

Capitolo 10

Argomenti particolari

Considerazioni preliminari

Questo capitolo si differenzia in modo inevitabile, per le tematiche trattate, dal capitolo 10 del primo volume. Sulla base degli esempi risulta certamente chiara al lettore la relazione fra teoria e pratica. L'esigenza teorico-scientifica che oggi viene posta dallo *Junktim* (legame inscindibile fra terapia e ricerca) non può essere soddisfatta da un manuale clinico.

Possiamo invece far prendere confidenza al lettore con problemi particolari di grande importanza pratica, come illustra l'esempio del consulto (10.1). Per motivi sia terapeutici che interdisciplinari, anche il tema della religiosità (10.3) merita la nostra particolare attenzione. La presenza di studiosi non coinvolti nella vicenda terapeutica nell'esame del dialogo psicoanalitico ci riporta alla questione del legame inscindibile, come nell'esempio della «buona seduta».

10.1 *Consulto*

Con Szecsödy (1981), distinguiamo fra il consulto, che implica una discussione collegiale non determinata da rapporti di subordinazione, da sempre in uso tra i medici di fronte a gravi problemi diagnostici e terapeutici, e la supervisione, condizione di apprendimento nell'ambito della formazione. La tradizionale denominazione tedesca *Konsilium* («giunta medica») non viene più usata, perciò ci atteniamo al linguaggio internazionale e parliamo di consulto e supervisione. La «supervisione» ha sostituito il precedente rigido termine di «(analisi di) controllo», senza che l'introduzione angloamericana del termine (*supervision*) e la sua origine latina – l'«ispezione» che deve essere condotta dall'analista di controllo, ora supervisore – abbia cambiato qualcosa di questa materia e dei problemi connessi. Questo perché della super-

visione fanno parte anche il controllo e la qualificazione. Sottoporsi alla supervisione è un obbligo, il consulto viene invece concordato volontariamente. Al consulto partecipano tre persone, il paziente, il terapeuta e il consulente; nella supervisione subentra come quarto partecipante un'istituzione, l'istituto di formazione, le cui norme sono stabilite e controllate dalle associazioni nazionali e internazionali.

Un analista esterno che non prende parte all'interazione diadica fra terapeuta e paziente può avere, grazie alla distanza, una prospettiva diversa e sotto certi punti di vista anche più ampia; come supervisore competente non è coinvolto nei processi di transfert e controtransfert. Si trova quindi in una posizione favorevole per indicare al terapeuta gli effetti, anche quelli collaterali, dei suoi sentimenti e pensieri.

Il complesso campo della supervisione e del consulto richiede studi ampi e dettagliati per rispondere a importanti interrogativi in maniera più esatta di quanto sia stato finora possibile nella pratica. Qui presentiamo il resoconto di una parte di ricerca che ebbe la seguente impostazione: furono trascritte dieci sedute consecutive; ogni due sedute ebbe luogo un consulto con un collega esperto in supervisione che in anticipo studiava a fondo le trascrizioni, e in preparazione al consulto dettava le sue osservazioni, che sono state inserite nel testo e contrassegnate come tali.

Prendiamo la seduta 114 del trattamento e il rispettivo consulto che si svolse in seguito.

Dalle osservazioni del consulente notiamo che non solo l'analista ha una strategia di comprensione e intervento, ma anche il collega consulente apporta la sua concezione dell'interazione. Per inquadrare meglio le osservazioni e i consigli del consulente, riportiamo alcuni essenziali punti di vista del concetto di supervisione, sostenuti da Szecsödy (1990, p. 12).

La situazione di supervisione fornirà le condizioni in cui si potrà sviluppare l'apprendimento. Raggiungere tali condizioni non è facile e può essere complicato a causa sia del terapeuta in formazione che del supervisore. Di pari passo con il desiderio di imparare e cambiare, c'è la paura dell'ignoto e la tendenza a rimanere nella consuetudine e a non essere toccati dal cambiamento.

Ci sono diverse ambiguità nella situazione di supervisione:

- a) il terapeuta in supervisione è un principiante senza molte conoscenze e/o abilità. Su questo punto deve essere onesto e aperto sia nella sua supervisione che con sé stesso. D'altro canto però ci si aspetta che sia il terapeuta ottimale per il suo paziente;
- b) un'altra ambiguità deriva dal fatto che nella relazione terapeutica egli non è una «persona reale» con le sue caratteristiche professionali e personali, oltre a essere un «oggetto» di transfert per il paziente. Come oggetto di transfert gli vengono attribuiti ruoli diversi che spesso gli sono estranei;
- c) nell'interazione che avviene durante la supervisione, il terapeuta ricostruisce il processo di cui fa parte. È anche un allievo che deve esporre sé stesso al supervisore che lo aiuta, gli insegna e lo giudica;
- d) queste posizioni tra allievo e supervisore provocano diverse emozioni e reazioni sia razionali che irrazionali, cosce e inconse. Nella stanza di supervisione c'è una «folla presente»: un mentore, un insegnante, un valutatore, un giudice, un supervisore, un futuro

collega, un membro dello staff che dipende dal riconoscimento del candidato e dal suo sviluppo positivo, oltre al candidato stesso che deve accertare e farsi carico di un certo numero di ruoli diversi.

Il supervisore deve essere preparato e consapevole di tutte queste ambiguità e dei problemi che comportano. Ci deve lavorare sopra in diversi modi. La complessa interazione tra allievo e supervisore è influenzata da diversi fattori: la personalità del paziente, dell'allievo, del supervisore, e dal modo in cui sono influenzati dall'organizzazione in cui lavorano.

Per permettere il cambiamento e la crescita è essenziale che l'analista crei uno *spazio* favorevole allo scopo. L'uso metaforico del concetto di spazio indiziona a qualità che Winnicott indicò con l'immagine di «area intermedia».

Poiché si tratta di arrivare alla maggior apertura possibile, è ovvio che nella supervisione e nel consulto l'attenzione debba essere diretta a quei punti in cui il terapeuta limita lo sviluppo, sia a causa di sue insufficienti cognizioni nel campo del disturbo individuale del suo paziente, sia per motivi emozionali, cioè a causa di un controtransfert situazionale o abituale. Szecsödy ha adottato per queste limitazioni le definizioni di *dumbness* (disconoscimento) e *numbness*, qui rispettivamente nel senso di mutismo, silenzio da «mancanza di conoscenza», di ignoranza e di intorpidimento, torpore da insensibilità emotiva (Ekstein e Wallerstein, 1972).

Nella seguente riproduzione della seduta 114 del paziente Arthur Y, il corrispondente protocollo, basato sulla trascrizione, è stato parzialmente condensato e arricchito dalle osservazioni del consulente.

Il signor Arthur Y incomincia la seduta con il racconto di un vissuto per lui tipico: recentemente si era reso conto che poteva procurarsi più spazio e rendere più ampia la sua stanza di lavoro. A tale scopo aveva applicato un rivestimento in legno. In occasione di questo lavoro si sentì molto insicuro e pensò: «Se la cosa non mi riesce bene, mi troverò in un caos.» Per questo lavoro utilizzò molto legno grezzo. Con un po' di fantasia nella venatura del legno si poteva immaginare la lettera W. Pensò: «Oddio, la W potrebbe essere letta al rovescio come M, M come *Mord* [= omicidio]. Come nel film «*M*» degli anni trenta, nel quale un uomo si dà il nome M dopo aver compiuto un omicidio.»

PAZIENTE: Tipico! Mi sono davvero tremendamente arrabbiato con me stesso. Sono riuscito a fare bene tutto ed ecco che capita una simile idiozia, qualcosa di terribilmente tirato per i capelli. Invece di essere contento, continuo a preoccuparmi se non sia meglio cambiare le assi. Proprio adesso mi passa per la mente che la prossima settimana, credo, lei non sarà qui. Mi prende la sensazione di essere lasciato in balia di me stesso, di essere abbandonato, di restare solo, perché posso parlare di queste cose soltanto con lei; gli altri mi prenderebbero per matto.

[*Osservazione*]. Il paziente comunica che è riuscito a darsi uno spazio maggiore ma che su di lui incombe un pericolo. Non riesce a conciliare legami e autosufficienza. Quando prova rabbia verso l'analista-padre che lo abbandona, questa diventa violenza omicida. L'analista interpreta il sintomo collegandolo a un brusco cambiamento di umore, cosa che avviene di frequente: quando aumentano la soddisfazione, l'entusiasmo e l'orgoglio per il bel lavoro, di colpo aumentano la valutazione negativa e il giudizio critico su di sé.

L'analista non riconosce l'accento alla sensazione di abbandono del paziente, che venne messa in luce dalla consulenza. L'analista mette invece a fuoco l'orgoglio, un tema ricorrente.

PAZIENTE: Se non fosse stata una M, sarebbe stata un'altra cosa. Mi ha semplicemente rovinato tutta la gioia per il lavoro ben riuscito. Ho provato una tale rabbia, una reazione di tale dispetto! Le assi sono rimaste su. Non ci penso nemmeno a rifare tutto il lavoro! Mi fa rabbia questa continua latente minaccia, che ho già visto mille o diecimila volte.

ANALISTA: Mi sembra una cosa nuova il suo pensare alla rabbia che cresce.

PAZIENTE: Contro ciò che non mi dà pace.

ANALISTA: Rabbia contro ciò che le si oppone.

PAZIENTE: A lei sembra qualcosa di nuovo? Non ne ho mai parlato? La rabbia non mi è estranea. Potrei fare a pezzi il rivestimento di legno.

ANALISTA: Ancora non mi è chiaro.

PAZIENTE: Sul momento ho pensato: butto giù le assi! Poi viene l'ostinazione: neanche per idea! Non posso eliminare dalla mia strada tutto ciò che mi fa paura, sarei sempre occupato a risistemare le cose.

[Osservazione]. Qui il paziente mostra chiaramente come lotti contro la sua carenza di adattabilità che persiste tuttora. Vorrebbe conservare la sua autonomia; non vuole solo evitare le sue forze aggressive ma vorrebbe essere capace di utilizzarle in modo costruttivo.

ANALISTA: Questo è proprio un duello! Un duello contro il brutale strapotere di questo mondo, contro la potenza dell'oggetto che la opprime, la aggredisce e la costringe a reprimere la rabbia.

[Osservazione]. Mentre identifica il conflitto interiorizzato, che potrebbe essere ancora facilmente esteriorizzato, l'analista coglie certamente la problematica centrale. Però, a mio avviso, non è vantaggioso fare ora una generalizzazione storica. L'analista dovrebbe elaborare la rabbia legata alla relazione tra lui e il paziente.

PAZIENTE: Ieri inoltre, con tutto il caos nella stanza, dovevamo anche uscire. Di sera mio figlio ha suonato un assolo all'organo nella cappella. Da un anno e mezzo abbiamo l'abitudine di andare con lui per non lasciarlo suonare da solo. Così ho anche la possibilità di rendermi conto dei suoi progressi.

ANALISTA: C'è anche l'orgoglio di sedere nella cappella e sentire come suo figlio riempia lo spazio.

[Osservazione]. Di nuovo un'allusione all'analista che va via e non accompagna i progressi del paziente. Sarebbe importante sapere perché l'analista punta sull'orgoglio. È fiero del paziente o di sé stesso? La sua è una reazione a come il paziente riempie lo spazio, per esempio a come trova più spazio per sé e a come vuole riempire anche lo spazio terapeutico?

PAZIENTE: Questa volta è stato impossibile andare con mio figlio. Siamo stati invitati... Ora, nella mia indecisione di togliere le assi, non si tratta veramente del lavoro che comporta, ma piuttosto del mio lasciarmi sopraffare o no dall'ansia. È certo che prima o poi, con l'aiuto dell'analisi, uscirò completamente da questa storia.

ANALISTA: Questo è un aspetto, se è costretto a lasciarsi sopraffare o se sarà lei il più forte. L'altro aspetto, che forse troverà artificioso, è che Benignus (*un maestro sadico del collegio*) è il nemico, o l'asse è il diavolo. Se lo strappa giù e lo fa a pezzi, è lei il vincitore. Facendo un salto ancora più lungo: forse nel duello che fa con

l'asse, si tratta di pensare se l'analisi sarà o no utile. Può darsi che lei sia arrabbiato con me perché oggi, quando se ne andrà, avrà ancora i suoi problemi e perciò vorrebbe ridurmi a pezzi come l'asse.

[*Osservazione*]. Il paziente parla della sua possibilità di spuntarla con i suoi nemici come l'ansia, la dipendenza ecc. Lotta per la sua autonomia, ma vuole anche mantenere i legami. Esiste dunque un conflitto tra dipendenza e autonomia, che è fortemente carico di ostinazione e di aggressività sadica. L'analista si considera l'oggetto della sua rabbia. Perché? Forse sarebbe meglio spiegare la dipendenza del paziente considerando la relativa libertà dell'analista (bambino-adulto). L'analista può decidere senza ansie, può andarsene e lasciare il paziente con le sue angosce. Resta ancora l'interrogativo del perché l'analista non rilevi l'accento all'imminente separazione.

PAZIENTE: Mi sento come in una trappola, in un mulinello, e il tempo mi sfugge tra le dita. Se non si trattasse di assi, sarebbe qualcosa d'altro. Non mi è chiaro se mi angoscio perché in qualche modo vedo questa figura come fosse di nuovo il momento di angosciarmi.

ANALISTA: O come se fosse il momento di essere infuriato o di avere l'immenso piacere dell'orgoglio. Come l'ufficiale delle SS [riferimento all'anamnesi, in 8.3]. E nell'orgoglio c'è quasi cattiveria o crudeltà, un'arroganza smisurata.

PAZIENTE: Sì, non so, ma oggi ciò che lei mi dice mi suona astratto, e questo mi disturba.

ANALISTA: Sì, è anche astratto. Già prima le ho ricordato che quando ha successo ed è contento, quando è soddisfatto e orgoglioso, lei pensa: chi fallirà ora? Poi le viene un pensiero che la disturba e vorrebbe liberarsene: che quello sia io, io che qui la aiuto...

PAZIENTE: Ha finito?

ANALISTA: Sì, ho finito.

PAZIENTE: Mi sembra (*ride*) che lei abbia smesso di parlare a metà frase.

ANALISTA: Uhm.

PAZIENTE: Certo, quando mi riesce bene qualche lavoro manuale, mi meraviglio. Per molto tempo ho pensato di non esserne capace. Guardando il mio lavoro mi sento fiero, ma non a lungo... E ora non riesco affatto a ricordare la frase che lei ha appena detto.

ANALISTA: Che dimostra che io non posso fare nulla.

PAZIENTE (*ride*): E ciò dovrebbe riempirmi d'orgoglio? Non capisco. Io mi sono appeso a lei, per così dire. Se la paragono al ramo sul quale mi sono seduto, se questo si rompe, cado a terra: e questo dovrebbe riempirmi di orgoglio?

ANALISTA: Sì, perché non concludo niente.

PAZIENTE: Ma perché dovrei rallegrarmene? Non ne ho la minima idea. Che cosa ci guadagnerei da questo?

ANALISTA: Sì, come ho detto, anche a me sembra una cosa piuttosto artificiosa.

PAZIENTE: Mi meraviglia che le sia potuta venire una simile idea. Potrebbe essere esatto solo se la considerassi un rivale, solo allora potrei rallegrarmi scoprendo che non è capace di fare niente. Eppure vengo qui per trovare aiuto, per questo si va dal medico! Nessuno può essere contento se scopre che la persona in cui ha fiducia è incapace, è semplicemente un buono a nulla. Ho la sensazione che oggi, non so dove, ci sia un nodo, una difficoltà.

[*Osservazione*]. Il paziente propone all'analista di arrivare a un chiarimento sullo stato del dialogo.

ANALISTA: Sì, si è formato un blocco, un nodo, per quello che ho detto... Non intendo dire che la gioia consiste nell'abbassarmi al livello di un artigiano. Per lei è

certamente importante che io sia un bravo artigiano. Questo non lo penso, penso invece che nasca dell'ostilità con lotta e rabbia intense quando, in qualche modo, le vengono invidiati il piacere del successo e la gioia. E io ho tentato di includermi nella lotta tra lei e le assi.

PAZIENTE (*ride piano*): Questo suona come fossi ai limiti della follia, la lotta tra me e le assi. È che oggi sono forse particolarmente suscettibile... sì, è ben complicata una vita psichica del genere. A volte si potrebbe scrivere sul mio corpo: «Siate felici di vivere! Si trovano facilmente preoccupazioni e fatica, si trovano le spine se si cercano.»

ANALISTA: Sì, e quando le spine pungono fanno male e viene la rabbia e la voglia di strapparle via.

[*Osservazione*]. Per il paziente è innanzitutto doloroso: «Mi dispiace chiedere aiuto. Arrabbiato e onnipotente voglio distruggere chi mi abbandona e mi rende così consapevole della mia dipendenza.» Insieme al paziente l'analista potrebbe evidenziarlo più decisamente. Un buon argomento per la prossima consulenza.

10.1.1 Il consulto

Diamo ora una descrizione riassuntiva della seduta di consulto. Il consulente all'inizio pensa che si debba chiarire il modo migliore di agire con il conflitto del paziente (lotta tra autonomia e dipendenza). L'analista sottolinea che ritiene insoddisfacente la seduta perché, cercando di «dare un senso a un sintomo insensato», ha imposto troppe artificiosità intellettuali. Si sente insoddisfatto perché non è riuscito a dimostrare al paziente che questi desiderava sopraffarlo in una lotta. A questo punto il consulente ricorda all'analista deluso il ben noto passo di Freud (1901b, p. 400): «Qual migliore vendetta per il malato che dimostrare al medico, con la sua stessa persona, quanto sia impotente e incapace.» Insieme, consulente e analista ricostruiscono il decorso di questa seduta e sono d'accordo che il «nodo» menzionato dal paziente sia ora il compito del consulto.

CONSULENTE: In primo luogo desidero sentire da lei: se ci ripenso sono insoddisfatto. Ha fatto un nodo, cosa ne possiamo fare? Vuole dare libero corso ai suoi pensieri per scoprire cosa vorrebbe fare?

ANALISTA: Ora mi viene in mente – questo quadra con un pensiero che ho già avuto nella seduta – che il paziente prova pienamente piacere e soddisfazione rovinando tutto quello che fa. Il fatto che gli diventi nemico l'oggetto dominato, implica che egli dapprima costruisce un oggetto per poi distruggerlo.

CONSULENTE: In modo simbolico.

ANALISTA: Sì, se io sono quello che gli consiglia di lasciar emergere tranquillamente l'ansia, e tenta di differire le sue azioni coatte, allora sono quello che limita la sua gratificazione.

CONSULENTE: Il piacere di rovinare qualcosa.

ANALISTA: Sì, e quando viene dopo avere nuovamente distrutto qualcosa, dopo essere stato veramente bene, è ovvio che voglia fare qualcosa perché le assi rimangano al loro posto, senza ridurle in pezzi. Oggi volevo dargli qualcosa che fosse gratificante per il suo piacere.

Mentre il consulente esorta l'analista a dare libero corso ai suoi pensieri, a pensare ad alta voce – non è uguale all'associare liberamente, ma significa piuttosto riflettere ad alta voce in un'atmosfera distesa – l'analista scopre quale parte ha nel duello. Facendo qualcosa ha anche ostacolato il paziente. Invece di lasciare che per una volta il tutto si sviluppi, ha avuto cura di impedire al paziente di distruggere le assi. Inoltre l'analista suppone, e ciò gli importa molto, che questo trattamento abbia successo. È chiaro che ha abbandonato la posizione di neutralità perché desidera che il paziente non torni a distruggere ciò che ha costruito.

Facendo un passo avanti, il consulente richiama l'attenzione sul tema dell'abbandono che lo aveva già colpito durante la lettura del resoconto. Diventa palese che l'analista non ha percepito questa tematica nonostante gli inequivocabili accenni del paziente all'essere «solo», «abbandonato», «in balia di sé stesso». Il confronto con il materiale glielo ricorda, ma senza l'evidenza affettiva che questo possa essere stato un tema dinamicamente rilevante della seduta.

ANALISTA: Durante questa seduta ero troppo preso dalla mia lunghezza d'onda. Una volta che mi sono sintonizzato su questa frequenza, ho perso la flessibilità necessaria per abbandonarla.

CONSULENTE: Lei è partito con la teoria che il paziente continua a costruire oggetti per poi distruggerli. Vedo la seguente dinamica: il paziente parla molto di autonomia. Lei non è riuscito a intervenire in modo convincente con l'argomento della competenza, del successo; questo tema è rinato come una costruzione artificiosa. Il suo tema è nato comunque in un'interazione e ha portato a un'interazione: ha portato a un duello invece che a un lavoro comune, a una gioia comune per il successo. Lei non ha voluto permettergli di distruggere ciò che ha costruito, che ambedue avete costruito. Ma il paziente si è sentito abbandonato, e lo ha espresso nel riferimento al figlio che non voleva lasciar suonare da solo, ma pure ha dovuto.

ANALISTA: Ora so perché non ho ascoltato bene: ero su un'altra linea, non pensavo che non potesse lasciare solo il figlio quando suona, ma che fosse fiero di essere presente perché questo era un suo successo. In senso più ampio significa pure che non può lasciarlo solo per non perdere l'occasione di partecipare al suo successo e di identificarsi.

Per il consulente queste riflessioni costituiscono la conferma che l'analista ha preso questa direzione e vi è rimasto perché egli stesso, come il paziente, si identifica con il successo del lavoro terapeutico, come un padre con il figlio. Si è giunti così al duello tra figlio e padre, tra paziente e analista. Il consulente cerca di mettere a frutto quello che ha capito:

CONSULENTE: Nella tipica relazione tra padre e figlio l'idea dell'orgoglio ha certamente un lato positivo e uno negativo. Si può condividere l'orgoglio ma si può anche essere rivali l'uno dell'altro e reagire così: «Voglio essere capace di fare que-

sto da solo, per me stesso. Non lo faccio perché tu mi distrugga la gioia di essere capace di farlo.»

ANALISTA: C'è stato un momento in cui il paziente ha detto: «Se mi divertissi a smi-nuirlo sarei un folle.»

CONSULENTE: E a quel punto lei ha detto: «Lei deve utilizzarmi come un buon terapeuta»; ma quando il paziente vive come eccessivo il suo successo, in quel momento lei è coinvolto in questa lotta. Credo, per sintetizzare le nostre riflessioni, che lavoriamo in modo differente con lo stesso quadro. Io metto a fuoco la dinamica padre-figlio: il paziente ha ucciso suo padre e deve inventarne sempre uno nuovo, in modo che, se gli va bene, potrebbero ricavarne ambedue dei vantaggi. Ma il desiderio di autonomia si è riempito di rabbia e delusione per il pensiero di essere abbandonato.

ANALISTA: Per me l'aspetto più interessante della nostra conversazione è lo sviluppo ulteriore della mia teoria, che ha accettato la mia proibizione, provando rabbia e desiderando trasgredirla. Adesso sono curioso di sapere se strapperà le assi; spero di sapere affrontare le due eventualità.

Secondo il consulente il decorso di questa seduta ha messo in evidenza che all'inizio ha avuto luogo un duello, che si è prolungato finché l'analista non è riuscito ad accettare anche l'altro punto di vista. In seguito al suo desiderio di impedire qualcosa al paziente, per potersi sentire efficiente o orgoglioso, l'analista ha abbandonato la posizione neutrale e si è scontrato con il paziente.

10.2 *Riflessioni filosofiche sul problema della «buona seduta»*

Dopo il consulto descritto nel paragrafo precedente, la seduta 115 ebbe un decorso tale da ricordare immediatamente all'analista il concetto di «buona seduta» (Kris, 1956). Il confronto della «cattiva» seduta 114 con la 115, «buona», si trova pubblicato altrove (Löw-Beer e Thomä, 1988).

Desideriamo richiamare l'attenzione del lettore su un aspetto particolare della seguente esposizione. Per la pratica e la ricerca psicoanalitica si è dimostrata straordinariamente fruttuosa la circostanza che terzi indipendenti, cioè studiosi di altre discipline, si siano occupati delle trascrizioni dei dialoghi terapeutici. In questo modo non soltanto la ricerca empirica del processo psicoanalitico viene posta su una solida base; finalmente possono occuparsi di testi psicoanalitici, per esempio, anche i filosofi. Il confronto tra le discipline umanistiche e la psicoanalisi viene in tal modo portato su una base di partenza adeguata ai tempi attuali e vicina dal punto di vista fenomenico. Il nostro pensare e agire in psicoanalisi sono stati sostanzialmente stimolati dalla collaborazione interdisciplinare basata sulle trascrizioni. Il questo senso pensiamo che la seguente interpretazione, fatta da un filosofo, sia un esempio istruttivo.

Si studia una «buona» seduta, che definiamo anche «seduta di apertura della breccia». Per capire che cos'è una buona seduta, è necessario rendersi

conto di quali siano i cambiamenti positivi di un paziente in una seduta. Devono inoltre essere fissati i fattori che sono causalmente rilevanti per questo cambiamento favorevole.

Il concetto di «buona seduta» può essere spiegato da almeno due punti di vista. Dapprima occorre chiarire quali rapporti di interazione e concomitanti vissuti siano «buoni» nelle sedute psicoanalitiche, se, per esempio, le idee spontanee del paziente e le interpretazioni dell'analista si integrino a vicenda, e se il paziente si senta compreso (Kris, 1956; Peterfreund, 1983). Il secondo punto di vista, che deve essere messo a fuoco in modo particolare, riguarda il cambiamento terapeutico del paziente ottenuto attraverso l'interazione con l'analista. Ciò non esclude che anche le mancate interazioni con l'analista – quando ad esempio il paziente non si sente compreso – provochino cambiamenti curativi purché la carenza di empatia diventi oggetto del dialogo.

Se si tiene conto della diversità di questi due punti di vista, si può tentarne una sintesi. Su quanto sia pericolosa una sintesi non meditata si trovano esempi nella letteratura, nei casi in cui si fa attenzione solo allo sviluppo di quelle capacità del paziente che rendono possibili buone sedute psicoanalitiche. Si intendono con ciò le capacità di integrazione psichica, di introspezione e di regressione controllata. Nel menzionato saggio di Kris (1956) non sono del tutto assenti casi del genere. Anche Peterfreund (1983) non evita di mettere in rilievo nelle sue argomentazioni quelle qualità del paziente che fanno di lui un analizzando idoneo. Resta comunque dubbio se le facoltà che rendono possibili le buone sedute psicoanalitiche coincidano con quelle desiderabili nel resto della vita.

Proviamo a motivare, in senso sia descrittivo che causale, che cosa rende buona o cattiva una seduta e che cosa promuova cambiamenti rilevanti nel paziente. Le riflessioni causali devono essere fatte con prudenza. Si tratta di ipotesi che devono essere verificate con altri casi. In una seduta cattiva è caratteristico, per esempio, che l'analista non tenga conto di ciò che il paziente conosce dei propri sintomi, ma gli suggerisca punti di vista alternativi nei confronti della sua esperienza personale. In una buona seduta, al contrario, l'analista amplifica le relazioni attinenti all'esperienza dei sintomi da parte del paziente, in modo da permettergli di integrare gli elementi biografici e sviluppare una prospettiva adeguata della propria biografia dal punto di vista emotivo e intellettuale. Presumibilmente, per lo sviluppo positivo del paziente, sono rilevanti sia lo stile comunicativo dell'analista, sia le sue interpretazioni. Un determinato stile comunicativo dell'analista, che può essere definito «tecnica drammatica», potrebbe essere un modello raccomandabile di attività terapeutica.

Il signor Arthur Y, sulla cui analisi si basano le seguenti considerazioni, soffre fin dalla giovinezza di pensieri ossessivi. Il sintomo che più colpisce è

il pensiero ossessivo di dover uccidere i propri figli. L'omicidio dei suoi bambini gli sembra peggiore della morte. Questi pensieri ossessivi portano a tipiche azioni di difesa: «Solo se fai questo o quest'altro ti sarà impedito di uccidere i tuoi figli.» Perciò per lungo tempo teme un dio terribile che, se non gli presterà obbedienza, lo costringerà a uccidere i figli.

PAZIENTE: Come se il buon Dio... fosse un ufficiale delle SS... che, se non lo saluto con perfezione formale, mi punisce... con la morte o forse anche peggio... se uccidessi uno dei miei figli, sarebbe peggio che morire.

La seduta 115 può essere definita la seduta di «apertura della breccia». Il cambiamento positivo che avviene nel paziente è lampante. Arriva alla seduta ansioso e rassegnato, con il suo tipico vittimismo, e ne esce liberato. Il signor Arthur Y ha trovato una forza espressiva quasi poetica. Se finora la sua ira nel doversi piegare a un potere malvagio si limitava all'esperienza dei suoi sintomi, ora l'oscillare tra rabbia e impotenza si trasforma in una relazione determinata verso le figure autoritarie. Il vissuto dei sintomi viene portato nelle situazioni dove è adeguato. Nelle parole dell'analista, il paziente ha ritrovato i suoi sentimenti. L'ipotesi dell'analista è che si tratti di conflitti verso i quali il paziente ha reagito con difese patogene.

Riassumeremo la seduta concentrandoci sugli aspetti che, presumibilmente, stimolarono lo sviluppo del paziente. Viene ipotizzato che promotore del cambiamento non sia il conseguimento di insight sulla propria persona ma il fatto che, attraverso la funzione di stimolo svolta dall'analista, il signor Arthur Y sia giunto a reagire a situazioni oppressive in maniera emotivamente adeguata. Il paziente ha conseguito una particolare forma di insight: ha raggiunto un'adeguata comprensione della propria situazione.

Nella scena seguente l'analista si comporta come un regista, stimolando il paziente a immedesimarsi nei ruoli che ricorda; il paziente lo fa ampliando drammaticamente il copione – in questo caso i propri ricordi – che ha a disposizione.

Il paziente racconta che quando aveva nove anni un chirurgo privo di sensibilità gli aveva asportato le tonsille in anestesia locale. Aveva paura, gli veniva di continuo da deglutire, ma il medico gli aveva intimato in malo modo di tenere la bocca aperta.

ANALISTA: Eh, intanto scorreva molto sangue.

PAZIENTE: Sì.

ANALISTA: Si deglutisce continuamente e si ha paura di soffocare, si teme che l'acqua, il sangue, arrivi alla gola.

[*Riflessione*]. Mi è venuto in mente di alludere all'acqua perché una volta il paziente si trovò realmente in pericolo di morte, stava quasi annegando.

ANALISTA: Quello ha tagliato con le forbici e ha quasi provocato il soffocamento. Si vive così questa esperienza quando il sangue scorre da dietro, nella faringe, nella gola. Se si sputa in faccia (*al chirurgo*), si teme che si arrabbi ancora di più.

PAZIENTE: Sì, se seguo questo pensiero, come posso difendermi? Ma è ovvio, ripagandolo con la stessa moneta.

ANALISTA: Eccome! Certo, lei aveva a portata di mano lo strumento, le forbici o qualsiasi altro oggetto appuntito.

PAZIENTE: Uno si proibisce immediatamente pensieri del genere.

ANALISTA: Li proibisce anche la situazione. La superiorità è così grande.

PAZIENTE: Quando poi si rimuove, per così dire, e si rimuove sempre, allora tutto va a finire altrove, le forbici. Arrivano anche là, dove poi... ecco, mi viene un pensiero. Se io, diciamo, come bambino di nove anni gli infilassi nel viso l'oggetto più vicino, lui allora mi farà fuori, così pensa un bambino di nove anni.

ANALISTA: Se prende il coltello col quale lui taglia a destra e manca.

PAZIENTE: Quindi, se mi difendo, lui mi fa fuori ed è la fine. Poi finisce tutto e io sono spacciato. È la stessa cosa di cui oggi ho veramente paura.

ANALISTA: Già.

PAZIENTE: Facendo una cosa del genere con le forbici, sarebbe la fine, cesserebbe tutto, sarei spacciato.

ANALISTA: Sì, con le forbici lei è il potente chirurgo, l'ufficiale delle SS, Hitler ecc., il buon Dio con il coltello, e sotto forma di figli impotenti, lei stesso è il bambino, la vittima.

PAZIENTE: Sì, sì.

ANALISTA: Ma, naturalmente, lei non pensa ai suoi figli, ma allo strapotere che è così spaventoso che non gli si può puntare contro il coltello; tutto ciò si ripercuote su cose molto remote e apparentemente inoffensive. Per esempio, non può criticare nemmeno lo psicoterapeuta, cioè me.

PAZIENTE: Finora ho capito tutto, lei dice che non penso ai miei figli, ma che penso semplicemente a Benignus e ora do nome a tutto.

ANALISTA: Sì.

PAZIENTE: Il mio avversario, il mio nemico. Non voglio perdere di vista questo quadro, che nelle mie paure non si tratta in realtà dei miei figli, ma di un nemico contro il quale non oso difendermi. Se lascio scorrere davanti a me questa immagine, sento con molta chiarezza che lei provoca in me la stessa cosa quando parla, per esempio, di un aumento dell'onorario, lo sento esattamente uguale.

Il signor Arthur Y è sommerso ora da sentimenti di vendetta e di impotenza. Il paziente, che fino a questo momento perseverava passivamente nella mentalità della vittima, regola ora i conti con drammatici monologhi, con i suoi vari tiranni: il padre che non ha cercato di capirlo ma lo puniva per ogni birichinata e che è partito per la guerra, dove ha trovato la morte senza prendere congedo. Il paziente vorrebbe aggredirlo con un'arma con sommo piacere. In veste di ufficiale delle SS vorrebbe sottoporre l'insegnante sadico a una dura disciplina. Alla madre non perdona di averlo defraudato della sua infanzia, infine aggredisce l'analista perché lo costringe a confessare. Strizzando un occhio confronta questa costrizione con l'immagine di un cane costretto ad andare a caccia, intendendo così che si sente costretto a fare qualcosa che comunque avrebbe fatto istintivamente. Rimprovera all'analista di avere risvegliato in lui lo spirito di vendetta, che non può più essere appagato. Esprime questo rimprovero attraverso l'espressiva immagine di un uomo che non può scaricare il suo eccitamento sessuale con la masturbazione, perché è privo di mani.

PAZIENTE: Ecco venire tutti questi fantasmi che diventano vivi e fanno salire in me una rabbia enorme per tutti questi lunghi anni. A chi devo restituire queste cose? Ormai non c'è più nessuno (*borbottio*). Mi passa per la testa questo pensiero: a che serve se mi vengono voglie sessuali e non ho una donna e non ho mani per masturbarmi?

Che cosa fa diventare questa seduta una *buona seduta*? Come può essere motivata l'intuizione che si tratti di una buona seduta? Che cosa ha aperto la breccia? Discuteremo brevemente tre importanti caratteristiche di una buona seduta.

Miglioramento della prospettiva del proprio passato e presente. Il signor Arthur Y fino alla seduta dell'apertura della breccia non era capace di utilizzare valori per lui essenziali della sua biografia personale. Intellettualmente, ma soprattutto in base al suo vissuto, aveva una concezione della sua biografia che contrastava con l'attuale immagine ideale di sé. Riguardo a quest'ultima l'accordo culturale è più ampio e include tra l'altro paziente e analista.

Noi comprendiamo come un bambino possa reagire intimidito e impaurito di fronte a un cattivo trattamento. Ma se un adulto sperimenta in pieno tali situazioni di oppressione, ci aspettiamo che sia indignato e furente verso le persone che lo hanno trattato così. Pensiamo che i bambini non dovrebbero essere trattati male senza necessità e non dovrebbero essere torturati in alcun modo; inoltre si dovrebbe garantire loro la libertà di giocare senza coinvolgerli in preoccupazioni. Anche il signor Arthur Y condivide queste opinioni e si comporta coerentemente con i propri figli. Ma solo con difficoltà riesce a comprendere la propria biografia sotto questi punti di vista. La rabbia e l'indignazione per essere stato trattato male non sono in primo piano, ma lo è il lamento della vittima. Questo vittimismo trapela in modo accentuato nei recenti eventi. Solo il sospetto di poter essere rimproverato da una persona che suppone occupi una posizione socialmente più alta, scatena in lui il panico di essere perduto. In veste di destinatario non riesce a differenziare una richiesta legittima da un gesto arbitrario di autorità.

L'impressione che in questa seduta si sia aperta una breccia è in parte dovuta alla circostanza che il signor Arthur Y non si lamenta solo intellettualmente, perché i suoi diritti elementari sono stati offesi e non riconosciuti durante l'infanzia, ma se ne sente derubato, e lo vive come una perdita esistenziale a cui reagisce con rabbia. Le sue reazioni emotive diventano più adeguate nei confronti del passato e nella relazione con l'analista; e non solo agli occhi dell'osservatore, ma anche ai suoi. In sedute precedenti ci furono anche violente reazioni di panico del paziente verso l'analista. In queste occasioni fu caratteristica la dissonanza tra il giudizio immediato del paziente e

quello meditato. Riusciva infatti a capire che l'analista, chiedendo un aumento dell'onorario, non intendeva mandarlo in rovina e non ce lo avrebbe mandato, ma viveva emotivamente questa richiesta come una minaccia per la sua esistenza. Nella buona seduta invece, i rimproveri indirizzati all'analista non sono nati dal panico. Il paziente ha rinfacciato all'analista di sottoporlo all'obbligo della confessione. Comprendendo di aver bisogno di parlare di sé, ha fatto dell'ironia su questo rimprovero con l'immagine del cane costretto ad andare a caccia, arrivando così a una sfumata descrizione della sua relazione con l'analista. Anche l'altro rimprovero è giusto, cioè che l'analista ha risvegliato sentimenti di vendetta senza nel contempo portare davanti a lui gli oggetti originari dell'odio; ed è estremamente pregnante l'immagine dell'«uomo in fregola» che è senza una donna e senza le mani per masturbarsi.

Liberazione e maggiore libertà di confronto con sé stesso. Un aspetto della liberazione del paziente sta nell'*uso creativo del linguaggio* ultimamente adottato, nelle immagini che esprimono i suoi sentimenti in modo condensato.

Nelle precedenti sedute era degna di nota la mentalità di vittima del paziente. Si sentiva perseguitato, aggredito, esposto a un dio crudele che poteva perfino pretendere che uccidesse i propri figli. Questa seduta invece è dominata dalla *rivolta contro la costrizione*, come ribellione alle pretese avanzate dal chirurgo, dalla madre ecc. Tale rivolta contro la costrizione è un elemento dell'idea di liberazione. Il paziente non vuole sottomettersi, né internamente né esternamente, a costrizioni che ritiene inadeguate.

La liberazione non si manifesta soltanto nella rivolta contro la costrizione, ma nella capacità di comportarsi conformemente a «come si trova», secondo quanto intende Tegenhardt (1979). La capacità di riflettere sull'attuale situazione del dialogo si sviluppa nella seduta di apertura della breccia. Il paziente non riesce solo a mettersi scenicamente nei panni dei suoi figli, ma anche a riflettere sul suo ruolo. Non vive sé stesso come un bambino piccolo, ma come un adulto capace di tornare a sentire quale potrebbe essere stata la sua condizione di bambino maltrattato. Questo aspetto scenico non gli impedisce di considerare la sua biografia più seriamente di prima. La vivace e dettagliata descrizione di diversi scenari scatena sentimenti violenti; il paziente si arrabbia quando paragona la sua infanzia a ciò che idealmente ogni infanzia dovrebbe essere, ma si sente in preda all'impotenza perché è costretto a rassegnarsi a quanto è avvenuto. «È una mancanza di sentimenti di prim'ordine quello che ha fatto mio padre.» Egli si chiede: «Cosa posso fare con i miei sentimenti di vendetta, ora che gli oggetti della vendetta sono fuori portata?»

A differenza delle altre sedute il paziente integra il proprio discorso con la reazione emotiva alla situazione psicoanalitica del dialogo. Attraverso il

rispecchiamento si può ora esemplificare l'immagine mentale della liberazione da costrizioni. Il paziente articola nella situazione psicoanalitica la sua comprensione dei ruoli espletati. Inoltre gli diventa chiaro che si è sottoposto a un'aspettativa stereotipata di ruolo, il ruolo del paziente che deve raccontare tutto ciò che gli viene in mente. Questo si esprime in una coazione a confessare; si chiede se vorrebbe continuare in questo ruolo, se non potrebbe fare qualcos'altro con l'analista, e fino a che punto questi è in grado di soddisfare i suoi bisogni. Con queste domande il paziente si libera dal compito dell'adempimento passivo del dovere, da modalità di comportamento che gli sembrano imposte, acquisendo la capacità di distanziarsi dai ruoli.

Formazione di convinzioni produttive con l'aiuto dell'esperienza dei sintomi. Il signor Arthur Y vive i suoi sintomi come una lotta contro la sottomissione a rituali assurdi che gli sono richiesti da minacciose e angoscienti forze superiori. Utilizza questo vissuto descrivendo come si sente a livello emotivo nei confronti dei suoi oppressori.

Ricordiamo che l'analista tentò, nella «cattiva» seduta (vedi 10.1), di chiarire l'esperienza dei sintomi del paziente in analogia alle sue esperienze di vita, paragonando l'atteggiamento del paziente verso il rivestimento di legno con quello avuto verso i suoi torturatori. Nella buona seduta il signor Arthur Y trae profitto dall'attuale esperienza dei sintomi per risvegliare emotivamente i ricordi di situazioni di oppressione.

Tecnica drammatica ovvero modello scenico del trattamento psicoanalitico. Nel primo volume (3.4) abbiamo paragonato i processi psicoanalitici con quelli scenici. In relazione a questi analista e paziente recitano delle parti e contemporaneamente si osservano reciprocamente al di là dei rispettivi ruoli. Oltre alla messa in atto complementare dei ruoli che vengono assegnati dalle aspettative del paziente, sull'analista ricadono le funzioni di aiuto regista e di spettatore. Si tratta di provare le parti che il paziente non ha osato «occupare» pienamente.

Nella seduta che abbiamo chiamato di «apertura della breccia» l'analista si attiene a questo programma. All'inizio della seduta orienta la sua fantasia per riportare davanti agli occhi del paziente lo scenario cruento di quell'operazione alle tonsille che ha raccontato.

Come fa l'analista a conoscere i sanguinosi dettagli di quell'intervento, l'accumularsi dei quali porta il paziente a immedesimarsi nella situazione del tormentato bambino di nove anni? L'analista non può assolutamente conoscere le circostanze concrete, ma per cultura è abbastanza vicino al paziente da riuscire a rappresentarsi la scena. Il modello scenico non implica la ricostruzione esatta della biografia; si tratta invece di capire come il paziente *immagina* i sentimenti di un bambino di nove anni trattato così.

[*Commento dell'analista curante*]. È piacevole che uno studioso estraneo e imparziale giunga a interpretazioni che potrebbero essere incorporate nel modello scenico, e arrivi a parlare persino di *tecnica drammatica*. L'operazione alle tonsille mi ricordò l'estrazione di un dente subita in età adulta, durante la quale deflù tanto sangue da sentirmi «l'acqua alla gola». Uso intenzionalmente questa metafora che, come tutte le similitudini, copre un'intera categoria di esperienze. Il linguaggio metaforico in terapia si confà all'intensità del vissuto. Nel ricordo descritto fui completamente padrone della situazione, e all'inizio non feci alcun segno al preoccupato dentista, perché volevo sperimentare fino in fondo una situazione limite. Ma in altre circostanze della mia infanzia fui altrettanto impotente quanto il paziente. Al lettore non sarà difficile immedesimarsi in polarizzazioni più o meno paurose di potere e impotenza. La teoria psicoanalitica sull'origine delle strutture e predisposizioni inconscie ne facilita la comprensione. Gli schemi inconsci del Sé trovano, per esempio, nel linguaggio onirico la loro rappresentazione figurativa. È certo che, secondo la teoria psicoanalitica, dobbiamo aspettarci che accanto o sotto le immagini di Sé vi siano altre immagini che, per quanto possano essere staccate dalla consapevolezza, si annunciano in azioni potenziali. La vittima include il carnefice, il masochismo include il sadismo. Queste conoscenze permettono di animare con le interpretazioni le parti rimosse o scisse del Sé, che risuonano nel paziente. Ritengo essenziale l'arricchimento del dialogo, anche se penso che, nel caso fossimo sul palcoscenico e recitassimo uno psicodramma, diventerebbero più difficili le relative interpretazioni. Può darsi che sia uno dei miei limiti personali il fatto che, di solito, solo dopo un'approfondita riflessione riesco a captare e posso interpretare il senso di una scena in correlazione alle sue motivazioni e strutture inconscie. Posso adottare le regole di regia di Brecht e, in questo senso, trovo appropriata la definizione di «tecnica drammatica».

Per poter spiegare il modo di procedere dell'analista differenziamo tre forme di storiografia.

Un semplice cronista si limita a raccontare ciò che è avvenuto. Un altro storiografo vorrebbe farsi un'opinione degli avvenimenti storici dal suo attuale punto di vista, e perseguire determinati propositi di chiarimento della storia, a partire dalla sua prospettiva. Un terzo storiografo tenta di immaginare quali esperienze avrebbe avuto se avesse vissuto una tale situazione. Quest'ultimo è un atteggiamento assunto spesso da scrittori e attori.

L'analista porta il paziente all'ultima posizione menzionata, nei confronti della propria biografia. A differenza dello storiografo, che si trasferisce nel passato condizionato dalle prove, e dell'attore, che abbandona il suo ruolo con l'applauso finale, il malato patisce inevitabilmente la propria storia che, attraverso la coazione a ripetere, domina i suoi sintomi presenti. La situazione terapeutica è quindi decisamente determinata, dal punto di vista storico, da un movimento in direzione contraria. L'attuale posizione del paziente è, da un lato, la continuazione del passato; dall'altro, egli deve essere aiutato a riesaminare il suo passato alla luce del «momento» presente (Marten, 1983). Non gli viene suggerito di essere quello «che se la fa addosso» come probabilmente era allora, quando a malapena riusciva a pensare di meritarsi un

trattamento diverso, ma, con le rappresentazioni che ha *ora* su come trattare i bambini, deve sperimentare a posteriori che cosa si prova a trovarsi nel ruolo di questo bambino maltrattato.

Nelle sue funzioni di regista, l'analista assomiglia a Bertolt Brecht, che voleva che l'attore non nascondesse la propria opinione sul personaggio che rappresentava. Se l'attore interpreta la parte di un re, non dovrebbe dare a sé e agli spettatori l'illusione di essere un re, ma recitare la sua parte senza cessare di avere un suo personale atteggiamento nei confronti di questo ruolo.

Il vantaggio della tecnica drammatica consiste nel favorire l'applicazione alla propria persona di quei concetti di valore che appaiono plausibili nel giudicare gli altri qualora si trovassero in situazioni simili. L'indignazione suscitata nel paziente è stata possibile quando ha abbandonato la sua precedente opinione di sé a vantaggio di un atteggiamento adeguato ai suoi figli. Può vedere sé stesso come un bambino maltrattato e defraudato della sua infanzia, nello stesso modo in cui vedrebbe i figli se si trovassero in situazioni analoghe.

Questo cambiamento di prospettiva non può essere raggiunto attraverso la sola tecnica drammatica, semmai soltanto per breve durata. Come può una persona arrabbiarsi contro un chirurgo, se i pensieri ossessivi di uccidere i propri figli hanno un ruolo tormentoso nei suoi sintomi? Come può, sulla base di un sentimento di sé spezzato, ribellarsi contro i persecutori della sua infanzia, sia pure solo nella fantasia? In questo senso occorre affiancare alla tecnica drammatica interpretazioni che rafforzino il sentimento di autostima del paziente. L'analista tranquillizza il paziente con l'interpretazione che i suoi pensieri omicidi non sono rivolti verso i figli, ma si tratta di una rabbia verso i nemici del passato e del presente.

Mettiamo in rilievo ancora una volta il dialogo:

ANALISTA: Sì, con le forbici lei è il potente chirurgo, l'ufficiale delle SS, Hitler ecc., il buon Dio con il coltello, e sotto forma di figli impotenti, lei stesso è il bambino, la vittima.

PAZIENTE: Sì, sì.

ANALISTA: Ma, naturalmente lei non pensa ai suoi figli, bensì allo strapotere, che è così spaventoso che non gli si può puntare contro il coltello; tutto ciò si ripercuote su cose molto remote e apparentemente inoffensive. Per esempio, non può criticare nemmeno lo psicoterapeuta, cioè me.

I pensieri omicidi erano stati spostati sui figli, perché il paziente non aveva avuto il coraggio di dirigerli contro il temibile «strapotere». Questa interpretazione dà sollievo al paziente, che cerca di imprimersela in mente. Su questa base gli diventa possibile regolare i conti con i suoi torturatori. Questa interpretazione, secondo la quale il paziente non ha più motivo di ritenersi

una persona così cattiva da meritare i maltrattamenti, si divide in due parti: una parte afferma che il paziente si identifica con la vittima ma anche col torturatore. Questo sarebbe il motivo per cui, quando si rende consapevole del proprio benessere, viene preso dall'ansia di far morire i suoi bambini e con ciò sé stesso. Il motivo è che, nella veste di torturatore, è la vittima di sé stesso. È l'assassino del suo doppio, del suo sosia, come Mister Hyde che uccide il dottor Jekyll. Come è stato indicato altrove (8.2), questa parte dell'interpretazione è il *leitmotiv* teorico dell'analista. Il signor Arthur Y utilizza la seconda parte dell'interpretazione: i pensieri omicidi sono in realtà diretti ai suoi torturatori e non ai suoi figli; si sono spostati su di loro solamente perché aveva paura di prendersela con un potere superiore.

Se diamo a questa interpretazione effetti curativi, questo è giustificato da tre motivi.

1. La consapevolezza del paziente che tale interpretazione è significativa per lui, e la ritiene rilevante; non solo ne prende atto con soddisfazione, reputandola esplicitamente di grande aiuto, ma la porta avanti e la esplicita.

2. Esiste un nesso tematico tra questa interpretazione e il successivo svolgimento del discorso. Il tema dell'interpretazione collima con il tema principale della seduta. La lotta contro i suoi nemici, l'insegnante sadico, il chirurgo ecc., diventa il contenuto centrale della seduta. Che i suoi pensieri omicidi siano diretti, in verità, su questi nemici, è il contenuto dell'interpretazione.

3. Esiste una connessione di senso tra questa interpretazione e lo sviluppo del paziente nella buona seduta: è plausibile che il paziente, finché suppone di avere pensieri omicidi verso i propri figli, non possa facilmente commentare con indignazione i maltrattamenti subiti nell'infanzia. Quando si sente capace di fare la cosa peggiore che si possa immaginare, si giudica talmente malvagio da essersi meritato i maltrattamenti. La sua infanzia spiega come l'omicida passionale sia una vittima delle circostanze; ma la rabbia per il maltrattamento implica la presenza di un'autostima sufficiente per respingere furiosamente le angherie subite.

[*Commento dell'analista curante*]. Questa interpretazione mi è stata motivata da considerazioni teoriche e tecniche. Sono convinto che il signor Arthur Y non pensi ai figli come persone, ma gli servono come figure simboliche dell'impotenza e della mancanza di aiuto. Nel vissuto, e in particolare nelle sue dimensioni inconse, le persone concrete non sono separate nel loro contenuto dal loro significato simbolico (vedi Matte Blanco, 1988; Fink, 1989). Di conseguenza il paziente pensa anche ai propri figli e non solo al loro significato simbolico. Ma per ottenere una differenziazione tra simbolo e persona concreta a cadenza più lunga (o, nei termini di Matte Blanco, per accentuare nella relazione logica l'asimmetria rispetto alla simmetria), ho introdotto qui una negazione che permetta al paziente una certa distanza, anche se di breve durata.

Nell'inconscio i suoi figli prendono il posto dei fratelli minori, soprattutto di un fratello più giovane la cui nascita aveva provocato l'umiliante encopresi. Molti indizi rivelano che i desideri di morte sono orientati contro i fratelli. Risalire all'origine dell'aggressività non implica naturalmente la sua eliminazione, né quella dei corrispondenti sensi di colpa, però permette di comprendere i sintomi sentiti come strani e inquietanti. Dal punto di vista della tecnica, un sollievo temporaneo dà spazio alla riflessione. Presumo d'altronde che i suoi pensieri ossessivi siano diretti sugli amatissimi figli perché così egli può erigere, contemporaneamente, una barriera assoluta contro le emozioni distruttive del suo odio, divenute del tutto estranee al suo Io. Questo odio si è accumulato dall'infanzia poiché, pur essendo scisso, veniva tuttavia continuamente scatenato da qualsiasi piccola mortificazione della vita quotidiana. È l'odio della vittima completamente impotente che non è più in grado di opporre la benché minima resistenza di fronte al suo oppressore. Quando si è picchiati fino a perdere quasi la coscienza non si può assolutamente concepire un pensiero inconscio. Solo molto più tardi nella vita è possibile invertire le relazioni sadomasochistiche, o incapsularle nei sintomi ossessivi: i figli rappresentano così la propria impotenza infantile, e nell'atto sanguinario il paziente si può identificare con i rappresentanti del potere, con i ragazzacci di strada che deridevano il cacone, con la madre e il padre, con l'insegnante sadico, con Hitler, con gli ufficiali delle SS e con il dio della vendetta che considera come espressione d'amore, e impone, l'assoluta sottomissione.

In termini formali, l'interrogativo che inquieta il paziente è: «Ho pensieri omicidi verso i miei figli?» Questa domanda ha due connotazioni: *a)* «i miei pensieri ossessivi sono diretti verso i miei figli?»; *b)* «desidero uccidere i miei figli?»

La domanda *a* implica una risposta affermativa. Con i suoi pensieri ossessivi e le sue espressioni verbali il paziente si riferisce ai suoi bambini. Infatti è questo che lo rende inquieto. Ma la domanda *b*, alla quale l'analista dà una risposta negativa, è ancora più inquietante. Le idee ossessive non devono essere intese come segni di desideri omicidi verso i propri figli. Quindi il paziente non si sbaglia riguardo alle persone di cui parla, ma si sbaglia riguardo all'oggetto dei suoi desideri.

Verità dell'interpretazione. È vero che Arthur Y ha desideri di morte in relazione ai suoi nemici e non in relazione ai suoi amati figli? È vero che ha spostato le idee omicide sui propri figli per paura della superiorità nemica? Nella seguente elaborazione la questione della verità non si riferisce ai commenti dell'analista curante ma alla plausibile comprensione, cui partecipa anche il paziente, della precedente interpretazione di non voler uccidere i suoi figli.

Un'interpretazione è giusta, 1) se con essa si riesce a stabilire un nesso comprensibile e sistematico tra una quantità di espressioni di motivi, apparentemente incomprensibili (*criterio di coerenza e razionalità*); 2) se è compatibile con una ben convalidata ipotesi genetica (*criterio genetico*); 3) se è com-

patibile con le ipotesi più assodate della teoria psicoanalitica. Quando si prendono come basi questi criteri, esistono alcuni elementi a favore del fatto che almeno una componente della formazione dei sintomi debba essere ricercata nel desiderio del paziente di proteggersi da un'immagine omicida di sé stesso. Potrebbe essere che, inconsciamente, egli si giudichi così malvagio da dover temere di uccidere i figli, che ama sopra ogni cosa. Inoltre si può assolutamente ammettere che il paziente confonde, nei suoi pensieri, il ricordo dei suoi fratelli con la rappresentazione dei suoi figli. Trasferire una determinata relazione su altri oggetti non implica che nelle inerenti espressioni verbali non si alluda anche agli oggetti di transfert. In questo caso l'analista, nella sua interpretazione, non richiama l'attenzione del paziente sul fatto che egli paragona i propri figli con i suoi fratelli, ma sul fatto che per lui è importante pensare che la sua aggressività sia in realtà diretta contro lo strapotere.

10.2.1 *Teoria psicoanalitica del sintomo*

1) I sintomi sono desideri spostati, appagamenti storpiati di desideri proibiti, repressi. Questa ipotesi concorda con i commenti citati dall'analista curante: nella sua fantasia inconscia, il paziente si identifica con molto piacere con i suoi torturatori, assume il loro atteggiamento.

2) La persona, con l'aiuto dei sintomi, cerca di superare una situazione traumatica.

3) Attraverso i sintomi le persone cercano di falsificare le loro opinioni patologiche inconscie, per cui questo punto va incluso sotto il precedente. Una persona tenta di liberarsi da una situazione difficile sforzandosi di falsificare le interpretazioni inconscie della situazione.

I punti 2 e 3 concordano con la seguente spiegazione dei sintomi: il paziente vorrebbe nascondere a sé stesso che si ritiene così malvagio da essere capace di uccidere i propri figli. Tenta di dimostrare a sé stesso e agli altri che non è così cattivo poiché resiste alle sue ossessive tentazioni omicide.

Ci sono contesti nei quali i vari modelli psicoanalitici esplicativi dei sintomi si integrano, e altri contesti nei quali si contraddicono tra loro. In questo caso si integrano, poiché l'«identificazione con l'aggressore» può essere sia interpretata come tentativo di superare una situazione difficile, sia intesa come appagamento indiretto di desideri distruttivi. Nel nostro caso l'ipotesi è che la difesa attraverso l'identificazione con l'aggressore provochi nel paziente una situazione insopportabile che egli cerca di dominare con la formazione dei sintomi.

Il sintomo ha la funzione di nascondere l'immagine negativa di sé. I pensieri omicidi appaiono ossessivi, morbosi e isolati dalla comprensione che il paziente ha di sé stesso (cioè egli si definisce uno a cui quei pensieri omicidi sono completamente estranei).

CRITERIO DI COERENZA

Nelle più futili occasioni il paziente si sente colpevole, colto in flagrante. Per esempio è zelante e ha successo nella professione, ma si lascia prendere regolarmente dal panico a ogni chiamata del suo capo. La maggior parte delle storie, nel frammento di analisi corrispondente a dieci sedute, tratta la paura del paziente di essere rovinato, spacciato, o della sua spontanea paura di essere colpevole di qualcosa in cui non c'entra niente, per esempio di un incidente del quale è stato testimone. Non si stanca mai di ripetere all'analista e a sé stesso di aver reagito, per ogni nonnulla, e inutilmente, con paura e senso di colpa. Questo potrebbe avere la funzione di indicare che in realtà tutto andrebbe nel migliore dei modi, se non ci fossero le sue immediate reazioni irrazionali, senza considerare l'esperienza dei sintomi.

Un ulteriore indizio a favore della tesi di un disturbo dell'autostima è nel vittimismo del paziente, mantenuto fino alla seduta di apertura. È vero che riusciva a ricordare infinite angherie subite nella sua giovinezza, ma lo faceva in maniera ansiosa, senza esserne infuriato. Se uno si ritiene molto cattivo, allora sente di meritare di essere trattato in maniera corrispondente, o perlomeno non si avvale del diritto di essere trattato bene. Ma questa è una premessa perché i maltrattamenti provochino rabbia.

CRITERIO GENETICO

Anche dal punto di vista genetico molte cose sono a favore dell'ipotesi di un rifiutato sentimento negativo di sé del paziente. È difficile contestare che l'apprendimento di ruoli sia un essenziale meccanismo di apprendimento della socializzazione. È plausibile che il paziente si comporti con sé stesso come gli altri si comportano con lui, vale a dire che abbia interiorizzato le cose cattive attribuite alle persone che continuava a incontrare.

In breve, molti elementi confermano che i sintomi hanno lo scopo di salvaguardare il paziente dalla convinzione di avere intenzioni omicide, e di dimostrare che non è così cattivo come crede.

Questa difesa provoca una comprensione negativa di sé. Il paziente inconsciamente si ritiene cattivo quanto lo furono, nel suo vissuto, i suoi torturatori. Egli persino li supera, perché si sente tanto malvagio da poter arrivare al punto di uccidere i propri figli. Questa formazione sintomatica può essere intesa come un tentativo del paziente di nascondere a sé stesso la concezione di sé quale omicida, e di confutarla. Egli vive le sue idee ossessive come se non avessero niente a che fare con i suoi desideri o con la sua autostima, e l'efficace resistenza contro gli ordini ossessivi di uccidere può valere come prova che gli immaginati impulsi omicidi sono privi di sostanza.

Se queste ipotesi sulla formazione dei sintomi sono esatte, questa andrebbe compresa come conseguenza e come mezzo di difesa di secondo livello: l'immagine negativa di sé, che si è formata a scopo di difesa, diventa oggetto

di un nuovo meccanismo di difesa. Se si considerano le cause immediate della formazione dei sintomi, l'interpretazione risulterebbe falsa: la rabbia spostata non sarebbe la causa delle idee ossessive omicide, ma la difesa di fronte alla concezione negativa di sé. È ovvio che questa è divenuta tale a causa dei sentimenti di colpa associati alla rabbia.

10.2.2 *Insight ed esito terapeutico*

Secondo i commenti dell'analista curante, l'identificazione con l'aggressore è il meccanismo di difesa che impedisce al paziente di vivere la sua rabbia direttamente in riferimento all'oppressore.

Si dovrebbe dedurre da ciò che con l'interpretazione siano state date al paziente false convinzioni?

Collegandoci alle nostre considerazioni sulla tecnica drammatica, siamo giunti ad altre deduzioni. Dubitiamo che la meta delle interpretazioni consista in una presa di coscienza, possibilmente *esaustiva*, delle cause dei sintomi. Vale molto di più concentrarsi sulle cause che permettono un cambiamento curativo. Si tratta di trasmettere al paziente, d'accordo con lui, questo insight sulla sua situazione di vita. I sintomi sono prodotti di difesa, cioè tentativi inadeguati di superare le situazioni traumatiche. Nel nostro caso all'esperienza dei sintomi corrisponde un'esperienza di vita, con oppressioni accumulate e impotenza. Con l'aiuto della tecnica drammatica questa esperienza di vita può essere riportata nel suo contesto genetico. Il paziente può avere la possibilità di affrontare finalmente le situazioni di oppressione e ingiustizia non con la difesa, ma con l'autodeterminazione. (Sulla questione dell'autodeterminazione e del libero arbitrio vedi Löw-Beer, 1988.)

A questo scopo non è necessario richiamare l'attenzione del paziente su una visione di sé che è difensiva e che offre, di conseguenza, solo un'immagine deformata della situazione personale. Per quanto concerne i suoi desideri omicidi verso i figli, egli si identifica con i suoi aggressori. Non ha mai avuto il coraggio di arrabbiarsi e resistere contro questo terribile strapotere. Il compito dell'analista è di dare al paziente la possibilità di esaminare, senza difendersi, le situazioni traumatiche accumulate. L'interpretazione che è stata discussa deve essere concepita come mezzo di insight sulla situazione personale. L'insight sulla situazione personale fa parte del cambiamento curativo. Il concetto di «cambiamento curativo» è stato spiegato, tra l'altro, attraverso il concetto di «acquisizione di insight». In questo senso fra esito terapeutico e «acquisizione di insight» sulla propria situazione non esiste solo una connessione empirica, ma una connessione concettuale. Resta da verificare se le sedute terapeutiche riuscite corrispondono a una buona riuscita nella vita al di fuori della terapia.

Per acquisizione di insight nella situazione personale si intende, prima di tutto, un cambiamento emozionale e valutativo, accanto a una visione della

propria situazione liberata dalle distorsioni difensive. Nella seduta di apertura della breccia il paziente si arrabbia contro i suoi oppressori, e questo furore è adeguato. Il cambiamento di valutazione non si produce in base a un processo di presa di coscienza, o solo in minima parte; non risale neppure al tentativo di una ricostruzione di esperienze reali. Avviene piuttosto che i valori del paziente adulto confluiscano nella nuova comprensione della situazione. Questo si può vedere per esempio dagli atteggiamenti del paziente riguardo all'infanzia e alla giovinezza: è probabile che da ragazzo abbia sofferto anche perché la madre lo faceva partecipare alle proprie preoccupazioni. Ma forse allora non gli era chiaro il suo ruolo di consigliere responsabile e il fatto di aver perso qualcosa della sua giovinezza, come ha reso palese nell'analisi. È presumibile che allora non sapesse che i ragazzi meritano un ruolo diverso. Un altro esempio: la storia dei sintomi indica che gli impulsi omicidi sono diretti contro il suo educatore sadico. Ma solo ora, da adulto, egli dispone del concetto di sadismo e può valutare quanto sia stato ingiustificato il comportamento di quell'insegnante. È un interessante quesito, per la ricerca futura, fino a che punto questa concezione valutativa sia stata acquisita in analisi, e se si sia trattato di un processo di apprendimento.

La ricostruzione del passato in base alla valutazione attuale è, in un certo senso, inevitabile. Gli esseri umani, in fin dei conti, non possono astrarsi intenzionalmente da tutti gli interessi e concetti valutativi che possiedono. Ma esistono qui differenze di grado. Si può tentare di astrarsi ampiamente dalla prospettiva attuale, immaginandosi come una persona sarebbe stata nel passato, oppure ci si può raffigurare come quella persona avrebbe reagito nella situazione del passato in base all'attuale modo di vedere. La tecnica drammatica mette in scena la rappresentazione di conflitti da punti di vista valutativi giustificati.

10.3 *Religiosità*

La nostra cultura occidentale è nata dalla mescolanza di idee della religione giudaico-cristiana, della filosofia greca e della visione romana del mondo. I contenuti e le forme di questa cultura influenzano i sentimenti e il pensiero del singolo individuo anche nel caso di un'educazione non religiosa. Il nostro linguaggio e il nostro sistema di valori sono i prodotti di questa tradizione culturale. Ciascun individuo vive in una realtà psicosociale che, nelle sue componenti soggettive e oggettive, è mediata dalla società. Un sistema di valori, in questo caso una religione, fa parte della comprensione della realtà generale e personale, perché la realtà deve essere interpretata, e lo è sempre stata. Anche il sistema di valori degli atei è profondamente impregnato del contenuto dei dieci comandamenti. Nella nostra società, le Chiese

trasmettono i contenuti della religione cristiana attraverso i loro rappresentanti. Tuttavia le immagini tradizionali di Dio hanno sempre una coloritura individuale, a seconda dell'esperienza del singolo. Quest'ultima cambia, quanto la religione e le sue immagini dell'uomo e di Dio.

La critica della religione, alla quale hanno preparato il terreno nel secolo scorso specialmente Feuerbach, Marx, Nietzsche e Freud, sostiene una teoria proiettiva secondo la quale tutte le immagini di Dio sono disegnate da mani umane. Nella tendenza illuministica questa critica mira all'abolizione della religione. Con l'Illuminismo, ai sistemi religiosi di interpretazione e di comprensione subentrarono, sia per l'individuo che per la società, ideologie e concezioni ateistiche del mondo. Anche i sistemi nichilistici sono interpretazioni della realtà.

La funzione di tali sistemi di interpretazione e di comprensione, cioè la funzione di religioni, mitologie e ideologie nella vita di gruppi, società, popoli, e degli individui a essi appartenenti, può essere studiata dalla psicoanalisi. Questo vale tanto per l'immagine di Dio del singolo quale gli è stata insegnata, quanto per quella che egli stesso ha delineato. Si può dimostrare senza difficoltà che i contenuti delle credenze adempiono varie funzioni psichiche. Per la religione cristiana lo ha dimostrato Pfister (1944) nel suo libro *Die Angst und das Christentum* (L'angoscia e il Cristianesimo), dove ha mostrato come un'immagine parziale di Dio, quella del Dio castigatore, comporti l'insorgere di angosce nevrotiche. In precedenza, quando Freud in *L'avvenire di un'illusione* (1927a) regolò radicalmente i conti con qualsiasi religione, Pfister (1928) rispose invertendo il titolo in *L'illusione di un avvenire* e, da parte sua, imputò a Freud di essere vittima di un'ideologia, quella della scienza. Ma dal fondatore della psicoanalisi questo venne considerato un titolo onorifico. In tutta la sua opera, è in questione la spiegazione scientifica che, sempre, può giungere solo a verità temporanee. Ebbe quindi l'ultima parola il teologo Pfister contro lo psicoanalista Freud, dato che, dopo la demitizzazione della fede, sono sorte nuove mitologie e ideologie? In realtà Freud giudicava così scarsa la capacità umana di un puro e semplice riconoscimento delle cose reali, che lasciò un grande spazio al conforto religioso, specialmente alla fede in una vita oltre la morte. A differenza di Nietzsche, nella cui opera più tardiva la frase «Dio è morto» funge da tesi centrale, Freud si lasciò guidare dal desiderio umano di contenuti di fede che danno sostegno e conforto. Stabili il legame fra psicoanalisi e religione con la nota asserzione: «Se dall'applicazione del metodo psicoanalitico si ricavano nuove argomentazioni contro il contenuto di verità della religione, *tant pis* per la religione; comunque con lo stesso diritto i difensori della religione potranno servirsi della psicoanalisi per avvalorare in pieno il significato affettivo della dottrina religiosa» (1927a, p. 467). Rispetto a tutti i problemi religiosi ha dato buona prova di utilità rimanere

rigorosamente nel proprio mestiere ed esaminare da qui, in tutta la sua dimensione, il significato affettivo delle rappresentazioni religiose e la funzione della fede nella vita dell'individuo nell'ambito delle rispettive comunità religiose.

A questo proposito ci si imbatte, in molti casi, nel significato della *proiezione* nell'origine delle immagini di Dio. Ora, ciò che Freud, seguendo Feuerbach, pose al centro della sua critica della religione fu proprio la scoperta della proiezione di fantasie umane onnipotenti nel pensiero e nel vissuto magico, mitico e religioso. Dato che ci occupiamo di questo problema nel caso clinico che presentiamo come esempio con il titolo «Immagine di Dio come proiezione» (10.3.1), anticipiamo alcune note introduttive.

L'idea della proiezione, e la sua motivazione nel XIX secolo, risalgono a Feuerbach. La sua teoria della religione fu illustrata nel saggio di E. Schneider (1972) che, in veste di teologo e psicoanalista, studiò a fondo la reazione dei teologi di fronte alla critica della religione espressa da Feuerbach. Feuerbach (cit. in E. Schneider, 1972, p. 251) dà una spiegazione «genetico-critica» della religione, dicendo:

La religione è la *prima autocoscienza* dell'essere umano, anche se *indiretta*. Perciò la religione precede ovunque la filosofia, sia nella storia dell'umanità che nella storia del singolo. In un primo tempo l'uomo sposta *fuori da sé* il suo essere oggetto, prima di incontrarlo in *sé* stesso. La religione è l'*essenza infantile dell'umanità*; ebbene il bambino vede la sua essenza, il proprio essere umano, fuori da sé; per il bambino, l'essere umano è in *sé* stesso, come umano, un oggetto. Lo sviluppo storico delle religioni consiste perciò nel fatto che ciò che nella religione precedente era ritenuto qualcosa di oggettivo, è riconosciuto ora come qualcosa di soggettivo, vale a dire, ciò che era contemplato e adorato *come Dio* è riconosciuto adesso come qualcosa di *umano* (...) Ogni progresso della religione è perciò una più profonda conoscenza di sé.

Feuerbach, secondo Schneider, fa risalire le rappresentazioni religiose a circostanze antropologiche che l'uomo originariamente non è in grado di riconoscere come proprie, ma solo in riferimento a ciò che, realmente o in modo fittizio, ha di fronte, e su cui ne proietta le qualità. Come farà più tardi Freud, Feuerbach concepisce la religione come «essenza infantile dell'umanità» e lo spiega asserendo che il bambino percepisce il proprio essere riferendosi all'essere dei suoi genitori. Perciò Feuerbach cerca di chiarire, per esempio, il «mistero della preghiera» attraverso l'assunto che il bambino trova «nel padre il sentimento della sua forza (...) la certezza dell'appagamento dei suoi desideri», e conclude: «L'onnipotenza cui si rivolge l'uomo nella preghiera è (...) in verità nient'altro che l'onnipotenza del cuore, del sentimento che sfonda tutte le barriere dell'intelletto, supera tutti i limiti della natura.» Ciò significa, in breve: «La religione ha la sua origine, la sua vera posizione e il suo vero significato, solo nel periodo infantile dell'umanità» (*ibid.*, p. 252).

Feuerbach cercò la vera essenza della religione nell'antropologia. La parte più voluminosa del suo libro *L'essenza del Cristianesimo* è intitolata «La vera essenza, quella antropologica, della religione». Freud ha coerentemente proseguito, nella psicologia psicoanalitica, questa svolta antropologica, facendo risalire, con maggiore coerenza di Feuerbach, alla fase infantile della vita i contenuti di religioni e miti. Secondo Grünbaum (1987b), la critica psicoanalitica della religione ha aggiunto nuove sostanziali dimensioni, poiché determinati contenuti di credenze religiose sono derivati plausibilmente da tabù di origine biografica; Grünbaum si avvale come esempio del dogma dell'Immacolata concezione. In occasione di questa riduzione Freud si imbatté naturalmente in un mito: la leggenda di Edipo. Lo studio dell'origine delle immagini di Dio e la scoperta della proiezione portarono, da un lato, alla critica della verità cristiana *rivelata* e a una demitizzazione, ma nel contempo anche a una nuova mitizzazione.

La psicoanalisi ha contribuito in molti modi a questo processo della storia spirituale. Qui ci limitiamo ad alcuni punti. Freud delineò una *teoria* sull'origine e la funzione di miti, religioni e ideologie, e creò un metodo di ricerca. Come illuminista concepì un principio di realtà che comprende il mondo dei fatti, il cui riconoscimento è un comandamento dell'intelletto e della ragione pratica. Secondo Freud la concezione scientifica del mondo porta alla conoscenza delle correlazioni tra i fatti e quindi alla verità, che, a sua volta, permette una padronanza realistica della vita. I fatti si contrappongono alle immaginazioni e la verità all'inganno. Il mondo dei miti e delle credenze è formato invece da invenzioni e immaginazioni. Il confronto tra *logos* e *mythos* può essere ricostruito fino agli inizi della filosofia greca (vedi Dupré, 1973).

In base al principio di realtà, il processo mitologico sarà considerato prevalentemente dal punto di vista della difesa. Rispetto al suo prototipo, la rimozione, già in tempi precoci Jones (1919) rilevò che la simbologia psicoanalitica a essa correlata si riferisce a una concezione restrittiva di simbolo. La teoria psicoanalitica non rende giustizia all'ampio significato delle forme simboliche nel pensare e nell'agire dell'uomo. Nella letteratura psicoanalitica è stata accolta in modo particolare la critica di Langer (1942) al concetto psicoanalitico di simbolo, e ciò ha avuto conseguenze fruttuose nella discussione teorica (Philipps, 1962; Lorenzer, 1970). L'inclusione del concetto psicoanalitico di simbolo in una filosofia delle forme simboliche (vedi Braun, Holzhey e Orth, 1988) approfondisce la comprensione psicoanalitica dell'esperienza religiosa.

Come ogni unilateralità, anche la riduzione dei temi religiosi alle radici infantili della vita affettiva ha i suoi punti forti e i suoi punti deboli. Liberandosi dalle angosciose rappresentazioni infantili di Dio, non occorre dissolvere nel nulla i sentimenti religiosi. Modificando le immagini di Dio

cariche di angoscia, possono svilupparsi nuovi contenuti di fede religiosa. Lo psicoanalista non ha la competenza per giudicare i sistemi di credenze religiose secondo la loro *verità*. Ma comunque, adottando la visione antropologica di Freud, si può giudicare quali contenuti di fede sono adeguati a una persona, cioè si armonizzano con la sua natura, e quali invece sono in contrasto o hanno effetti contrari alla vita. Tutte le religioni e le concezioni del mondo devono consentire, oggi più che mai, un confronto reciproco, anche per quanto riguarda il loro contributo ai fini di una vita piena dell'individuo e dell'accordo tra i gruppi e i popoli. Lo psicoanalista, con il suo atteggiamento critico nei confronti della cultura e della religione, influenza, in modo diretto o indiretto, la visione del mondo del suo paziente. Perciò, nella misura in cui nella pratica psicoanalitica si pone la questione dei valori, è necessario che il sistema psicoanalitico si adegui alle stesse indagini a cui, dal tempo della svolta antropologica, sono sottoposte le religioni e i movimenti secolari di credenze. A questo proposito non vanno escluse le questioni di come si comportano gli analisti nell'ambito della loro pratica e della loro comunità professionale, e di quanto siano sostenitori di quei valori umani sostenuti da Freud.

Nell'esempio che segue l'analista curante non ha esitato ad attribuire a proiezioni l'immagine di Dio del paziente. Benché sia andato a finire sul «terreno scivoloso della teologia», ha fatto solo «scivoloni» transitori. Si è attenuto alla sua concezione teologica laica, negativa, secondo la quale tutte le affermazioni umane relative a Dio non possono comunque pervenire a come Dio è, ma d'altra parte è pure impossibile non farsi «scultura, né immagine alcuna» di Dio (*Esodo* 20,4). Questa posizione implica una grande apertura verso tutti i sentimenti religiosi. Se un ateo sia disposto a parlare del suo desiderio rimosso nei confronti del padre, o se un membro di una setta sia pronto ad analizzare la funzione della sua fede nell'aldilà in relazione a una presunta prossima fine del mondo, sulla base di radici inconsce, sono questioni di tecnica che qui non possiamo affrontare nei dettagli. È determinante che la menzionata apertura consista, principalmente, nel dare la possibilità di trattare persone appartenenti a tutti i sistemi di credenze.

Problemi religiosi si presentano in ogni analisi, almeno per quanto riguarda tutte le *questioni di colpa*. Spesso ci si può limitare a mettere in relazione l'origine di *sentimenti di colpa* con la formazione del Super-io. Soprattutto i pazienti depressi si sentono colpevoli, senza avere alcuna grave colpa reale. La confessione e l'assoluzione non arrivano dove i sentimenti di colpa inconsci hanno contratto uno stretto legame con intenzioni rimosse. In questo gruppo di pazienti è stato scoperto il ruolo dell'interiorizzazione di genitori punitivi e delle immagini di Dio formate a loro somiglianza. Teologia e psicoanalisi si incontrano nel passaggio dal sentimento di colpa alla colpa reale (Buber, 1958).

Con particolare frequenza si possono trovare contenuti religiosi nelle nevrosi ossessive. Le forme psicopatologiche dei rituali ossessivi di difesa hanno molteplici rapporti con superstizioni e pensiero magico. Sia le ansie e i sentimenti di colpa, sia il loro alleviamento passeggero attraverso tipiche idee e azioni ossessive, caratterizzano un quadro clinico che sbocca in infinite ripetizioni degli stessi percorsi di pensiero e azione, così che nei casi più gravi non è quasi più possibile alcuna azione normale. Tanto i contenuti che la forma della nevrosi ossessiva implicano il confronto della funzione dei riti nella vita psichica degli individui e all'interno di sistemi di credenze. Dal punto di vista psicoanalitico si tratta, tra l'altro, di esaminare l'influenza dei dogmi cristiani e delle storie bibliche sulle angosce nevrotiche dei pazienti. Nella pratica psicoanalitica i problemi religiosi emergono prevalentemente in persone sulle quali la religione e i suoi rappresentanti hanno provocato effetti dannosi, come mostra il seguente esempio del signor Arthur Y. Perciò il cambiamento dei sintomi porta sempre anche a variazioni dell'immagine di Dio. Quali sentimenti religiosi permangano dopo che le rappresentazioni infantili e magiche hanno perso il loro influsso sul pensiero e sull'affettività, è un problema aperto, in cui divergono le opinioni sia dei teologi sia degli psicoanalisti (vedi Gay, 1987; Küng, 1987; Meissner, 1984; Quervain, 1978; Wangh, 1987).

10.3.1 *Immagine di Dio come proiezione*

Il caso clinico riassunto in 6.4 e 8.2 evidenzia che nella sintomatologia ossessiva del signor Arthur Y i contenuti e i motivi religiosi svolgono un ruolo dominante. Anche al di fuori della sintomatologia ossessiva il signor Arthur Y sottopose frequentemente al suo analista problemi religiosi riguardo alla giustizia divina e alla reciproca compatibilità delle diverse immagini di Dio. La storia di Abramo e Isacco divenne l'inquietante e inconcepibile esempio di un sacrificio in cui il paziente non riusciva a trovare nessun segno d'amore. La seguente descrizione proviene da una fase avanzata dell'analisi, quando il signor Arthur Y aveva già acquisito una maggiore libertà interna. Per la grande importanza dei problemi discussi in 10.3.2 sotto il titolo «L'analista sul terreno scivoloso della teologia?», facciamo seguire il parere di un teologo. Questo titolo si riferisce a un'espressione del paziente, che aveva mosso un rimprovero ai *preti* che evitano certi argomenti per non andare a finire su un terreno scivoloso.

Le osservazioni dell'analista relative al proprio controtransfert fanno capire la sua incertezza rispetto al problema di un'eventuale bestemmia. Le riflessioni e i rispettivi commenti sono stati inseriti nel seguente frammento di analisi dopo aver preso visione del parere del teologo; pertanto questo si riferisce alla parte di seduta non ancora commentata.

Il signor Arthur Y osserva di non aver ancora chiarito i propri sentimenti di pretesa di potere e autorità. Dice che per giorni interi si sente magnificamente, e il suo stato non è assolutamente paragonabile a quello di prima, ma forse questo è una sorta di oblio (dell'ansia), talvolta ci sono recidive di secondi, minuti, oppure ore. Nell'ambito dell'ansia molte cose sono cambiate, ha acquisito una base sicura per partecipare alle gioie della vita, riesce a essere generoso senza sentire incombere su di sé la rovina economica. Ma l'ansia persiste latente.

Ci sono due importanti temi che ancora angustiano il paziente: potere e sessualità. Il paziente inizia a parlare della fede cristiana e pone la domanda di come si possa conciliare con gli ideali cristiani la quotidiana lotta concorrenziale per cui si è costretti a togliere qualcosa agli altri, a ridurli persino alla fame. Racconta che recentemente, sollevando questo problema, un collega di lavoro lo guardò stupito e gli rispose: «Si devono usare le capacità date da Dio e così, se si ha successo, non significa non essere cristiani.» Ha dovuto dare ragione al collega. Non si può stendere su tutto il mantello dell'amore cristiano per il prossimo. L'idea di un'esistenza priva di potere non è certamente realistica, la spinta verso l'alto è qualcosa che si può osservare in tutta la natura; tutte le piante crescono in direzione della luce. Chi non tiene il passo si indebolisce. I suoi problemi religiosi lo opprimevano. A Natale ha fatto fatica a ricevere la comunione: «Alcuni anni fa pensavo che se durante l'assunzione dell'ostia non avessi pensato alle mie paure sarebbe stato tutto a posto.»

Il signor Arthur Y completa il racconto della sua ultima comunione: «Quando ho mangiato l'ostia, mi balzò nella mente: assassino, stacca la testa. Mi riferivo a me. Poi sono riuscito a sviare questi pensieri, a non portarli a termine. Alcuni giorni fa è accaduto che, mentre me ne stavo tranquillo, all'improvviso ho ripensato alla scena della comunione.»

Il tema religioso resta al centro dei pensieri del paziente.

PAZIENTE: Natale è certamente la festa dell'armonia, ma il giorno successivo è Santo Stefano, una storia terribile, la lapidazione di santo Stefano cacciato fuori dalla città. Perfino Dio acconsentì alla morte sulla croce di suo figlio, per riconciliarsi. La mia educazione atea fece nascere in me il sentimento che, nel mondo, tutto avvenisse in modo freddo e spietato; questo mondo non corrispondeva affatto alla mia natura. Quando i nazisti sparirono e per opportunismo mia madre mi mandò in chiesa, fui sorpreso di conoscere un mondo in cui si è accolti e dove è anche permesso avere angoscia. Il vecchio parroco capì subito che doveva prendermi per mano, ma questa esperienza positiva non è continuata in collegio. Là trovai un terribile rappresentante di Dio.

In collegio trovò due rappresentanti di Dio: l'uno era un ripugnante seduttore omosessuale e l'altro un sadico brutale. Ciò fa ricordare al paziente i versi di Schiller: «Con fremiti si avvicina strisciando, il mostro si avvicina strisciando, così mi venne davanti quell'uomo disgustoso. Così è nata in me l'immagine di un dio diabolico.» Il paziente vorrebbe citare ancora altri versi da *Der Taucher* di Schiller, ma si astiene per non dare l'impressione di «vantarsi» della sua erudizione.

Gli faccio notare che si è criticamente autodefinito vanaglorioso per il suo desiderio di recitare ancora altri versi, ma che ha interrotto il pensiero di farlo per non apparire davvero come tale. Continuando il suo racconto, il signor Arthur Y arriva al tema del potere, non solo quello che lo riguarda dall'esterno, riferito a rappresentanti di un'immagine di un Dio brutale, ma del suo personale piacere del potere, quello che oppone contro la superiorità per potersi affermare.

Ora il paziente osa avvicinarsi al mostro che è in agguato e dice: «Si può farla finita con mostri del genere solo quando si è potenti come un dittatore, un assassino, come Dio padre che non ha impedito che suo figlio morisse sulla croce.»

[*Riflessione*]. In una breve pausa di silenzio, mi viene subito in mente il problema della teodicea, della giustificazione di Dio di fronte all'accusa di essere responsabile anche di tutto il male, come creatore del mondo. Chi è responsabile del male nel mondo? Come stanno le cose con la libertà umana? Più tardi ho riletto alcune proposte filosofiche e teologiche di soluzione del problema della teodicea. Sul momento tuttavia, ricordando la mia educazione, mi coglie un violento controtransfert. Sento che dietro la formulazione negativa che Dio non ha impedito la morte del figlio, c'è un'inconscia fantasia positiva. Dio ha lasciato che suo figlio fosse ucciso, cioè lo ha ucciso egli stesso, nella sua onnipotenza. Vincendo una forte resistenza interna, riesco a impormi contro l'accusa di incorrere in una bestemmia e, pensando di rappresentare il paziente concludo i miei e i suoi pensieri, dicendo: «Se si porta fino in fondo questo pensiero, allora Dio padre ha ucciso suo figlio.» Il paziente è spaventato e nello stesso tempo sollevato perché il suo analista ha espresso chiaramente questo pensiero.

PAZIENTE: Questo lo dovrebbe dire qualche volta a un prete. Le sbatterebbe la croce sulla testa.

ANALISTA: Quando si è maltrattati possono nascere pensieri di vendetta. Lei non vorrebbe esserlo, un Dio vendicativo, un Dio della vendetta, eppure vorrebbe anche esserlo. Il sacerdote *mi* sbatterebbe la croce sulla testa, lei dice. Il sacrificio supremo di Cristo deve espiare e cancellare la colpa degli uomini.

PAZIENTE: È così, ma è difficile conciliare le due cose.

ANALISTA: Il figlio si sottomette. Sia fatta la tua volontà, non la mia.

PAZIENTE: Uno si chiede, naturalmente, come mai una cosa del genere abbia affascinato e soggiogato tanti uomini per oltre duemila anni. Paura e fascino. Se l'ostia fosse caduta a terra, sarebbe stata una catastrofe. Non si può certamente toccare il Signore Iddio con le proprie mani. Io non avrei mai osato dire così apertamente che Dio ha ucciso suo figlio. Se pensassi una cosa simile, mi aspetterei il castigo. Dovrei poi uccidere per forza i miei figli. Mi è occorso tanto tempo per portare a conclusione questi pensieri.

ANALISTA: Sì, se lei avesse detto quello che ho detto io, cioè se lei stesso esprimesse le sue accuse quando si infuria contro le oppressioni subite, quando si rivolta contro i potenti, allora verrebbe ammazzato come un maiale (*allusione a un pensiero del paziente di contenuto masochistico*).

PAZIENTE: Una volta lei mi ha detto che fa parte della Chiesa Evangelica e che è stato educato cristianamente. Come se la cava dicendo, malgrado sia cristiano, che Dio è un omicida? Come concilia questo?

Dopo una lunga riflessione, do una risposta evasiva: «Cosa ne dice la teologia cristiana?» Mi richiamo a una generale dichiarazione teologica: il supremo sacrificio come simbolo dell'amore divino.

Il paziente è molto sollevato dal fatto di essersi finalmente deciso a esprimere con parole questi pensieri che lo tormentavano da tempo.

PAZIENTE: Devo essere contento di aver espresso questi pensieri o devo averne paura? Non sono soddisfatto di quello che lei mi ha detto.

ANALISTA: Sì, non può esserne davvero soddisfatto.

[*Riflessione*]. Non mi viene in mente nient'altro che confermare che l'insoddisfazione del paziente è giustificata. Infatti mi trovo in una situazione di generalità elusiva, perché al momento non ne so di più. Comunque, in tal modo ho ottenuto dello spazio dove è possibile fare interventi più utili sul piano terapeutico. Con la mia conferma ho incoraggiato il paziente a sentirsi motivato dalla sua insoddisfazione a pensieri più intensi. Perciò la mia elusività, come mostra il successivo decorso, non ha avuto persistenti conseguenze negative.

Il paziente inizia a parlare di uno dei film di don Camillo e Peppone.

PAZIENTE: Don Camillo parlava con Dio da pari a pari. Portava in giro la croce, parlava con Dio o Cristo da uomo a uomo gridando: «Reggiti forte!», quando voleva colpire con la croce. Un aspetto di Dio assomiglia all'insegnante sadico. Da lui viene: abbassa la cresta, fatti piccolo, nasconditi tra la massa per non dare nell'occhio. Così succedeva anche nei campi di concentramento. Se non si richiama l'attenzione, si era un po' più al sicuro, ma si doveva strisciare come un verme, raso terra o, meglio ancora, sotto terra.

ANALISTA: Dunque don Camillo parlava con Dio come un suo pari e gli ha chiesto: perché non hai impedito che Tuo figlio fosse ucciso? Quasi certamente non avrebbe detto: perché hai ucciso Tuo figlio? Questa sarebbe un'azione diretta. Invece la domanda, perché Dio non ha impedito il sacrificio supremo, è un problema che impegna anche i teologi. Secondo la Bibbia Dio ha il potere su cielo e terra.

PAZIENTE: Sì, il ragionamento è senz'altro plausibile, ma bisogna avere il coraggio di esprimere questi pensieri. Mi ricordo un dramma radiofonico in cui un uomo che impreca contro Dio veniva minacciato: tra poco un fulmine ti colpirà! Infatti dopo un po' scoppiò un temporale. Nel dramma la sola cosa che faceva quest'uomo era tremare dalla testa ai piedi finché tutto era passato, senza essere colpito dal fulmine.

ANALISTA: Molte persone non osano usare la testa e pensare. La bestemmia è immediatamente seguita dalla punizione con il fulmine. Lei è punito attraverso i suoi pensieri che, come fulmini, le vengono imposti dall'alto, dal maestro-Dio, onnipotente.

[Riflessione]. Con questa interpretazione mi interessava umanizzare i fenomeni naturali e stabilire una comunanza tra fulmini e pensieri fulminei o trovare somiglianze con una radice comune nella polarità di potere e impotenza. L'allusione a Dio-maestro si riferisce a un maestro sadico che scaglia fulmini (*Blitz*), che trovano a loro volta una tonante eco nei pensieri fulminei (*Gedankenblitz*) nevrotico-ossessivi del paziente.

PAZIENTE: Don Camillo fa qualcosa di falso. Chiede perdono a Dio crocefisso e promette solennemente di non fumare più il sigaro, una grande rinuncia. Don Camillo spegne il sigaro. A questo punto Dio, dall'alto della croce, dice: «Non spegnerlo soltanto, gettalo via, non metterlo in tasca.» «Guarda, lo distruggo.» Fu così, don Camillo pensava segretamente di fumarsi più tardi il suo sigaro nella pipa e venne colto in flagrante. Una storia divertente.

ANALISTA: Sì, questo Dio ha tollerato la burla, ma l'altro, il terribile, no quello che lei incontrò nella figura di Benignus (*un insegnante sadico*).

Nella seduta successiva il paziente parla dell'effetto liberatore dell'ultima seduta, anche se è spaventato da quello che ho detto. Aggiunge che ha guadagnato in sicurezza perché sono state espresse delle cose che prima erano rimaste fuori. È rimasto escluso qualcosa di terribile, «potrebbero venire i cavalieri dell'Apocalisse» o, detto più semplicemente, «potrebbe accadere qualcosa come in collegio, quando un ragazzo fu bastonato tanto da suicidarsi in seguito. Tutto questo mi ha lasciato un forte segno».

ANALISTA: È naturale dimenticare le cose terribili, perciò le è sembrato tutto così nuovo nell'ultima seduta, come non avesse mai avuto questi pensieri.

PAZIENTE: È così, ma lei non si era mai espresso in modo tanto chiaro. Dio, un omicida, questo dovrebbe far crollare la casa.

ANALISTA: Lei si sente meglio non solo perché non è accaduta nessuna disgrazia, ma perché sono stato io a dire quelle parole. Se Dio padre fosse in collera e se uccidesse qualcuno, non sarebbe certamente lei la vittima, ma io. Io sono stato il malvagio, il bestemmiatore.

PAZIENTE: Sì, l'ha detto lei, ma io ne sono stato la causa e questo mi ha spaventato. Mi sono calmato in quanto mi sono detto: l'ha detto lui, non io. Solo in seguito ne sono stato fiero. All'inizio ero spaventato e terrorizzato. No, ero piuttosto fiero di essermi azzardato a tanto, ma tuttavia mi preoccupa un po' averla indotta a una bestemmia. La conosco già da tempo per sapere che lei va preso sul serio, e alla mia domanda, come conciliare le cose, si è tirato indietro rifugiandosi in un giudizio teologico. Non mi ha comunicato il suo giudizio personale. Torno a parlare di nuovo di don Camillo e del suo dialogo con il Crocifisso. Don Camillo avrebbe chiesto, perché non l'hai impedito? Questa domanda è certamente molto meno drastica. Uno non può mettersi semplicemente là ed esprimere un tale (blasfemo) pensiero. In questo momento, sicuramente, non sono solo io a trattenere il fiato, ma migliaia di persone reagirebbero come me. Le ho già raccontato la storia dell'ostia che non deve cadere a terra.

ANALISTA: In ogni caso, io sono responsabile della mia dichiarazione. Per lei è stato un sollievo l'essermi addossato io la responsabilità.

PAZIENTE: Negli ultimi giorni mi sono osservato un po' di più. Mi sono accorto che talvolta cerco di evitare il contatto visivo. Non mi provoca niente, guardare questo o quello (*lungo silenzio*). Non mi piace una delle sue formulazioni. Che io rischio qualcosa solo se è lei che va avanti. Come se lei mi portasse via qualcosa di cui mi reputo capace anch'io, una porzione di coraggio. È vero che lo si potrebbe vedere anche in altro modo (*ride*). Si potrebbe dire che, poiché quello (*l'analista*) va avanti, ho trovato il coraggio di seguirlo per un po'.

ANALISTA: O di seguire le sue orme.

PAZIENTE: Vorrei ritornare su quella frase e chiederle direttamente: non ha paura di dire cose del genere? Non si è avventurato troppo in là? Ha perso il suo controllo? O sono io a non ricordarmi più bene? Non posso immaginare di averla provocata fino al punto che le sue emozioni prendano il sopravvento, ma questa sarebbe una spiegazione per la sua frase.

ANALISTA: Sarebbe molto spiacevole per lei esercitare tanto potere da indurmi a bestemmia?

PAZIENTE: Sì, proprio ora ho pensato che nella ditta ho proposto a un collaboratore, un procuratore, una soluzione che gli è molto piaciuta. Perché mi è così difficile ammettere che anch'io ho delle buone idee? Perciò, se avessi il potere di provocarla a dichiarare una cosa del genere, credo che per me non sarebbe così spiacevole come prima.

ANALISTA: Sì, lei mi ha portato a questo pensiero. Ad ogni modo, non ho perso il controllo. Qui mi sento in compagnia di teologi importanti. È un argomento basilare della teologia cristiana chiedersi dove ha origine il male. Se Dio ha creato il mondo, esiste il problema del perché non ha impedito il male, e quindi perché ha permesso che suo figlio fosse ucciso. Ho tralasciato questo passo intermedio per rendere più evidente che l'azione mediata, anche se indiretta, è un'azione.

PAZIENTE: Avevo la paura subliminale che non fosse permesso parlare di queste cose e nemmeno avere dei modelli di pensiero. Non è dunque un problema solo mio. Queste contraddizioni non riguardano solo me, ma migliaia e migliaia di persone. Perché la Chiesa evita di parlare di questi problemi, che pure danno filo da torcere a ognuno? Sarà perché qui anche i preti vanno a finire su un *terreno scivoloso*?

Il paziente inizia a parlare delle prediche che si occupano di temi fondamentali come odio, amore, riconciliazione e sacrificio, che si palesarono già nei miti dei tempi precristiani. Dice: «Mi stupisce che non ci si chieda più frequentemente perché si parla del *buon Dio* [espressione usuale in tedesco]. Forse riesco a rispondere a questa domanda in base alla mia storia personale. Mi hanno fatto perdere l'abitudine a fare domande critiche.»

Con questi pensieri si concluse la seduta, che rimase memorabile per ambedue i partecipanti e servì a far sì che il paziente fosse capace di integrare parti di sé proiettate.

10.3.2 *L'analista sul terreno scivoloso della teologia?*

Per poter commentare in modo sensato questa seduta così significativa, che sembra rispecchiare in modo molto condensato un «problema dell'umanità», è opportuno porsi i seguenti cinque interrogativi:

1. Comprendendo i dati biografici, che cosa veniamo a sapere da questo esempio sul paziente, sulla sua malattia e sul suo sviluppo terapeutico? Il paziente mostra un vivo interesse per il potere e la violenza, che si collega alla paura di fare del male a chi gli sta vicino. Si invertono le sue fantasie di onnipotenza, per cui attribuisce effetti magici ai propri pensieri; egli è poi la vittima impotente, esposta, ad esempio, alla rovina economica. Sente di appartenere a due mondi: in uno si sente accolto e può aver paura, l'altro, di tono sadico-sessuale, è stato incorporato nel suo interno dall'identificazione. Il suo motto è: «Guardati dall'invidia degli dei»; ma ora riesce a vedere che l'abborrito impulso al potere è in lui stesso. Tuttavia, di fronte al riconoscimento della propria ambivalenza, cresce la resistenza, nello sforzo di produrre una netta separazione tra le due sfere, «buona» e «cattiva». L'analista, in veste di rappresentante del paziente, lo precede nella comunicazione simbolica, esprimendo il «pensiero blasfemo» di un dio ambivalente. Sotto questa protezione il paziente può accostarsi alla propria ambivalenza che, comunque, non si può «conciliare» logicamente. L'infrazione del tabù da parte dell'analista rende il paziente capace di scoprire «legittime» possibilità di sviluppare potere nella propria vita.

2. Quale ruolo hanno nel processo terapeutico le rappresentazioni religiose del paziente sullo sfondo della sua socializzazione religiosa? Gli facilitano la terapia o sono usate al servizio della resistenza? Quali mezzi di spiegazione utilizza egli stesso, e quali gli vengono messi a disposizione dalla teoria psicoanalitica? È chiaro che il signor Arthur Y ha la capacità di esprimersi con i miti. In queste occasioni il mondo esterno e quello interno non sono separati, l'idea e il materiale coincidono, soggetto e oggetto non sono distinti. Egli si sente come un campo di battaglia di forze numinose, che devono essere assolutamente tenute divise. Tutto è «a posto» se nel ricevere la comunione non è costretto a pensare al male, se l'ambivalenza viene messa da parte. Nonostante ciò, sente che questa non è una soluzione e cerca le possibilità di esprimere la sua ambivalenza. Solo recentemente è riuscito a dichiarare: «Dio che accetta la morte sulla croce di suo figlio per essere riconciliato.» Nell'immagine del «Dio diabolico», del «Dio che uccide», si rispecchia il lato oscuro del suo desiderio di potere e violenza. Per spiegare il dilemma di un Dio onnipotente e nello stesso tempo sofferente, ricorre

alla figura di don Camillo, la cui «arguzia» consiste nel mostrare un Dio che ha dell'umorismo e accetta le ambivalenze del suo rappresentante terreno, così come il paziente riesce ad accettare la temporanea funzione di rappresentanza del suo analista e a trovare nuove possibilità di usare il proprio potere. L'emergere di strutture mitiche in tante situazioni psicoanalitiche offre l'occasione di riflettere su uno dei problemi fondamentali della formazione teorica psicoanalitica, vale a dire il problema della comprensione «scientifica» del Sé in contrasto con le strutture di pensiero «mitiche» di moltissimi pazienti. La psicoanalisi, come scienza dove lo «spiegare» e il «comprendere» sono connessi in modo peculiare (Thomä e Kächele, 1973; Körner, 1985), ha contribuito, senza che molti analisti l'abbiano notato, a una considerevole trasformazione del clima intellettuale, che ha avuto ripercussioni nella scienza, in particolar modo in una nuova valutazione del problema dei miti. La speranza di poter risolvere completamente tutta la mitologia attraverso la psicologia del profondo, riducendola alla proiezione di fantasie e desideri inconsci, si è rivelata del tutto un'«illusione» nel senso di Pfister (1928). Così, da parte dei filosofi si costata che, attualmente, «non esiste, in assoluto, nessun motivo teorico irrefutabile, scientifico o filosofico», per rifiutare i miti (Hübner, 1985): «I miti, che ci insegnano che cosa rappresenta con piena semplicità un valore, sono inevitabili, se deve esistere la società umana» (Kolakowski, 1974, p. 40). Al contrario, l'incontrollato ritorno di miti rimossi, della cui forza quasi eruttiva siamo attualmente testimoni, è diagnosticato come una debolezza della nostra cultura (Hübner, 1985). In numerosi fenomeni culturali odierni l'elemento mitico è presente in modo nascosto (*ibid.*). Ma, oltre a ciò, si parla dell'opportunità di giungere all'insight dei desideri rimossi mediante un confronto conscio con il materiale mitico (Heinrich, 1986). Molte cose sono a favore dell'assunto che ogni demitizzazione è seguita da una rimitizzazione (Schleiser, 1981; Vogt, 1986).

Dopo questa breve digressione filosofica, ci dedichiamo nuovamente alla strategia d'intervento del caso presentato.

3. Che cosa veniamo a sapere dell'analista riguardo alla sua relazione con il paziente e le sue rappresentazioni religiose? In un primo momento, l'analista si sente evidentemente un rappresentante della «realtà». Non evita di assumere un punto di vista realistico. Cerca di mediare tra gli ideali presuntuosi e utopici e le condizioni, così come sono, ricorrendo alla «natura». Probabilmente teme che nell'ambivalenza del suo paziente si stacchino i due poli. Si eleva a un altro livello mantenendo il «pensiero magico» del paziente, ma facendogli notare al tempo stesso i suoi impulsi critici che si manifestano come ironia e sarcasmo sotterranei. Utilizza la rappresentazione religiosa del paziente (la croce quale «strumento di potere») per fargli conoscere le sue fantasie sadiche finora rimosse. Tenta di metterlo a confronto con la scena

della sua «sottomissione», per mostrargli che un'eventuale «ribellione» è minacciata da terribili punizioni. Formula per il paziente il «pensiero blasfemo» di un Dio ambivalente, ma tuttavia, di fronte alle sue ostinate domande di come un tale Dio possa «esistere», fa ricorso a una generica formulazione teologica che, naturalmente, non può soddisfare il paziente. Attraverso la costruzione ausiliare di una teoria che implica due divinità (il Dio di don Camillo e il Dio del seduttore sadico) l'analista si riavvicina pian piano all'ambivalenza del paziente e gli indica il suo potere nascosto, che ha provocato la bestemmia dell'analista. L'aspetto allarmante e generatore di isolamento della propria ambivalenza viene «annullato», da un lato nell'identificazione con l'analista e dall'altro nel problema umano universale, che appare insolubile logicamente e per il quale non esistono risposte univoche. L'analista si trova così nel dilemma o di mettere in gioco, troppo fortemente in primo piano, sé stesso e le proprie idee religiose come offerta di identificazione, o di lasciare troppo solo il paziente nel richiamarsi a un «problema dell'umanità» o a un generico «luogo teologico», di fronte ai quali dichiara la sua mancanza di «competenza». Quali indicazioni orientative si potrebbero dare in un dilemma del genere, che finora è stato troppo poco considerato sia nella teorizzazione psicoanalitica sia nella tecnica? Deve essere considerato sbagliato l'assunto che concezioni mitico-religiose negative per la vita si dissolvano da sé. All'analista resta quindi solo il ruolo di spettatore disinteressato che deve aspettare lo sviluppo spontaneo delle cose? Questa sarebbe certamente una valutazione erronea della dinamica interna del processo terapeutico. Anche l'analista deve tentare di prendere coscienza di quale sia la sua posizione nei confronti del tema religioso, per poter utilizzare il suo controtransfert a vantaggio del paziente, anche se cerca di tenere il più a lungo possibile «in sospeso» decisioni precipitose, qualora nasca un conflitto di valori tra lui e il paziente. Perciò, chiedo in primo luogo:

4. In che modo è presente il tema religioso nella scena e nel gioco reciproco di transfert e controtransfert? La struttura della scena descritta è fortemente determinata dal carattere della funzione di sostituto che assume l'analista, e che interpreta in tal senso. In veste di Io ausiliario egli si incarica, rappresentando il paziente, di formulare il pensiero che questi non riesce ancora a mettere in parole. Tale formulazione sostiene i tratti del materiale religioso portato dal paziente. Mi sembra inoltre caratteristico che il transfert non sia impresso dall'immagine del padre (in questa scena non apprendiamo nulla del padre del paziente), ma da quella del figlio, il quale, in verità, è obbediente (anch'egli ricorre frequentemente alle autorità!), ma infrange nello stesso tempo il tabù del padre univoco con il «pensiero blasfemo» dell'ambivalenza, simboleggiando indignazione e ribellione. Anche il controtransfert dell'analista mi sembra impregnato di ambivalenza. Da una parte egli si sente rappresentante della realtà, dall'altra accetta la rappresen-

tazione religiosa del paziente così ampiamente da assegnarle un contenuto sovraindividuale di realtà che permette al paziente di sentirsi unito all'analista e a tutta l'«umanità». Il fatto che i «pensieri fulminei» non siano seguiti da alcun divino «fulmine castigatore» aiuta il paziente ad allentare i meccanismi di difesa del diniego, dell'isolamento e dell'annullamento retroattivo, e ad essere in grado di vivere l'ambivalenza. Già in tale scenario terapeutico diventa chiaro che le rappresentazioni religiose possono essere investite di affetti altamente ambivalenti. Essi rispecchiano in modo impressionante lo stato del processo psicoanalitico. Il fatto che in tale processo il paziente faccia uso di rappresentazioni religiose può essere senz'altro vantaggioso se l'analista ha raggiunto una certa coscienza di quale sia la sua posizione di fronte a questi problemi. Egli dovrebbe farsi un'idea chiara sul ruolo che, di volta in volta, svolgono le rappresentazioni mitico-religiose nell'autointerpretazione di una cultura nei suoi rapporti con l'eredità storico-spirituale. La speranza «illuministica» dei primi psicoanalisti non si è realizzata. Ma presentare i miti in modo acritico, come archetipi «ubiquitari, sovratemporali, latentemente presenti, sempre ricorrenti, che uniscono internamente gli esseri umani di tutti i tempi e di tutti i luoghi» (Drewermann, 1984), è vietato dalla comprensione delle loro trasformazioni storiche. Anche altre asserzioni di Drewermann risultano discutibili dal punto di vista della psicologia del profondo e della teologia (Görres e Kasper, 1988). Nella misura in cui Freud assegnò una posizione centrale al concetto di «lavoro» sia nell'esecuzione terapeutica che nella caratterizzazione degli avvenimenti intrapsichici, egli disse la parola risolutiva per il rapporto fra «natura» e «storia». Attraverso il lavoro psichico la natura dell'uomo acquisisce la sua storia, e lo psicoanalista partecipa attivamente a questo processo, a livello sia individuale che collettivo. Volente o nolente, egli è necessariamente coinvolto anche nel «lavoro sui miti», che viene considerato un compito davvero urgente (Blumenberg, 1981). Lo psicoanalista dovrebbe assumersi questo compito con maggiore coscienza e volontà di quanto sembra oggi avvenire. È a questo scopo l'ultimo interrogativo sorto dalle nostre considerazioni sull'esempio clinico presentato:

5. Perché l'argomento religioso è toccato ancora con tanta esitazione dagli psicoanalisti, come se si trattasse di un tabù, e perché l'infrazione dei tabù è un compito così importante della psicoanalisi? Fu Freud a cominciare a trasformare la mitologia in psicologia dell'inconscio e con questo, secondo la sua convinzione, avrebbero dovuto dissolversi le strutture di base della religione «con l'inesorabilità fatale di tutti i processi di crescita» (1927a, p. 473). Anche l'ubiquità delle rappresentazioni religiose che si mostrano in forme più o meno drastiche in molte analisi, esorta a riconoscere il loro diritto di esistere; sono infatti straordinari mezzi di espressione delle realtà psichiche che, nel razionale e pratico linguaggio quotidiano, potrebbero

essere manifestate solo con difficoltà. Poi naturalmente bisogna anche sottoporsi alla fatica di una differenziazione dei contenuti! Nel caso presentato abbiamo evidentemente a che fare con due diverse idee religiose: da un lato, lo sforzo di isolare il sacro dal profano, di separare il bene dal male, dando a ciascuno un valore assoluto e contrapponendo l'uno all'altro; dall'altro la possibilità, offerta dall'idea di un sostituto, di riunire nel divino i due poli del conflitto di ambivalenza, cosa che, sebbene porti certamente a contraddizioni logiche, da una prospettiva emozionale è sentita come alleviante e liberatoria. Sembra fuori discussione che la prima idea religiosa del paziente sia piuttosto di ostacolo al progresso terapeutico, e la seconda sia piuttosto di stimolo. Questo implica un «valore», di fronte al quale si è obbligati a lasciare aperta la questione se questo sia effettivamente dovuto all'empirismo psicoanalitico o se invece non debba essere considerato un retaggio storico dello sviluppo dell'autocoscienza umana e della sua forma di espressione religiosa. La psicologia psicoanalitica della religione, che agli inizi della psicoanalisi era certamente al massimo della sua fioritura (vedi Nase e Scharfenberg, 1977), si è poi arenata poiché non si è realizzata la speranza iniziale di una sua completa trasposizione nella psicoanalisi. Ma, in ogni caso, la psicoanalisi ha infranto il tabù secondo il quale le rappresentazioni mitico-religiose dovrebbero essere rispettate come valori immutabili e supremi, validi in tutti i tempi e luoghi. La rivelazione del carattere ambivalente delle rappresentazioni religiose ha dato inizio alla loro revisione, che Oskar Pfister, compagno di lotta di Freud per tutta la vita, «dimenticato» sia dai teologi che dagli psicoanalisti, si era prefisso come scopo della sua esistenza. La critica psicoanalitica della religione nel frattempo è stata ripresa, ed è proseguita in varia maniera (Scharfenberg, 1968; Küng, 1979, 1987; Meissner, 1984), così che rispetto alla veemente disputa dei primi tempi della psicoanalisi dovrebbe essere sorta una situazione di dialogo completamente nuova, all'interno della quale il contributo della psicoanalisi è ancora chiaramente sottorappresentato. L'esempio clinico qui commentato segnala con grande chiarezza l'urgente necessità di un permanente lavoro di collaborazione, che ha già infranto molti tabù religiosi.