti si preparano alla separazione.» Ciò che succede dopo la separazione reale tra analista e paziente è un'area riguardo alla quale «gli analisti, per difetti di impostazione scientifica, si privano della conoscenza e delle possibili contraddizioni, che sono così vitali per la crescita della psicoanalisi come scienza» (Schlessinger e Robbins, 1983, p. 6). Per molto tempo le ricerche sistematiche sul periodo successivo al trattamento furono una rarità; i pochi studi seri, che considereremo più avanti, segnalano più che chiaramente che le nostre idee riguardo alla fase postanalitica e al processo che segue all'esperienza terapeutica sono una di quelle miniere d'oro di cui per troppo tempo abbiamo ignorato l'esistenza. Dobbiamo essere molto cauti ad attribuire il successivo sviluppo dei pazienti all'esperienza di autoanalisi (Kramer, 1959; G. Ticho, 1971; Calder, 1980). Dopo la nostra formazione restiamo in contatto con gli altri analisti, grazie all'appartenenza alla stessa «squadra di lavoro»; il nostro lavoro quotidiano ci obbliga a far ricorso all'autoanalisi. L'idea di una fase postanalitica, introdotta da Rangell (1966), corrisponde alla nostra concezione processuale dello sviluppo di una terapia. Le modalità di questi contatti postanalitici sono un punto molto discusso a causa di una concezione inadeguata della risoluzione del transfert (vedi sopra, cap. 2) e della conseguente paura di una sua riattivazione.

L'analista deve fare in modo che il paziente non abbia più contatti con lui, con l'obiettivo che l'analisi si integri così nella vita del paziente e che possibilmente l'oblio la cancelli, come succede per i ricordi infantili? O deve lasciare la porta aperta a nuovi contatti? E. Ticho (cit. in Robbins, 1975) è dell'idea che l'analista non debba assicurare al paziente di essere disponibile per ulteriori consultazioni, perché questo potrebbe minare la fiducia in sé stesso del paziente. Al contrario Hoffer (1950) preferisce offrire una certa disponibilità, se i pazienti ne sentono la necessità. Buxbaum (1950, p. 189) pensa che un segnale che l'analisi ha avuto successo è quando l'ex paziente afferma: «Posso prendere e lasciare l'analista.» Secondo la sua opinione, ciò può essere facilitato se l'analista ammette in linea di principio la possibilità di altri contatti, quando il paziente lo desidera e ne senta il bisogno, senza che sia necessaria la presenza di sintomi. La sua esperienza conferma il fatto che i pazienti fanno un uso occasionale di questa offerta senza abusarne. Un rigido «mai più» potrebbe avere effetti traumatici sul paziente, perché lo metterebbe in una posizione passiva. Dewald (1982) propone di gestire la situazione postanalitica con molto tatto. Questo autore afferma che è molto doloroso per un paziente che la richiesta di un incontro sia rifiutata. Altri autori pensano che accettare altri contatti dopo la conclusione dell'analisi sia un malsano incentivo alla malattia. Greenson (cit. in Robbins, 1975) fece il seguente esperimento: per alcuni mesi dopo l'analisi vedeva il paziente ogni quattro settimane. Il risultato fu che il ruolo dell'analista cambiò: da psicoanalista del paziente divenne ascoltatore dell'autoanalisi di lui. Etchegoyen (1986) è favorevole al mantenimento di un contatto

periodico con i pazienti per un periodo di tempo variabile, allo scopo di studiare il processo postanalitico e valutare i risultati dell'analisi. Egli insiste però sul fatto che «la conclusione sia concreta e poco ambigua, lasciando all'analizzato la libertà di tornare se lo desidera, al di là dei colloqui programmati» (p. 595).

Risulta chiara, quindi, la necessità che l'analista abbia un atteggiamento flessibile. Se diventa evidente che i contatti postanalitici sono necessari per un ulteriore lavoro sulla nevrosi di transfert, si impone un trattamento nella forma descritta da Bräutigam (1983, p. 130). In generale è conveniente comunicare al paziente che, nel caso di un fallimento delle sue capacità di autoanalisi per superare difficoltà emergenti, può riprendere contatto con il suo analista o con un altro (Zetzel, 1965).

Un altro ordine di domande riguarda il modo in cui l'analista struttura i contatti reali con il paziente dopo il trattamento, contatti che possono avvenire in maniera casuale o per motivi professionali. In questi casi l'atteggiamento analitico di distacco non è adeguato e ha solo effetti inibitori e dannosi. Tuttavia, il comportamento opposto si caratterizza per il tentativo di evitare la neutralità stimolando il paziente a una familiarità prematura e intensa, di fronte alla quale il paziente può reagire come se si trattasse di una minaccia di seduzione. Entrambi gli atteggiamenti hanno conseguenze negative. Il primo porta a inibizioni e a forme di dipendenza regressiva e il secondo può causare ansia, confusione o un agire ipomaniacale. Il miglior modo per strutturare i contatti sociali e professionali dopo la conclusione del trattamento si colloca in una posizione intermedia tra i due estremi (Rangell, 1966).

In generale, per l'ulteriore sviluppo del rapporto analitico dopo la conclusione dell'analisi, proponiamo, al posto di una separazione radicale, l'immagine della struttura inconscia della relazione con il medico di famiglia. Come Balint sosteneva, l'aspetto fondamentale della relazione con il medico di famiglia dipende dal fatto che egli è disponibile quando se ne ha bisogno. È nostra opinione che l'analista debba guidare la rielaborazione dei problemi di separazione avendo come riferimento questo sentimento di base. Riteniamo che equiparare la separazione alla morte significhi considerare in modo inadeguato la situazione analitica. Ciò porta a una drammatizzazione artificiale, attraverso la quale le fantasie inconse di onnipotenza e le conseguenti proiezioni vengono rafforzate, rendendo la separazione più difficoltosa. Sembra così giustificato il mantenere una relazione latente, poiché può accadere a chiunque di restare turbato da eventi della propria vita, e quindi desiderare di rivolgersi nuovamente allo psicoanalista. È secondario che si tratti dello stesso analista o, per motivi contingenti, di un altro. È importante la sensazione di fondo, di avere avuto una buona esperienza: ciò permette di avere la fiducia necessaria per chiedere nuovamente un aiuto analitico.

Una delle aree più trascurate, rispetto a cui Waelder (1960) ha incoraggiato

la ricerca, concerne l'osservazione a lungo termine una volta conclusa l'analisi. Non sembra il caso di distinguere, in questo contesto, tra le ricerche catamnestiche cliniche non sistematiche e quelle invece sistematiche con metodologia empirica. Entrambe hanno la loro importanza. Gli analisti che lavorano nei loro studi privati possono fare importanti osservazioni a lunga distanza sui singoli casi. La preoccupazione esagerata di un' indesiderata riattivazione del transfert ha notevolmente limitato la curiosità e la disponibilità degli analisti a prendere contatto con i vecchi pazienti.

Pfeffer (1959) introdusse un metodo di ricerca che si adegua al metodo psicoanalitico e che è strutturato sotto forma di interviste psicoanalitiche; l'utilità di questa impostazione venne confermata dai suoi studi successivi (1961, 1963). In tutti i casi esaminati emersero chiaramente gli effetti di conflitti inconsci persistenti, che si rifacevano ai conflitti diagnosticati originariamente; l'aspetto positivo del trattamento psicoanalitico consisteva principalmente nell'acquisita capacità dei pazienti di gestire questi conflitti in maniera più adeguata.

La convinzione che tali ricerche catamnestiche non solo necessitano di una legittimazione esterna, ma rappresentano anche un metodo produttivo per lo studio dei cambiamenti postanalitici, sembra imporsi gradualmente (Norman, Blacker e altri, 1976; Schlessinger e Robbins, 1983). Gli studi di casi esistenti dimostrano la stabilità di modelli di conflitto ricorrenti; tali modelli si acquisiscono nell'infanzia e, quindi, sono relativamente imm modificabili. Essi costituiscono il punto di partenza di processi di maturazione e di sviluppo, rappresentano i vissuti infantili e formano il nucleo della nevrosi. L'azione del trattamento psicoanalitico non porta a un'estinzione di questi modelli di conflitto, ma a una maggiore capacità di tolleranza e dominio della frustrazione, dell'angoscia e della depressione grazie allo sviluppo della capacità di autoanalisi. Questa capacità si stabilisce come una strategia preconsua di successo mediata da un'identificazione con gli sforzi dell'analista, per osservare, comprendere, integrare i processi psicologici. In questo modo Schlessinger e Robbins riassumono i risultati delle loro ricerche catamnestiche. Riteniamo che queste costatazioni siano formative anche per noi analisti, e anche fonte di una certa soddisfazione, dal momento che, proprio grazie a queste ricerche catamnestiche, il lavoro dell'analisi può essere documentato in maniera più adeguata e realistica.

Le catamnesi sistematiche perseguono altri scopi, specialmente quelle svolte negli ambulatori di clinica psicoanalitica, come ad esempio i primi lavori di Fenichel (1930) sui risultati dell'Istituto psicoanalitico di Berlino (Jones, 1936; Alexander, 1937; Knight, 1941). Queste ricerche cercano di valutare l'influenza di diversi fattori nel processo terapeutico e i conseguenti risultati, e ciò è possibile solo con campioni molto consistenti di dati (Kernberg, Bursteine e altri, 1972; Kordy, Rad e Senf, 1983; Luborsky, Mintz e altri, 1980; Sashin, Eldred e Amerongen, 1975; Weber, Bachrach e Solomon, 1985; Wallerstein, 1986).

Un panorama sulla situazione della ricerca sui risultati in psicoterapia si può avere dallo studio di Bergin e Lambert (1978).

L'importanza di tali valutazioni globali dei risultati è stata riconosciuta da pochi analisti, nonostante il suo enorme valore per una politica di salute mentale. In Germania le ricerche catamnestiche di questo tipo hanno contribuito in maniera decisiva all'inclusione della psicoanalisi fra i trattamenti coperti dalle casse mutue (Dührssen, 1953, 1962). Proprio perché lo stato attuale della ricerca sui risultati terapeutici ha già superato la tappa dei procedimenti semplificati (Kächele e Schors, 1981), si rendono urgentemente necessari studi catamnestiche sistematici sulla legittimità dell'inclusione di psicoanalisi prolungate fra i trattamenti coperti dal sistema sociosanitario, specialmente considerando i risultati emblematici delle psicoterapie dinamiche brevi (Luborsky, 1984; Strupp e Binder, 1984).