

## Capitolo 4

### Resistenza

#### *Considerazioni preliminari*

Dopo la classificazione delle diverse forme di resistenza presentata nel primo volume, approfondiamo ora la *funzione regolatrice della resistenza sulla relazione terapeutica* dal punto di vista della tecnica.

L'ampliamento della teoria del transfert (vol. 1, 2.5) ha avuto naturalmente conseguenze importanti su alcuni aspetti della teoria della resistenza. Sebbene le opinioni di famosi analisti contemporanei ricordino le dispute degli anni trenta fra Anna Freud, Fenichel, Melanie Klein e Reich, numerosi segnali mostrano come i fenomeni della resistenza vengano sempre più considerati dal punto di vista relazionale. Queste trasformazioni si sono rese evidenti in occasione di una discussione fra Sandler e Rangell durante il Congresso di psicoanalisi di Madrid nel 1983. La seguente citazione contiene le argomentazioni più importanti di Sandler (1983, p. 41; corsivo nostro):

Sembra chiaro che l'introduzione e la descrizione di questi processi riferiti all'oggetto, soprattutto le *difese riferite all'oggetto*, riflettano una *dimensione essenzialmente nuova* nel lavoro psicoanalitico e nel concetto di transfert. L'analisi del «qui e ora» dell'interazione psicoanalitica ha cominciato ad avere la precedenza, in termini di *timing* delle interpretazioni, sulla ricostruzione del passato infantile. Il fatto che il paziente utilizzi nella situazione psicoanalitica difese che coinvolgono sia lui stesso che l'analista è stato considerato come transfert, e ha finito per essere sempre di più l'interesse primario dell'attenzione dell'analista. La domanda «che cosa sta succedendo ora?» è diventata prioritaria rispetto alla domanda «che cosa il materiale rivela del passato del paziente?».

In altre parole, il lavoro psicoanalitico è stato focalizzato, almeno in Inghilterra, sempre di più su come il paziente utilizza l'analista nei suoi desideri e nei suoi pensieri inconsci nel presente, cioè nel transfert, come viene compreso esplicitamente o implicitamente dalla maggior parte degli analisti, nonostante la ristretta definizione ufficiale del termine.

Questa concezione è stata commentata criticamente da Rangell, il quale si domanda se nella tecnica dell'interpretazione la resistenza e la difesa con-

tinuino a essere *anteriori* al transfert, come lo sono in Freud, Anna Freud, Fenichel e tanti altri, o se ci stiamo muovendo nella direzione condivisa da molti: prima il transfert, o addirittura solo il transfert? Tutto sembrerebbe puntare verso una nuova polarizzazione: il privilegiamento del «qui e ora» rispetto alla ricostruzione e all'insight sarebbe molto diffuso fra gli psicoanalisti. Rangell (1984, p. 133) invita a prendere una decisione:

Alla fine dovremo scegliere fra due concetti di transfert, quello intrapsichico o quello interazionale o transazionale. La stessa scelta dovrà essere operata fra il modello intrapsichico e quello interazionale del processo terapeutico.

I problemi sollevati da Sandler e Rangell col tempo saranno decisi nei dettagli con la ricerca psicoanalitica sul decorso e sull'esito della terapia psicoanalitica. A nostro avviso non si devono temere nuove polarizzazioni perché tra le interpretazioni della resistenza e del transfert non può essere stabilita una gerarchia secondo posizioni estreme come quelle sostenute da Reich e da Melanie Klein. Reich, sul piano della tecnica, ha organizzato la teoria della difesa nella sua rigorosa analisi della resistenza, che sfociava nella sua teoria dell'*analisi del carattere*.

La regola di partire dalla superficie venne assunta come principio e applicata rigidamente: «*Nessuna interpretazione di significato, quando è necessaria una interpretazione delle resistenze*» (Reich, 1933, pp. 52 sg.). Reich ha introdotto un'utile differenziazione tra forma e contenuto, e ha descritto la resistenza al transfert basandosi soprattutto sui comportamenti, sugli atteggiamenti e sul modo di osservare la regola fondamentale. In proposito ha scritto (p. 76):

La resistenza caratteriale non si manifesta sul piano contenutistico, ma sul piano formale in modo tipico e costante nel modo generale di comportamento, di parlare, di camminare, nella mimica e in particolari atteggiamenti (il sorriso, lo scherno, il modo ordinato o confuso di parlare, il *tipo* di cordialità, il *tipo* di aggressività ecc.).

I diversi tratti nevrotici del carattere hanno ricevuto il nome di «corazza» o anche «corazza caratteriale», descrivendo così il compatto meccanismo difensivo di certi comportamenti nel regolare l'economia pulsionale fra l'interno e l'esterno.

Le raccomandazioni di Reich portano anzitutto a limitarsi all'interpretazione della resistenza *contro* il transfert e ad evitare interpretazioni di contenuto, in particolare quelle genetiche più profonde. Reich (*ibid.*, p. 65) ha formulato come regola generale che «*durante l'analisi non è mai troppo presto per intervenire sulle resistenze, e che nell'interpretazione dell'inconscio, a prescindere dalle resistenze, non si è mai troppo prudenti*».

Reich costringeva l'analisi della resistenza nel «qui e ora». Già nelle prime sedute metteva in relazione la resistenza e il transfert dicendo al paziente, alla prima occasione, che aveva qualcosa contro l'analista ma non osava esprimerlo (p. 72). Anche Ferenczi (1926) ha preso da Rank un analogo sugge-

rimento e ha raccomandato di interpretare ogni sogno, ogni gesto o atto mancato, ogni peggioramento o miglioramento, soprattutto come espressione della relazione fra transfert e resistenza. Secondo Ferenczi dobbiamo a Groddeck l'introduzione di questo principio; egli infatti faceva sempre al paziente la stessa domanda, di fronte a ogni peggioramento: «Che cos'ha contro di me? Che cosa le ho fatto?» Per quanto l'analisi del carattere e della resistenza in Reich sia differente dalla tecnica di Ferenczi, esse si assomigliano nell'accentuazione del «qui e ora», in reazione a quella fase, nella storia della tecnica, che Ferenczi e Rank (1924) criticavano come *fanatismo interpretativo*. Con questa espressione essi intendevano quelle interpretazioni ricostruttive che consideravano il paziente un esperto riguardo all'origine della sua malattia, ma non portavano alcun vantaggio terapeutico.

Non è dunque una novità sottolineare l'attualità della resistenza e del transfert. Il «qui e ora» è il punto di partenza, passato e presente, delle più diverse tecniche psicoanalitiche, concepito tuttavia in modo differente a seconda dei casi. Ferenczi considerava la resistenza contro il transfert in modo del tutto diverso da Reich, anche se entrambi hanno seguito la stessa regola e nelle loro interpretazioni possono essere partiti dalla superficie.

La discussione fra Sandler e Rangell può essere considerata un prolungamento tardivo della discussione sulle interpretazioni superficiali e profonde che era alla base dei contrasti fra l'indirizzo della psicologia dell'Io e la scuola kleiniana. La presa di posizione di Fenichel (1935, p. 80) al riguardo, benché formulata molto tempo fa, è tuttora interessante:

Non ha senso dare «interpretazioni del profondo» (per quanto possano essere corrette nel loro contenuto) mentre ci sono cose superficiali prioritarie. Non si può dunque, come vuole Melanie Klein, «mettersi in contatto diretto con l'inconscio del paziente», perché analizzare significa, senza dubbio, confrontarsi con l'Io del paziente, costringere l'Io del paziente a riconoscere i propri conflitti (...) L'atteggiamento difensivo dell'Io è *sempre* più superficiale dell'atteggiamento pulsionale dell'Es. Perciò, prima di sbattere in faccia al paziente quali pulsioni abbia, bisogna interpretargli come e perché ha paura delle proprie pulsioni e come si sta difendendo rispetto a esse.

Sembra che Sandler, con l'accentuazione dei *processi difensivi diretti all'oggetto*, si muova fra l'analisi tradizionale della resistenza della psicologia dell'Io e la tecnica interpretativa della scuola kleiniana. Anche noi partiamo dall'assunto che gli esseri umani mirino agli oggetti e siano caratterizzati da un'intenzionalità primaria. Una conseguenza di questo assunto è che tutte le fantasie inconscie sono *dirette all'oggetto*; per questa ragione le angosce umane fondamentali appaiono nei punti di contatto intersoggettivi. Nel primo volume (2.5) abbiamo commentato positivamente il fatto che Melanie Klein abbia mosso il fronte irrigidito dell'analisi della resistenza. Successivamente sono comparse nuove polarizzazioni e atteggiamenti unilaterali. Il nesso tra fantasie inconscie, angoscia e difesa è diventato il punto centrale delle tipiche interpretazioni di transfert kleiniane. La proiezione ha

preso il posto della rimozione come prototipo dei meccanismi di difesa. Di conseguenza la resistenza da rimozione ha perso la sua importanza. La tecnica kleiniana opera, per così dire, alle spalle della resistenza, poiché attraverso le angosce sembra possibile un accesso *diretto* alle presunte fantasie inconscie. Così, per motivi sia teorici che tecnici, la parola «resistenza» è scomparsa dalla terminologia della scuola kleiniana. Nell'indice analitico dei libri degli autori kleiniani la voce «resistenza» manca completamente (M. Klein, 1921-58, 1962; Segal, 1964; Etchegoyen, 1986), o se ne trova soltanto un accenno, per esempio in riferimento alla reazione terapeutica negativa, come in Rosenfeld (1987); oppure essa viene trattata indirettamente, come in Etchegoyen (1986), tramite le «vicissitudini sfavorevoli del processo».

L'atemporalità dell'inconscio kleiniano sembra far diventare il «qui e ora» un tutt'uno con il passato. La comprensione kleiniana della relazione nella situazione psicoanalitica attuale è completamente differente da quella di Gill, sebbene entrambi parlino dell'importanza del transfert. Se si parte dalle ripetizioni astoriche, che si esprimono nel transfert come desideri e angosce dirette all'oggetto, è certo che tutto l'essenziale si svolge nella relazione terapeutica presente; ma viene trascurata la realtà, cioè gli aspetti reali della relazione con l'analista. Visto che le fantasie e le angosce inconscie si impongono nel transfert in forma praticamente atemporale, anche il contributo dell'analista alla resistenza del paziente sembrerebbe irrilevante. Kohut (1977) accentua, a differenza della scuola kleiniana, la *dipendenza* della resistenza dal *comportamento* attuale dell'analista e, in particolare, dalla sua mancanza di empatia. È evidente che su questo aspetto condividiamo pienamente la sua opinione.

È giunto il momento di concentrarci sulla funzione regolatrice della relazione svolta dalla resistenza in rapporto con il principio di salvaguardia. Qui sono possibili dei fraintendimenti, perché Groddeck, Ferenczi, Rank e Reich hanno visto nei nessi forzati da noi menzionati il contributo dell'analista alla resistenza e al transfert. Questa tradizione continua a vivere, sebbene inosservata, nel gergo psicoanalitico di lingua tedesca, nel cosiddetto *abbordaggio* della resistenza (e del transfert). Nell'area linguistica angloamericana questo stile di intervento sembra esprimersi nelle domande *what about me?* oppure *aren't you really talking about me?* Reed (1987) ha mostrato, con l'esempio di un primo colloquio di un candidato con una paziente, come il candidato collegasse a sé stesso la descrizione, da parte della paziente, di una tonsillectomia traumatica, suggerendole che in realtà stava parlando di lui (l'analista). Sebbene in analisi si tratti di scoprire delle somiglianze, ciò è possibile soltanto se si vedono anche delle diversità. Stabilire il transfert tramite riferimenti forzati, come negli esempi sopra citati, impedisce di riconoscere l'influenza dell'analista sulla resistenza del paziente all'esperienza del trans-

fert, nel senso di Gill. Se si intende la genesi attuale, cioè l'enfasi sul «qui e ora», nel senso di un semplice abordaggio, allora questo procedimento largamente diffuso rende più difficile, e a volte addirittura impossibile per diversi motivi, la formazione e l'analisi del transfert. Nella fase iniziale dell'analisi tali osservazioni hanno un effetto scoraggiante e possono portare il paziente a dubitare della normalità dell'analista, e addirittura a non iniziare il trattamento. Nelle fasi successive questo tipo di interpretazione rende più difficile differenziare i diversi livelli della relazione e del transfert, cioè gli aspetti «reali» e «nuovi» e quelli transferali e antichi.

Per delimitare gli abordaggi transferali e i loro equivalenti in lingue diverse, raccomandiamo, con Gill, di esaminare attentamente il contributo dell'analista al transfert e alla resistenza, cioè la genesi attuale della resistenza nei punti di contatto *reali*, che sono contenuti, per esempio, nella resistenza ad associare. Qui vediamo il comune denominatore che ci collega con le posizioni di Gill, Klauber, Kohut e Sandler.

Si tratta di convincere gradualmente il paziente a non temere *alcuna* ripetizione delle sue precedenti esperienze di frustrazione, nell'avviare una nuova relazione. Solo allora potrà rinunciare alle sue autodifese abituali, come è stato convincentemente mostrato da Weiss e Sampson (1986). Questo modo di intendere le cose è utile soprattutto per la gestione delle resistenze del Super-io. Nel ricercare il desiderato aumento del sentimento di sicurezza del paziente, si possono tentare molteplici interventi, che possono utilizzare tutto lo spazio del dialogo utile dal punto di vista terapeutico.

Per chiarire la funzione regolatrice della resistenza nella relazione, citiamo Cremerius (1975, p. 79):

Al terapeuta basti pensare quanti e quali sforzi sia costato al paziente e le battaglie che ha dovuto sostenere nella sua infanzia per riuscire nell'acrobazia di socializzare la propria natura pulsionale e, tuttavia, conservare alcuni elementi di questa, che gli permetteranno di comprendere correttamente il suo comportamento nella situazione terapeutica (...) E quando questo aspetto gli risulterà chiaro, egli potrà anche capire perché il paziente non possa semplicemente riammettere ora qualcosa che in passato aveva dovuto rimuovere per salvarsi la vita. Egli capirà che nel frattempo il suo paziente si è arrangiato e si è abituato a vivere in questo modo, e così potrà condividere i suoi sentimenti di fronte a ciò che significa esporsi a un processo il cui fine è il ritorno del rimosso.

Grazie all'ubiquità dei fenomeni di resistenza, il lettore troverà esempi in tutti i capitoli di questo volume. Data la particolare importanza terapeutica del tempestivo riconoscimento della resistenza al transfert, vogliamo evidenziarla negli esempi che seguono. Dedichiamo un paragrafo all'argomento della resistenza di identità e alla sua relazione con il principio di salvaguardia, perché da questa resistenza derivano particolari difficoltà tecniche.

In generale, si può considerare superato il periodo dell'esagerata accentuazione dell'analisi della resistenza e delle polarizzazioni a essa conseguenti. Il nostro modo di intendere la resistenza come fenomeno dialogico si basa

sulla concezione degli ipotetici processi di difesa come processi di interscambio. In questo senso sosteniamo l'utopia idealistica che, per principio, ritiene terapeuticamente trattabili le limitazioni del vissuto e del comportamento causate dalla resistenza. Nella realtà della resistenza si tratta di trasformare i motivi del fallimento in un punto di partenza per riflessioni auto-critiche, o addirittura per scoperte, come Freud si riprometteva analizzando i casi difficili. Consigliamo quindi di leggere gli esempi che seguono secondo il filo conduttore di questo libro e considerando i processi di interscambio sotto l'aspetto del contributo dell'analista allo sviluppo e al superamento della ripetizione nelle diverse forme di resistenza e di transfert.

#### 4.1 *Rinnegamento degli affetti*

La signora Nora X arriva in ritardo alla seduta 413, un evento insolito. Durante i cinque minuti di attesa riflettevo intensamente su di lei. Da un lato ero preoccupato, dall'altro sentivo una tensione interna crescente che aveva una sfumatura aggressiva. La preoccupazione era causata dalla sua tendenza a comportarsi in modo autodistruttivo, per esempio guidando in modo rischioso. Quando finalmente arrivò, mi sorprese la sua espressione sorridente e addirittura raggiante, mentre al momento di entrare mi guardava più a lungo del solito con un'espressione interrogativa. La sua allegria e il mio disappunto formavano un contrasto carico di tensione.

PAZIENTE: Sono senza fiato adesso, sono proprio arrivata in ritardo (*breve pausa*). Ma sento che c'è anche qualcos'altro. Non so se sono allegra perché sono arrivata in ritardo facendola aspettare, o per la situazione di prima.

Descrive l'incontro con il suo fidanzato. Erano seduti in un bar e parlavano così animatamente che lei si era fermata a lungo. Alla fine era arrivato il momento di pagare, e mentre lo faceva la paziente aveva notato che questo era stato proprio l'argomento dell'ultima seduta, dove aveva riflettuto sui suoi frequenti ritardi nel pagare l'onorario.

PAZIENTE: Sì, quello che credo mi dia da pensare è il commento fatto prima di andarmene, si trattava del pagare; è stato anche l'argomento dell'ultima seduta, e ho trovato molto significativo che questo sia stato il punto finale della discussione con il mio fidanzato, mentre all'inizio avevamo parlato di cose del tutto diverse.

Con il suo fidanzato aveva parlato delle difficoltà con il suo capo. Paragona queste discussioni con lui al «batti e ribatti del ping pong». Sentiva lo stesso meccanismo anche con il suo fidanzato quando, per pagare il caffè, c'era stato uno «strano gioco di dare e prendere». L'aspetto aggressivo è secondo me in primo piano. Costruisco un'analogia tra qui e fuori, considerando il ritardo e la mia preoccupazione.

PAZIENTE: Ecco oggi... allora, mi comporto nello stesso modo quando si tratta di esprimere quello che penso, di trattenere le cose, poi con i pagamenti e... penso se questo ora abbia un collegamento con l'arrivare in ritardo.

ANALISTA: Uhm, io penso di sì.

PAZIENTE: Lei pensa di sì. Ecco, io rubo del tempo. Lo distribuisco solo diversamente, se vogliamo, passando più tempo con il mio fidanzato.

ANALISTA: Poco fa abbiamo parlato della questione del battere e ribattere col suo fidanzato, oggi tocca a me.

PAZIENTE: Sì, mi diverte.

ANALISTA: È per questo che entrando mi ha guardato raggianti.

Rendo partecipe la paziente della mia percezione per chiarirle quanto fosse contenta del ritardo e con quanto piacere vivesse la messa in atto di pulsioni aggressive.

PAZIENTE (*ridendo*): A dire il vero questo mi provoca – da qui deve venire probabilmente l'espressione – un divertimento matto.

Affetto e comportamento sono intrecciati in un divertimento «matto», in modo che il piacere e il comportamento che danneggia la relazione esprimano l'aggressività dalla quale la paziente si difende.

ANALISTA: Sì, chiaro, lei si concede anche questo divertimento. Ma ciò che non mi è chiaro è se lei sia consapevole anche delle conseguenze di questo divertimento.

PAZIENTE: Certamente non mi sono ancora posta la domanda «che cosa ci guadagno da tutto questo»; ma se ora me lo chiedo, penso di farlo per conquistare così la sua attenzione; potrebbe infatti pensare «ma dov'è finita adesso» o qualcosa del genere; e allora mi viene in mente come reagisco se qualcuno non è puntuale, mi fa proprio arrabbiare molto.

ANALISTA: Uhm, questo lo sa benissimo.

PAZIENTE: Che mi fa arrabbiare. Ma che faccia arrabbiare anche l'altro, non lo voglio proprio sapere.

ANALISTA: Ma il suo divertimento sta proprio in questo: riuscire a provocare in modo apparentemente innocente molta irritazione negli altri.

Qui ci sarebbe la possibilità di motivare la sua necessità di difendersi dai propri affetti con i sensi di colpa, ma questo passo non mi sembra ancora indicato; infatti, la paziente rimane sull'argomento rabbia.

PAZIENTE: Mi viene in mente, a questo proposito, che questo fine settimana il mio fidanzato mi ha fatto aspettare per tre volte. La prima volta non ho detto niente, sebbene lui abbia toccato l'argomento. Anche la seconda volta non ho detto niente, solo la terza. Allora ho proprio provato com'è. Sì, infatti, come ho detto anche prima, recentemente gli ho dato una batosta con... di cosa si è trattato veramente?

Qui la paziente, mentre parla, dimentica in che modo abbia voltato le spalle al suo fidanzato. Sebbene questa momentanea dimenticanza (vedi Luborsky, 1967) del movimento di distanziamento della paziente fosse un dettaglio interessante, ho ricostruito nella seguente interpretazione l'intero percorso riguardo al tema del ritardo, per interpretare il suo passaggio dalla passività (come vittima del ritardo altrui) all'attività (arrivando in ritardo lei stessa).

ANALISTA: Durante il fine settimana era lei quella che doveva aspettare e si è arrabbiata, cioè era passiva ed era la vittima. Ora fa qualcosa che abbiamo già visto varie volte, mi ripaga cioè con la stessa moneta e mi fa aspettare, dicendo a sé stessa: «Non voglio che mi si faccia del male e perciò faccio del male agli altri»; questo è il suo modo di gestire disturbi e ferite di questo tipo. E così ritardare significa far arrabbiare e arrabbiarsi.

PAZIENTE: Uhm (*breve pausa*), sì, a volte si tratta di questo, fare arrabbiare e arrabbiarsi.

Nel seguente passaggio la paziente riferisce di aver parlato con il suo fidanzato del suo (di lui) ritardo, ma che le costa molto essere capace di superare le inibizioni interne per esprimere i suoi sentimenti. Dopo che le è diventato chiaro, in base all'inter-

azione con il suo fidanzato, l'uso delle sue pulsioni aggressive e il modo di trasformarle in azioni, richiamo la sua attenzione sul suo comportamento in analisi.

ANALISTA: Ha parlato di dare e prendere e in fondo si tratta di far arrabbiare e di arrabbiarsi. C'è un legame molto stretto, perché lei si arrabbia se non riceve quello che si aspetta, puntualità o denaro. E parte dal presupposto che io reagisca, pensi e senta nello stesso modo; cioè, che mi arrabbi se non ricevo quello che mi aspetto. E questo piacere di far arrabbiare si riflette nelle sue azioni; il suo ridere e la sua faccia raggiante tradiscono quanto grande sia il suo divertimento nel farmi arrabbiare. E può rallegrarsene così tanto perché, nel momento in cui lo fa, non percepisce in pieno questo far arrabbiare, come accade con il suo fidanzato.

La paziente reagisce a questa interpretazione descrivendo nuovamente l'interazione fra lei e il fidanzato, accentuando più di prima il carattere aggressivo dei batti e ribatti. Contemporaneamente aumentano la sua allegria e il suo divertimento.

PAZIENTE (*ridendo, imita il suo fidanzato*): «Se me lo dici ancora una volta, ti do una» (*e aggiunge con forza*) paff!

ANALISTA: Dà proprio l'impressione che vi prendiate a schiaffi. L'uno fa paff e poi l'altra fa paff! (*la paziente conferma in modo contenuto*), e anch'io ho ricevuto il mio paff! (*la paziente ride*), e questo la diverte.

PAZIENTE: Sì, molto. In qualche modo non voglio privarmi di questa gioia adesso. È come se finalmente fosse apertamente presente e potesse liberamente uscire.

Ora che il piacere, finora preconscious (o inconscio?), di agire aggressivamente, è diventato conscio nella sua più importante relazione extranalitica e nel transfert, può essere elaborata la sua connessione con il sintomo principale (la rottura delle relazioni) nel passo successivo:

ANALISTA: Sì, il suo divertimento consiste proprio nell'utilizzare una persona per schiaffeggiarne un'altra. Oggi ha utilizzato la discussione col suo fidanzato per dare uno schiaffo a me. Le riesce difficile stare con una sola persona ed esprimerle direttamente ciò che sente, si cerca invece una seconda persona che si prenda lo schiaffo destinato all'altra. E ciò caratterizza i suoi rapporti: invece di concentrarsi su una persona lei riferisce i suoi sentimenti più importanti a un'altra.

PAZIENTE (*sottovoce*): Perché dà piacere.

ANALISTA: Sì, certamente le dà piacere, ma la rende anche infelice.

PAZIENTE: Ho la sensazione di non aver mai provato piacere. E proprio per questo mi sono detta: «È veramente importante che manifesti adesso la mia allegria», perché di solito la nascondo. Normalmente in questo non vedo né divertimento né piacere, invece sono sempre attaccata alla mia tristezza, che è lì sempre presente, ma non mi porta avanti.

ANALISTA: Tutte e due sono importanti; il dolore è una cosa che sente più vicina, mentre il suo divertimento matto, sotto forma di vendetta, rabbia e irritazione, non rientrava finora nel suo campo percettivo.

Continuo facendo riferimento alle amicizie precedenti, quando non era consapevole della propria aggressività, che vedeva invece riflessa nel comportamento degli altri.

ANALISTA: E ora vediamo quanto piacere le procura, detto molto semplicemente, maltrattare gli uomini. Infatti lei mi maltratta quando mi fa aspettare compiacendosene, e si diverte quando ciò diventa evidente.

PAZIENTE: Sì, però è così solo ultimamente. In passato mi sono presentata sempre triste, e allora tutto finiva in niente.



Nella sequenza successiva offro alla paziente un'interpretazione più precisa, dove metto in relazione il passaggio dal desiderio alla delusione e il cambiamento dalla passività all'attività come difesa da una situazione traumatica temuta, con l'aggressività che ne scaturisce. Alcuni anelli di questa catena sono già stati elaborati nel lavoro precedente, e quindi non vengono discussi esplicitamente in questa seduta. Concludo questa interpretazione riassuntiva riferendomi all'aspetto transferale del suo comportamento:

ANALISTA: E per prevenire questa delusione, questo dolore temuto, rigira tutta la faccenda e non mi dà quello che pensa io mi aspetti. Con questo mi procura un danno che teme possa procurarle dolore.

PAZIENTE: Strano, adesso mi viene in mente la fine della seduta. La mia rabbia quando lei dice: «Ora il tempo è scaduto.»

ANALISTA: Sì, così le faccio male, e ora passa al contrattacco. Però il risultato non migliora la situazione, anzi, la sensazione di rabbia accorcia ancora di più la seduta, ed è l'aspetto fatale di tutto questo esempio: la sua reazione non fa migliorare la situazione, ma al contrario la peggiora.

PAZIENTE: Nel mio intimo cerco ancora molti modi diversi per abbreviare il tempo perché, nel momento in cui comincio a sospettare che la fine della seduta potrebbe essere vicina, mi dico: «Quando lo dirà, quando lo dirà...!» E recentemente ho potuto constatare che, in quei momenti, penso già ad altro, come se volessi evitare questo dolore. Inoltre adesso ho proprio pensato fra me che, nell'allontanarmi mentalmente da qui, prendo almeno un po' di piacere, e in questo modo tutto è meno doloroso.

ANALISTA: Rendersi così attiva le dà la piacevole sensazione di tenere sotto controllo la situazione, ma ha anche lo svantaggio che lei riceve ancora di meno.

PAZIENTE: In quei momenti sono certamente meno concentrata, meno intensamente, e, da un lato, l'andarmene è una soddisfazione, dall'altro però è anche una perdita, perché si perde in intensità.

ANALISTA: Giusto, e quello che vediamo qui in piccolo è un modello di come lei dà forma alle sue relazioni; ogni volta che le sue amicizie sarebbero potute diventare più coinvolgenti, lei le ha interrotte precocemente di sua iniziativa, per gli stessi motivi per i quali interiormente interrompe anzitempo le nostre sedute, per paura del dolore che un altro le potrebbe procurare dicendo: «Ora è finito», e può darsi che, così facendo, provochi attivamente qualcosa che forse accadrebbe comunque.

PAZIENTE: Già, qui sì, qui lo so che avverrà. E quanto a questo ne avrei sempre paura.

ANALISTA: E questo è il suo problema, le riesce difficile tollerare l'incertezza; è per questo che, quando la relazione comincia a diventare troppo intensa, provoca la separazione.

PAZIENTE: Prima, a proposito di separazione, non ho pensato tanto alla separazione da mio padre, quanto al rapporto che c'era fra me e mia madre.

La paziente si sofferma su questo ancora più in dettaglio fino alla fine della seduta, riferendosi a comportamenti tipici di sua madre.

Il suo ritardo permette di chiarire ed elaborare nel transfert la sua disposizione a reagire in modo masochistico di fronte a situazioni di rifiuto e di separazione. Il percorso della seduta porta dal desiderio di accettazione, attraverso la delusione, al passaggio dalla passività all'attività, e finalmente arriva all'aggressività utilizzata come difesa. Questa sequenza tematica può essere biograficamente ricondotta al rapporto con la madre.

Possiamo formulare, con Klauber (1966), il filo conduttore della seduta in termini di angoscia, difesa e messa in scena. L'angoscia principale della paziente è che gli affetti possano diventare soverchianti. Devono quindi essere denegati. Dare e prendere è perciò un gioco piacevole ma anche carico d'angoscia, che per la paziente termina necessariamente in modo doloroso, perché ha interiorizzato l'aspettativa che i suoi desideri (per esempio, di attenzione) non saranno appagati. La sua difesa principale è il rifiuto degli affetti e la messa in atto di impulsi aggressivi. In questo modo la paziente mette anticipatamente in scena una delusione da lei provocata inconsciamente ma attivamente.

#### 4.2 *Pseudoautonomia*

Se è vero che in analisi desideriamo un paziente autonomo, è anche vero che temiamo chi intende fare tutto da solo.

Prevale in proposito una forte tendenza a considerare l'indipendenza come qualcosa di francamente positivo e la dipendenza come qualcosa di francamente negativo, dal punto di vista della cura e dell'evoluzione psicologica. L'aspetto positivo dell'indipendenza sembra condurre a trascurarne l'aspetto negativo, ed è dunque idoneo a mascherare fini nevrotici. Nello stesso modo l'aspetto negativo della dipendenza sembra condurre a un occultamento di quello positivo, e l'atteggiamento critico nei confronti della dipendenza può ugualmente servire a coprire tendenze o difese patologiche. (Racker, 1968, pp. 241 sg.)

Il tema dell'autonomia ha implicazioni anche nel modo di condurre il dialogo psicoanalitico. La descrizione fenomenologica e clinica delle forme di resistenza ha incluso fin dall'inizio nella categoria della resistenza le variazioni graduali, nel senso del più e del meno, partendo da un modello di dialogo ideale sempre determinante. Cremerius (1975, p. 58), giustamente, sottolinea che dobbiamo indicare i criteri in base ai quali giudichiamo quando un paziente parla troppo:

La risposta è che il parlare troppo non significa niente di quantitativo ma qualcosa di qualitativo, vale a dire che, in questo caso, il parlare – e precisamente il parlare troppo – si pone al servizio della difesa e della resistenza.

Vogliamo illustrare nell'esempio seguente un approccio sereno nei confronti del parlare troppo, che lascia al paziente il tempo «di immergersi nella resistenza a lui ignota, di rielaborarla, di superarla» (Freud, 1914c, p. 361).

Si tratta di una seduta dell'analisi avanzata del trentacinquenne Gustav Y, i cui disturbi nel lavoro psicoanalitico si erano manifestati da tempo, come resistenza di transfert, attraverso un silenzio ostinato (vedi Moser, 1962). Dopo l'elaborazione degli affetti aggressivi difensivi, il paziente sviluppò una pseudoautonomia, che descriveremo più avanti, e che si esprimeva in affermazioni che – pur esprimendo una riflessione – erano di fatto rivolte a sé stesso.

Il paziente mi comunica la decisione, sotto forma di domanda, di finire la seduta «un po' prima» per poter andare a prendere in tempo i figli. Giustifica questa sua richiesta con problemi legati al traffico e a una situazione pericolosa accadutagli mentre veniva in seduta.

PAZIENTE: Venendo qua ho vissuto una situazione abbastanza rischiosa; uno che viaggiava dietro di me, mi ha sorpassato a destra... e poi c'era uno che mi veniva contro sull'altra corsia, un grosso camion, che non avrei potuto schivare in alcun modo. Sarebbe stato difficile frenare, perché c'erano pozzanghere sulla strada... era proprio questione di centimetri, è riuscito a sterzare davanti a me, e insomma non voglio più correre rischi. È chiaro, se guidi e pensi di non avere abbastanza tempo, allora sei portato a guidare un po' più veloce di quanto sarebbe sensato.

[*Commento*]. Il paziente deve percorrere in macchina un tratto di strada di 35-40 minuti. La richiesta riguarda una conclusione anticipata di cinque minuti.

PAZIENTE (*dopo una pausa*): Sì, e c'è poi da dire che poco prima di partire ho letto sul giornale che ieri c'è stato... non so cosa... ecco... sulla statale B30 poco prima dell'ingresso... quel tratto di strada ampliato... lì ieri c'è stato un grave incidente dove, ecco, è morta una donna in ospedale e ci sono stati tre o quattro feriti gravi... uhm... ecco, e oltre a questo ho pensato anche fra me e me, ecco, questo è il pericolo che si corre sulle strade oggi, che erano del resto... in gran parte asciutte, così ho pensato, adesso puoi anche tornare a guidare normalmente ma in realtà ho guidato molto velocemente sebbene avessi tempo sufficiente... voglio dire, in quel tratto più avanti, dove si può andare a 120, voglio dire lo so che il tachimetro è posticipato... cioè segnava 130, ma proprio prima io... dove sapevo che era successo, ho anche guardato ma non ho visto niente, a questo punto mi è venuto... mi è passato così per la mente che, ecco... che tipo di sensazione dev'essere, no? e poi scrivevano che questa... questa macchina che ha provocato l'incidente veniva da Heilbronn, e... ha cominciato a sbandare in curva, si è girata e si è fermata di traverso sulla strada, e l'altra l'ha investita di lato e là... insomma, la suocera di questo automobilista è stata ferita così gravemente che dopo... è morta, dopo. E mentre passavo da lì ho pensato anche che sensazione dev'essere avere un incidente e qualcuno che sta viaggiando con noi viene ferito mortalmente, o anche se sono io a provocare questo incidente e altra gente poi, come ho detto, di un'altra macchina perde la vita, sì.

Il paziente continua la sua «associazione libera» per un po' nella stessa maniera. Ricorda che ieri si è stancato talmente per venire in seduta che ha dovuto fare una sosta.

PAZIENTE: Voglio dire che questo, ecco... intendo che in fondo... anche qui nel nostro colloquio... il problema ha molta importanza, no... nasce un pericolo a causa delle condizioni del traffico e io, in realtà, non ne ho parlato qui.

ANALISTA: Uhm.

[*Commento*]. Il paziente giustifica con altre associazioni i rischi legati al venire in terapia con la sua macchina; in seguito trova un nesso con la seduta precedente, nella quale era già stato toccato il tema del trattamento come qualcosa di indirettamente pericoloso, o meglio il tema dell'analista come minaccia.

PAZIENTE: Ecco forse, anche perché io in qualche modo, immediatamente... in qualche modo mi tiro indietro da questo ruolo e qualcosa... cosa serve... voglio dire, io... o nel senso che questo... il peso o cose del genere... lo devo portare proprio io, sì.

ANALISTA: Cos'è che cerca di evitare portando tutto questo peso da solo?

PAZIENTE (*dopo una pausa*): Sì, forse questo è in qualche modo il rovescio di questo aspetto sgradevole della terapia e... e... pesante... e sicuramente in un certo modo anche piacevole, che qui ho la sensazione, uhm, di poter decidere da solo cosa fare, se fare qualcosa, cioè che io, eh... forse anche... eh... anche se non è del tutto giusto, del tutto chiaro, eppure vorrei evitare che adesso in qualche modo... diciamo... che adesso... detto in modo patetico... in qualche modo adesso, in qualche modo come compassione o cose simili... per esempio, che lei adesso mi dimostri a questo proposito della comprensione perché questa è una situazione difficile o pericolosa, o qualcosa del genere.

ANALISTA: Uhm.

[*Commento*]. Il paziente riesce a ricavare un qualche profitto dall'allusione dell'analista al perché del suo comportamento; vorrebbe cioè evitare – cosa che era stata trattata brevemente nella seduta precedente – che il suo analista gli si avvicini troppo quando si tocca il tema della minaccia.

PAZIENTE: E questo è in qualche modo... e in qualche modo c'è... intendo dire... anche se non mi è... non mi è ancora del tutto chiaro cosa... cos'è prioritario in tutto questo, se io... eh... se io proprio non lo voglio, se io invece... se lo voglio fare proprio da solo, o se è anche questa... questa timidezza per qualche... sì... qualche vicinanza personale o qualcosa del genere, che si esprimerebbe così in qualche modo. E... eh... non mi è... non mi è tanto chiaro, voglio dire, quello che in me (*si schiarisce la gola*), visto adesso da quest'altro punto di vista, quello che c'è in me come idea, che io da solo... che io vorrei decidere per conto mio, e c'è naturalmente anche l'altra possibilità, diciamo che adesso, io non voglia prendere una decisione, che io dica adesso, no, no, questo non lo faccio, è troppo rischioso per me, o cose così, sì, e questa... e in qualche modo vorrei poter prendere questa decisione... ehm... poterla prendere da solo, senza adesso... per esempio, senza venire qua a chiedere il... ehm... permesso. Sì, c'è dentro anche questo.

ANALISTA: Sì, di conseguenza la sua indipendenza è qualcosa di molto importante, e lei stesso solleva la questione: «Ma questo è qualcosa di veramente primario o è possibile che questa autonomia ne sia il risultato?»; forse lei ha rinunciato ad avere delle aspettative, ed è questo rifiuto che le dà poi l'indipendenza. In questo momento, lei è indipendente da me, che io dica qualcosa di utile, di comprensivo, o meno. Ora – e questa è l'immagine che vediamo già da tanto tempo – è l'eroe che sta superando da solo la strada pericolosa.

Uno dei suoi sogni a occhi aperti preferiti, in questa fase del trattamento, tratta di un eroe del Far West che corre in aiuto di vedove e orfanelli, per poi rifiutare l'offerta della donna salvata e proseguire per il suo cammino solitario.

PAZIENTE: Sì, in fondo questo mi è... prima mi è anche... diciamo... passato per la mente, proprio adesso anche... il modo, come io... ehm... come sto trattando mia moglie in questo momento, mi allontanano molto da lei e mantengo solo una certa gentilezza.

Descrive poi come la moglie si lamenti quando lui rifiuta i suoi desideri di vicinanza e intimità, e dice: «Però dal mio punto di vista è proprio così, non ho proprio il bisogno, ecco, non sento proprio niente sessualmente, in fondo non perdo niente, non ho neanche dei bisogni.»

Il signor Gustav Y vorrebbe fare l'amore con la moglie se lei non rivendicasse alcun diritto sulla sua autarchia.

PAZIENTE: In effetti è veramente così, in questo momento vorrei intensamente... sì... ehm... come devo dire... vorrei essere lasciato semplicemente in pace, no. Non voglio che mi vengano a disturbare. Ed è realmente così, forse mi sono anche adattato in modo tale che, in un certo senso, mi sento in questa... ehm... in questa situazione abbastanza bene, almeno ecco... o forse questi altri... altri desideri o bisogni veramente... eh... li ho totalmente rimossi.

ANALISTA: Uhm.

[*Commento*]. La concretizzazione del sogno dell'eroe nella vita quotidiana conferma che il paziente preferisce reprimere i propri desideri sessuali per non imbattersi nella vicinanza inquietante della moglie. La sua infanzia era stata offuscata da una lunga assenza del padre (prigioniero di guerra fino a quando il paziente aveva dieci anni) ed egli, come «unico uomo della famiglia», era stato viziato e oppresso da un ambiente femminile dominante. È comprensibile che durante la sua infanzia abbia ricevuto continui rimproveri che nascevano dalla preoccupazione che gli accadesse qualcosa. È proprio questo che non vuole sentire dall'analista; la comprensione per i rischi che corre in strada, per i pericoli del piacere fallico, sarebbe solo un modo per nascondere dei rimproveri.

PAZIENTE: Naturalmente è così anche adesso, che... no, quando io... se poi mia moglie in qualche modo mi rimprovera... e mi dice che mi odia o altro, allora la mia reazione è «sì, allora per favore, che cosa vuoi? La cosa migliore sarebbe, ehm, che riducessimo i nostri contatti solo alle cose pratiche e, per il resto, ognuno può fare quello che gli pare».

ANALISTA: Il punto decisivo è nel sentimento «che me ne importa»; lei scrolla le spalle e pensa, perché devo stare a parlare di queste cose, che mi importa. Mentre guida per venire in seduta accadono cose molto pericolose. È quasi come se lei stesso si mettesse in tali situazioni, avendo prima queste fantasie su quello che è successo il giorno precedente e poi premendo l'acceleratore, e qui – ciò che succede qui allora – che cosa c'è veramente in questo «che me ne importa»? Quasi si ammazza. Per colpa di un altro, naturalmente, ma avrebbe forse potuto vederlo, anche soltanto pochi secondi prima e così il pericolo sarebbe stato minore.

PAZIENTE (*dopo una pausa*): Sì, ma... sì, certamente da un punto di vista generale, ma io... ma io non... però non è del tutto chiaro, voglio dire, quello che ho raccontato di ieri. Ho detto che era successo venendo qui, naturalmente... in questo senso non può... ehm... diciamo... essere stata una reazione diretta a quello che abbiamo discusso.

[*Commento*]. L'offerta di interpretazione preoccupa subito il paziente, che perciò deve rispondere in un primo momento con una negazione; ma, in confronto con una fase precedente dell'analisi, alla fine può permettersi un'utile associazione libera.

PAZIENTE: Sì, sì, ma... adesso mi viene in mente ancora qualcosa che rende più evidente il sorgere di tali fantasie proprio quando uno potrebbe dosarle, no, potrei ritirarmi dalla circolazione adesso con un incidente non tanto grave, dove certamente il peso del lavoro in ufficio ha la sua importanza, no, dover stare in ospedale per qualche ferita o qualcosa del genere e così trovare un po' di tranquillità e ritrovare sé stesso. No, questo è anche, ecco... intendo dire... questo indica anche che un qualche tipo... ehm... di desiderio, o qualcosa del genere, abbia la sua parte.

[*Commento*]. Nel corso del trattamento il paziente ha potuto superare la sua idea regressiva di avere una grave tubercolosi che lo avrebbe esiliato per anni in una clima da «montagna incantata», se non altro limitando questa idea a un «piccolo incidente» tale da «toglierlo dalla vita di tutti i giorni».

Il paziente riferisce poi un'importante osservazione su sé stesso, come abbia portato a termine un incarico affidatogli, in modo veloce e disinvolto, impegnando «molto meno energia nervosa di prima», e come si sia spaventato della propria generosità. L'istanza critica è sempre presente nei suoi dialoghi interni con gli altri: «Dio mio, se qualcuno indovinasse questo, penserebbe, che tipo pianificato sei.» Ma lui può sottrarsi in parte a queste aspettative.

PAZIENTE: Mi sono detto, perché ti accoli un altro lavoro, è comunque lo stesso, no, se qualcosa proprio non è corretto, ci sarà qualcun altro che lo correggerà; e con un simile atteggiamento vado attualmente in ufficio. Mi preparo ancor meno del solito, ma senza punirmi poi così terribilmente.

ANALISTA: Sottraendosi alle aspettative che lei stesso si è imposto, si complica meno la vita.

PAZIENTE: Ma sì, penso che questo naturalmente sia anche contraddittorio. Se relativizzo veramente la situazione e mi metto a vedere le cose con un po' di indifferenza, dall'altra parte naturalmente non va bene questo desiderio di sfuggire a tutto. Almeno io stesso vedo in qualche modo, in questo momento, una certa contraddizione, ma penso che possa essere naturale non rendermi conto che forse questi problemi di casa hanno addirittura una maggiore importanza, e che io in questo modo mi libererei anche di quelli.

ANALISTA: Però quando ha parlato la prima volta dei compiti supplementari, c'era chiaramente una domanda in ballo: «Perché il capo li ha dati a me, perché proprio a me?», e c'era una piccola allusione, se lo aveva realmente detto. Forse lei si aspetta di essere lodato. E questo «che me ne importa» potrebbe essere una reazione alla delusione, un ritiro nell'indifferenza, e analogamente qui il «che me ne importa» potrebbe anche essere una reazione a una delusione. «Non gli importa niente se mi sfondo il cranio.» E attraverso il «che me ne importa» si rende indipendente.

[*Commento*]. Nell'interpretazione finale l'analista tenta di fornire al paziente un motivo per la sua pseudoautonomia. Il paziente evita la frustrazione del desiderio di cercare un riconoscimento, e invece non ne ricava che preoccupazione. I buoni voti a scuola erano normali a casa sua, la madre era sempre in apprensione per lui, ma non lo incoraggiava nel suo sviluppo motorio. Nell'adolescenza faceva i suoi giri come fondista senza essere osservato da nessuno; ma nei suoi sogni a occhi aperti aveva successo nelle corse brevi, come i cento metri piani, che si svolgevano davanti alla tribuna principale.

Nella relazione di transfert si tratta di evitare il desiderio di riconoscimento del suo pericoloso viaggio «esistenziale»; a posteriori sembra che questo aspetto non sia stato chiarito. Gli interventi dell'analista sono diretti alla resistenza che copre i desideri di dipendenza.

#### 4.3 *Anedonia come resistenza dell'Es*

Per una migliore comprensione di questo paragrafo raccomandiamo di leggere prima 9.3, dove abbiamo riassunto la storia clinica del signor Christian Y, incluse le condizioni esterne e temporali della sua analisi. Dopo aver superato le sue angosce di separazione, di cui daremo un esempio tratto dalla seduta 203 (vedi 9.3.1), il paziente poté essere trattato ambulatorialmente a partire dalla seduta 320. La sua svogliatezza e la sua inettitudine toccarono il fondo nella seduta 503. Finalmente, da poco, è capace di raggiungere il mio studio a piedi. Alcune attività di fantasia non portano alcuna gratificazione, né un aumento della fiducia in sé.

La sua sintomatologia, in questo periodo del trattamento, consiste in un'estrema mancanza di vitalità, che si esprime come incapacità di lavorare e pigrizia. Per molto tempo la sua pigrizia, che ora lo tortura molto, era stata coperta da gravi attacchi di angoscia che gli avevano impedito di lavorare attivamente.

Dal punto di vista descrittivo, all'anedonia che prende totalmente un paziente attribuiamo la qualità di una resistenza dell'Es, che però non riconduciamo all'«inerzia» o all'«immobilità» della libido (Freud, 1914b, 1938; vedi vol. 1, 4.4). Effettivamente nelle due sedute riprodotte, rappresentative di un lungo periodo di trattamento, sembra non cambiare niente. L'analista addirittura si sforza disperatamente di trovare un senso nelle monotone lagnanze del paziente riguardo alla sua totale inettitudine. Nella svogliatezza, che si presenta come resistenza quasi insuperabile, si nota una gratificazione nascosta e completamente inconscia dell'ostinazione anale e della relativa autoaffermazione regressiva. Il paziente è sicuramente lontano dal riconoscere il potere che c'è nella passività o dal godersi il trionfo. Il suo stato d'animo oscilla fra due estremi, il segnale d'angoscia è sempre presente in modo uniforme e indipendentemente dal fatto che egli esprima la sua rab-

bia apertamente o che questa si nasconda dietro la passività o l'autodistruttività. Tuttavia l'angoscia lo protegge anche dall'interruzione del trattamento e dal suicidio. Il signor Christian Y progetta di nascosto, come preparazione alla sua futura professione, schemi circuitali e programmi, lasciando suo padre nell'ombra, ma la considerazione realistica dei risultati sgonfia le sue fantasie onnipotenti. Più egli procede nella vita, più diventa evidente che il suo problema centrale è la discrepanza fra i suoi progressi e la sua valutazione soggettiva di sé stesso.

Il seguente brano della seduta 503 mostra come il signor Christian Y insista nell'idea di poter diventare una persona laboriosa, se l'analista lo renderà tale. Aspetta che gli interventi dell'analista gli forniscano vitalità o lo rendano attivo.

**PAZIENTE:** Sì, ho sempre paura di innervosire qualcuno o di essere troppo sfacciato. Quando vengo qui sono spesso già così nervoso da non potermi permettere altri pensieri, anche se minimi. Posso cominciare con qualsiasi cosa, lei mi indirizza sempre verso l'ostinazione. Con cosa vuole cominciare? Mi annoia parlare dell'ostinazione, adesso sono interessato a come diventare attivo, e non trovo nessun collegamento fra l'ostinazione e la pigrizia, e inoltre trovo inutile parlare dell'ostinazione, perché c'è dentro della rabbia, e la rabbia è un'altra cosa, questa non se ne va proprio. Se lei ritorna sempre sull'ostinazione ci dev'essere un motivo. Che succede, perché non dice niente?

**ANALISTA (dopo una pausa):** Un lato importante di questo è di bloccare il piacere immediato e di rendere l'altro incapace. Questa è una cosa che ieri poteva capire.

**PAZIENTE:** No, non mi risulta evidente assolutamente niente, il piacere nell'ostinazione è privo di interesse, non voglio proprio fermarmi. Sto tentando di parlare di qualcosa. È totalmente privo di interesse che io goda nei momenti in cui lei non mi dice niente, come se in quei momenti avessi il sopravvento su di lei. Importante è essere consapevoli che lei mi può aiutare. È tutto lì, non c'è nient'altro. Trovo che ancora una volta abbiamo perso del tempo, e ciò mi secca, vorrei andare avanti, per esempio diventare più attivo. Perché non cambia niente, assolutamente niente? Non voglio fare sforzi, ho paura di fare una sciocchezza. Perché non mi dà una mano su questo punto? Non posso pensare niente di mio, non posso avere una mia opinione, sono sempre dipendente dal parere degli altri, perché ho paura della critica? Secondo me non faccio che merda. Dico, penso, faccio, solo merda, nient'altro. Mi sto chiedendo perché non mi basterebbe la sua approvazione. Ma questa, per me, non è più importante dell'approvazione di altri, e inoltre non voglio fare niente per ottenere la sua approvazione, perché non vorrei proprio dipendere da questa. Se lei mi approva in tutto, non me ne faccio proprio niente, è troppo normale. Non posso considerarlo un sostegno, mi tengo la paura; è tutto merda quello che faccio, come cammino, come sto, le cose che tocco, quello che penso, in qualche modo anche adesso sto facendo proprio letame. Ho una paura tremenda di sbagliare. Paura di essere deriso, paura della rabbia. Continuerò a sbagliare sempre, non sarà mai perfetto quello che farò, pertanto devo sempre fare i conti con situazioni sfavorevoli. Un'altra cosa che mi fa rabbia è che non riesco mai a confrontarmi con nessuno. Sono soltanto capace di cedere, acconsentire, anche se non lo voglio fare, e se non mi dà una mano a risolvere tutto questo, rimarrà così com'è.

**ANALISTA:** Teme, cioè, che se non arriva niente da parte mia, nessun aiuto, non potrà fare niente da solo.



[*Riflessione*]. È un tentativo di mostrare al paziente che è anche indipendente, sebbene venga espresso in modo troppo cauto. Questa cautela è determinata dal fatto che quasi tutto quello che potrei dire, proporre e fare sarebbe «sbagliato». D'altro canto, il signor Christian Y non riesce a sopportare un silenzio prolungato. Ha bisogno della mia risposta come rassicurazione. Tale inquietudine è anche percepibile nell'ultima frase di apertura della seduta: «Che succede, perché non dice niente?» Se io taceessi l'inquietudine diventerebbe insopportabile. Contemporaneamente mi espongo alla sua dura critica per quanto riguarda il contenuto. Per un certo tempo il paziente aveva imparato a memoria le mie osservazioni, e non avevo capito che ne traeva un sostegno per sé stesso.

PAZIENTE: Sì, le cose stanno così. Non mi fa paura, stanno così. Può mostrarmi un altro modo di intendere tutto questo? Se non venisse niente da lei, se non venissi più qui, che ne sarebbe della mia paura? Cosa significa, non lo capisco. Senta, come mi posso liberare dalla paura di tutte le cose con cui vengo in contatto? Vengo qua con l'angoscia, non ricevo niente da lei, e poi sono infelice perché ancora una volta non ne ho ricavato niente. Per esempio, sono tremendamente contento in previsione delle vacanze, perché non dovrò avere questa quotidiana paura di venire qui ancora per niente.

ANALISTA: Sì, è tremendamente contento perché per un certo periodo non dovrà venire qui.

PAZIENTE: Solo da un certo punto di vista.

ANALISTA: Una giusta felicità.

PAZIENTE: Ma questo è nuovamente un tipo di ostinazione. Le volto arrabbiato le spalle e accetto lo svantaggio.

ANALISTA: Ma da dove prende l'idea che se non arriva niente da parte mia, non possa esserci niente neanche per lei? Sembra che lei viva il mio silenzio come se io non avessi niente, ma perché non c'è niente neanche in lei?

[*Riflessione*]. Questa domanda esprime probabilmente della perplessità. Gli incoraggiamenti indiretti non bastano, mi resta solo da sopportare il fatto di aver sbagliato.

PAZIENTE: Allora tenterò con una controdomanda: quale guadagno pensa mi abbia dato la seduta di oggi, e a cosa è servita quella di ieri, me lo sa dire?

ANALISTA: Sì, è veramente un problema: che cos'è un guadagno?

PAZIENTE: È un guadagno quando riesco a risolvere meglio un problema, un guadagno quando ho meno paura.

ANALISTA: Allora sarebbe un guadagno se oggi avesse imparato che c'è qualcosa di suo, senza aggiungere qualcosa di mio.

PAZIENTE: In me non c'è niente, solo paura, troppa paura.

ANALISTA: Esiste quindi un collegamento tra il mio silenzio e la sua paura.

PAZIENTE: Ma lei durante tutta la seduta non ha detto praticamente niente che si colleghi con una delle mie angosce. Se continuo ad avere paura di fare sciocchezze, non guadagno proprio niente.

ANALISTA: Quello che sta succedendo qui è un esempio della sua difficoltà sul lavoro. Se non colgo subito quello che dice o se non lo confermo indirettamente, ne trae immediatamente la conclusione che tutto qui è merda, che non vale niente, e che diventa qualcosa soltanto se io ne faccio qualcosa, se io, come si suol dire, aggiungo la mia senape.

[*Riflessione*]. Il signor Christian Y dipende notevolmente dai riconoscimenti. Come il paziente ha detto una volta, in un altro contesto, gli si era sviluppata una vera malattia da carenza per l'eccessivo amore della madre e per i vizi senza limiti. Tale

malattia si esprime nel fatto che ancora oggi non riesce a essere come vorrebbe. Ciò nonostante, lo credevo capace di iniziativa propria. Si tratta di una carenza molto particolare: è il risultato di troppo amore; o, detto in altro modo, il buono è cresciuto nel falso Sé. Ciò che il paziente vorrebbe essere rimane nascosto come un'immagine offuscata.

PAZIENTE: Sì, sì.

ANALISTA: Quindi, quando la senape si mescola, la mia senape. È certo un problema legato alle sue difficoltà sul lavoro che lei si senta rapidamente scoraggiato quando si occupa di qualcosa e comincia a provarne l'una o l'altra.

PAZIENTE: Non sono ancora d'accordo su questo, non ho fatto proprio nient'altro che raccontarle alcune angosce, non ho tentato di risolvere niente perché non sono in grado e perché non avevo nessuna idea al riguardo, e non credo che questo si possa tradurre così semplicemente. Ho posto delle domande e, fondamentalmente, non ho trovato risposte, questa è un'esperienza deludente perché dalle risposte alle mie domande dipende se continuerò ad avere così tanta paura o se diminuirà. Ho ragione, e sarebbe un'illusione far finta di non avere paura, quando ce l'ho. Non serve a niente parlare a me stesso in questo modo. Proprio non trovo di aver tratto qualche vantaggio dalla seduta di oggi. Lei non ha detto niente a proposito della mia angoscia, e mi inganna se dice di averlo fatto.

ANALISTA: Quindi se non dico niente le viene l'angoscia?

PAZIENTE: Ce l'ho già da prima, l'angoscia.

ANALISTA: Lo so bene, però attualmente è così; per dirlo semplicemente, l'angoscia compare quando non dico niente.

PAZIENTE: Prima mi arrabbio, e forse poi mi viene l'angoscia.

ANALISTA: Quindi l'angoscia aumenta con la rabbia?

PAZIENTE: Il tempo passa, e io non capisco che cosa lei voglia dire con questo.

ANALISTA: Se io non faccio niente, anche lei pensa di non poter fare niente.

PAZIENTE: Ma è proprio così, naturalmente non niente, ma troppo poco.

ANALISTA: Cioè, se non metto senape io, non ne mette neanche lei.

PAZIENTE: Sì, è proprio così, trovo che sia così perché mi sento talmente male.

ANALISTA: Sì, sì.

PAZIENTE: E finché mi sento male, non posso mettere senape.

ANALISTA: Bisogna considerare questo molto seriamente. Il legame è talmente stretto che per lei una cosa può essere buona solo se è la stessa senape, se la senape è mista. Se quindi fa qualcosa da solo, allora rimarrà – come dire – merda, finché non aggiunge la mia senape, e il tutto può essere mescolato nella stessa pentola.

PAZIENTE: Ma adesso non ho trovato niente e allora, per quanto mi riguarda, rimane solo merda. Ecco, credo di avere ragione, e se sembro testardo è perché a volte sono solo troppo stupido per capire, non la capisco. Posso risolvere il problema anche in modo diverso, cioè non aspettandomi niente da lei, ma in questo modo, alla fine, non avrò risolto niente. Dove sto sbagliando in questo momento, dov'è l'errore in tutto questo? Non voglio proprio oppormi, se lei sa darmi una conoscenza migliore.

ANALISTA: Il problema è che per fare qualcosa da soli, c'è anche bisogno di comunanza.

PAZIENTE: Sì, e se lei non dice niente?

ANALISTA: Adesso vediamo che evidentemente continua ad avere un'enorme paura, se non attinge dalla pentola comune e produce qualcosa da solo. È per questo che da tempo dicevo che è molto contento all'idea di non aver niente a che fare con me per un po'. È vero che c'è dell'ostinazione e del rifiuto, ma è anche una dimostrazione della sua indipendenza...

[*Riflessione*]. In che modo il signor Christian Y potrebbe uscire dal dilemma per cui la dipendenza gli dà fastidio, e nello stesso tempo non sa essere indipendente? L'autosvalutazione del paziente è così difficile da sopportare, che sembra io tenti di valorizzare le sue capacità di indipendenza.

La seduta seguente continua senza variazioni.

PAZIENTE: Me la faccio addosso dalla paura se penso ai segni della stanchezza, ed eccomi di nuovo con la pigrizia. Sa, non guarirò mai. Non ho nessun rapporto con il lavoro. Mi è del tutto estraneo fare qualsiasi cosa, ma proprio completamente estraneo, non c'è niente da fare. Venerdì scorso sono stato di nuovo talmente disperato; guardando alla settimana passata, non c'era proprio niente, ma veramente niente che avrebbe potuto risvegliare in qualche modo la voglia di lavorare, e io rifiuto totalmente il lavoro. Non voglio lavorare, non vale la pena di sforzarsi. Tutto è una rottura di scatole, la vita in generale è una rottura, vuota e noiosa, e non migliorerà mai, ne sono totalmente e assolutamente convinto. Allora perché dovrei farmi carico di un futuro così grigio e insipido? È assurdo...

ANALISTA: Ecco, là dove sarebbe importante che lei facesse qualcosa, proprio lì il mio contributo è particolarmente scarso, niente o quasi niente.

PAZIENTE: Questa è la questione.

ANALISTA: Quando lei fa qualcosa io non faccio niente; lei sviluppa una maggiore attività senza di me. Il suo fine sarebbe allora di fare di più senza di me?

PAZIENTE: Sì, ma non ne sono capace, perché sono pigro, per esempio.

ANALISTA: Che cosa si ottiene con la pigrizia? Cosa vorrebbe ottenere se venissi in suo aiuto?

PAZIENTE: Non lo so, perché dovrebbe darmi una mano? Lo voglio veramente fare da solo, mi perseguitano alcune angosce al riguardo, che le racconto continuamente, ma che lei lascia da parte. Ho paura di fare qualsiasi cosa. Ho paura di dover affrontare situazioni di esame. Stanotte ho di nuovo sognato qualcosa del genere, dovevo dare un esame ed ero seduto là e non ho saputo dire niente, e mi è venuta una fifa tremenda, poi sono stato punito da qualcuno. Sono un fifone. Possiamo iniziare da qui, cosa voglio da lei? Niente! Non voglio niente di personale, mi piace vivere in modo impersonale, voglio essere freddo e distante, è meglio.

[*Commento*]. Vengono menzionate contemporaneamente le opposte tendenze. Nel momento in cui il paziente vuole fare qualcosa da solo, subentra immediatamente un'angoscia che lo paralizza. A prescindere dal fatto che l'analista è stato troppo discreto riguardo al concreto riconoscimento, è anche vergognoso per il paziente essere dipendente; gli è difficile accettare aiuto. I suoi rimproveri, la sua insoddisfazione per la mancanza di aiuto, non solo sono difficili da sopportare, ma provocano nell'analista la preoccupazione che i sensi di colpa generati da questa situazione possano aumentare l'angoscia del paziente.

ANALISTA: Sì, intendo proprio questo. Vuole fare qualcosa da solo, totalmente da solo, ed ecco il problema, perché non è possibile, perché?

PAZIENTE: Per esempio, perché ho paura di fare qualcosa che potrebbe essere esaminato attentamente da qualcuno, per esempio, perché non posso permettermi una mia opinione, non posso confrontarmi con nessuno, che ne so. Sono così vago, così

poco concentrato e frettoloso, se faccio qualcosa ho paura di essere rifiutato in qualche modo. È stato terribile quando ho sbagliato qualcosa.

ANALISTA: Sì, e finché faccio qualcosa per lei, finché penso per lei, finché la sostituisco, fino a quel momento lei non rischia di fare qualcosa da solo e di vedermi nel ruolo di chi critica.

PAZIENTE: Non capisco.

ANALISTA: Fintantoché un altro fa tutto per lei e lei può essere del tutto passivo, finché l'altro la sostituisce e sostiene la sua opinione, finché l'altro la sostituisce, fino a quel momento si sente sicuro.

[*Commento*]. L'analista in queste sedute comprende la svogliatezza del paziente soprattutto come ostinazione anale. Quindi viene cercato il piacere nascosto nell'aggressività passiva, nell'autoaffermazione ostinata. Nella seduta sopra descritta viene focalizzato in particolar modo il lato interazionale dell'ostinazione, dal punto di vista della strategia dell'interpretazione, discutendo inoltre, per analogia, lo schema inconscio dell'analitè. L'analista tenta di far comprendere al paziente che nella relazione (di transfert) può apertamente trascinare l'analista con sé nella merda (senape). Il paziente si definisce espressamente «un pezzo di merda».

Come prima, nelle lamentele del paziente riguardanti la sua incapacità fisica si può individuare anche una componente di angoscia di castrazione. Le radici di tale angoscia risalgono però a livelli più profondi, come si può notare proprio nei passaggi citati.

Un problema difficilmente risolvibile dal punto di vista della tecnica è rappresentato dall'idea del paziente che i suoi «difetti di sostanza» possano guarire soltanto con un rifornimento materiale. La difficoltà aumenta ancora, perché il paziente vive ogni offerta di mescolanza concreta come una grave mortificazione. Ne risulta un ricorrente stato d'animo disperato, accompagnato da minacce di interruzione del trattamento e di suicidio.

#### 4.4 *Ristagno terapeutico e cambiamento di terapeuta*

La valutazione realistica di un ristagno nel trattamento, che gli analisti possono fare dal loro punto di vista, è un problema raramente discusso, per il quale spesso si trovano motivi plausibili nella psicodinamica del paziente. Viene spontaneo pensare che si tratti di una reazione terapeutica negativa (Freud, 1922a), la cui motivazione inconscia abbiamo discusso nel primo volume (4.4.1).

Questo punto di vista trascura però il contributo dell'analista al ristagno. È probabile che l'equazione personale e la tecnica siano responsabili dei mancati cambiamenti terapeutici. I risultati della ricerca in psicoterapia evidenziano che una precedente esperienza terapeutica sfavorevole non deve neces-

sariamente giustificare una prognosi negativa per un altro tentativo di terapia, un fatto che, come risultato statistico, è in contraddizione con atteggiamenti clinici ampiamente diffusi (vedi Kächele e Fiedler, 1985).

La signora Maria X consulta, in accordo con la sua terapeuta, un altro analista, a causa di una stasi che si protrae da molto tempo. L'inutilità degli sforzi terapeutici era sentita da entrambe le parti, ma portava a conclusioni diverse. La paziente non voleva assolutamente smettere, mentre la terapeuta consigliava una pausa e le proponeva più avanti una sostituzione con un terapeuta di sesso maschile. Era giunta a questa rassegnata convinzione perché sembrava che fallissero tutti i tentativi di fornire qualcosa di utile alla paziente, che soffriva di un'ansia diffusa con umore depresso. L'insoddisfazione cronica verso sé stessa e le sue condizioni di vita, determinata da un senso di carenza, era rimasta inaccessibile per quasi due anni. Dato che la paziente rispondeva con un peggioramento a ogni insight sui conflitti inconsci, venne diagnosticata una reazione terapeutica negativa.

Wurmser (1987, p. 149) sottolinea che nelle terapie che falliscono l'analista si pone domande critiche, mettendo sé stesso sul banco degli accusati:

Una tattica difensiva particolarmente amata dai depressi, anche se non tipica di essi, consiste nel far sì che *l'altro si senta tanto colpevole e umiliato* quanto si sentono loro stessi. Come si arriva a questo? Attraverso l'accusa aperta e velata. È una specie di ritorsione delle accuse, che include le forme difensive della proiezione e del rivolgimento dal passivo all'attivo e, inoltre, un passaggio dall'identificazione con la vittima all'identificazione con l'aggressore. Tutto ciò può anche diventare una forma estremamente potente di resistenza al transfert. Credo che una buona parte della *reazione terapeutica negativa* sia da attribuire proprio a questa *ritorsione delle accuse*.

Esistono certamente diversi modi per affrontare questa accusa. Wurmser descrive in modo incisivo come abbia imparato a sostenere per molti anni tali battaglie con pazienti di questo tipo, apparentemente non trattabili. Come cosa importante, tra l'altro, sottolinea anche la flessibilità che, in certe circostanze, può comportare una sostituzione del terapeuta.

Durante la consultazione la donna, di 37 anni, si lamenta con amarezza di aver sempre faticosamente collaborato al trattamento, che dura ormai da quasi due anni. Dopo tutto questo tempo, deve costatare che non è ancora cambiato niente riguardo al problema fondamentale dell'insoddisfazione di sé stessa e dei suoi sentimenti di fallimento. Mi informo su come si raffiguri la relazione terapeutica e rilevo che ci sono molte domande che non ha osato porre, soprattutto quelle riguardanti la terapeuta come persona. La mia impressione complessiva è che la paziente non sia stata abbastanza incoraggiata ad affrontare il transfert negativo derivante dalla relazione con sua madre.

A nostro avviso la diagnosi di reazione terapeutica negativa attribuisce alla paziente, in modo unilaterale, tutta la responsabilità dell'insuccesso; invece si dovrebbe scoprire quale irrigidimento interazionale ha portato all'impossibilità di influenzare positivamente le difficoltà, probabilmente reali, della paziente. In questo caso lo scopo di un nuovo tentativo di trattamento deve essere la trasformazione del negativismo della paziente in un palese transfert negativo. Secondo il nostro parere, nel precedente trattamento gli obiettivi terapeutici inizialmente perseguiti e la realtà stessa del trattamento non erano stati posti sufficientemente in rilievo.

Il procedimento di proporre in un primo momento alla paziente una terapia focale, centrata sugli aspetti negativi, non ancora elaborati, della relazione con la terapeuta precedente, tiene conto dello scetticismo riguardo al precedente trattamento; in un altro senso il progetto terapeutico è orientato, come meta circoscritta, ad attaccare inizialmente il corrispondente problema del transfert negativo materno.

La signora Maria X era stata inizialmente inviata al dipartimento di medicina interna per accertamenti volti a chiarire l'origine di un'ipertensione arteriosa di cui soffriva da undici anni. Dagli esami fisici effettuati risultò che l'ipertensione era causata da una stenosi renale, la cui correzione chirurgica era stata sconsigliata. Proprio da undici anni esiste anche l'«insoddisfazione», così la paziente stessa definisce il proprio sintomo. Inoltre essa soffre, fin dall'adolescenza, di crisi d'angoscia che si manifestano soprattutto in situazioni di stress o durante incontri con personaggi importanti. Un consulto per l'ipertensione orientato in senso psicosomatico portò all'inizio di una regolare psicoterapia, dal momento che erano aumentati i sentimenti di angoscia e di inferiorità in reazione alla malattia somatica. La paziente temeva conseguenze negative sulla sua relazione di coppia.

Nella richiesta per la mutua si sottolinea, rispetto alla psicomotricità del conflitto, la tensione relazionale fra lo stretto legame con la madre e l'insufficiente separazione da lei, con le relative reazioni di rabbia e di frustrazione. Tentativi di separazione provocano reazioni palesemente inadeguate che sono tra l'altro legate a intensi sensi di colpa. Si propone una terapia psicoanalitica senza limiti temporali: «Per la fondamentale importanza della problematica di separazione e il suo corrispondente massiccio conflitto con l'aggressività, è possibile prevedere forti resistenze che devono essere elaborate nell'ambito dello sviluppo del transfert.»

Dopo questi cenni introduttivi della problematica, riportiamo di seguito alcuni passaggi, in cui appare nuovamente il comportamento della paziente descritto dalla giovane collega, e tenteremo di presentare un modo più efficace di affrontarla.

Dopo aver concordato la continuazione della terapia, consegno alla paziente il modulo di richiesta per il prolungamento della prestazione mutualistica. Nel momento in cui prende in mano il modulo la paziente emette un sospiro, non forte, ma percepibile. Le faccio notare questa manifestazione di malessere, e lei risponde malvolentieri di non aver voglia di compilare questa roba.

Sono impressionato da questa prima manifestazione comportamentale, che concorda con quanto mi è stato riferito dalla collega che me l'ha inviata; in base a quanto mi sembra di comprendere della situazione, do la seguente interpretazione:

ANALISTA: Per lei è già troppo, compilare un questionario che conosce e che è di suo interesse – non ci mette nemmeno due minuti – e vale dopotutto 6000 marchi: ma non c'è già qui una discrepanza fra la prestazione reale e quello che essa significa per il suo vissuto? Nel sospiro è forse contenuto il desiderio di rimanere nel paradiso dove scorrono latte e miele.

Il mio stato d'animo nei suoi confronti non era affatto ostile, ma piuttosto ero sorpreso di questo modo paraverbale di minimizzare il suo malumore e la sua svoltezza. Perciò la mia osservazione esprime una certa simpatia per lei.

PAZIENTE: Ecco, ho già dovuto compilare moltissimi di questi questionari durante gli esami preliminari nella clinica universitaria; allora non ho obiettato, anche se avrei potuto.

ANALISTA: Qui si tratta di una cosa per lei vantaggiosa, e lei sospira.

Intanto penso che il suo sospirare potrebbe rappresentare una reazione cronica di fronte a pretese eccessive, nonché uno spostamento della protesta verso espressioni paraverbali. Il sospirare allora concorda bene con una sensazione intensa, trasmessami dalla paziente, che è in grado di vestirsi con gusto e presentarsi bene, mentre la sua faccia, nonostante tutto il trucco, esprime uno stato d'animo malinconico.

PAZIENTE: Sì, quando si tratta di qualcosa di vantaggioso per me comincio sempre a sbandare. Negli ultimi giorni le mie angosce sono di nuovo aumentate, nell'azienda devo prendere in carico un nuovo gruppo da addestrare.

Partendo dall'osservazione che le angosce vengono stimulate da un'aumentata richiesta delle sue conoscenze e competenze, come incaricata dell'aggiornamento del personale all'interno dell'azienda, deduco che la paziente, velatamente, è molto critica con sé stessa.

ANALISTA: Le sue angosce diventeranno forse più comprensibili, se ci occupiamo della domanda di cosa lei richieda a sé stessa e cosa le venga richiesto.

Quindi la paziente descrive la propria deludente carriera scolastica; era stata bocciata due volte, e dopo si era ritirata dal liceo (il motivo della bocciatura rimane oscuro). Quando si rese conto che i lavori semplici non le davano soddisfazione, prese la maturità in una scuola serale.

Nella seduta successiva mi restituisce con un sospiro il modulo di richiesta compilato. Riprendo di nuovo la questione del sospiro: «Tutto questo è troppo.» Conviene su questo, mi guarda un po' stupita, perché colgo così direttamente il suo stato d'animo, sghignazza un po', ma rimane di cattivo umore.

PAZIENTE: Per me è già troppo dover venire in terapia, dover parlare qui.

ANALISTA: Vorrei capire più precisamente, cosa vuol dire *tutto*, può fare un esempio di come tutto si trasforma da piacere in dovere?

PAZIENTE: Sì, per esempio devo giocare a tennis, quando il tempo è bello, o devo fare una passeggiata, allora tutto quello che desidero si trasforma in un «tu lo devi

fare». Se oggi mi propongo di partecipare domani a uno spettacolo organizzato dall'università popolare, domani andando lì mi verrà sicuramente in mente che anche questo è di nuovo un dovere.

Durante il suo tormentato racconto penso a un bambino che vorrebbe dire qualche volta una cosa e qualche volta un'altra, che non vorrebbe ma deve assumersi un impegno. Quindi verbalizzo qualcosa di quest'idea:

ANALISTA: Un desiderio si trasforma in dovere, in obbligo, si rende indipendente nel momento in cui lei ha la sensazione di dover seguire i suoi desideri. Vorrebbe poter dire in qualsiasi momento ciò che vuole, senza doverne temere le conseguenze.

Passiamo a parlare della madre che doveva lavorare tanto ed era solita parlare con sé stessa ad alta voce: devo fare ancora questo, devo ancora fare quello. Il padre avrebbe invano tentato di dirle: adesso per una volta non devi fare niente!

Credo che stia portando la madre dentro di sé e che si stia comportando proprio come lei. Ci sarebbero dunque due lati in lei: quello del desiderio e questo molto forte del senso del dovere.

Mentre esprimo in dettaglio questa interpretazione, cercando di renderla emotivamente vicina alla paziente, incomincia a piangere. Riesce però a riprendersi rapidamente. Mi diventa chiaro come abbia all'improvviso il desiderio, abitualmente ben controllato, di essere viziata e di poter appagare i suoi desideri. Immaginando le sue fantasie, e avendo già alle spalle una lunga terapia, le comunico che questa sua parte fragile e piangente preferirebbe essere avvolta sul lettino con una coperta. Però questo non sarebbe permesso dall'altra sua parte.

PAZIENTE: Non posso assolutamente immaginarmelo, stare sdraiata senza dover dire nulla. Una cosa simile non funzionerebbe proprio, non se ne parla neppure. Mi sentirei ancora più abbandonata, ancora più malata, inferiore a lei.

ANALISTA: La sola idea la turba, preferisce allora rimanere esattamente in mezzo, come l'asino di Buridano – lo conosce, no? – che pur trovandosi fra due fasci di fieno si lasciò morire di fame. Lei resta in mezzo, nella stagnazione che ha potuto costatare nella terapia con la dottoressa B. (*la precedente terapeuta*). Credo che la questione da chiarire per prima sia se lei, quando fa la strada per venire in seduta, e sente di dover venire, sia in grado di accostarsi mentalmente a tali idee e poter tornare indietro.

Dopo un'interruzione, durante la quale aveva alcuni giorni di vacanza, torna arrabbiata per non essere riuscita a liberarsi dalla sensazione di dover fare qualcosa: anche il riposarsi diventa un dovere, un fastidioso obbligo. Fa un esempio di come dovrebbero veramente andare le cose: vorrebbe stare a letto con l'influenza dormicchiando tutto il pomeriggio, la sensazione di obbligo, di dover andare a trovare degli amici la sera, scomparirebbe totalmente; così dovrebbe succedere! Sottolineo la congruenza del pensare, del sentire e dell'agire: «Solo se l'alluce si muove quel tanto che vuole muoversi, allora non esiste la sensazione di obbligo.»

La signora Maria X parla ora esplicitamente di una voce dentro di lei che la condurrebbe e dirigerebbe continuamente; se leggesse un libro, la voce le direbbe di leggerlo fino alla fine, e allora tutto il piacere si rovina. Questa voce non è di tipo delirante, è l'inesorabile voce della coscienza, che lei collega subito con il tono della madre, che la esortava costantemente. All'inizio delle vacanze scolastiche, la madre non avrebbe saputo dire altro che: «Che bello che ci siete, adesso potete fare questo o quell'altro.» Le associazioni spontanee chiariscono perché ha sentito in modo così soddisfacente questo «stare a letto». Poteva lasciare tutto, buttare i vestiti qua e là e sonnecchiare.



ANALISTA: Queste erano alcune ore di vacanza che lei si prendeva dalla coscienza severa e cattiva.

Presto si dimostrerà che l'analista impersona questa interiorizzazione. L'inizio della seduta si trasforma regolarmente in una tortura per la paziente. La possibilità di parlare di quello che la turba diventa una richiesta, una prescrizione. Risponde con un'incertezza aggressiva all'accento alla possibilità di poter anche stare zitta, se questo corrisponde al suo stato d'animo.

PAZIENTE: È soltanto una questione di tempo, poi succederà con lei come con la dottoressa B., che durante il secondo anno si chiedeva se fossi veramente capace di utilizzare le sedute.

Il dilemma della paziente sta nel fatto che la finalità del suo agire deve inconsciamente corrispondere sempre alle idee della madre; in tal senso la situazione psicoanalitica si trasforma obbligatoriamente in una ripetizione, alla quale lei si oppone con ostile svogliatezza. Il suo parlare durante la terapia serve primariamente a soddisfare l'analista. A ciò corrisponde l'accusa della paziente di aver lavorato duro durante la precedente terapia, cioè ha risposto alle richieste della madre. Dalla madre aveva almeno ottenuto riconoscimento attraverso le prestazioni. Naturalmente il suo più profondo desiderio inconscio è quello di essere riconosciuta *senza* alcuno sforzo per ottenerlo. Questo desiderio è invece sepolto da una marcata rivalità nei confronti del fratello, maggiore di lei di quattro anni, che guadagna «un sacco di soldi» come consulente fiscale; le conseguenze di questo si evidenziano nel rapporto con il fidanzato, dove la paziente si scontra di nuovo con la stima di sé, perché il fidanzato sembra essere contento anche se non guadagna molti soldi.

Le basi psicogenetiche della sua carente autostima si rafforzano molto pesantemente con la sua malattia somatica; ora è realmente minacciata dal dover vivere con un difetto farmacologicamente controllabile, ma non completamente eliminabile.

Posso ammorbidire gradualmente la sua ostinata resistenza cercando di evitare una situazione di scontro. Un silenzio molto prolungato da parte mia produce sicuramente una riattivazione della delusione; le mie prime stimolazioni, che normalmente si riferiscono all'evidente stato d'animo attuale della paziente, la aiutano a verbalizzare le sue difficoltà.

Come *leitmotiv* si evidenziano i suoi molti desideri, che vorrebbe realizzare tutti contemporaneamente. Nel campo del lavoro vuole continuare a qualificarsi, privatamente vuole leggere molti libri. Quando però si trova immersa nella lettura, all'improvviso la coglie il panico, si alza e deve andare in un bar: «Voglio fare tante cose e non ne ho il tempo.»

Nel periodo seguente era arrivata a entrare in contatto con il sentimento di perdita dell'adolescenza, quando aveva definitivamente perso la stima del padre per i suoi scarsi risultati. Fu necessario elaborare numerosi strati dei suoi sentimenti di colpa e di vergogna, per ridurre l'accusa con la quale la paziente aveva ostacolato con successo il primo tentativo terapeutico.

#### 4.5 Vicinanza e omosessualità

Il signor Arthur Y va volentieri in piscina, ma con notevoli inibizioni. Soprattutto fare il bagno nudo gli procura una piacevole sensazione corporea. Si vergogna di queste sensazioni. Nel lasciare e nel riprendere questo tema, nell'ultima seduta ha

potuto capire che anche a me piace nuotare, il che è vero, anche se non l'ho confermato esplicitamente. Ma il paziente si è espresso come se si vergognasse di questa particolare sensazione del contatto fra corpo e acqua, fra pelle e acqua. Richiamo la sua attenzione sul fatto che ha notato qualcosa riguardo al mio favorevole atteggiamento verso il bagnarsi, il nuotare e l'acqua. Il signor Arthur Y è profondamente spaventato a questo proposito:

PAZIENTE: Speriamo che adesso non venga fuori che anche lei nuota volentieri senza costume da bagno, perché ci ho pensato e ho riflettuto a lungo, dopo che mi era venuto spontaneamente in mente, se potevo addirittura osare dirlo qui. Va bene, allora lo dico: allora anche lei è porco proprio come me.

ANALISTA: Se lei e io nuotiamo nell'acqua, siamo uniti «pene contro pene». La sua inquietudine è probabilmente legata al contatto fisico.

Modulo questo termine «porco», che ha sia una qualità piacevole che una qualità giudicante, con il commento, che raccoglie una designazione dialettale popolare del genitale maschile: «Sì, due peni», con l'intenzione di avvicinare il vissuto piacevole all'inconscia componente omosessuale.

PAZIENTE: In modo che poi non c'è più distanza tra lei e me, e così mi ricollego alla domanda del perché tocco l'argomento in modo così cauto.

Il paziente ritorna sul toccare e sul vissuto di comunanza che si realizza quando si nuota nella stessa acqua.

ANALISTA: La distanza non è del tutto eliminata, ognuno ha la propria pelle, il proprio confine.

PAZIENTE: Il nostro discorso mi è particolarmente antipatico. Andrà a finire con un'eliminazione della distanza.

Il signor Arthur Y riferisce di aver trovato, in precedenti terapie, un po' di sicurezza con il distanziamento:

PAZIENTE: Molto semplicemente perché mi sono detto, maggiore è la distanza, maggiore è la superiorità di questi medici e delle loro conoscenze tecniche, tanto più aumenta la mia probabilità di guarire.

ANALISTA: E lei sarà anche maggiormente inferiore. Rimane la speranza che, ammirando di più l'altro, abbia maggiori possibilità di ottenere qualcosa.

PAZIENTE: Ma gli altri (*terapeuti*) non hanno fatto proprio alcuno sforzo per cambiare questa situazione, ma forse sto facendo loro torto.

ANALISTA: È sempre un sollievo mantenere l'equilibrio che le è familiare, sebbene comporti molta sofferenza.

Questo intervento si riferisce all'inizio della seduta, quando il paziente si occupava della sua difficoltà a rompere o modificare vecchi modelli di comportamento sviluppatisi nel giro di decenni. Lo scopo del commento «pene a pene» può essere anche inteso come tentativo di portare il conflitto a un livello geneticamente superiore, dal porco (anale) al pene (fallico).

Un po' più avanti il tema viene ripreso in un altro contesto.

Un imminente colloquio con il capo, riguardante la ridistribuzione dei settori di lavoro, ha provocato una preoccupazione completamente irrazionale e un peggioramento dei sintomi. Il signor Arthur Y è sicuro di poter contare sul rispetto e sulla benevolenza del suo capo. È superiore ai suoi concorrenti e il suo giro d'affari è migliore.

PAZIENTE: Dal punto di vista psicologico però lo sto vivendo come se dovessi o per-

dere il mio campo d'azione, o accettare delle limitazioni. So che il capo tiene alla mia opinione e che mi apprezza come collaboratore. Nonostante questo ho la sensazione di essere alla sua mercé, totalmente indifeso, un fantoccio in balia di poteri sconosciuti.

Il paziente teme addirittura che il suo capo lo licenzi se solleva qualche obiezione. Tutti i sintomi ossessivi e tutte le ansie si sono aggravati.

PAZIENTE: Ho semplicemente la sensazione di non essere un soggetto ma un oggetto.

Dopo un'ampia descrizione dei problemi obiettivi che sorgeranno con la prevista nuova distribuzione del lavoro, diventa ovvio che aumenterà la rivalità tra lui e gli altri collaboratori, perché lui vorrebbe incrementare i propri successi. Vorrebbe trarre profitto dall'aumento di lavoro che prevede per sé. Negli ultimi giorni il suo risveglio al mattino presto è diventato una tortura. Si trova a letto sudato e ha paura per la giornata.

PAZIENTE: Ecco, l'angoscia di fallire, l'angoscia di queste fantasie, di queste idee ossessive, che potrebbero diventare talmente potenti da non farmi più muovere normalmente, e si potrebbe vedere dall'esterno che in me c'è qualcosa che non va... Ho semplicemente l'angoscia di essere niente, un mucchio di stracci, nonostante da venticinque anni abbia ripetutamente avuto prove del contrario. C'è da vomitare. Ho tentato per esempio di autoanalizzare la mia irrequietezza per uscire da questa storia. Allora mi è di nuovo venuto in mente l'insegnante del collegio che mi ha quasi violentato, e ho pensato al terrore che avevo quando mi veniva vicino con la sua faccia, con la sua bocca ripugnante e con i suoi brutti incisivi sporgenti. Mi passava così per la mente, deve pur esserci un motivo perché mi tornino sempre in mente pensieri di sangue e di macellare animali e perché poi ho così preso di mira i maiali. Allora mi ricordavo quest'uomo, che era probabilmente un povero diavolo, ma che io ho vissuto come una figura repellente. Se avessi potuto, forse l'avrei letteralmente scannato, come un maiale nel mattatoio.

Uno dei contenuti delle angosce del paziente è di diventare un maniaco sessuale. Questa angoscia era stata scatenata da un film giallo ed è rimasta collegata al ruolo di un attore (vedi cap. 9). Nelle associazioni spontanee passa dal professore all'attore, o meglio ad alcune scene del film. Chiedo se esista una somiglianza fra il professore e l'attore per preparare un'interpretazione di transfert. Il paziente conferma l'ipotesi.

PAZIENTE: Sì, mi sono accorto di questo mentre ci pensavo, e mi ha veramente tranquillizzato, al punto da potermi addormentare dicendomi che l'esperienza con quest'uomo non è poi stata così grave. Avevo compagni di classe che dicevano che non era così terribile. Dicevano, quello vuole il nostro bene, vuole solo consolarci. Ma io ho avuto tanta paura di quest'uomo e l'ho rimossa, negli ultimi anni non l'ho più lasciata uscire.

ANALISTA: Oggi c'è un importante fattore scatenante. Lei si è affidato a me. In relazione alla sua voglia di nuotare e al piacere di fare il bagno nudo, le sono venuto in mente io: forse anche il porco fa il bagno nudo e mi seduce a voglie fisiche.

PAZIENTE: Ah, sì, chiaro (*ride*).

ANALISTA: Lei viene qui e si affida a me. La relazione potrebbe prestarsi a un abuso e diventare troppo vicina... omoerotica... due porci.

PAZIENTE: Sì, sì, è vero. Credo di sentirla talvolta come il mio professore. In questo momento mi è molto chiaro, e mi è sgradevole parlarne.

ANALISTA: La questione è proprio questa, se lei può fare buone esperienze senza oltrepassare i limiti, solo cose buone, senza abusi.

PAZIENTE: Molte volte ho pensato a come avrei potuto cavarmela con l'insegnante Benignus in modo da rendermi più padrone delle mie angosce e farle sparire. E le allusioni al fatto che io la vivo anche emotivamente mi danno fastidio. Mi rendono insicuro, mi incutono timore. Perché, se dovesse veramente venire fuori che lei è come quello, allora mi troverei indifeso come allora. Così dipenderebbe proprio dal caso quello che mi accade.

ANALISTA: Non sarebbe così, perché lei non dipende da me nello stesso modo in cui dipendeva allora dall'insegnante. Si trova in un'altra situazione di vita. In lei riecheggia ancora qualcosa di quella situazione, come se fosse così dipendente e non potesse spaccarmi i denti e compromettermi come porco mandandomi al macello.

In seguito il signor Arthur Y descrive in modo molto insistente ed espressivo come l'insegnante l'avrebbe raschiato con la faccia non rasata. Per la prima volta ha sviluppato la fantasia di come potrebbe conficcare un coltello nel collo grasso per sgonfiarlo. Il paziente comunica alla fine della seduta che esiste una relazione temporale e tematica fra questi avvenimenti e le prime manifestazioni delle angosce nevrotiche.

PAZIENTE: Quando avevo dodici o tredici anni, leggendo in un romanzo giallo che un uomo era stato ucciso con una coltellata alla schiena, mi venne la paura terribile di fare la stessa fine. Ho stracciato il libro, l'ho gettato nel water e ho tirato l'acqua. Dev'essere stato in quel periodo che avevo i problemi con il professore. Dopo, questa angoscia è sparita di nuovo. Può darsi che io stesso mi sia sentito come un porco, e forse avevo anche l'impulso ad abbandonarmi, sì, come dire, in qualche modo, a quest'uomo, anche se non in quel modo. Ma tutto questo è successo tanti anni fa e non dovrebbe proprio preoccuparmi come in questi ultimi giorni. Ecco, questa sensazione è stata tremenda.

ANALISTA: Sì, sono passati molti anni. Il tema è stato attualizzato attraverso la terapia, venendo qua, infatti, il tema, sì, di come riuscire a spuntarla con un altro uomo. È tuttora il piccolo dipendente che non può difendersi? Viene amato soltanto se si sottomette o può esprimere un sospetto, un'insoddisfazione, esigere qualcosa?

[*Commento*]. L'analista evidenzia l'attualizzazione di vecchi problemi nel transfert, come il tono dell'interpretazione lascia trasparire. Le domande sollevate contengono un incoraggiamento indiretto a sottoporre le condizioni di allora e di oggi a un esame critico. Vengono suggerite al paziente delle risposte che gli permettono di prendere distanza e con ciò fare una nuova esperienza dell'attuale rapporto interpersonale con l'analista. Molte interpretazioni hanno una componente suggestiva, ma certamente siamo molto lontani da quei grossolani tentativi di persuasione che hanno procurato alla suggestione la sua cattiva fama. I suggerimenti contenuti nelle interpretazioni psicoanalitiche si trovano a un livello diverso da quello della persuasione. Come abbiamo esposto nel primo volume, il paziente viene incoraggiato perché il suo vissuto attuale diventi il punto di partenza di riflessioni critiche.

#### 4.6 Resistenza e principio di salvaguardia

Nel primo volume (4.6) abbiamo attribuito alla resistenza d'identità e al principio di salvaguardia un'ampia funzione che va oltre la definizione di Erikson. A livello descrittivo esistono analogie con la difesa narcisistica, ma questo concetto è radicato nella teoria pulsionale, ormai insostenibile. Rispetto a ciò la resistenza di identità fa parte di un esteso quadro teorico che tiene conto delle odierne conoscenze psicologico-sociali sullo sviluppo del sentimento dell'Io e del Sé, senza trascurare l'importanza del soddisfacimento pulsionale per l'identità personale. In contrasto con la teoria integrativa di Erikson, Kohut fa viaggiare parallelamente lo sviluppo del Sé e quello delle pulsioni, il che produce, nonostante la successiva modificazione della sua psicologia del Sé, contraddizioni e incongruenze all'interno del sistema e non risponde alla realtà umana. Il principio di salvaguardia e il sentimento di sé si sviluppano con il soddisfacimento di molteplici bisogni e, nei casi più favorevoli, in una relazione reciproca. Un'esperienza totale, nel senso sopra indicato, può seguire, in modo circoscritto, nel momento in cui il soddisfacimento di un certo bisogno si collega con il sentimento di riconoscimento e di conferma. Giustamente Kohut ha richiamato fermamente l'attenzione su questo, e ha dato inizio a una revisione della teoria degli oggetti parziali e a una correzione della tecnica psicoanalitica.

Una forte resistenza d'identità è osservabile in tutte quelle persone che non sono consapevoli della malattia e, di conseguenza, non desiderano curarsi. Ci troviamo di fronte a un'inversione: soffre chi è vicino al paziente, e i parenti tentano di convincere il membro malato della famiglia della necessità di fare qualcosa. Ma in che modo si deve persuadere qualcuno che sembra soddisfatto di sé stesso e che addirittura si sente sano, considerando malato e matto chi lo circonda, a iniziare una terapia che dal suo punto di vista porterebbe al massimo a un cambiamento non desiderato?

Nella resistenza d'identità trionfa la capacità umana di autoaffermazione a ogni costo, eliminando addirittura il principio biologico dell'autoconservazione. Può darsi che casualmente Freud (1938) abbia assegnato all'Io non solo il compito dell'*autoconservazione*, come aveva fatto precedentemente, ma anche quello dell'*autoaffermazione*. (Nella *Standard Edition* Strachey traduce autoaffermazione, *Selbstbehauptung*, con *self-preservation*, *Selbsterhaltung*, invece di *self-assertion*, cancellando la differenza.) Quando si tratta della realizzazione degli ideali, questa capacità è anche la premessa per attribuire un grande valore all'autoaffermazione al di là della conservazione della propria vita, sacrificandola a una buona causa, e tutto questo in base a processi decisionali che hanno le loro origini nella libertà della persona. È diverso in quelle forme di autoaffermazione che troviamo nella resistenza d'identità. Qui abbiamo buoni motivi per supporre una

manca di libertà, sebbene il diretto interessato respinga il fatto di essere malato, non libero e bisognoso d'aiuto.

La resistenza d'identità e il principio di salvaguardia sollevano difficili questioni di tecnica, e anche molti problemi etici e filosofici. Chi ci dà il diritto di tentare una terapia con un essere umano che, nel migliore dei casi, si sente un paziente solo a metà? Nasce un dilemma: se in una situazione normale è difficile analizzare chiunque in modo disinteressato, con pazienti gravi è impossibile astenersi dall'intervenire attivamente, specialmente quando, come nel caso dell'anoressia, l'autoconservazione giunge ai suoi limiti e incombe il pericolo di morte. Nella terapia dell'anoressia mentale, dunque, ci si trova di fronte a problemi esistenziali che sembrano non avere una via d'uscita. È questa un'ambiguità paralizzante, che Kierkegaard ha interpretato da un punto di vista filosofico e religioso, denominandola «malattia mortale». Dal punto di vista psicoanalitico si può senz'altro localizzare nel Sé la disperazione come malattia mortale. Diamo così un profondo risvolto psicomotivazionale alla formulazione di Kierkegaard: «Disperatamente non voler essere sé stesso; disperatamente voler essere sé stesso.» Questa contrapposizione caratterizza un dilemma al quale molte persone sono soggette. Le anoressiche croniche impressionano gli altri soprattutto per la fermezza con cui restano fedeli al loro Sé estremamente rigido. Il terapeuta si trasforma in un seduttore che tenta di avvicinare questi malati a un'immagine di sé che loro rifiutano. La disperazione non si sviluppa fra le due immagini di sé, ma fra il malato e il suo ambiente. Come possiamo dunque intervenire nel dilemma con mezzi psicoanalitici, e lottare con pazienti che hanno attribuito alla loro immagine corporea cachettica una seconda natura e vedono l'analista come un intruso? Qui si trovano letteralmente legati una resistenza d'identità e un equilibrio che, persistendo per anni o decenni, ha acquisito una propria forza d'inerzia: questa identità è diventata una seconda natura.

La signora Clara X, nella seduta 427, porta una copia, fatta da lei, di un quadro di Rossetti – *Annunciazione a Maria* – che l'aveva impressionata già da tempo. La Madonna è quasi cachettica. Dall'aggiunta al titolo della copia: «Maria come anoressica», si può dedurre che è una sorta di autoritratto. La signora Clara X descrive il bivio in cui si trova: è ancora seduta lì (come la Madonna) ed è indecisa. I suoi pensieri girano di nuovo intorno all'immagine di una fata, che è seduta all'incrocio per indicarle la strada giusta.

**ANALISTA:** Dia una possibilità alla fata, alle fate che siedono in questo posto, e anche a sé stessa.

**PAZIENTE:** Recentemente, una sera, ho visto la fata seduta là, e me stessa afflitta dalle stesse abitudini di sempre. La fata sorrideva per metà divertita e per metà stupita: perché fai così? Devo muovermi per stancarmi, per potermi addormentare con la fata. Sulla strada si trova una vera e propria montagna di purè, diceva la fata, come intorno al Paese di Cuccagna. Io dovrei attraversarla mangiandola.

La signora Clara X esprime tutto il suo schifo.

Considero il quadro come espressione della lotta che stiamo sostenendo all'attuale bivio.

Nella mia allusione alla lotta la signora Clara X vede un elemento contrario, ma non riesce a descriverlo con precisione.

Dall'inizio il tema era stato importante. La signora Clara X si era seccata del fatto che io avessi previsto, già dal primo colloquio, che ci sarebbe probabilmente stata una dura battaglia. La lotta si è intensificata negli ultimi tempi. Si è condensata nell'immagine dell'incrocio, ideata dalla paziente. A questa metafora corrisponde una buona fata come figura transferale materna, nel cui grembo la paziente vorrebbe rimanere. La fata ha anche la funzione di allontanarla dall'anoressia, diventata la sua seconda natura.

Il mio interesse per la sua rappresentazione di sé si riferiva alla lotta per il mantenimento della sua precedente identità e, ora che ci troviamo al crocevia, al tentativo di un nuovo inizio. L'attualità diventa evidente quando la paziente interrompe la mia ripetizione della frase «dunque, sarà...», in un primo momento, con un «uhm» e poi, dopo il completamento «... una dura battaglia», continua:

PAZIENTE: Sì, questo mi è nuovamente venuto in mente stamattina. Vorrei proprio sapere, contro chi o che cosa...

ANALISTA: Uhm.

PAZIENTE: La verità è che non vorrei proprio dover lottare contro me stessa, contro qualche parte di me stessa. Al momento questo mi sembra comico. Ho accettato volentieri il pensiero di provare a mangiare di più durante il giorno, e lo sto facendo. Di solito finisce che ho voglia di mangiare una torta o qualcosa del genere. Mi compro qualcosa dal pasticciere, ma poi sento che non è proprio la cosa giusta. Una torta non è certo il cibo più sano che ci sia. E non mi sento neanche bene con questo appetito. Finora ho risolto il problema non pensando più a mangiare di giorno. Tenevo la testa libera per altre cose. Questo è spesso descritto nei testi sull'anoressia, che leggo sempre con sentimenti alterni... con grande interesse. Mi ero liberata dal pensare permanentemente al mangiare, come succede alla maggiore parte delle anoressiche, cosa che trovo abbastanza umiliante.

[Riflessione]. Effettivamente nei casi gravi e cronici la fame cambia in modo da raggiungere lo stato appena descritto dalla paziente, quando dice che la sua testa era libera per altre cose. Era riuscita a limitare, temporalmente e spazialmente, l'appagamento della sua fame, e a ridurla al mangiare biscotti di notte.

Mi sembra logico far notare adesso alla signora Clara X le difficoltà che emergono dal suo tentativo di cambiare il proprio comportamento: vive proprio come umiliante il doversi occupare di nuovo del mangiare e di tutto ciò che implica.

PAZIENTE: E lì subito mi capita che inizio a pensare troppo alla casa e alla spesa. Sciocchezze. Ci sono ancora altre cose che mi interessano di più, che mi soddisfano di più. Sì, in questo momento è così, comincio a riflettere: uhm, ti porti qualcosa da casa per la colazione, o ti compri qualcosa, o cosa mangerai, o cosa darai a Franziska (*sua figlia*) da portare con sé per merenda. E così posso farli diventare problemi decisionali e sfogare su questa piccola area di problemi la mia tortura infinita tra il sì e il no, il buono e il cattivo. E poi sono di nuovo stufa, ma perché non dovrei tentare di mangiare con appetito e di godere. Ieri mattina ero già sul punto di cominciare a pensare, uhm... ma poi è passato.

ANALISTA: Sì, in questo cambiamento il disagio interno è enorme. Lei sa che la fame e l'appetito cambiano, e ora mangiando le viene appetito. In passato aveva apparentemente una grande libertà, che io invece, diversamente da lei, considero una

libertà apparente. Ma lì molto veniva eliminato in modo eccellente. È molto difficile iniziare a camminare su questa strada.

PAZIENTE: Sì, libertà apparente. Mi chiedo veramente se posso abituarci semplicemente a mangiare in certi orari. Solo a pensarci mi sento male. Comunque mi sono sforzata di mangiare qualcosa almeno di giorno, per questo ero veramente stupita di essere un po' dimagrita. Questa è paura della voracità, o cosa? D'altro canto ho proprio una voglia di vivere molto positiva e ho di nuovo voglia di fare qualcosa, voglia di alzarmi la mattina. La situazione dell'anno scorso, che ricorderà sicuramente anche lei, quando trovavo tutto intorno a me vuoto e noioso, è passata.

In seguito la paziente descrive il suo agitato tran tran quotidiano come casalinga e madre, e la sua grande insoddisfazione per questi compiti: «Stare a casa, nella prigione, preparare da mangiare, mettere a letto la bambina; mi sento veramente ingabbiata.» La descrizione dettagliata termina con la paziente che parla della fretta febbrile dalla quale viene spinta e che la rende impaziente e di malumore.

Dopo riferisce un sogno a occhi aperti dove tutto è fantastico e che, forse, può essere valutato come un accenno all'intraprendere una nuova strada verso una diversa identità, con l'aiuto di una fata buona, da lei stessa inventata. Al centro della storia c'è sua madre che ha sempre tempo per tutto e che aspetta che i bambini, con i quali ha un rapporto affettuoso e armonioso, tornino a casa. Descrive una giornata con la madre con toni fiabeschi. Dubita che io, come uomo, possa comprendere questa atmosfera di felicità quasi fuori del tempo. Da parte sua si ribella al ritmo regolare e alla puntualità che deve rispettare nel governo della casa.

PAZIENTE: Pum, pum, pum! Come succede a mio marito in fabbrica, così lui vorrebbe che in casa tutto sia in regola. Queste richieste mi provocano una profonda avversione e molta angoscia. Non riesco a farmene una ragione, e credo che neanche lei lo capisca. È un disastro!

ANALISTA: Credo di poterlo capire, è evidente però che lei lo mette in dubbio, perché qui io vivo vicino al pum, pum. Appuntamenti, tempo. Rispetto al mio programma, la seduta è terminata, è così, e non va bene con il suo sogno a occhi aperti, è un disturbo. Questo tipo di puntualità, impostomi dall'esterno, è disturbante, se confrontato alla sua immagine di felicità.

PAZIENTE: Ma lei crede, dunque, che l'immagine della mia fantasia abbia a che fare, qui, solo con l'inizio e con la fine della seduta? A me sembra proprio...

ANALISTA: Sì, però questa è una conclusione un po' affrettata. Ora non ho pensato soltanto all'inizio e alla fine, in mezzo c'è molto a cui dare forma. No, mi riferivo alla fretta quando si va verso la fine della seduta. Ho tracciato un parallelo con un unico minuscolo punto, l'interruzione alla fine. Se sia così o no, è un'altra cosa.

Alcuni brani delle sedute successive mostrano quanto sia difficile per la signora Clara X acquisire una diversa immagine di sé stessa. È chiaro che non mi è possibile essere tanto disinteressato quanto vorrebbe la signora. In ogni caso, il paragone fra la sua realtà e quell'altra bella immagine, disegnata da lei, la fa sentire molto umiliata.

Nel suo sentimento di sé, il suo corpo e il suo aspetto sono ideali. Si sente bene. Teme di essere come un'oca ingrassata e di conseguenza di non poter più uscire «attraverso le sbarre dalla sua prigione».

Chiedo perché si sia creata la ripugnante controimmagine dell'oca ingrassata. Sottolinea che il punto doloroso è la prigione. Dubita che un uomo possa veramente capire che una donna vive il ruolo di casalinga come una prigione.

ANALISTA: Dunque, mantenendosi così magra, lei esprime la sua avversione al matrimonio. Ma nel farlo, lotta anche contro il suo lato di cioccolato.



Questa espressione a doppio senso era stata introdotta in passato dalla paziente, e da allora è servita a descrivere il suo lato dolce, nel senso letterale e metaforico della parola. La signora Clara X attribuisce alle circostanze esterne la responsabilità del fatto che non riesce a realizzare il suo lato di cioccolato, cioè il suo desiderio di dolcezza e tenerezza, e rimane ancora di più fissata alle sue abbuffate notturne. Mangiando grandi quantità di dolci nella notte e nel dormiveglia, soddisfa la fame repressa durante il giorno, in modo da mantenere costante il suo peso corporeo, già notevolmente ridotto. Si tratta di tipiche *night eating binges* (abbuffate notturne), nel senso di Stunkard (1986), che procurano anche un soddisfacimento sostitutivo. Effettivamente la paziente rende corresponsabile il marito del perdurare della malattia, perché egli non vedrebbe il lato tenero e femminile contenuto nello scheletro umano.

Riconosco espressamente la componente reale delle sue difficoltà. Essere rifiutata e offesa come scheletro umano ha comunque e ovviamente portato al fatto che lei utilizzi la situazione come mezzo di lotta. In questo modo avrebbe trovato una particolare forma di *autoaffermazione*, alla quale ora sarebbe molto attaccata. Qualsiasi cambiamento la porterebbe a piacere di più e a smettere di essere uno scheletro. Perderebbe la sua identità costruita in decenni, e inoltre piacerebbe di più anche a sé stessa. Allora sarebbe Rosaspina ma senza spine, bella da vedere. Era stata proprio lei a disegnare l'immagine: «Se mi permette di dirlo, a me piace anche Rosaspina.»

[*Riflessione*]. Qui sto alludendo a un acquerello che la paziente mi ha regalato tempo fa e che mi aveva impressionato. Nell'immagine circolare ci sono delle ragazze intrecciate in una ghirlanda di rose, i loro seni risaltano attraverso la raffigurazione cromatica. Il modo cauto di esprimermi sembra forse esagerato; in questo momento, però, la prudenza è opportuna. Lo sviluppo successivo della seduta e quello che la paziente ha raccolto e tenuto a mente, mostrano la sua suscettibilità. Mi sono lasciato andare a contrapporre l'immagine ripugnante dello scheletro, creata dalla signora Clara X, a quella della donna delle rose, senza considerare in questo momento la differenza che c'è nel fatto che la paziente si etichetti con un'immagine negativa, o che l'analista utilizzi la stessa denominazione. Se due persone fanno la stessa cosa, non è comunque uguale.

Le illustrazioni figurate e plastiche della signora Clara X accompagnano tutta la terapia. Di solito si riferiscono a temi già discussi, ma spesso illuminano anche aspetti dei suoi vissuti sconosciuti. Come rappresentazioni di sé esprimono plasticamente la condizione interna della paziente. Dal seguente passaggio si deduce che il suo dipingere e regalare i quadri ha, naturalmente, anche una funzione comunicativa. Tramite questa funzione io esercito la mia influenza sulla sua vita interiore e sulle sue creazioni immaginarie. Con ciò siamo di nuovo arrivati alla questione terapeutica decisiva: cosa può fare l'analista per facilitare i cambiamenti?

PAZIENTE: Non voglio nemmeno che mio marito veda questo quadro. L'ho dipinto in modo che egli non potesse vederlo e poi l'ho arrotolato. La verità è che ho la sensazione che a lui potrebbe apparire urtante.

ANALISTA: Ma può anche darsi che temesse qualche osservazione. Forse avrebbe fatto dei paragoni.

PAZIENTE: Probabilmente avrebbe detto, ora sì che sei completamente matta, ora dipingi anche donne nude.

Mi occupo di questi suoi timori di essere umiliata, condividendo i suoi sentimenti. Forse per questo aveva di nuovo pensato che un'analista donna l'avrebbe compresa meglio di me: da donna a donna, da Rosaspina a Rosaspina.

La paziente comincia la seduta successiva dichiarando di essere stata di cattivo

umore: «Lei mi ha dato dello scheletro, e come tale mi ha paragonato al mio quadro, alla donna delle rose.» Dice che non le piacciono i confronti, sono tipici mezzi pedagogici. «I genitori dicono: alla tua età sapevo fare questo e quello. È proprio doloroso essere paragonata.»

ANALISTA: Ma cosa le fa male ora? Essere anche la donna delle rose?

PAZIENTE: Che a lei piaccia di più la donna delle rose.

ANALISTA: Sì, chiaro, il paragone le ha fatto ricordare la mancanza, il deficit.

PAZIENTE: No, il punto è nel porre condizioni. Ho sentito il desiderio di chiedere un favore o di fare una domanda, cosa che mi sembra poco educata. Mi potrebbe riportare il quadro, in modo che ne possa fare una copia? Non ne ho una, gliel'ho regalato. In fondo non trovo giusto richiederglielo. C'è di mezzo un po' di ostinazione. Dopotutto è ancora il mio quadro.

La paziente lo sottolinea ancora una volta:

PAZIENTE: C'è un po' di ostinazione in tutto questo: è il mio quadro. C'è un certo atteggiamento da porcospino nel dire: se il vecchio utilizza il quadro in questo modo, allora voglio averne qualcosa anch'io.

ANALISTA: Magnifico, uhm. Così non può più essere usato contro di lei. Lei sente che l'ho usato contro di lei, e forse è così: se ne ha una copia, lo può usare per sé, e la cosa non è più così unilaterale. Il fatto che me l'abbia consegnato non l'ho visto come una cessione, come un regalo. Lo vedo piuttosto come un quadro che sta fra lei e me, non come una mia proprietà. Lo vedo come l'immagine che lei fa di sé stessa, e anche come l'immagine di ciò che lei vorrebbe essere.

PAZIENTE: Ci sono entrambe le cose, ma nel momento in cui gliel'ho dato – e il suo accettarlo mi ha fatto proprio bene – l'ho pensato come un regalo. (*Dopo una pausa prolungata*): In questo momento non ho la sensazione che questo quadro potesse rappresentare un ideale per me.

ANALISTA: In questo momento è anche molto forte il sentimento di non essere amata così com'è, ed è terribile quando vengono poste delle condizioni. Però non è un rifiuto se viene amata di più perché è diversa. Tuttavia parto anche dal presupposto che le piaccia di più il suo lato di cioccolato che quello ascetico, che anche le appartiene. Collego quello che ha detto su sé stessa, anche con me. Ma sono impotente.

PAZIENTE: Non è vero che non può fare niente. Fa finta che le sue parole non siano cadute su un terreno fertile.

ANALISTA: È così, non posso fare nulla, se non accetta qualcosa. E questo dipende sicuramente anche dal fatto che io glielo renda piacevole. Ma diventa più difficile se glielo rendo troppo allettante. È veramente una difficile battaglia, mentre trovo, contemporaneamente, che lei sia un terreno enormemente fertile e potrebbe esserlo ancora di più. Cosa succederebbe se rinunciasse a un po' di potere, scoprendo così che non sarebbe una perdita, ma piuttosto un guadagno di potere di altro tipo? Sicuramente lei si rende conto del potere insito nel suo quadro di Rosaspina. È chiaro che in questo modo ci si sente più suscettibili e sensibili di fronte al fatto di avere dei bisogni e manifestarli, bisogni che altrimenti non vengono visti e tanto meno soddisfatti. Questo è grave.

[*Riflessione*]. In questo momento faccio partecipare la paziente al mio controtransfert (vedi 3.4). La comunicazione di uno stato d'animo provocato dal comportamento di un paziente ha anche una funzione terapeutica, e questo può essere dedotto dalla reazione della signora Clara X. In questo senso la partecipazione della paziente al controtransfert agisce come ancora di salvataggio terapeutico per entrambi: so e sento in qualche modo che proprio la mia ammissione esplicita e sincera di impo-

tenza attiva nella paziente l'altro aspetto. In fondo, anche la signora Clara X non cerca l'uomo impotente, castrato, altrimenti resterebbe lei stessa sterile. Il problema terapeutico consiste nel rendere il *fertile* così appetibile, che parola e atto non possano essere equiparati a *terribile*, in definitiva a «morte», ma a «vita».<sup>1</sup> Trasformare il no distruttivo in un sì costruttivo per la vita significa riconoscere la pulsionalità, e con essa anche la temporalità. Ora, se è vero che la capacità di dire no fa parte della natura umana, non è meno vero che nessun mortale è caduto dal cielo come un negatore distruttivo, come uno «spirito che nega sempre». Anche se teologi e filosofi hanno tanto da dire sul significato costruttivo della negazione, c'è bisogno di faticose ricerche psicoanalitiche per poter comprendere e spiegare lo sviluppo del negativismo patologico. In esso l'aggressività dell'individuo ha trovato una forma autodistruttiva. Nello stesso tempo si rinnega, non si riconosce, che l'«oggetto» è stato colpito. In questo modo le persone affette da anoressia nervosa, così come altri negatori patologici, possono negare il pericolo di morte. La percezione del pericolo si ritrova nuovamente nel transfert.

PAZIENTE (*dopo una lunga pausa*): Suona evidente alle mie orecchie. Ma non lo posso veramente immaginare.

ANALISTA: È già bello che sia evidente. In questo momento non c'è una differenza di potere fra lei e me. Si può certamente dire che ho portato in tavola qualcosa, ma che anche lei, nel trovarlo convincente, lo ha fatto suo, lo ha assimilato. Così per un momento siamo di buon umore e della stessa opinione. Naturalmente lo si può subito screditare. Si può dire: ci sono delle cose ancora più belle.

PAZIENTE: Non ci ho proprio pensato. È una sensazione talmente bella che non ci credo. Non può assolutamente essere vero. Dietro l'angolo attendono tre ma, cinque se e cinque altre condizioni che in questo momento non trovano le parole, però sono lì.

La paziente riprende un precedente paragone con i porcospini.

ANALISTA: Nel sentimento di essere d'accordo c'era una spina, come se io non fossi soddisfatto dell'accordo in sé e volessi immediatamente ottenere del successo.

PAZIENTE: Non posso immaginare che lei si accontenti di un accordo momentaneo.

ANALISTA: Sì, credo che nessuno ne sarebbe del tutto contento. Anche lei vorrebbe avere di più, però non osa dare una durata maggiore ai momenti. La sua insoddisfazione allora le viene incontro da fuori: sono io quello che vuole di più, non lei.

[*Commento*]. L'analista si dà molto da fare per ottenere un cambiamento. Come già detto, questa intenzione ha un effetto irritante. La signora Clara X critica i suoi scopi «pedagogici», che lasciano trasparire la scarsa fiducia nell'altro Sé della paziente. Altrimenti non starebbe tanto a cercare di convincerla, anche se in modo velato. Anche l'ammissione di impotenza, chiaramente, viene introdotta con l'intenzione terapeutica di motivare la signora Clara X a riflettere sulle sue forze e di facilitare una certa rinuncia. Riassumendo: una resistenza d'identità che è cresciuta in vent'anni, è qualcosa di resistente.

<sup>1</sup> [I termini «fertile» e «terribile», in tedesco rispettivamente *fruchtbar* e *furchtbar*, sono foneticamente molto affini, tanto che vengono spesso adoperati in racconti popolari o in battute di umorismo nero.]