

## Capitolo 8

### Mezzi, vie e mete

#### 8.1 *Spazio e tempo*

La determinazione di spazio e tempo ha una funzione strutturante per determinati atti sociali. La riunione regolare nei club, gli incontri del mercoledì in casa di Freud, la messa domenicale, le vacanze estive ripetute nello stesso luogo, sono alcuni esempi che dimostrano il ritmo biologico e sociale della vita. La regolarità può avere la funzione di creare e rafforzare l'identità. È proprio dal punto di vista dell'organizzazione dell'esperienza che desideriamo considerare il problema della frequenza delle sedute psicoanalitiche.

Anche se il «principio del noleggìo di una determinata ora» fu introdotto da Freud in un primo momento per motivi pragmatici, la seduta quotidiana era importante affinché il trattamento non perdesse «il contatto con l'attualità», cioè con la vita del paziente al di fuori dell'analisi (1913b, pp. 336 sg.). Dobbiamo poi tener conto anche del fatto che il trattamento può essere un aspetto del presente decisivo per la vita di un paziente. Oggi si può osservare una tendenza ad abbandonare la frequenza giornaliera, che Freud praticava, per un'analisi, invece, con sedute a frequenza variabile. Tale tendenza è motivata da considerazioni strategiche, cioè dal tentativo di trovare soluzioni flessibili:

Il criterio di valutazione specialistico per l'intensità temporale del trattamento registra quale combinazione di struttura, confronto ed elaborazione è ottimale per la dinamica del trattamento prendendo in considerazione l'osservazione e la partecipazione dell'analista e gli accadimenti rilevanti per il processo, le esperienze e le elaborazioni del paziente al di fuori della situazione analitica (negli intervalli tra le sedute), e gli obiettivi del trattamento. (Fürstenau, 1977, p. 877)

Alexander e French (1946, p. 31) proposero di regolare l'intensità del transfert variando la frequenza delle sedute, proposta che incontrò veementi resistenze. Che cos'è, allora, che ci porta a rispettare una frequenza prestabilita e ad apportare modifiche solo sulla base di riflessioni sostanziali? Nel fare questo ci scontriamo con un dato di fatto importante: da un lato, la fre-

quenza delle sedute viene considerata una variabile dipendente della combinazione ottimale tra «strutturazione, confronto ed elaborazione», dall'altro, però, una volta introdotta, la frequenza assume il carattere di variabile indipendente; diventa una parte della cornice (setting) su cui si possono cristallizzare conflitti relazionali. Il periodo di tempo su cui ci si era accordati diventa il campo di battaglia, in cui possono entrare in gioco i motivi più diversi, per entrambe le parti. Questo può dar luogo a diversi conflitti, espressi ad esempio dal silenzio dell'analista. Dal momento che una determinata pianificazione di orari fissi delle sedute rappresenta nell'attività dell'analista una condizione strutturale essenziale, per l'inconscio del paziente la cornice temporale si prospetta come un'area di attacco particolarmente stimolante; qui egli affronta l'analista su un terreno piuttosto delicato, minacciandone l'autonomia nella gestione del tempo quale piattaforma organizzativa. Più l'analista è deciso a difendere la frequenza prestabilita, più intensa sarà la lotta sull'orario.

L'accordo sulla frequenza è una questione che lascia uno spazio limitato alla teoria della tecnica. Stabilire sei, cinque, quattro, tre, due o addirittura una sola ora settimanale non permette alcuna previsione sul margine di manovra possibile perché si svolga un processo terapeutico in condizioni così variabili, come Rangell (1981) ha descritto sulla base della sua lunga esperienza professionale. È evidente che maggiore è la frequenza, maggiore è lo spazio riservato al manifestarsi dei processi inconsci. Prendiamo sul serio la metafora del palcoscenico, come hanno fatto anche la Sharpe (1950) e Loewald (1975) prima di noi. L'ampiezza o la ristrettezza dello spazio non solo comporta un orientamento generale riguardo alle possibilità della messa in scena, ma esige qualcosa di più dal regista, oltre a mettere sulla scena gli attori; Loewald parla della nevrosi di transfert come di un dramma che il paziente crea e rappresenta con l'analista (*ibid.*, pp. 278 sg.). Per quanto ci riguarda siamo particolarmente interessati a sapere di quale frequenza temporale necessita ciascun paziente per inscenare i propri conflitti inconsci nella relazione analitica. Oggi sembra un dato acquisito che l'asserzione standard secondo la quale solo una frequenza di quattro ore o più alla settimana consente lo sviluppo della nevrosi di transfert non è altro che un residuo di una concezione ideologica della psicoanalisi. Soprattutto dove reali motivi economici hanno reso necessaria una riduzione del numero di ore settimanali, ad esempio in Francia, dove l'analisi viene portata avanti con una media di tre ore settimanali, si è potuto dimostrare che la sostanza del procedimento psicoanalitico non dipende da questo fattore esterno. In alcuni casi è possibile instaurare e mantenere un processo analitico solo con un'alta frequenza di sedute, cioè cinque o sei alla settimana. In questi casi tale frequenza è giustificata. Noi riteniamo però che oggi l'assunto di una necessaria uniformità possa pregiudicare una discussione obiettiva del caso singolo, come ad esempio riguardo alla quantità di sedute settimanali di cui necessita un dato paziente. Sostenere, per esempio, che i processi di separazione si pos-

sono dispiegare nel transfert solo con una frequenza di cinque sedute alla settimana (Etchegoyen, 1986, p. 474) equivale a disconoscere che i fenomeni di separazione sono diadici, come tutti i fenomeni di transfert, cioè non dipendono unicamente dal setting bensì, tra l'altro, dalle disposizioni inconscie del paziente e dalla teoria e dalla tecnica dell'analista. Analogamente, l'idea che i conflitti di separazione-individuazione si possono elaborare solo in relazione all'interruzione per il fine settimana è probabilmente una delle ragioni per cui questo tipo di interpretazione si trasforma ben presto in una stereotipia.

A nostro avviso l'argomentazione che in una situazione standardizzata, con una frequenza ugualmente fissa per tutti i pazienti, è possibile rilevare meglio le differenze individuali nella relazione è espressione di una concezione errata e restrittiva delle regole. Il paragone (Bachrach, 1983) della procedura psicoanalitica con la preparazione di un vetrino al microscopio, che richiede a sua volta una procedura corretta per rendere confrontabili i risultati con quelli degli altri ricercatori, denota un equivoco fondamentale, cioè l'idea che in una situazione sociale dati identici possono essere rilevati utilizzando un insieme di modalità esterne predeterminate. Mettere da parte i significati individuali che assumono le procedure esterne è fuorviante, come abbiamo già chiarito riguardo alla questione dell'analizzabilità.

Possiamo renderci conto della frequenza e dell'intensità auspicabili per un dato trattamento solo se nella discussione teorica e clinica includiamo informazioni su come l'analizzando se la cava al di fuori della seduta, con la propria esperienza analitica. I pazienti che per molto tempo non riescono a creare alcun legame tra una seduta e l'altra – le cui sedute vengono difensivamente vissute in modo separato, il che impedisce lo sviluppo del processo autoanalitico – richiedono chiaramente una frequenza di trattamento maggiore di quei pazienti che sviluppano rapidamente tale capacità e possono utilizzarla. Lo «spazio analitico» (Viderman, 1979) non riguarda solo il momento temporale concreto delle ore di trattamento, ma riguarda l'esperienza del mondo intrapsichico, che viene reso accessibile grazie al processo analitico. Freud scrisse a tale proposito che «per casi lievi o quando il trattamento è già molto avanzato sono sufficienti anche tre ore settimanali» (1913b, p. 337).

Gli analisti in formazione sono sottoposti a obblighi speciali, per esempio quello di attenersi a una frequenza di quattro sedute alla settimana per i loro casi sotto controllo. Quando un paziente desidera una riduzione della frequenza a tre o a due sedute, dopo una fondata elaborazione analitica della situazione, spesso non si può eludere la sua domanda se un numero minore di sedute non sarebbe sufficiente, o fare a meno di spiegare il motivo per cui non si può operare una riduzione. Nella maggior parte dei casi non abbiamo argomenti convincenti; comunque, a causa dell'auspicato riconoscimento formale, il candidato analista deve attenersi alle quattro sedute. Così egli si trova davanti a una decisione difficile: se accetta una riduzione il processo analitico prosegue

in condizioni diverse, spesso in maniera più produttiva perché il paziente ha guadagnato in autonomia. D'altra parte il candidato deve essere pronto a correre un rischio notevole: cioè che questa analisi di tre sedute alla settimana non sia più riconosciuta come un'analisi di controllo e che di conseguenza la sua formazione si prolunghi di tre anni o più. Nei casi peggiori la lotta per la frequenza termina con l'interruzione. Comunque, se il paziente si attiene alle regole senza esserne convinto, il processo analitico ne risentirà, almeno per un certo periodo di tempo, e verrà messa in pericolo l'efficacia terapeutica.

La durata della singola seduta è in media di quarantacinque-cinquanta minuti. «Di quando in quando ci imbattiamo addirittura in malati ai quali bisogna dedicare più tempo della misura media di un'ora al giorno, dal momento che essi impiegano la maggior parte di essa a disgelarsi, e comunque a diventare comunicativi» (Freud, 1913b, pp. 337 sg.). Sembrerebbe che oggi giorno sia piuttosto raro incontrare questo tipo di pazienti; o forse siamo noi che non vogliamo incontrarli? Non è infrequente l'osservazione che la durata media della seduta, con i suoi quarantacinque-cinquanta minuti, sembra troppo breve.

La dimensione soggettiva del vissuto temporale dipende dal lavoro terapeutico svolto nel tempo reale a disposizione; si tratta cioè di una variabile interattiva. Anche quando non si tratta semplicemente di cedere al desiderio di sfogarsi ma di analizzarne i motivi, resta sempre valido il suggerimento di Freud di mantenersi nel «tempo medio di un'ora» per seduta. Dove c'è un valore medio ci sono anche dei dubbi. Una modificazione della durata di un'ora è lecita solo se minima, dal momento che il tempo è denaro. Greenson (1974, p. 425) ha criticato in particolar modo l'interesse materiale dell'analista nel mantenere un programma di appuntamenti esageratamente rigoroso, e l'abitudine di certi analisti di non frapporre una ragionevole pausa tra le diverse sedute:

Credo che il declino dell'ora di cinquanta minuti sia sintomatico di un indirizzo materialistico nella pratica psicoanalitica, a spese di un punto di vista umanistico e scientifico. È evidente che far passare un paziente dopo l'altro, come in una catena di montaggio, è un atto di ostilità, per quanto sottile e inconscio possa essere.

La critica di Greenson sottolinea come sia importante che l'analista crei una distanza sufficiente di fronte al mondo soggettivo di un processo analitico, prima di focalizzare nuovamente tutta la sua attenzione sul prossimo paziente. Noi riteniamo, al di là delle differenze nello stile di lavoro, che gli analisti debbano ritagliarsi un momento di pausa tra un paziente e l'altro secondo le proprie necessità.

L'esperienza temporale che deriva dalla fase di sviluppo «anaclitica-dialettica» è un fattore essenziale perché l'esperienza di base della situazione psicoanalitica abbia successo (Stone, 1961). Kafka (1977, p. 152) richiama l'atten-

zione sul particolare interesse dell'analista per il vissuto della dimensione temporale come conseguenza del fatto che in definitiva egli osserva continuamente come le esperienze passate si strutturano nel presente. Tuttavia è necessaria una particolare sensibilità riguardo agli aspetti temporali dell'attività psicoanalitica. È difficile dire, da un punto di vista teorico, come vecchi schemi cognitivi, immagazzinati con una struttura temporale propria e condensata, si trasformino in tempo che fluisce nel presente (Bonaparte, 1940; Ornstein, 1969; Schachtel, 1947; Matte Blanco, 1975; Loewald, 1980). Anche la «psicopatologia del tempo» è un elemento importante per un analista (Hartocollis, 1985). Il lavoro di Schilder (1935a), che cercò di applicare alla psicoanalisi le ricerche fenomenologiche di Straus (1935), di Gebattel e di Minkowski (1933), è stato ingiustamente dimenticato. Loewald (1980, pp. 138 sgg.) ha affrontato nuovamente questa discussione, la cui rilevanza pratica è maggiore di quanto si ritiene di solito.

Kafka (1977, p. 152) richiama l'attenzione in modo particolare sul punto seguente: «L'ora analitica è per i pazienti un considerevole *time-out* (dal lavoro, dalle attività abituali, dallo stile abituale di comportamento e di comunicazione).» Un fattore che determina la natura di questo stacco, di questa evasione dal mondo e dal tempo quotidiano, è l'uso che l'analista fa dell'ora, compresa la funzione genuina del silenzio: «Il mondo esterno passa in secondo piano. La calma ha l'effetto di un paralume che smorza una luce troppo abbagliante. La prossimità assillante della realtà materiale si attenua. È come se il silenzio dell'analista sia il segnale per cominciare a considerare sé stessi e gli altri con più calma e distacco» (Reik, 1949, p. 123). Il silenzio ben dosato dell'analista può sostenere il *time-out* del paziente e aiutarlo a dedicarsi alla dimensione temporale del vissuto interno. La regolarità delle sedute, che si struttura grazie ai ritmi di ciascuna frequenza, permette al paziente di sviluppare un proprio sentimento temporale soggettivo e una comprensione personale del *time-out*. Per l'analista la seduta è «un ampio e piuttosto abituale *time-in*» (Kafka, 1977, p. 152), il cui utilizzo è determinato sia dalla sua equazione personale sia dal rodaggio della relazione. In altre parole, l'uso dell'ora da parte dell'analista è determinato dalla sua concezione del tempo, dal tempo disponibile e dalla sua concezione della qualità sensoriale dell'atemporalità dell'inconscio. «L'analista, più del paziente, è incline ad accettare che la contiguità della comunicazione e del vissuto *probabilmente* abbia un significato che trascende la contiguità in quanto tale» (*ibid.*). L'analista fa ipotesi personali, basate sulla sua formazione teorica, riguardo alla struttura temporale presente in maniera lineare nel materiale del paziente. Comunicazioni fatte a grande distanza le une dalle altre, può considerarle connessioni altamente significative. Questa attività costruttiva è in un primo momento piuttosto nuova per il paziente, che deve prima convincersi di questo modo di vedere. Kafka parla quindi dell'analista come di un «condensatore» e «dilatatore» del tempo. Il paziente deve interiorizzare

questo modo audace e «costruttivista» di accedere alla dimensione temporale (nel senso dell'appropriazione della storia vitale descritta da Habermas): «Io credo che il processo analitico, attraverso una diversa connessione tra gli eventi e i sentimenti, permetta la riorganizzazione e reinterpretazione del senso del tempo. Tale riorganizzazione può rafforzare il sentimento di continuità e facilitare l'ampliamento della prospettiva temporale e la sua estensione verso il futuro» (*ibid.*, p. 154).

I singoli *time-out* individuali delle sedute analitiche vanno a formare un periodo di tempo la cui durata, specialmente nella fase iniziale del trattamento, è difficile stimare. «Una domanda spiacevole per il medico, che il malato gli rivolge proprio all'inizio, è la seguente: "Quanto tempo durerà il trattamento? Quanto tempo le occorre per liberarmi dal mio male?"» (Freud, 1913b, p. 338). Il consiglio intelligente di Freud era di rispondere riferendosi alla favola di Esopo (*ibid.*):

Pressappoco come Esopo nella favola del viandante che chiede quanto sia lunga la via la risposta che diamo è un «va'!», e la motivazione di questo decreto è che bisogna imparare a conoscere il passo del viandante prima di poter calcolare la durata del suo cammino. Pronunciandosi in questo modo si superano le prime difficoltà, ma il paragone non è felice, poiché il nevrotico può facilmente mutare il proprio ritmo e in certi periodi non fare che progressi molto lenti. In verità è quasi impossibile rispondere alla domanda sulla presumibile durata del trattamento.

Se consideriamo la pratica attuale, troviamo osservazioni laconiche riguardo alla procedura standard; ad esempio: «Si fa con quattro o cinque sedute alla settimana, di solito dura quattro o cinque anni, difficilmente meno di tre e in certi casi anche più di sei» (Nedelmann, 1980, p. 57). Anche se la maggior parte delle forme di terapia psicoanalitica si concludono in un periodo più breve, resta comunque attuale l'interrogativo sul perché la tecnica neoclassica ha portato a un tale allungamento della cura, dove la relazione costi-benefici si trova in un precario equilibrio. Quando Freud si riferiva a «periodi lunghi» di tempo, parlava di «mezzi anni o anni interi, comunque di periodi più lunghi di quanto i malati si aspettano» (1913b, p. 339).

Più avanti (8.9) esamineremo più da vicino i motivi che hanno portato al prolungamento della cura psicoanalitica, ma facciamo subito presente che la discussione relativa al tempo necessario per il trattamento psicoanalitico porta tendenzialmente con sé il rischio di confondere il tempo soggettivamente vissuto (Minkowski, 1933) con il suo trascorrere oggettivo. Proprio per questo motivo abbiamo criticato le definizioni che riteniamo espressione di un modo «reificato» di intendere il processo psicoanalitico, nel senso di Gabel (1962):

Il tempo è una dimensione dialettica, non solo perché, contrariamente allo spazio, è impossibile concepirlo in uno stato di quiete, ma anche perché la sua progressione realizza una sintesi dialettica costantemente rinasciente delle sue tre dimensioni: presente, passato, avvenire. È una totalità che può essere dissociata attraverso la reificazione del passato o dell'avvenire.

La ricerca dello *spazio psicoanalitico* deve invece partire dallo spazio concreto e comprendere metaforicamente l'ampliamento del suo significato. Noi osserviamo come il paziente dà forma allo spazio analitico sulla base del suo mondo interno, cioè dei suoi schemi appercettivi individuali. Il paziente si aspetta di incontrare l'analista in questo spazio. Viderman (1979, p. 289) afferma:

La nevrosi di transfert non si può sviluppare in uno spazio senza affetti (...) Il processo psicoanalitico può svilupparsi solo in un ambiente ben preciso, che si crea grazie alle regole tecniche, nel quale interagiscono gli affetti e le risposte affettive delle due persone che organizzano lo spazio analitico.

Lo studio dell'analista costituisce la struttura esterna per la realizzazione del processo terapeutico. Al riparo e al sicuro del segnale «per favore, non disturbare» si crea uno spazio per l'interazione diadica, limitato temporalmente, che con le sue caratteristiche fisiche può avere conseguenze sia positive che negative.

Anche se dobbiamo ancora rilevare che nella letteratura psicoanalitica poco è stato scritto sullo spazio fisico dedicato al trattamento, è familiare a tutti gli psicoanalisti la fotografia dello studio di Freud, descritto dettagliatamente da Engelman (1976), e che per Hilda Doolittle (1956) era il «luogo sacro». Freud stimolava lo sviluppo del transfert con la sua persona e il suo studio, e non considerava la metafora dello specchio nel senso di «superficie vuota». Ci sono invece diversi aneddoti che raccontano di analisti che cercano di standardizzare al massimo gli stimoli esterni, utilizzando uno studio monotono e facendosi fare dal sarto sempre lo stesso tipo di vestiti, o che cercano comunque di essere uno specchio perfetto, cosa che anche Fenichel (1941) criticava.

Se applichiamo la massima che l'analista deve sentirsi a suo agio nel suo studio, affinché il paziente stesso lo percepisca, di conseguenza la disposizione concreta dello spazio può variare considerevolmente. Una data disposizione può essere considerata alla luce della congruenza che esprime tra atteggiamento e comportamento dell'analista. In primo luogo fa parte di questo spazio la persona stessa dell'analista, che lo ha arredato personalmente, che si muove o si ferma tranquillamente in esso. Per la comprensione dello spazio come struttura del trattamento sono rilevanti gli studi di Goffman (1961) sulla teoria dei ruoli. Nell'uso che l'analista fa della relazione terapeutica ci sono innumerevoli piccoli dettagli che danno luogo continuamente a complesse discussioni; esse sono un chiaro indizio del fatto che la realtà relazionale fa parte di un sistema di ruoli, di un modello di prestazione di servizi specialistici. L'analista decide il luogo in cui si può svolgere il processo psicoanalitico e si mette egli stesso in discussione valutando tale realizzazione. Il luogo del trattamento dovrebbe avere la qualità di un «ambiente facilitante». È chiaramente compito dell'analista la «capacità di prendersi cura» (Winnicott, 1965), nel senso di mantenere nella stanza una temperatura adeguata ed essere in grado di fornire,

se il paziente lo richiede, una coperta di lana. Le difficoltà che risultano dall'intendere lo spazio come l'estensione della persona dell'analista sono meno frequenti nel trattamento di pazienti nevrotici; con essi, la curiosità relativa agli oggetti della stanza e allo stile con cui è arredata può essere elaborata, e vi si può rispondere secondo le nostre raccomandazioni su come trattare le domande del paziente (vedi sopra, 7.4). Le difficoltà sorgono quando si è in presenza di pazienti più gravemente disturbati, che vivono il luogo del trattamento come un oggetto transizionale, come Greenson (1978, p. 208) ha illustrato riportando la sua esperienza con una paziente del genere, la quale accarezzando la tappezzeria trovava un conforto che Greenson non era in grado di comunicarle verbalmente: «Lo studio stesso dello psicoanalista può avere un significato straordinario, che serve al paziente come rifugio dai pericoli del mondo esterno e interno.»

L'uso esplicito dello studio come ambiente facilitante implica che in nessun momento l'analista debba perdere di vista il processo di separazione. Se il paziente considera la stanza e gli oggetti in essa contenuti come se gli appartenessero e l'analista non chiarisce prontamente la differenza tra il «mio», il «tuo» e il «nostro», verrà negato il fatto che la condivisione dello spazio con il paziente è limitata nel tempo e parziale fin dall'inizio. Nascono quindi confusioni che rendono difficile il processo terapeutico. Il tema astratto dei confini dell'Io nella teoria di Federn (1956) diventa, in questo contesto, rilevante da un punto di vista di tecnica del trattamento. Chiaramente, nei casi borderline ciò è della massima importanza. I problemi che derivano dal fatto di porre un confine adeguato sono spesso difficili da risolvere in uno studio privato, perché la demarcazione dei confini deve essere definita individualmente. Al contrario nelle istituzioni si incontrano talvolta difficoltà nel mettere a disposizione del paziente una stanza approntata personalmente dall'analista.

Le percezioni che il paziente realizza nello studio dell'analista sono un presupposto molto importante per arricchire le sue identificazioni limitate mediante la formazione di oggetti transizionali con qualità esperienziali umane. Nel contempo vengono messi in evidenza tutti gli aspetti di limiti e confini, e con essi lo spazio e l'autonomia personale dell'analista. Se lo studio dell'analista si trova nella sua stessa abitazione, il paziente resta escluso dalle stanze private, mentre nelle istituzioni può succedere di incontrarsi alla toilette. Si crea così un campo di tensione fra la curiosità e il voler partecipare alla vita privata dell'analista, e il rispetto del suo spazio personale. Quando l'analista pone limiti spaziali e temporali, dà un esempio di autonomia e di individuazione. Per poter raggiungere questa meta, per potere a sua volta assumere un'autonomia più ampia e più libera dall'ansia, il paziente rinuncia volontariamente e temporaneamente a una parte della sua indipendenza.



## 8.2 *Euristica psicoanalitica*

«Eureka!» (ho trovato!). Secondo la leggenda questo è ciò che Archimede, il matematico greco, gridò dopo avere scoperto la legge fondamentale dell'idrostatica. L'euristica viene definita come l'arte della scoperta e come guida metodologica per scoprire o inventare qualcosa di nuovo. Le piccole esperienze di «Ah, ecco!» del paziente si aggiungono alle scoperte terapeutiche di ampia portata, anche se hanno effetto solo nell'universo di un uomo e dei suoi parenti più stretti, e non arrivano a far parte della storia come l'«eureka» di Archimede. Se dopo una lunga riflessione il paziente arriva a un nuovo insight, l'analista si rallegra del fatto che un'idea derivata dalla sua empatia, affinata dalla sua formazione teorica e dalla sua esperienza professionale, abbia incontrato un terreno fertile.

Nonostante la soddisfazione perché la ricerca comune è stata produttiva, l'analista mantiene un atteggiamento riservato, per diversi motivi: anzitutto, non desidera ridimensionare l'orgoglio e la soddisfazione del paziente per la sua prestazione creativa, che consiste nell'aver trovato una soluzione insolita e sorprendente. Forse l'analista indugia un po' troppo nel segnalare il suo accordo al paziente, perché lo considera un'influenza suggestiva e gratuita. In quel momento può anche venirgli in mente il detto «una rondine non fa primavera». E infine, in euristica si riflettere sempre molto sul complicato interrogativo che riguarda i fondamenti della convinzione di avere scoperto o perfino inventato qualcosa di realmente importante. In ogni caso si tratta di determinare quanto sia plausibile la connessione proposta dal paziente, considerando criticamente i diversi punti di vista. Come dice Freud (1910a, p. 198), «forniamo al paziente la rappresentazione anticipatoria cosciente [l'idea di ciò che egli può aspettarsi di scoprire] e sulla base dell'affinità con quest'ultima egli scopre in sé la rappresentazione inconscia rimossa. Questo è l'aiuto intellettuale che gli facilita il superamento delle resistenze che si frappongono tra il conscio e l'inconscio».

Noi, come Boden (1977, p. 347), consideriamo l'euristica un metodo «che guida il pensiero principalmente nella direzione della meta ricercata, lasciando inesplorate le strade meno promettenti». Al contrario, le strategie algoritmiche di pensiero possono essere descritte come sistemi di regole prescritte o definite come procedimenti passo dopo passo; non ci si può sbagliare se l'algoritmo viene seguito alla lettera. Se le situazioni vanno oltre un certo grado di complessità, le strategie algoritmiche portano a passaggi sempre più complicati; in questo caso è più vantaggioso l'uso dell'occhio clinico con le regole euristiche.

Già la metafora del gioco degli scacchi mostra che Freud era consapevole della complessità e dell'indeterminatezza della situazione psicoanalitica; anche se non sentiva il bisogno di distinguere tra euristica e algoritmo, le sue raccomandazioni tecniche corrispondono ampiamente al concetto di strategie euri-

stiche qui presentato. Nella misura in cui si perde flessibilità nell'applicazione di queste raccomandazioni, viene a galla nella tecnica psicoanalitica una strategia algoritmica estranea alla sua natura. Intendere la regola fondamentale come strategia euristica sottolinea la nostra concezione della situazione psicoanalitica come una situazione complessa, con molteplici significati, la cui comprensione richiede più informazioni di quelle che sono inizialmente disponibili.

Lo scopo principale delle strategie euristiche è la raccolta e l'organizzazione di informazioni rilevanti. Strategie euristiche valide riducono l'insicurezza, la complessità, la molteplicità di significati e aumentano la probabilità di comprendere ciò che è essenziale in un determinato momento. Queste procedure partono dall'assunto che l'informazione raccolta attraverso la regola porta a una condensazione della conoscenza che si aveva fino a quel momento, e che i criteri di esclusione e di inclusione del materiale nascono dallo stesso processo di ricerca. Nella procedura algoritmica la complessità e l'insicurezza vengono ridotte artificialmente e troppo velocemente. Sulla base di una preconoscenza vengono attribuiti al materiale determinati significati, e così il processo di ricerca termina in maniera artificiale e inaccettabile. La complessità non viene ridotta ma eliminata.

Le regole tecniche, cioè le raccomandazioni di trattamento che devono guidare l'accadere immediato, possono essere rintracciate in gran numero negli scritti di Freud, come ha mostrato un lavoro di gruppo svolto a Francoforte (Argelander, 1979, pp. 101 sg.). Se, con Rapaport (1960), si intende la tecnica come l'insieme dei mezzi e il modo di applicazione del metodo, possiamo classificare le regole secondo la loro funzione nel processo analitico.

Le strategie che promuovono il processo di osservazione partecipante, cioè che riguardano l'atteggiamento di percezione psicoanalitica, raccomandano all'analista di rimanere particolarmente vicino al vissuto emotivo del paziente e di identificarsi parzialmente con lui per condividere il suo mondo interno. La regola fondamentale dell'analista, mantenere un'attenzione uniformemente fluttuante e affidare alla *propria attività mentale inconscia* tutto ciò che il paziente gli comunica, precisa la modalità dell'osservazione partecipante utile alla percezione delle motivazioni inconse. Il significato dell'«associazione libera» dell'analista, che egli deve realizzare nell'ambito dell'attenzione uniformemente fluttuante, sottolinea la necessità che l'analista arricchisca i frammenti offerti con il proprio vissuto (Peterfreund, 1983, p. 167). L'insistenza di Bion su un atteggiamento «senza memoria e senza desiderio» dà un grande risalto ai requisiti adeguati alla percezione inconscia, ma non rende giustizia a quest'ultimo aspetto, cioè all'attività dell'analista nel processo d'ascolto.

Oltre alle strategie di ascolto ci sono le strategie di parola, grazie alle quali l'analista può aiutare il paziente sottolineando la significatività delle sue comunicazioni. Come completamento di queste strategie generali, che hanno lo

scopo di rafforzare la soggettività nel discorso del paziente, l'analista dirige la propria attenzione, e anche quella del paziente, sui fenomeni particolarmente insoliti, strani e particolari che non si inquadrano nel flusso dell'esperienza quotidiana. Argelander (1979) rimanda al caso di Dora (Freud, 1901, p. 338) dove solo «certe particolarità del suo modo di esprimersi» fornivano un'indicazione. Quando affermazioni organizzate secondo il processo primario e secondario coincidono, si realizzano manifestazioni definite «fenomeni di interferenza». Queste strategie portano a un'interruzione dell'attenzione uniformemente fluttuante e poi a uno stato di allerta e a una focalizzazione dell'attenzione (vedi oltre, cap. 9): la prontezza a percepire analiticamente diventa prontezza ad agire analiticamente. La ricerca euristica segue processi di pensiero interni che riconsiderano da punti di vista differenti le informazioni raccolte. L'analista prende in considerazione i modelli di lavoro specifici di ogni caso, individuali e generali, di cui dispone, e prepara un intervento.

Prenderemo ora in considerazione la configurazione teorica dei processi sottostanti. Partendo da una discussione del concetto di empatia, Paula Heimann (1969) arricchì la sua concezione dei processi cognitivi dell'analista con l'idea di tre stati funzionali, e si riferì ai suggerimenti di Greenson (1960) relativi a un modello di lavoro che l'analista concepisce per conto proprio. Ci sembra degno di nota che la Heimann abbia preso spunto per le sue osservazioni da una rassegna di Holt (1964) che riassumeva la situazione della psicologia cognitiva. Riteniamo che questo sia un punto di intersezione in cui è possibile riconoscere l'influenza della psicologia cognitiva sulla revisione della metapsicologia psicoanalitica. Lo sviluppo della psicologia cognitiva e della ricerca sull'intelligenza artificiale (Lindsay e Norman, 1977) ha portato a una notevole differenziazione del concetto di modello di lavoro di Greenson, che presenteremo seguendo la linea di Peterfreund (1975, 1983).

Molti concetti della psicoanalisi si basano su idee relative all'organizzazione della memoria. In psicologia cognitiva a questi sistemi strutturati dinamicamente ci si riferisce con i concetti di «mappe», «modelli», «rappresentazioni», «strutture cognitive», «schemi» o «argomenti». Peterfreund (1983) utilizza il concetto di «modello di lavoro». L'informazione che costruisce diversi modelli di lavoro deriva da tutti i dati che l'organismo ha selezionato e organizzato nel corso della sua vita. L'apprendimento può essere inteso come l'interscambio di modelli di lavoro. Sebbene i codici genetici innati costituiscano le basi di questi modelli, essi continuano a svilupparsi durante tutta la vita. I sistemi che costituiscono i modelli di lavoro possono essere concettualizzati con termini come «informazione», «elaborazione di dati» e «immagazzinamento di programmi». Quando un modello di lavoro viene attivato, la maggior parte dei suoi processi si svolgono a un livello preconsciouso.

È plausibile concepire un gran numero di modelli di lavoro che vanno da «una conoscenza generale del mondo» a «una conoscenza della storia della

vita personale»; è quindi utile differenziare «modelli cognitivi sulle rappresentazioni psicologico-evolutive» da un «modello di lavoro del processo terapeutico».

Questi modelli di lavoro non sono contenuti uno nell'altro come un gioco di bambole russe, ma devono essere concepiti come gli elementi di una struttura a rete con numerosi punti di intersezione, temporali e spaziali. Di solito l'analista lavora con questi modelli a un livello preconscious; essi funzionano probabilmente come gli «schemi» della psicologia cognitiva; sono immersi nel flusso dell'esperienza e nello stesso tempo determinano ciò che il soggetto farà proprio (Neisser, 1976):

Uno schema è quella parte del ciclo percettivo che si trova all'interno di colui che percepisce, modificabile dall'esperienza e in qualche modo specifico di ciò che viene percepito. Lo schema accoglie le informazioni disponibili sul piano sensoriale e viene modificato da queste informazioni. Guida i movimenti e le attività esplorative, che rendono disponibili ulteriori informazioni, e tramite queste viene nuovamente modificato.

La costruzione e la demolizione delle strutture esperienziali avvengono, nei diversi modelli di lavoro, con diversi ritmi e in diverse condizioni. I concetti astratti della metapsicologia sono stabili, perché non possono essere seriamente minacciati dall'esperienza. Invece i modelli di lavoro vicini all'esperienza vengono influenzati dalla verifica clinica. Lo sviluppo della teoria dell'isteria mostra chiaramente come Freud fu in grado di difendere in tutta la sua ampiezza il suo approccio concettuale solo sostituendo il trauma reale con il trauma della fantasia di seduzione (Krohn, 1978).

### 8.3 Mezzi specifici e aspecifici

#### 8.3.1 Punti di vista generali

Fin dall'inizio la psicoanalisi ha distinto differenti mezzi terapeutici. Di fatto il battesimo del metodo psicoanalitico avvenne limitando la *suggestione* e ponendo l'accento sull'*insight* e sul *ricordo* del paziente, supportato dall'interpretazione dell'analista. Nonostante qualche dubbio sul significato attribuito a concetti come «specifico» e «aspecifico» (Thomä, 1980; Cheshire e Thomä, 1987), è utile classificare i mezzi terapeutici all'interno di questa struttura di riferimento, piuttosto che nella contrapposizione tra relazione oggettuale e interpretazione.

Cinquant'anni fa è avvenuta in psicoanalisi una polarizzazione di cui ancora oggi si sentono gli effetti, che ha portato Cremerius (1979) a chiedersi: ci sono due tecniche psicoanalitiche? Questa domanda si riferisce alla contrapposizione fra *terapia dell'insight*, che pone un accento particolare sull'interpretazione, e *terapia dell'esperienza emozionale*, che attribuisce all'esperienza della relazione oggettuale la funzione terapeutica fondamentale. La polarizzazione risale alla

contrapposizione operata da Ferenczi e Rank (1924) tra un certo fanatismo interpretativo e l'efficacia terapeutica dell'esperienza, che, come «vissuto psicoanalitico», essi ritenevano superiore alla ricostruzione attraverso il ricordo. Ci sono molti indizi riguardo al fatto che la tecnica classica (vedi anche il tardo lavoro di Freud *Costruzioni nell'analisi*, 1937b) porti segni di reazione all'eccessiva accentuazione dell'esperienza emozionale.

All'inizio degli anni cinquanta l'esperienza emozionale cadde nuovamente in discredito, questa volta per via dell'uso manipolatorio dell'«esperienza emotiva correttiva» di Alexander, che nel 1937 era stato uno dei più severi critici di Ferenczi e Rank (Thomä, 1983a). Con l'introduzione da parte di Eissler (1953) del modello tecnico di base con il suo concetto guida di «parametro», le cose si complicarono ulteriormente. In seguito (vedi oltre, 8.3.3) daremo una spiegazione più precisa della terapia dell'insight centrata sull'interpretazione pura. In primo luogo è necessario richiamare l'attenzione sui problemi che riguardano tale contrapposizione. Un elemento della discussione era la pretesa che l'esperienza emozionale fosse particolarmente efficace nella correzione dei difetti preedipici, cioè quelli che hanno origine nella fase preverbale dello sviluppo. Così, in Balint si rileva il contrasto tra interpretazione, insight e relazione oggettuale. Parleremo più avanti (8.3.4) di questo. Anche la psicologia del Sé di Kohut si rifà allo schema dei disturbi di origine preedipica e edipica o, per dirla in breve, alla psicopatologia rispettivamente bi- o tripersonale.

Anche se il modo in cui Kohut intende la riparazione empatica dei difetti del Sé differisce moltissimo dalla terapia della carenza di Ferenczi, le due concezioni hanno in comune alcuni elementi, poiché si tratta, in entrambi i casi, del tentativo di compensare in qualche modo l'insufficienza delle cure materne. Dal momento che nella tecnica interpretativa pura si considera secondaria l'efficacia terapeutica del riconoscimento e della conferma e che interventi di questo tipo sembrano violazioni della regola dell'astinenza, per reazione l'empatia divenne un concetto generale per descrivere quel tipo di comprensione profonda, averbale e confermativa, che va al di là dell'interpretazione o che è addirittura anteriore o indipendente da essa.

Nello sviluppo della tecnica si arrivò, da ambo le parti, a trascurare e a sottovalutare la posizione opposta, con le relative conseguenze per la pratica. In una versione, la funzione terapeutica della conferma e del riconoscimento rientra in un fattore aspecifico, che si contrappone alle interpretazioni specifiche (Heigl e Triebel, 1977). Nell'altra allo sguardo silenzioso di narcisistica ammirazione viene assegnato il ruolo di modalità curativa dell'immagine danneggiata del Sé. Analogamente, a proposito di discussioni critiche sulle percezioni realistiche del «qui e ora», si confondono semplici processi di ritrovamento di nuovi valori, conoscenza e significati acquisiti mediante l'accordo interpersonale.

Evidentemente, la divisione tra fattori specifici e aspecifici può rivelarsi una strada senza uscita, se essi non si considerano nella loro azione reciproca. A seconda della situazione, un fattore che di solito è aspecifico e che fa parte dello sfondo silenzioso può diventare di primaria importanza in un determinato momento dell'interazione, fino ad acquisire un significato specifico. Questo cambiamento è facilmente comprensibile se si pensa all'inversione figura-sfondo nella psicologia della percezione.

Bibring (1937, pp. 30 sg.) assegnò allo sfondo silenzioso un effetto stabilizzante indipendente dalla tecnica interpretativa.

Anche se in un secondo momento queste paure possono trovare una soluzione analitica, vorrei tuttavia credere che l'esperienza della certezza della disponibilità a tutta prova dell'analista produce una stabilizzazione *immediata* del sentimento di sicurezza che non fu acquisito nell'infanzia, o che lo fu solo debolmente, forse a causa di una carenza di tale vissuto di certezza. Certamente, tale immediata stabilizzazione ha valore duraturo solo nel contesto del processo analitico, anche se in realtà non fa parte della terapia analitica.

Bleger (1967, p. 237) ha studiato la relazione figura-sfondo nella situazione analitica, definendola come

la totalità dei fenomeni compresi *nella relazione terapeutica* tra analista e paziente. Questa situazione comprende fenomeni che costituiscono un processo, ciò che studiamo, analizziamo e interpretiamo; include anche una cornice [setting] cioè un «non-processo», che sono le costanti nella cui struttura si dà il processo (...) Nella cornice includiamo il ruolo dell'analista, l'insieme dei fattori spaziali (ambientali), temporali e parte della tecnica (stabilire e mantenere orario, onorario, interruzioni programmate ecc.).

A Bleger interessa studiare la funzione del setting specialmente quando questo si mantiene «muto» cioè non contestato dal paziente, che lo accetta totalmente, e l'analista non ne fa oggetto di interpretazione. Si può obiettare che questa è una situazione ideale; «certo è che, a volte in modo permanente, altre in modo sporadico, la cornice si trasforma da sfondo di una *Gestalt* in figura, cioè in processo» (*ibid.*, p. 238). L'autore considera il carattere di sostegno della situazione di sfondo, costituita da due livelli: il primo come sfondo sul quale l'analista può riconoscere il processo, ossia l'elemento di cambiamento nella situazione, la premessa dell'attività interpretativa; il secondo come depositario delle fantasie di unione simbiotica con la madre, come dire una funzione stabilizzatrice al di là dell'interpretazione:

La cornice, in quanto costante, è decisiva rispetto ai fenomeni del *processo* della direzione della cura (i fenomeni osservabili nella situazione terapeutica). In altri termini la cornice è una *metadirezione* dalla quale dipendono i fenomeni che andiamo a riconoscere come direzioni. È un implicito, da cui però dipende l'esplicito.

La *metadirezione* funziona come ciò che Baranger e Baranger (1961-62) chiamano «il baluardo»: un aspetto che l'analizzando si guarda dal mettere in discussione, eludendo così la regola fondamentale; però la *metadirezione* che mi interessa analizzare *si completa con la regola fondamentale*, e ciò che interessa è proprio lo studio di tale completamento. Concordiamo con altri autori nel

segnalare la relazione analitica come relazione simbiotica; però, nei casi in cui *si completa* con la cornice, il problema si fonda sul fatto che la cornice in sé è la depositaria della simbiosi, e che quest'ultima *non sta nel processo* analitico in quanto tale. La simbiosi con la madre (l'immobilità del non-Io) permette al bambino lo sviluppo del suo Io; la cornice ha la stessa funzione: dà sostegno, struttura, ma la raggiungiamo, per ora, solo quando cambia o si rompe. Il «baluardo» più resistente, tenace e invisibile, diventa così ciò che si deposita nella cornice. (*Ibid.*, p. 240)

In altra sede (Thomä, 1981, p. 73) abbiamo rilevato che l'apporto dell'analista alla stabilizzazione della relazione non è estraneo alla terapia, ma è in relazione complementare con i mezzi specifici. Anche Strupp (1973, p. 35) ha sottolineato che i fattori specifici e aspecifici non sono variabili fisse e contrapposte, bensì interdipendenti.

### 8.3.2 Il ricordo e la ricostruzione

Cominciamo con l'effetto terapeutico del ricordo (Freud, 1919a, p. 45; corsivo nostro):

A rigore – e perché questo argomento non dovrebbe essere considerato con il massimo rigore possibile? – merita la denominazione di psicoanalisi corretta soltanto quel lavoro analitico che sia riuscito a sopprimere l'amnesia che cela all'adulto la conoscenza della propria vita infantile fin dal suo inizio (vale a dire all'incirca dal secondo al quinto anno di vita). È una verità, questa, sulla quale tra analisti non insisteremo mai abbastanza. I motivi che spingono a trascurare questo monito sono per la verità comprensibili. Si vorrebbero raggiungere risultati utili in un tempo più breve e con minor fatica. *Ma attualmente la conoscenza teorica è ancora*, per ciascuno di noi, *incomparabilmente più importante* del risultato terapeutico, e chi trascura l'analisi dell'infanzia non potrà che incorrere in errori di gravità enorme. Questa accentuazione dell'importanza delle esperienze più remote non implica una svalutazione dell'influsso di quelle più tarde; ma, mentre le impressioni di vita più tarde parlano nell'analisi con voce abbastanza alta per bocca del paziente, a favore dei diritti dell'infanzia dev'essere il medico ad alzare la voce.

Resta comunque oggetto di discussione determinare quali processi parziali della complessità dell'accadere devono essere considerati condizioni necessarie e quali invece condizioni sufficienti. Esiste, sia al di fuori che all'interno della terapia, un ricordare povero da un punto di vista affettivo, che non porta a cambiamenti. C'è anche l'abreazione emozionale che manda tutto in fumo. È chiaro che bisogna aggiungere qualcosa di importante al ricordo e all'abreazione per poter ottenere un effetto terapeutico. È forse la sicurezza che questa volta il vissuto traumatico patogeno sarà affrontato meglio che nella situazione traumatica originaria? Come riesce il paziente a diventare più sicuro di sé stesso, superando la mancanza d'aiuto, allo stesso modo di un sognatore che solo dopo molte ripetizioni riesce a padroneggiare finalmente i suoi sogni angosciosi? È forse la presenza di uno psicoanalista comprensivo, con cui il paziente si identifica, che gli infonde la forza aggiuntiva, consentendogli di usarlo come Io ausiliario? È sufficiente la comunicazione non verbale ma ricca di comprensione? È forse l'identificazione con lo psicoanalista e l'instaurarsi di un'al-

leanza di lavoro, ciò che ha suscitato nel paziente tanta sicurezza da rendere ora possibile il ricordo emotivo, senza che esso abbia necessariamente una connotazione terapeutica in senso stretto? Può essere forse che l'abreazione e il ricordo, prima di essere una condizione, siano fenomeni che accompagnano un decorso favorevole della terapia? Volendo valutare l'importanza terapeutica dell'insight nel processo psicoanalitico, ci troviamo di fronte a questa domanda: può essere che l'insight cada come un frutto maturo dall'albero della conoscenza e renda possibile di per sé il cambiamento? È chiaro che non è così, come ci mostra la necessità della rielaborazione.

Se si tratta di integrazione e di sintesi è importante che la regressione del paziente si muova in limiti tollerabili dall'Io; solo allora ci saranno le condizioni favorevoli per l'integrazione e la sintesi. È nostra opinione che non sia più sostenibile l'affermazione di Freud che la sintesi avviene per conto proprio dopo l'analisi. Noi siamo dell'idea che lo psicoanalista non dovrebbe mai perdere di vista l'obiettivo di creare le migliori condizioni possibili per facilitare al paziente l'integrazione e la sintesi.

Kris ha rilevato, nel suo lavoro sulla riscoperta dei ricordi dell'infanzia (1956b), che le ricostruzioni, nel migliore dei casi, riescono ad arrivare a un'approssimazione delle circostanze reali. L'idea di Kris che le interpretazioni non hanno lo scopo di evocare ricordi ha importanti conseguenze tecniche. Egli considera compito dell'interpretazione creare le condizioni più favorevoli per facilitare il ricordo. Tale facilitazione può aver luogo quando l'interpretazione riesce a creare una certa somiglianza tra la situazione attuale e quella passata. Kris distingue fra interpretazioni dinamiche, che si riferiscono a conflitti attuali, e interpretazioni genetiche, che si ricollegano agli impulsi arcaici o a fantasie inconscie primarie. Un obiettivo dell'analisi consiste nel creare un *continuum* che collega tra loro le interpretazioni genetiche e quelle dinamiche (Fine, Joseph e Waldhorn, 1971, p. 13). Questo tema riguarda anche l'interpretazione di transfert e la discussione sul «qui ed ora» e sul «là e allora» (vedi oltre, 8.4).

Il significato degli elementi rilevanti dell'atto di ricordare dipende probabilmente dallo stato particolare della funzione sintetica dell'Io. Dal momento che la trasformazione e la riorganizzazione dipendono dallo svolgersi dei processi affettivi e cognitivi e che questi, nonostante riguardino il passato, hanno luogo nel presente e sono proiettati nel futuro, è ovvio che, dopo gli importanti studi di Ferenczi e Rank (1924), si dia più peso al «qui e ora» dell'esperienza emozionale. Ciò nonostante, rispetto alla ricostruzione, se ne sottovaluta l'importanza. Il dibattito su questi temi ha tuttavia cause più profonde, e non è quindi possibile ricondurre tutto alla posizione di Alexander, il quale intendeva creare un'«esperienza emotiva correttiva» a fini di manipolazione.



La violenta reazione nei confronti dell'ingerenza di Alexander nello sviluppo della nevrosi di transfert non sarebbe comprensibile se non si trattasse di un problema centrale della teoria e della tecnica psicoanalitica, di cui ci occuperemo in seguito.

Al Congresso psicoanalitico internazionale di Helsinki, nel 1981, si è chiarito che alle diverse teorie dell'analista relative allo sviluppo infantile possono corrispondere differenti modalità di processo psicoanalitico. I quattro oratori principali, Segal (1982), Solnit (1982), Etchegoyen (1982) e Schafer (1982), sottolinearono tale interdipendenza. In particolare, Schafer ne ha tratto alcune conseguenze che utilizzeremo nella nostra argomentazione. La ricostruzione dei ricordi non diventa più veritiera solo perché lo psicoanalista è convinto che essi non dipendono dalla sua scelta teorica e non sono influenzati né dai suoi interventi né dal suo comportamento, manifestandosi in forma pura nel transfert. Avviene, al contrario, che le sue teorie e le sue azioni determinano gran parte del processo analitico, la cui caratteristica fondamentale va ricercata nella ricostruzione della patogenesi sulla base delle comunicazioni verbali e non verbali del paziente nel transfert e nella rivelazione dei ricordi. Dal momento che la ricostruzione idiografica, cioè la presentazione dei casi, si richiama alla teoria generale della nevrosi, la plausibilità di ogni ricostruzione dipende, tra i vari fattori, dal grado di validità che tali teorie generali possono vantare.

Nella tradizione freudiana, il modello archeologico fu decisivo per il processo psicoanalitico. Anche se lo psicoanalista deve risolvere problemi metodologici più difficili di quelli dell'archeologo, Freud credette che il problema fosse più facile per la psicoanalisi, dal momento che noi possiamo comunicare nel presente con il portatore, con la vittima dei danni che si originarono nel passato. Freud fece più volte, e in diversi punti, confronti con l'archeologia e con la ricerca sull'antichità classica. Come esempio riportiamo alcune sue affermazioni tratte dal *Disagio della civiltà* (1929, p. 562); l'ipotesi che «nella vita psichica, nulla può perire una volta formatosi, che tutto in qualche modo si conserva e che, in circostanze opportune, attraverso, ad esempio, una regressione che si spinga abbastanza lontano, ogni cosa può essere riportata alla luce» costituisce il punto di partenza per un confronto con lo sviluppo della Città Eterna. La sua vivida descrizione della nascita di Roma e il suo tentativo di raffigurarsi «il succedersi storico in termini spaziali» (*ibid.*, p. 569) gli permisero di arrivare agli elementi peculiari della vita psichica (p. 563):

Resta quindi assodato che soltanto nello psichico è possibile tale conservazione di tutti gli stadi anteriori accanto alla strutturazione finale, e che non siamo in grado di raffigurare questo fenomeno in termini visivi.

Forse portiamo questa ipotesi troppo innanzi. Forse dovremmo accontentarci di asserire che nella vita psichica il passato *può* essere conservato e non *necessariamente* va distrutto. È pur possibile

che, di norma o eccezionalmente, anche nell'ambito psichico qualcosa di ciò che è antico venga cancellato o assorbito al punto da non poter più con alcun mezzo essere restaurato o richiamato in vita, o che, in generale, la conservazione dipenda da certe condizioni favorevoli. È possibile, ma non ne sappiamo nulla.

Se si tratta di trovare nuove strade e nuove soluzioni, diventa di importanza centrale ciò che succede nel presente al paziente, e la ricostruzione del passato diventa in quest'ottica un mezzo per raggiungere un fine.

Freud rimase fedele all'idea della somiglianza tra il lavoro ricostruttivo dell'archeologo e quello dello psicoanalista, «se non fosse che l'analista opera in condizioni migliori, dispone di un materiale ausiliario più cospicuo (...) perché si occupa di qualche cosa che è ancora in vita e non di un oggetto distrutto» (1937b, p. 543). L'analista lavora quindi in condizioni più favorevoli (dell'archeologo), perché può contare sul «ripetersi di reazioni che traggono origine da epoche remote» e che diventano esplicite nel transfert (*ibid.*). Freud credette di poter partire dal fatto che nell'inconscio tutto ciò che è essenziale si conserva, è solo sotterrato e al momento inaccessibile all'individuo.

Oggi si sa, rispetto all'affidabilità delle ricostruzioni, che ciò che prima si considerava un vantaggio, cioè che l'analista avesse a disposizione qualcosa di «vivo», crea in realtà considerevoli complicazioni. È fuor di dubbio che l'idea di come un oggetto possa avere delle somiglianze con altri oggetti dipende dal fatto che l'archeologo ha nella propria testa le varie parti e che la totalità risultante è una prova convincente della validità di tale idea. Le componenti inanimate non possono dire la loro, ma sono adottate per la costruzione e per riempire i vuoti. Invece, per lo psicoanalista è il paziente che ha l'ultima parola, e la ricostruzione non è di per sé lo scopo. «L'analista porta a termine un brano della costruzione, lo comunica all'analizzato affinché produca su di lui i suoi effetti» (*ibid.*, p. 544).

Si tratta quindi di mettere d'accordo le idee di due persone, senza che la riproduzione riuscirà di un processo di sviluppo mentale interrotto richiami qualche configurazione (*Gestalt*) antica. Inizialmente si scopre un contesto di senso. Ma le parti che l'analista mette in relazione e unisce tramite le associazioni, sono mai arrivate a costituire in passato una totalità? È stata conservata l'idea di questa totalità nell'inconscio del paziente, o forse usiamo tali ricordi per rendere possibili dei cambiamenti nel presente? Il modello archeologico unisce ricostruzione e riproduzione del passato con la cura.

A tale riguardo, l'analogia di Freud (1904, p. 432) con la scultura, intesa come modello di terapia, contiene un altro principio, che è quello del cambiamento creativo. Resta comunque importante conoscere le regolarità secondo cui si pietrificano le formazioni psichiche. Ma quando si tratta di cercare altre soluzioni e di trovare nuove strade, il punto centrale torna a essere ciò che succede al paziente nel presente. Freud introdusse il modello della scultura per porre un confine tra psicoanalisi e tecnica suggestiva. Il confronto tra il lavoro

del pittore e quello dello scultore servì per rappresentare il modello terapeutico della psicoanalisi:

La pittura, dice Leonardo, opera *per via di porre*: essa applica cioè piccole masse di colore là dove prima non c'erano, sulla tela incolore; la scultura per contro procede *per via di levare*, ossia toglie dal blocco di pietra quel tanto che copre la superficie della statua da esso contenuta. In maniera del tutto analoga, Signori, la tecnica della suggestione cerca di agire *per via di porre*, non curandosi della provenienza della forza e del significato dei sintomi patologici, ma sovrapponendovi qualcosa, vale a dire la suggestione, dalla quale essa si attende che sia abbastanza forte da impedire all'idea patogena di manifestarsi. La terapia analitica, invece, non vuol sovrapporre né introdurre alcunché di nuovo, bensì toglier via, far venir fuori, e a tale scopo si preoccupa della genesi dei sintomi morbosi e del contesto psichico dell'idea patogena che mira ad eliminare.

Loewald (1960, p. 18) interpreta questo paragone nei seguenti termini: in analisi si manifesta la forma genuina quando rimuoviamo le distorsioni nevrotiche. Come lo scultore, necessitiamo di un'immagine, anche se rudimentale, di ciò che deve emergere. Di fatto, l'analista non riflette solamente le distorsioni di transfert. Le sue interpretazioni contengono aspetti della realtà che il paziente comincia a cogliere insieme alle interpretazioni di transfert. Questa realtà è trasmessa al paziente come se si trattasse di eliminare le deformazioni con uno scalpello, o, come Freud disse usando un'espressione di Leonardo da Vinci, «per via di levare», come nella scultura, e non «per via di porre», come nella pittura. Una scultura viene creata togliendo materiale; un quadro nasce mettendo qualcosa sulla tela.

Il lettore attento avrà notato che Loewald applica il paragone di Freud nel contesto della rielaborazione del transfert. La domanda centrale è in relazione con la qualità e la fonte di ciò che è nuovo. Nella scultura non si trova nessuna forma precedente nella pietra, o comunque neanche una forma simile a quella che potremmo immaginare a partire dalla forma finale. Tutto parte dall'idea dello scultore. La situazione è diversa per lo psicoanalista, che trova qualcosa quando entra in contatto con l'inconscio, e intervenendo in esso ne cambia la forma precedente (*Gestalt*), cioè come questa appare e si offre (in «superficie», verso l'esterno e verso l'interno). Le «idee» e le «immagini» dell'analista e il modo di comunicarle portano alla trasformazione.

I due modelli di paragone con la terapia (scultura e archeologia) hanno una base in comune nelle prefigurazioni inconsce. Si differenziano in quanto lo psicoanalista, come lo scultore, ha un'influenza molto maggiore nella formazione della figura di quanta ne abbia invece l'archeologo con il suo materiale. Dal momento che entrambi i confronti calzano, bisogna mettere in chiaro che lo psicoanalista contribuisce in maniera genuina alle trasformazioni e alle nuove configurazioni. Lo scultore e l'archeologo ritrovano la loro affinità nelle idee, che come prefigurazioni preconsce organizzano il materiale. Il margine di libertà delle idee è però molto diverso: il blocco di marmo non ha alcuna forma; il vaso che è andato in mille pezzi ha una configurazione preesi-

stente. Lo psicoanalista è un artista *sui generis*: il materiale che trova è già formato, ma non è pietrificato.

È affascinante scoprire che nei processi psichici, accanto alla configurazione finale, vi sono anche tutti gli stadi precedenti. La regressione naturale che avviene durante il sonno facilita nel sogno l'emergere di immagini di ricordi di periodi dimenticati da tempo, immagazzinati nella memoria a lungo termine. Gli elementi apparentemente astorici sono quelli che contengono fissazioni a cui si ritorna durante la regressione. Dalle fissazioni a stadi precedenti nascono forti motivazioni per la formazione di sintomi e per comportamenti stereotipati. La coazione a ripetere e la rigidità tipica di alcune strutture di carattere ci forniscono le descrizioni che conducono a spiegazioni genetiche, se siamo in grado di stabilire la relazione tra stadi precedenti e configurazione finale.

La psicoanalisi si è occupata particolarmente della ricostruzione delle condizioni che portano alla malattia, arrivando sempre alla preistoria, cioè alla prima infanzia. Il «fantasticare retrospettivo» e l'effetto di significazione retroattivo del dopo sul prima (*Nachträglichkeit*) rimane il problema terapeutico e scientifico più spinoso della psicoanalisi.

### 8.3.3 *Intervento, reazione e insight*

Ristabilire le «connessioni spezzate» (A. Freud, 1936) è l'obiettivo fondamentale della psicoanalisi, e le interpretazioni dell'analista facilitano la sintesi. Perciò la tecnica psicoanalitica classica si caratterizza per l'uso dell'interpretazione come mezzo essenziale. Se l'analista fa qualcosa, se spiega al paziente una regola o resta in silenzio, emette un «hm» pieno di sentimento o privo di significato, la sua stessa presenza ha degli effetti, anche se si tratta di una presenza decisamente discreta. È utile capire che per intervento si deve intendere tutto ciò che lo psicoanalista apporta al processo analitico e in particolare il suo contributo alla formazione dell'insight. Fra i diversi tipi di intervento, le interpretazioni occupano una posizione preminente da un punto di vista qualitativo: a esse viene riservata, nella tecnica psicoanalitica, una posizione particolare. A tale riguardo, condividiamo l'entusiasmo di un paziente che una volta disse: «Quando si stabiliscono tali connessioni, allora ho l'impressione che un giorno potrò dire: okay, addio, io sono sano!»

Che cosa costituisce un'interpretazione? Perché l'analista interviene in un determinato momento? Come valutiamo l'efficacia delle nostre interpretazioni? Quando pensiamo che un intervento è stato efficace, in che modo possiamo spiegarne l'effetto? Queste domande chiariscono che non arriveremo molto lontano nell'esame delle interpretazioni o di altri interventi senza considerare le reazioni del paziente, il che ci porta al tema dell'insight. Come possiamo distinguere l'insight da altre reazioni? Possiamo classificare le diverse forme di reazione? Che cos'è l'insight e che ruolo svolge nel processo terapeutico? (Fine e Waldhorn, 1975, p. 24). Queste domande non possono essere evitate

quando si tratta di esaminare le interpretazioni (Thomä e Houben, 1967; Thomä, 1967). Per orientarci meglio ci riferiremo in primo luogo in generale alle variazioni tecniche come interpretazione di transfert e di resistenza, interpretazioni profonde ecc. (Loch, 1965b). Freud (1937b) differenziò nell'interpretazione le parti isolate del materiale del paziente, per esempio un atto mancato o un sogno, e la ricostruzione di un evento importante nel passato del paziente, proponendo per quest'ultima il termine «costruzione».

Solo brevemente desideriamo parlare della divisione delle interpretazioni tra «preparazione» (Loewenstein, 1951), «confronto» (Devereux, 1951) e «chiarificazione» nel senso di Bibring (1954). Quanto più completo è il protocollo di una seduta, tanto più facile è riconoscere che tipo di interpretazioni un analista predilige in un caso particolare o in senso assoluto. Le trascrizioni di sedute registrate permettono studi dettagliati a ricercatori indipendenti. Dal momento che alle interpretazioni di transfert si attribuisce, giustamente, l'efficacia terapeutica più importante, e dal momento che ciò suscita particolari problemi, ne discuteremo in dettaglio in seguito (vedi oltre, 8.4).

Nelle interpretazioni dell'analista possiamo distinguere diversi aspetti: grazie a esse, l'analista riunisce le associazioni del paziente in un contesto inconscio e preconscious. È utile distinguere i diversi ordini di problemi: come nasce un'interpretazione? come funziona? come si riconosce la sua esattezza? Forse dal reciproco combinarsi dell'associazione e dell'interpretazione è possibile trovare la chiave dell'*esattezza* dell'interpretazione, il che significherebbe riuscire a capire la connessione tra la riflessione dell'analista, la formulazione dell'interpretazione, l'obiettivo e l'efficacia dell'interpretazione. Da qui in poi ci troviamo a un livello accessibile a tutti, dove quindi è possibile trarre delle conclusioni riguardo alle inesattezze. Così, *indirettamente*, si scopre qualcosa sull'origine dell'interpretazione, e si può presumere che in questa maniera indiretta sia possibile apprendere qualcosa, in particolare su processi conflittuali dell'analista (per esempio causati da un controtransfert intenso). Sapere come nasce una singola interpretazione, se prevalentemente dal basso, tramite un'intuizione inconscia o preconscious, oppure dall'alto, tramite la deduzione teorica, non dà alcun indizio sulla sua esattezza.

Dal momento che le interpretazioni sono lo strumento di intervento più importante dell'analista, diventa decisivo comprendere come queste vengono accolte dal paziente. Susan Isaacs (1939, pp. 153 sg.) ha analizzato le reazioni del paziente di fronte alle interpretazioni, utilizzandole come criterio per la loro esattezza ed efficacia. Il suo decalogo può essere un valido aiuto per orientarsi:

1. Il paziente può dare verbalmente il suo consenso (...)
2. Il paziente può continuare a elaborare consciamente le proprie idee o il loro significato, facendo rilevare una sua cooperazione cosciente e una partecipazione affettiva appropriata.
3. Il paziente può formulare delle associazioni che, per la loro specificità, confermano l'interpretazione (...)

4. Può verificarsi un cambiamento nelle associazioni e nell'atteggiamento [del paziente]. L'interpretazione può essere rifiutata, consciamente, in modo tale da segnalarne invece una conferma; ad esempio quando emergono sentimenti di colpa o paure, che possono nascere solo se l'interpretazione è stata corretta.
5. Il paziente può portare il giorno seguente un sogno che contenga o che elabori ulteriormente la fantasia inconscia, rendendola più chiara, o l'intenzione che era stata interpretata. Può succedere anche che, immediatamente dopo l'interpretazione, il paziente racconti un sogno di cui non aveva ancora parlato (...)
6. Con l'interpretazione di desideri inconsci attuali, possono emergere ricordi di esperienze passate reali in relazione con i desideri attuali, rendendoli intelligibili.
7. Possono essere ammesse dal paziente reali difficoltà di vita, che per un certo periodo non erano state prese in considerazione dal paziente stesso, ma che ora vengono accettate o rilevate spontaneamente (...)
8. Una delle conferme più importanti per l'esattezza di una specifica interpretazione è la riduzione dell'ansia, che può manifestarsi in diversi modi; ad esempio attraverso il rilassamento muscolare, l'attenuarsi di movimenti stereotipati, la modificazione del tono della voce (...)
9. La risoluzione dell'ansia si nota anche nelle associazioni del paziente, che possono mostrare che la globalità della fantasia inconscia è cambiata con l'emergere di nuovo materiale come risultato dell'interpretazione corretta.
10. Questi cambiamenti nell'intensità e nella direzione dell'ansia raggiungono la loro maggiore significatività nella situazione di transfert. In realtà è ciò che avviene in tale situazione che ci darà la prova più convincente della correttezza della nostra interpretazione. Un'interpretazione esatta può cambiare l'immagine fantasmatica dell'analista, da una figura pericolosa a una che invece è pronta a prestare il suo aiuto (...). Se l'interpretazione è stata adeguata e veritiera, le fantasie si dispiegheranno con maggiore ricchezza e i ricordi si muoveranno più liberamente.

Sebbene questi criteri apportino indicazioni sull'esattezza delle interpretazioni, non è lecito tuttavia considerarli di per sé come prove (Thomä e Houben, 1967). Secondo la Isaacs (1939, p. 155) per le interpretazioni il cui obiettivo è la ricostruzione di sentimenti e azioni passate valgono, inoltre, le seguenti regole cliniche:

- a) emergono nuovi ricordi, che non erano emersi o che erano stati dimenticati;
- b) tali ricordi possono confermare l'interpretazione in maniera immediata o costituire un nuovo esempio dello stesso tipo, o ancora mettersi in relazione con le nostre inferenze tramite la storia della vita o da un punto di vista psicologico;
- c) possono emergere nuove associazioni che rendono intelligibili alcuni ricordi ed esperienze dimenticati;
- d) le conferme possono provenire anche da fonti esterne, ad esempio da amici e conoscenti. Tali conferme esterne non sono necessarie per il lavoro analitico in sé, ma sono utili invece da un punto di vista scientifico, come prove addizionali e indipendenti.

Il problema della convalida dell'esattezza dell'interpretazione, in funzione della reazione del paziente, si riferisce al suo contenuto semantico. Tuttavia, nel lavoro analitico, le parole hanno anche un valore concreto al di là del loro contenuto manifesto. Più di trent'anni fa Luisa Alvarez de Toledo scrisse (1956, pp. 503 sg.):

A livello più profondo, al di sotto del livello conscio, l'attività verbale ha il valore di atti concreti: orali, anali, fallici e genitali, che l'analizzando verifica sull'analista o sulle proprie parole o su

quelle dell'analista, parole che a questo livello hanno il valore di oggetti concreti. In questa situazione, le parole, invece di essere uno strumento di collegamento con l'analista come oggetto, diventano oggetto in sé, che l'analizzando espelle o incorpora, sovrapponendo all'immagine dell'analista i propri oggetti interni, e le parole sono come oggetti mediatori che uniscono e separano nello stesso tempo.

È possibile obiettare che questa affermazione è valida solo nel caso di pazienti molto disturbati. Tuttavia, sebbene ciò sia accertato, la verità è che, se accettiamo la polisemia delle parole e delle proposizioni, nel dettaglio è difficile stabilire, nell'ambito dei molteplici possibili significati di ciò che diciamo, quale significato è stato scelto e compreso dall'analizzando. Inoltre quest'ultima condizione complica ancora di più il problema della convalida dell'interpretazione. Riguardo a ciò Baranger, Baranger e Mom sostengono (1983, p. 7):

Ciascuna interpretazione, in chi la pronuncia e in chi l'ascolta, è necessariamente polisemica. Sarebbe un grave errore (commesso frequentemente) pensare che la precisione dell'interpretazione, precisione indispensabile per qualunque enunciato scientifico (...) ci permetta di evitare le confusioni implicite nella polisemia degli enunciati.

Le nostre osservazioni introduttive relative ai mezzi specifici e aspecifici contengono i fondamenti per attribuire all'interpretazione un ruolo particolare nella tecnica psicoanalitica. D'altro canto vediamo l'interpretazione in una mutua interazione con lo sfondo aspecifico, che in determinati momenti della terapia può assumere una posizione di primo piano e avere un'efficacia speciale. A ciò si deve la distanza che ci separa dal purismo interpretativo di Eissler, che introdusse il «modello tecnico di base» con l'intenzione di mettere in rilievo, tra la moltitudine di variabili che caratterizzano e condizionano il processo analitico e la cura, *la* variabile psicoanalitica decisiva e originaria. Facciamo nostra questa dichiarazione, perché anche noi ci mettiamo tra gli analisti che credono che «l'interpretazione è l'intervento più potente e più importante a nostra disposizione» (Eissler, 1958, p. 181).

Ma Eissler va oltre. Secondo la sua opinione la tecnica psicoanalitica classica è una terapia «in cui l'interpretazione rimane lo strumento *esclusivo*, più importante o prevalente» (*ibid.*, p. 188; corsivo nostro). Nella forma più pura, questa tecnica non esiste da nessuna parte, «nessun paziente è stato mai analizzato con una tecnica nella quale siano state usate soltanto delle interpretazioni» (*ibid.*, p. 198). Tutti gli psicoanalisti si muovono sempre vicino (*para*) alla misura (*metro*) originaria: l'interpretazione. Eissler introdusse il concetto di *parametro*, che deriva dalla matematica, dove il termine è utilizzato per descrivere valori in equazioni che, o restano sconosciuti, o sono lasciati costanti o sembrano *vicini alle vere variabili*. Tutto ciò che devia dall'interpretazione, intesa come la vera variabile psicoanalitica, è quindi un parametro.

Secondo Eissler (1953, pp. 9 sg.) le condizioni della tecnica del modello di base sono rispettate quando un parametro soddisfa quattro criteri:

1) Un parametro deve essere introdotto soltanto quando è dimostrato che la tecnica del modello di base non è sufficiente; 2) il parametro non deve mai oltrepassare il minimo inevitabile; 3) un parametro deve essere utilizzato soltanto quando esso porta, alla fine, alla propria autoeliminazione: in altri termini, la fase finale del trattamento deve sempre procedere con parametro zero; 4) l'effetto del parametro sulla relazione di traslazione non deve mai essere tale da non poter essere abolito con l'interpretazione.

Nello stesso lavoro Eissler riferisce altri due parametri, che possono risultare indispensabili nella terapia degli schizofrenici o dei nevrotici gravi: la *costruzione di obiettivi* e la *riduzione della sintomatologia*. Questi due parametri non soddisfano più i quattro criteri citati. Applicandoli, l'analista abbandona il modello tecnico di base, irreversibilmente. In senso stretto, anche le interpretazioni portano con sé un fine, cioè una costruzione di obiettivi; così la tecnica purista è in realtà impura. Eissler mise in rilievo le caratteristiche di ciò che egli chiama un parametro, in riferimento alle deviazioni dal modello tecnico di base che Freud realizzò in considerazione della struttura di personalità e dei sintomi di un paziente (l'uomo dei lupi). Il primo dei quattro criteri menzionati rispetto al parametro, Eissler lo illustrò attraverso gli interventi attivi di Freud nella terapia di pazienti fobici.

Che il modello tecnico di base, nella storia della psicoanalisi, abbia causato più problemi di quelli che ha risolto, dipende dal fatto che non si tenne sufficientemente presente il contesto globale. La prospettiva restrittiva che deriva da questa tecnica fece sì che, da allora, la pratica fosse considerata come *doveva* essere considerata. Dal momento che, come lo stesso Eissler ammise (1958), non era ancora stata scritta un'esposizione sistematica dell'ermeneutica psicoanalitica, con il modello tecnico di base fu messo nelle mani dell'analista uno strumento di uso esclusivo, che deve sporcarsi quando lo si usa, e la cui tecnologia ermeneutica può essere sistematicamente acquisita solo dopo che la funzione terapeutica giunge a occupare un ruolo centrale. Il purismo interpretativo può impedire la nascita di un'atmosfera terapeutica favorevole: all'insight mancherà la profondità affettiva.

Il concetto di insight da un lato è centrale per la teoria psicoanalitica: questa reclama a sé, a differenza di altre forme di terapia, la capacità di ottenere i cambiamenti per mezzo dell'insight. L'interpretazione, come mezzo terapeutico fondamentale, si rivolge alla capacità del paziente di ottenere modificazioni dei suoi disturbi tramite l'insight.

D'altro canto l'insight è stato sempre più contrapposto, negli ultimi anni, all'effetto curativo della relazione terapeutica. Le riserve nei confronti del ruolo leader dell'insight vengono da due campi diversi: nella scuola di Kohut si riscontra un certo scetticismo verso il concetto di insight, perché esso è legato in modo inscindibile alla teoria del conflitto psichico; inoltre i fattori curativi della teoria della psicologia del Sé vincolano la cura in maniera decisiva all'interiorizzazione della comprensione empatica dello psicoanalista. L'altra



riserva si deve alla subordinazione del concetto di insight alla psicologia uni-personale, nella cui valutazione critica esso viene sostituito dall'accentuazione dell'effetto terapeutico della relazione (Appelbaum, 1975, 1976; Eagle, 1984). Questo succede per via dell'azione curativa della scoperta di un «nuovo oggetto», dell'interiorizzazione delle funzioni dell'analista o dell'apprendimento che deriva dalla nuova relazione (Loewald, 1960; Thomä, 1981).

Tra il gran numero di autori che continuano a credere fermamente al concetto di insight esistono notevoli discussioni su questioni sostanziali, che hanno reso impossibile finora arrivare a una definizione univoca. La definizione del *Glossary of Psychoanalytic Terms* è per molti versi insoddisfacente: l'insight è qui definito «l'esperienza soggettiva o la conoscenza soggettiva, acquisita durante la psicoanalisi, dei contenuti e dei conflitti patogeni prima inconsci» (cit. in Blacker, 1981, p. 659).

Se si considerano le diverse definizioni esplicite e implicite del concetto di insight contenute nella vasta letteratura sull'argomento, esso risulta influenzato da almeno tre punti di vista diversi:

1. In Freud l'insight è collegato alla scoperta della realtà inconscia (Bush, 1978). L'insight sembra essere, in tale contesto, la capacità di spiegare il comportamento presente sulla base di accadimenti passati, come esposto da Fisher e Greenberg (1977, p. 350). L'insight si riferisce a «conflitti patogeni inconsci dell'infanzia e alle loro conseguenze e derivati successivi» (Blum, 1979, p. 44). Se nella terapia o nella ricerca l'insight viene definito in questo modo, deve essere dimostrato a parte che la conoscenza dei processi inconsci è collegata realmente a un effetto curativo.

2. Nella maggior parte degli esempi forniti dai vari autori, il divenire conscio di ciò che prima era inconscio è inteso con significati diversi. Frequentemente, diventare coscienti implica dare nuovi significati ai contenuti psichici. Blum (1979) cita in questo contesto la definizione di insight del *Webster's Dictionary*: penetrare e capire la natura intima delle cose. Noy (1978) pone in risalto il collegamento tra insight e creatività.

3. Già il fatto che Freud lamentò che l'insight terapeutico e il cambiamento terapeutico desiderato talvolta non vadano di pari passo ha portato al tentativo di restringere il concetto di insight e di vincolarlo al cambiamento terapeutico; tale cambiamento deve però essere provato da comportamenti o azioni concrete. In tale contesto il concetto di insight si lega strettamente con il comportamento e le azioni.

L'accanita discussione sul fenomeno degli *pseudo-insight* ha rafforzato la tendenza degli analisti a non considerare come prototipo di insight quei particolari momenti in cui l'esperienza di «Ah, ecco!» del paziente risolve problemi importanti. Una guida in questa direzione è diventato il lavoro in cui Kris (1956a) descrisse l'insight nell'ambito dell'«ora analitica buona» e lo considerò come un processo. Kris corresse in questo lavoro il cammino che era già stato

tracciato da Freud in *Ricordare, ripetere e rielaborare* (1914a). Freud pensava che l'insight fosse l'atto cognitivo decisivo e che la rielaborazione lo seguisse, mentre per Kris insight e rielaborazione sono intimamente connessi e fanno parte del processo terapeutico fin dall'inizio.

Il lavoro di Kris sottolinea inoltre la tendenza a unire il concetto di insight non solo con il contenuto ma anche con l'accesso dei pazienti ai propri pensieri. Mentre Strachey (1934) definì con decisione il modo in cui il paziente deve considerare l'analista perché un'interpretazione abbia carattere mutativo, autori come Reid e Finesinger (1952), Richfield (1954), Kris (1956a) o Hatcher (1973) descrivono minuziosamente l'accesso che i pazienti hanno ai loro pensieri durante le fasi di insight. Si deve però chiarire che nella contrapposizione tra insight e accesso del paziente ai propri pensieri si tratta di fenomeni molto diversi anche se in relazione tra loro. La parola insight si riferisce al fatto che un qualsiasi contenuto mentale viene considerato in maniera differente. L'analista, tuttavia, *non* può osservare direttamente il momento del cambiamento interno in un paziente: questo può solo essere dedotto indirettamente. Quando si parla di un cambiamento nell'accesso, sarebbe meglio parlare di «vedere dentro» (*einsehen*) piuttosto che di insight (*Einsicht*). Tale distinzione, tra l'azione e la sostanziazione, potrebbe risolvere la vecchia questione se l'insight debba essere considerato il motore o il risultato del processo terapeutico. Un cambiamento considerato alla stregua di un accadimento puntuale indica un risultato, mentre «vedere dentro» e «cambiare» caratterizzano un processo.

La discussione sugli pseudo-insight portò rapidamente a correggere l'idea che il cambiamento si raggiunge solo con mezzi cognitivi. Fenichel (1941) si arenò sulla polarità tra sentire e pensare. In quasi tutti gli autori che si sono occupati del concetto di insight si trova l'idea che rispettivamente il «vero» insight e il guardarsi dentro si possono collocare tra il polo emozionale e quello intellettuale. Differenze si riscontrano nella descrizione di entrambi i poli: Reid e Finesinger (1952) li descrivono come emozioni e cognizioni; Richfield (1954) descrive invece due diverse forme di conoscenza. Valenstein (1962) si riferisce, a proposito dell'emozionalità, alla parola tedesca *Erlebnis* («vis-suto»). E infine Hatcher (1973) distingue l'autosservazione «viva» (*experiencing*) da una più riflessiva.

Il processo di insight è descritto in relazione con un atto di integrazione che contiene la possibilità di nuove soluzioni e così anche di cambiamento e di creatività. I percorsi dell'integrazione possono essere intesi in modi diversi. Per Kris (1956a), come anche per Reid e Finesinger (1952), ciò che si integra è costituito da determinati *contenuti* psichici. Kris descrive questo processo come la funzione integratrice dell'Io e ne discute la relazione con la funzione sintetica dell'Io di Nunberg (1930). Anche Myerson (1965) considera la reintegrazione nel contesto della funzione sintetica dell'Io. Autori come Pressman (1969) e Valenstein (1962) preferiscono parlare di un *accesso* specifico, cioè in-

tegrale, ai contenuti di pensiero. La differenza sembra insignificante a prima vista, ma sottolinea due diverse possibilità di concepire l'integrazione: essa si può intendere come l'unione di entità psichiche, ma anche come un'attività che unifica un determinato contenuto psichico, fino a quel momento scisso in aspetti separati, da un punto di vista più ampio. Scharfman (cit. in Blacker, 1981) accentua la funzione integrativa: l'insight nel processo psicoanalitico è «l'azione che permette di gettare dei ponti tra diversi livelli mentali».

Se si intende l'insight come attività psichica integrativa, diventa possibile spiegare i punti di intersezione tra il concetto psicoanalitico di insight e i diversi risultati sperimentali sul suo conseguimento: troviamo attività integratrici, ad esempio, nell'unificazione di diverse entità psichiche sotto un punto di vista più ampio, nei diversi campi dell'attività mentale. Le peculiarità dell'attività integratrice nel processo analitico dell'insight si riscontrano nel fatto che i diversi livelli psichici, nel senso di Scharfman, si trovano in una relazione di reciproca opposizione. L'integrazione di livelli opposti di pensiero è un'attività psichica particolare che presuppone il dominio di uno stato di tensione. L'integrazione delle forme «vissute» e intellettuali di accesso ai propri processi interni è un punto fondamentale della letteratura psicoanalitica sull'insight e si differenzia dagli esperimenti di insight della psicologia cognitiva, dal momento che nella prima l'accesso «vissuto» e quello intellettuale sono in una relazione di mutua opposizione, e quindi sono considerati capaci di generare conflitti.

#### 8.3.4 *Nuovo inizio e regressione*

Balint (1968) mise in relazione la sua teoria dell'origine delle malattie psichiche e psicosomatiche con il concetto tecnico di «nuovo inizio». Il nuovo inizio e il difetto fondamentale sono due facce della stessa medaglia: il «nuovo inizio» è un concetto terapeutico e il «difetto fondamentale» è un concetto esplicativo. Balint considera il difetto fondamentale una condizione necessaria per una malattia psichica o psicosomatica grave. Il nuovo inizio si riferisce in definitiva a tutti quei processi che si possono osservare nell'eliminazione o inattivazione delle condizioni che causano la malattia, cioè nella risoluzione del difetto fondamentale. I due concetti implicano una teoria della genesi e del trattamento delle malattie psichiche (Thomä, 1984).

Il difetto fondamentale appartiene all'ambito del primo rapporto madre-bambino. Nel bambino piccolo non ci sono ancora conflitti intrapsichici, che sono legati invece alla relazione edipica triadica. Il difetto fondamentale viene descritto da Balint come un difetto della struttura psichica, nel senso di una mancanza. Partendo dalla teoria del difetto fondamentale vengono spiegate le nevrosi, le caratteropatie e forse anche le psicosi e le malattie psicosomatiche come sintomi con la medesima etiologia. Dal momento che ogni essere umano sperimenta tale carenza primitiva di base, essa può essere considerata una condizione necessaria per tutte le malattie.

Troviamo l'ipotesi della carenza in numerose teorie psicoanalitiche. La somiglianza fra queste teorie sta nel fatto che esse spostano l'origine della carenza a una fase preedipica precoce. Se la tecnica psicoanalitica si limita all'interpretazione dei conflitti intrapsichici, essa è inapplicabile dove tali conflitti non sono ancora presenti. Così appare chiaro perché la comprensione empatica preverbale e il vissuto averbale diventano il punto centrale nel trattamento degli stati carenziali. Il ricordo e l'insight, attraverso l'interpretazione, assumono un aspetto di secondo piano come mezzi terapeutici, rispetto all'esperienza. L'equilibrio tra insight ed esperienza emozionale, i due componenti principali del processo terapeutico, si sposta a favore di quest'ultima.

Secondo Balint, il nuovo inizio si ottiene con la *regressione* nella situazione psicoanalitica, anche se non si tratta certo di un processo che avviene naturalmente (Loch, 1963). Balint (1968, p. 276) ci ricorda che

la regressione è un fenomeno non solo intrapsichico, ma anche interpersonale: gli aspetti interpersonali sono decisivi per il suo impiego terapeutico. Per capire appieno il significato della regressione, e per poterla affrontare nella situazione analitica, è importante tenere presente che la forma assunta dalla regressione dipende solo in parte dal paziente, dalla sua personalità e dalla sua malattia: in parte dipende anche dall'oggetto; di conseguenza dev'essere considerata come *uno* dei sintomi dell'interazione tra paziente e analista. Questa interazione ha almeno tre aspetti: il modo *a*) in cui la regressione è riconosciuta dall'oggetto; *b*) in cui viene accettata dall'oggetto; *c*) in cui l'oggetto risponde.

Si tratta ora di considerare in che rapporto sta il nuovo inizio con quegli stati regressivi che vanno al di là dei traumatismi, e che Balint ha descritto nell'ambito della psicologia delle relazioni oggettuali. Queste condizioni sono inaccessibili alle associazioni e interpretazioni. Il mezzo terapeutico complementare più importante

consiste nell'aiutare il paziente a sviluppare nella situazione analitica un rapporto primitivo che corrisponda al suo modello compulsivo, e a mantenerlo in una pace imperturbata finché non sia in grado di scoprire la possibilità di nuove forme di rapporto oggettuale, sperimentarle e metterle alla prova. Dato che il difetto fondamentale, fino a che rimane attivo, determina le forme di rapporto oggettuale a disposizione del singolo individuo, uno dei compiti indispensabili del trattamento è quello di disattivare il difetto fondamentale, creando le condizioni in cui possa cicatrizzarsi. Per raggiungere questo scopo bisogna concedere al paziente di regredire fino alla situazione, cioè alla particolare forma di rapporto oggettuale, che ha causato l'originario stato di deficit, o anche a uno stato anteriore. (p. 294)

Questo stato deficitario non può essere «analizzato» fino a una totale scomparsa: una cicatrice resterà sempre in ogni caso. È evidente che la descrizione dell'atteggiamento auspicabile che dovrebbe assumere l'analista per poter compensare lo stato deficitario dipende dalla comprensione teorica delle crisi che precedono o che accompagnano il difetto fondamentale.

Le vivide immagini di Balint, di permeabilità, mescolanza e armonia fetale, gli permettono di postulare l'anelito inconscio al recupero dell'unità. Per dimostrare l'esattezza della sua teoria Balint afferma (p. 196):

Se la mia teoria è corretta, in tutti i trattamenti analitici in cui è possibile regredire oltre un certo punto dobbiamo aspettarci di trovare questi tre tipi di relazioni oggettuali: *la più primitiva, armoniosa e completa mescolanza, l'aggrapparsi di tipo ocnofilo agli oggetti e la preferenza di tipo filobatico per gli spazi privi di oggetti.*

Questi fenomeni non sono di per sé discutibili. Senz'altro sono poche le persone a cui è estranea la sensazione di far parte del mondo, la voglia di aderire agli oggetti e la gioia della profondità dello spazio. Lo stesso Balint (1959) cita diversi esempi impressionanti di vissuti «ocnofilici» e «filobatici» nella vita quotidiana. Filobatismo e ocnofilia sono i poli di una tipologia in cui predominano le forme miste.

Siamo di nuovo di fronte a problemi simili a quelli che abbiamo incontrato con il nuovo inizio, che derivano dal fatto che Balint non si limita a descrivere certi fenomeni, ma desidera spiegarli alla luce della sua teoria psicoanalitica delle relazioni oggettuali e ordinarli secondo la loro cronologia. Il concetto onnicomprensivo di regressione lega la psicologia delle relazioni oggettuali sia alla teoria onirica sia all'atto di sdraiarsi sul lettino, che, quanto meno, invita alla regressione, come del resto l'associazione libera, che potrebbe essere classificata come un atto regressivo. Secondo la teoria di Balint, le cui contraddizioni e obiezioni apparivano anche a lui stesso, si può arrivare a un nuovo inizio quando tra l'analista e il suo paziente profondamente regredito si sviluppa una relazione oggettuale preverbale e primitiva.

Da un punto di vista cronologico e fenomenologico, Balint (1968, pp. 293 sg.) distingue tre relazioni oggettuali primitive:

a) La più primitiva, da me chiamata amore primario o rapporto primario, una specie di armoniosa e compenetrante mescolanza tra l'individuo in via di sviluppo e le sostanze primarie, o l'oggetto primario; b) e c) ocnofilia e filobatismo, l'una il complemento dell'altro, presuppongono già la scoperta di oggetti parziali relativamente stabili e/o oggetti totali. Per l'individuo prevalentemente ocnofilo la vita è sicura soltanto se si trova in stretta vicinanza con gli oggetti, mentre gli intervalli di tempo e di spazio tra gli oggetti vengono percepiti come spaventosi e pericolosi. Questi fenomeni erano conosciuti da tempo; recentemente, influenzati dall'etologia, sono stati definiti «comportamenti di attaccamento» (vedi per esempio Bowlby, 1958). L'individuo prevalentemente filobatico, invece, vive gli oggetti come poco sicuri e rischiosi, tende a farne a meno e a cercare gli spazi amici che separano gli oggetti infidi nel tempo e nello spazio.

Sebbene il nuovo inizio nel «qui e ora» avvenga in una relazione oggettuale favorevole che, fondamentalmente, non è derivabile da quella del «là e allora», continua a essere inteso come regressione a una precoce fase pretraumatica dello sviluppo. Il problema irrisolto del rapporto tra ricostruzione e cambiamento terapeutico diventa immediatamente evidente se focalizziamo l'attenzione su uno dei criteri fondamentali che Balint cita per il nuovo inizio: un nuovo inizio avviene sempre durante il transfert, cioè all'interno di una relazione oggettuale, e porta a una trasformazione del rapporto del paziente con i suoi oggetti di amore e di odio, e di conseguenza a una diminuzione conside-

revole dell'angoscia. Il transfert non è inteso in questo contesto come ripetizione in senso stretto, ma, al contrario, come forma di relazione più ampia, con nuovi elementi importanti.

Le esperienze innovative nel nuovo inizio vanno più in là della coazione a ripetere, e non sono spiegabili con il ricorso teorico all'armonia pretraumatica anteriore all'emergere del difetto fondamentale. Nell'attribuire alla relazione oggettuale più primitiva un ruolo terapeutico speciale nel nuovo inizio di pazienti che soffrono di carenze fondamentali, Balint trascurò l'elemento contingente e creativo della situazione terapeutica. Il concetto di nuovo inizio riceve un significato più ampio, nella teoria della terapia, se lo si intende come un accadimento nel «qui e ora» reso possibile dall'analista.

Per questo motivo entrambe le tecniche, quella dell'interpretazione e quella della relazione oggettuale, sono fondamentali, presumibilmente in dosi diverse e in aggiunta ad altri fattori curativi. La divisione dell'intera psicopatologia in due classi, con il difetto fondamentale come origine di tutte le malattie gravi, non è soddisfacente. Si suppone che sia possibile proiettare tutto il nostro potenziale creativo in ogni nuovo inizio, nel momento originario, e finalmente trovare in esso, nell'utopia retrospettiva, il nostro vero Sé. Dal momento che Balint collocò all'inizio della vita la fase creativa originaria, si può dire che rimase vittima dei propri pregiudizi teorici, e li localizzò il nuovo inizio. Per quanto ci riguarda invece desideriamo concettualizzare il nuovo inizio come un processo creativo, legato a diversi atti psichici e ad azioni probatorie, la cui realizzazione deve sempre essere ripetutamente tentata (Rothenberg, 1984).

Con questa concezione, cerchiamo di porre in relazione la visione della regressione della psicologia dell'Io e la teoria delle relazioni oggettuali. Se le regressioni non sono al servizio dell'Io (Kris, 1936) esiste il grave pericolo che degenerino in una direzione maligna. Questo è ciò che fu segnalato con decisione da Alexander (1956). In generale la regressione da sola non genera né opere d'arte né modalità di cura; se non fosse così, ci sarebbero molti più artisti che malati mentali. A questo riguardo Baranger, Baranger e Mom (1983, p. 6) segnalano che «in talune correnti psicoanalitiche c'è l'idea che la regressione, *di per sé stessa*, è il fattore terapeutico essenziale». Di conseguenza la situazione analitica, nella fase di regressione, renderebbe possibile l'emergere e l'esperire le fasi più remote dello sviluppo, intendendo queste come simbiosi iniziale, come trauma della nascita, come posizione schizoparanoide o «nuclei psicotici» ecc. Baranger e colleghi affermano che «è inutile rivivere un trauma se ciò non si integra con la *rielaborazione*, se il trauma non è reintegrato nel corso di una storia o se le situazioni traumatiche iniziali della vita del soggetto non sono differenziate dal mito della storia delle sue origini» (*ibid.*; corsivo nostro). In questo modo il pericolo della regressione maligna sarà tanto maggiore quanto meno l'analista è consapevole della relazione fra la tendenza alla regressione e la possibilità di rielaborazione.

La polarizzazione fra interpretazione e relazione oggettuale porta così a un'altra divisione, presente in tutte le polemiche degli ultimi trent'anni: la polarizzazione tra il livello edipico o genitale e quello preedipico o pregenitale, che nella terminologia kleiniana (Bion, 1957) corrisponde alla separazione tra le cosiddette parti nevrotica e psicotica della personalità. La questione di fondo è se la cosiddetta parte psicotica della personalità, vale a dire la più primitiva, sia analizzabile o no, cioè se sia o meno accessibile all'interpretazione. Forse la questione è più che altro teorica, giacché nella pratica nessun analista nega realmente l'importanza delle relazioni oggettuali, come del resto nessuno sostiene che l'interpretazione è, in linea di principio, uno strumento tecnico che non si deve usare con pazienti molto regrediti o francamente psicotici. La stretta relazione fra interpretazione e relazione oggettuale è stata descritta da Infante (1968, p. 767) con una felice formulazione: «L'interpretazione è una funzione nel senso matematico del termine, cioè il suo valore dipende da un'altra variabile», variabile che non è altro che la «relazione analitica». Infante intende con essa «il legame che si stabilisce tra analista e analizzando, che include fenomeni di transfert e controtransfert, ma anche caratteristiche reali dei partecipanti e una relazione oggettuale di tipo molto primitivo».

#### 8.4 *Interpretazione di transfert e realtà*

Strachey (1934, 1937) considera l'interpretazione di transfert come lo strumento «mutativo» per eccellenza. Dal momento che l'effetto mutativo, cioè di cambiamento, dell'interpretazione di transfert è legato all'interscambio tra paziente e analista, l'innovazione di Strachey divenne il modello di tutto il processo di interscambio terapeutico effettivo, delle relazioni oggettuali e delle relative conseguenze sulle strutture intrapsichiche.

Con l'«interpretazione mutativa» si produce, secondo Strachey, una sostituzione dei contenuti del Super-io, per cui le idee che l'analista comunica tramite le interpretazioni sono interiorizzate dal paziente come contenuti nuovi e meno rigidi di quelli del Super-io. Questo cambiamento avviene perché il paziente si identifica in parte con l'analista. L'identificazione ha un ruolo così importante, nella terapia, che ci sembra necessario approfondire ulteriormente questo tema. Strachey ha descritto il tipo di interpretazione di transfert che cambia il vissuto e il comportamento del paziente. Il paziente riesce a raggiungere nuove identificazioni perché l'analista si assume le funzioni di un Super-io ausiliario. Il concetto di interpretazione mutativa sposta l'attenzione sui processi di interscambio, diventando il modello di comprensione interazionale della terapia. Questa valutazione del contributo fondamentale di Strachey si deve agli studi indipendenti di Klauber (1972a) e Rosenfeld (1972). Entrambi gli autori sottolineano l'influenza duratura dell'innovazione di Strachey sulla tecnica psicoanalitica. I contenuti dell'interpretazione mutativa di transfert da

allora si sono notevolmente ampliati. Strachey supponeva che ciò che il paziente proietta sull'analista siano soprattutto aspetti del Super-io. Nella teoria dell'identificazione proiettiva e introiettiva non si tratta più di aspetti del Super-io, ma di parti buone e cattive del Sé. Rosenfeld (1972) completò l'essenza dell'interpretazione mutativa di Strachey con i contenuti interpretativi della scuola kleiniana. A livello della relazione, lo psicoanalista non funge solo da Super-io ausiliario, la cui graduale introiezione, grazie alle interpretazioni mutative, rappresenta per Strachey il fattore curativo; nella terminologia della teoria strutturale, lo psicoanalista può essere considerato come Io ausiliario; in quanto tale egli cerca di procurare al paziente nuovi insight, tentando così di interrompere la coazione a ripetere nevrotica. Anche se si deve all'analista un'attenuazione immediata dell'angoscia, sarebbe sbagliato porre sullo stesso piano la funzione di Io ausiliario e un appoggio diretto a pazienti che hanno un Io debole. Strachey si limitò a descrivere l'introeiezione dello psicoanalista nel Super-io del paziente, mentre noi oggi ci muoviamo verso una psicologia bi- e tripersonale come naturale sviluppo delle teorie psicoanalitiche delle relazioni oggettuali, che attribuiscono un ruolo centrale all'identificazione del paziente con lo psicoanalista. Mentre nel lavoro con pazienti nevrotici con patologia del Super-io, un tempo, era possibile dare per scontato lo sviluppo spontaneo di una relazione soddisfacente, poiché le parti sane della personalità del paziente nonostante la resistenza e la rimozione potevano allearsi con i compiti dell'analisi, con molti pazienti di oggi non ci si può più aspettare lo stesso. È indicativo il fatto che Kohut (1977) attribuisca all'analista la funzione di «oggetto-Sé». Si tratta in questo caso di un processo di interscambio secondo i criteri di un'identificazione primaria che stabilisce una certa affinità, come base di reciprocità e mutualità.

La scoperta della disponibilità del paziente ad avventurarsi con lo psicoanalista in una relazione terapeutica, da portare avanti fino a un certo punto, in un'impresa comune in cui egli si identifica con lo psicoanalista, fu decisiva. Strachey (1934, p. 92) esprime il suo stupore

per la porzione relativamente piccola della letteratura psicoanalitica che si è occupata dei meccanismi attraverso i quali vengono raggiunti effetti terapeutici. Nel corso degli ultimi trenta o quarant'anni si sono accumulati un gran numero di dati che gettano luce sulla natura e sul funzionamento della mente umana. Un sensibile progresso è stato fatto nel compito di classificare e sistematizzare tali dati in un corpo di ipotesi generalizzate o di leggi scientifiche. Tuttavia vi è stata una grande perplessità nell'applicare questi *reperti* in modo particolarmente dettagliato al *processo terapeutico* in sé.

Desideriamo spiegare con questa osservazione che proprio per i fattori curativi, cioè per quei processi che portano fuori dalla nevrosi di transfert, non si disponeva di un lessico psicoanalitico specifico. Di conseguenza la descrizione doveva necessariamente restare sul vago. Si ricorreva alla terminologia della psicoterapia ipnotica preanalitica, che portava con sé il discredito dell'influenza



suggestiva. Con il modello dell'interpretazione mutativa Strachey stabilì una nuova base per l'azione dell'analista, anche se limitatamente allo scambio di contenuti del Super-io, in modo tale che non fu necessario ricorrere a teorie preanalitiche o a concetti generali per spiegare alcuni aspetti del cambiamento terapeutico. Le contraddizioni fra le teorie del processo terapeutico e le difficoltà che hanno incontrato le loro applicazioni pratiche segnalano quanto resti ancora da discutere e da chiarire. Come contribuisce lo psicoanalista a stabilire una base comune? In che modo ciò facilita al paziente l'identificazione con il lavoro comune, che gli apre nuove prospettive rispetto ai problemi vitali e ai sintomi? Per trovare una risposta a queste domande non ci si può riferire solamente all'alleanza di lavoro in generale, ma è necessario trasformare le affermazioni generali in passaggi tecnici concreti. Lo stesso discorso vale anche per la teoria dell'identificazione nella sua applicazione al processo di interscambio terapeutico. Oggi l'interpretazione mutativa viene considerata come un tipo di intervento all'interno di una classe di interventi più ampia. Per facilitare i confronti riportiamo due brani emblematici di Strachey (1937, pp. 144 sg.):

Non è difficile indovinare che queste introiezioni graduali dell'analista avvengono nei momenti in cui vengono formulate interpretazioni di transfert. In questi momenti, unici nell'esperienza del paziente, l'oggetto dei suoi impulsi inconsci gli si rivela come chiaramente cosciente della propria natura e completamente libero da paura e da risentimento. Così l'oggetto che egli introietta in questi momenti avrà una qualità unica che ne impedirà un assorbimento indifferenziato nel suo Super-io originario, ma che, al contrario, implicherà un passo avanti verso un cambiamento duraturo nella sua struttura mentale.

Nella citazione seguente Strachey confronta l'azione terapeutica dell'analista con quella di un terapeuta che utilizza la suggestione (*ibid.*; corsivo nostro):

È vero che l'analista si offre al paziente anche come oggetto e che l'analista spera di essere introiettato da lui come Super-io. Ma fin dall'inizio egli tenta di differenziarsi dagli oggetti arcaici del paziente e facendo ciò cerca di ottenere che il paziente lo introietti come una figura arcaica, aggregata al suo Super-io primitivo, ma come il nucleo di un Super-io nuovo e distinto (...) Spera, per dirla in breve, di venire egli stesso introiettato dal paziente come Super-io, ma *non ingoiato o come oggetto arcaico, buono o cattivo che sia, bensì a poco a poco come una persona reale.*

È improbabile che Strachey sperasse di essere «consumato» come persona reale. Al contrario, egli sperava in un'*interiorizzazione simbolica*, che del resto è caratteristica di molti rituali cannibaleschi (Thomä, 1967, p. 171). In tali interiorizzazioni cambia la relazione con la realtà e il sentimento di Sé. Si può allora dire che la realtà cambia come risultato dell'interazione simbolica.

Klauber (1972a, pp. 386 sg.) ha descritto come caratteristico della fase attuale della tecnica psicoanalitica il tentativo di differenziare il transfert dagli elementi estranei a esso e di precisare la *realtà* della situazione analitica; a tale riguardo desideriamo dare un nostro contributo.

Klauber presenta la descrizione seguente delle fasi che hanno seguito il lavoro di Strachey. Nella *prima* fase, l'attenzione fu diretta al più originale dei lavori successivi, l'articolo di Balint e Balint su transfert e controtransfert (1939), dove si richiamava l'attenzione sull'importanza che ogni analista senta la necessità emozionale di portare avanti il proprio lavoro in maniera conforme alla propria personalità, e, grazie a ciò, di creare un'atmosfera totalmente individualizzata e tipica di quella situazione. Di conseguenza emerse la questione di quanto un atteggiamento «a specchio» dell'analista, come raccomandato da Freud, potesse essere, in assoluto, possibile. La *seconda* fase cominciò solo dopo la seconda guerra mondiale e prese in considerazione l'importanza terapeutica della reazione dell'analista, in particolare grazie ai lavori di Winnicott (1949) e di Paula Heimann (1950). Per la *terza* fase sono essenziali le descrizioni della complessa interazione tra paziente e analista di Searles (1965) e Racker (1968). Tanto l'interpretazione mutativa che la tesi di Strachey che l'analista viene introiettato nel suo ruolo positivo nel Super-io del paziente sottolineano in modo particolare il problema della realtà e la questione di come lo psicoanalista agisce come «persona reale». Si tratta di un problema vecchio come la psicoanalisi. Alla fine della *quarta* fase sembra possibile affrontare l'argomento da un punto di vista tecnico.

Cominciamo dalle soluzioni che si incontrano già in Strachey e che furono messe in rilievo da Klauber: Strachey ci esorta a non sopravvalutare il contenuto e la specificità dell'interpretazione, perché essa deve essere considerata nel contesto relazionale. Tramite il suo atteggiamento l'analista comunica: «Nonostante tutto resto affabile, e per quanto riguarda il vecchio oggetto mi comporto diversamente da ciò che ci si attende in relazione alle obsolete condizioni della sua angoscia.» L'analista non segue la legge del taglione, «occhio per occhio, dente per dente», e rende così possibile l'interruzione del circolo vizioso descritto da Strachey in modo così puntuale. E infine, nella teoria dello sviluppo dell'Io, il concetto di Super-io riguarda quei vissuti e comportamenti che appartengono alla categoria degli ordini, proibizioni e ideali. Il cambiamento di valori è la meta delle interpretazioni mutative di Strachey. Non sembra convincente l'argomentazione di Klauber secondo cui questo processo significa l'interiorizzazione di parte del sistema di valori dell'analista. Tale concezione si trova tuttavia, anche se formulata con più cautela, già in alcuni passaggi dell'opera di Strachey.

Nella seconda fase dell'interpretazione mutativa ci appare la persona reale dell'analista come «nuovo oggetto». A questo punto il senso di realtà del paziente ha un ruolo decisivo. Nella seconda fase, l'analista diventa un oggetto di transfert arcaico per effetto dell'incremento dell'angoscia. Il successo della seconda fase interpretativa dipende dalla capacità di discernimento del paziente (Strachey, 1934, p. 112):

Infatti il successo di questa fase dipende dalla sua capacità, al momento critico in cui nella coscienza emerge la quantità di energia dell'Es liberata, di distinguere tra il suo soggetto fantastico

e l'analista reale. Il problema qui è strettamente connesso a quello già discusso dell'estrema labilità della posizione dell'analista come Super-io ausiliario. La situazione analitica minaccia continuamente di degenerare in una situazione «reale». Ma questo in effetti significa l'opposto di quello che sembra. Ciò significa che il paziente è sempre sul punto di trasformare l'oggetto reale esterno (l'analista) in quello arcaico, vale a dire che egli è sul punto di proiettare su di lui le sue immagini primitive introiettate. Se il paziente fa questo l'analista diventa come una qualsiasi altra persona incontrata nella vita reale: un oggetto fantastico. L'analista cessa allora di possedere i vantaggi inerenti alla situazione analitica; egli verrà introiettato come tutti gli altri oggetti fantastici nel Super-io del paziente e non potrà più avere quelle particolari funzioni, essenziali per dare un'interpretazione mutativa. In queste difficoltà il senso di realtà del paziente è un alleato essenziale ma molto debole; infatti un progresso nel senso di realtà è una delle cose che ci proponiamo come risultato dell'analisi. È perciò importante non sottoporlo ad uno sforzo inutile e questa è la ragione fondamentale per cui l'analista deve evitare qualunque comportamento reale che possa confermare l'opinione che il paziente ha di lui come oggetto fantastico «cattivo» o «buono».

Questa cautela, di non reagire né come oggetto buono né come oggetto cattivo, deve creare e mantenere nel paziente la possibilità di «fare un confronto tra la fantasia dell'oggetto esterno e l'oggetto reale» (*ibid.*, p. 113). Il senso di realtà del paziente risulta rafforzato da questo confronto tra le diverse immagini proiettate sull'analista e la percezione più adeguata della realtà. Così, secondo Strachey, si costruiscono un adattamento alla realtà esterna e un riconoscimento del fatto che gli oggetti attuali non sono né buoni né cattivi, nel senso arcaico. Evidentemente Strachey vuol dire che la capacità di discriminare viene raggiunta tramite l'insight, che di conseguenza porta a relativizzare la fantasia; egli termina la sua argomentazione con la seguente osservazione (*ibid.*):

La lezione di questa difficoltà è solamente di ricordarci che il senso di realtà del paziente ha dei limiti molto ristretti. È paradossale il fatto che il miglior modo di assicurare al suo Io la capacità di distinguere tra fantasia e realtà è quello di nascondergli la realtà il più possibile: ma è vero. Il suo Io è così debole e tanto alla mercé dell'Es e del Super-io che egli *può confrontarsi con la realtà soltanto se essa gli viene somministrata in dosi minime*. E queste dosi sono di fatto ciò che l'analista gli dà sotto forma di interpretazioni.

I problemi tecnici della tesi di Strachey nascono nelle contraddizioni implicite nella definizione di realtà della situazione analitica. A dire il vero questo problema resta irrisolto non solo negli studi di Strachey, ma anche nelle discussioni che esso solleva (vedi Wallerstein, 1983). Le difficoltà derivano in generale dal fatto che Freud attribuì un ruolo importante al concetto di esame di realtà,

ma senza aver mai elaborato una teoria coerente di questa e senza aver mostrato la sua relazione con il principio di realtà. Utilizzando questo concetto si riconosce ancora più chiaramente che può seguire due linee di pensiero molto diverse: una teoria genetica dell'apprendimento della realtà, cioè del confronto tra pulsioni ed esame di realtà (come se procedesse per «prove ed errori») e una teoria quasi trascendentale che riguarda la costituzione dell'oggetto attraverso tutta una serie di contrapposizioni, interno-esterno, piacevole-spiacevole, introiezione-proiezione. (Laplanche e Pontalis, 1967)

Strachey concepì il cambiamento in termini di principi regolatori polari, cioè nell'ambito dei principi di piacere e di realtà. Dal momento che, secondo la teoria, il principio di piacere viene modificato dal principio di realtà, la ricerca del soddisfacimento tramite un oggetto reale (materiale) resta il fattore determinante. D'altro canto la realtà *psichica* è modellata dai desideri e dalle fantasie inconsce. Freud credette necessario accettare una contraddizione tra queste realtà, perché il tabù dell'incesto e altre frustrazioni inevitabili limitano il soddisfacimento materiale, ma costituiscono, nel medesimo tempo, proprio la realtà cercata (1911a, p. 454; corsivo nostro):

Solo la mancanza dell'atteso soddisfacimento, la disillusione, ha avuto per conseguenza l'abbandono di questo tentativo di appagamento per via allucinatoria. L'apparato psichico ha dovuto risolversi a presentare a sé stesso, anziché le condizioni proprie, *quelle reali* del mondo esterno, e a sforzarsi di *modificare la realtà*. Con ciò si è instaurato un nuovo principio di attività *psichica*: non è più stato rappresentato ciò che era piacevole, ma ciò che era reale, anche se doveva risultare spiacevole.

Se si considera che le relazioni oggettuali sono regolate dai principi di piacere e di realtà, allora il vissuto e l'esperienza della realtà sono determinati dalla dominanza di uno o dell'altro principio. È una caratteristica peculiare della teoria psicoanalitica considerare il principio di piacere come un fenomeno primario e arcaico, inesauribile e derivato dall'inconscio e dall'Es. Vi è certamente una differenza molto grande tra una cosa solo immaginata e un oggetto che si può toccare con mano o che si può comunque percepire in qualche modo (Hurvich, 1970; Kafka, 1977). Tutto ciò, tuttavia, non dà luogo a contraddizioni tra le diverse realtà, contraddizioni che devono essere superate in un secondo momento e necessariamente portare al problema insolubile del «perché il bambino, potendo soddisfarsi a volontà tramite l'allucinazione, arrivi a un certo punto a cercare un oggetto reale» (Laplanche e Pontalis, 1967).

Dal momento che le interpretazioni di transfert coinvolgono anche l'analista come persona, dobbiamo fare ancora alcune considerazioni sulla realtà psichica. Se si parla della persona *reale* dell'analista nascono preoccupazioni riguardo al fatto che si sta abbandonando il livello psichico per sostituirlo con una materializzazione, cioè con la gratificazione dei desideri. Diventa necessario riflettere sulla teoria della realtà psichica. Pensiamo di poter progredire nella soluzione di questi problemi se, come McLaughlin (1981), consideriamo l'incontro analitico dal punto di vista della *realtà psichica*, cioè come schema globale ma con diversi significati. Naturalmente paziente e analista si vivono reciprocamente in maniera molto concreta, con i loro desideri, affetti, aspettative, speranze, vale a dire con la loro soggettività e i loro modi di pensare abituali. Quando riflettiamo sui nostri diversi stati psichici, si forma uno schema che ordina i vissuti e gli eventi reali nello spazio e nel tempo. L'essere umano segue schemi soggettivi di pensiero e di azione, che regolano il suo

comportamento, senza riflettervi sopra. L'esperienza è la realtà psichica che si forma nella contingenza dell'interscambio umano. La «realtà psichica», secondo McLaughlin, comprende sia i vissuti soggettivi concreti che le radici inconse. L'analista costruisce la realtà psichica del paziente secondo la teoria psicoanalitica che preferisce. Tali costruzioni servono come aiuto, per potersi orientare. Nella sua ampia concezione McLaughlin comprende anche il controtransfert dell'analista; così i numerosi livelli di significazione delle realtà psichiche concrete, incluse le teorie di riferimento sia del paziente che dell'analista, sono in reciproca relazione nei loro diversi significati e intesi in senso interattivo. Di conseguenza si perde la sicurezza che l'analista aveva potuto trarre dall'analogia dello specchio. McLaughlin rileva in che misura possa essere produttiva una riflessione sulla realtà psichica, anche se in un primo tempo si devono fare i conti con un certo disorientamento, per il fatto che l'analista non può partire da sé stesso come persona reale che instaura una relazione realistica con il paziente. Tutto viene relativizzato dalla prospettiva del paziente. La realtà prende origine in una relazione bipersonale, grazie a un processo interattivo nel quale i punti di vista soggettivi dei due partecipanti vengono continuamente chiariti, raggiungendo un certo consenso. Paziente e analista si accordano l'uno con l'altro. Il successo di un'analisi sta nella manifestazione di una conferma reciproca delle realtà psichiche e del loro cambiamento, in virtù di un processo che McLaughlin definisce «autenticazione», in cui entrambi i partecipanti raggiungono una *relativa* sicurezza dei rispettivi punti di vista. Le discussioni critiche che avvengono nel dialogo psicoanalitico riguardano l'analista nella sua qualità di esperto. Egli non lavora soltanto con il senso comune dell'uomo della strada, esprime anche opinioni che è andato acquisendo nel corso della sua formazione. La professionalità ha impregnato il suo pensiero. Il modo in cui egli vede la «realtà psichica» del suo paziente (e la propria) non è indipendente dalle teorie che utilizza. Perciò, se si tratta di «autenticare», dobbiamo andare oltre McLaughlin e affrontare la questione relativa al fatto che, forse, proprio le teorie di Freud sulla realtà psichica, indirettamente, creano alcuni problemi, di cui adesso ci occuperemo.

Ci muoviamo in un campo ad alta tensione tra poli contraddistinti da concetti antitetici: realtà psichica contro realtà materiale, principio di realtà contro principio di piacere, Io-piacere contro Io reale. Finalmente arriviamo all'esame di realtà come all'atto che distingue fra interno ed esterno, o fra ciò che è puramente immaginato e ciò che è realmente percepito. Freud contrappose la realtà psichica alla realtà materiale dopo che si vide costretto ad abbandonare la teoria della seduzione e il ruolo patogeno dei traumi infantili reali: le fantasie che non provengono da accadimenti reali hanno per il soggetto il medesimo valore patogeno che Freud inizialmente attribuì ai ricordi inconsci di eventi reali. La contrapposizione delle due realtà è quindi legata a determinati contenuti che caratterizzano le rispettive realtà: la realtà psichica

è il mondo della soggettività, dei desideri e delle fantasie conscie e inconscie, mentre la realtà materiale è caratterizzata dal soddisfacimento effettivo o dalla frustrazione dei bisogni oggettuali che derivano dalle pulsioni.

Secondo Laplanche e Pontalis (1967) la «realtà psichica» designa «il desiderio inconscio e le fantasie a esso connesse». È però necessario attribuire una realtà al desiderio inconscio? Freud si pose questa domanda nel contesto dell'analisi dei sogni (1899, p. 564), e rispose: «Quando si hanno di fronte i desideri inconsci, portati alla loro espressione ultima e più vera, bisogna dire che la realtà *psichica* è una particolare forma di esistenza che non deve essere confusa con la realtà *materiale*.» Esistono quindi una realtà psichica e una realtà materiale. La frase che fu decisiva per l'origine e la natura della nevrosi è la seguente (Freud, 1915-17, p. 524): «Queste fantasie possiedono una realtà *psichica* in contrasto con quella *materiale*, e noi giungiamo a poco a poco a capire che *nel mondo delle nevrosi la realtà psichica è quella determinante*.» Jiménez (1989, p. 3) ritiene che, in questo contesto, per Freud la «realtà esterna era ciò che “sta qui”, ciò che è dato come un a priori. Questo modo di vedere le cose tradisce una prospettiva epistemologica di realismo ingenuo, poiché da Kant sappiamo che ciò che “sta qui” non è qualcosa di dato materialmente, ma qualcosa che è stato costruito dal momento stesso del primo e più semplice atto di percezione».

La realtà psichica viene regolata, nella teoria di Freud, dal principio di piacere, che nel corso dello sviluppo umano e a causa degli obblighi che si incontrano nella vita è modificato a opera del principio di realtà. L'esame di realtà è al servizio del principio di realtà. Il bambino, nel corso del suo sviluppo, impara a posporre l'appagamento pulsionale immediato in vista di una gratificazione più realistica dei suoi bisogni, in armonia e reciprocità con i suoi simili. La tensione tra la realtà psichica e quella materiale si basa quindi sull'ipotesi di un'eccedenza di desideri che tendono continuamente all'appagamento, ma che si scontrano in generale con le esigenze della vita e in particolare con il tabù dell'incesto. Se si vogliono creare delle condizioni positive, bisogna accettare un certo grado di gratificazione nella situazione terapeutica; altrimenti ci si trova a ripetere le antiche frustrazioni. È più facile risolvere il problema della frustrazione e della gratificazione, nella situazione analitica, se si approfondisce la teoria della realtà psichica e non la si vincola, in maniera unilaterale, alla *frustrazione*. È sufficiente, dal nostro punto di vista, dire che il paziente deve sperimentare con l'*oggetto*, cioè con l'analista, molti punti d'intesa gioiosi, così come differenze di opinione. Ciò facilita il percorso dei desideri pulsionali inconsci che provengono dall'infanzia e che cercano appagamento nel presente.

Wallerstein (1983) rileva che già Hartmann (1955) aveva fatto notare come l'esame di realtà, che per Freud designava la capacità di differenziare idee e percezioni, dovesse ampliare il suo significato giungendo a connotare anche

la capacità di distinguere gli elementi obiettivi da quelli soggettivi del nostro giudizio sulla realtà: gli elementi obiettivi si riferiscono più alla «realtà percettiva» del mondo circostante, il mondo delle cose (che ci offrono l'appagamento «materiale», che corrisponderebbe a ciò che Freud intendeva con il suo concetto di realtà materiale); gli elementi soggettivi, invece, riguardano la «realtà soggettiva», la realtà socializzata, cioè il mondo della nostra esperienza quotidiana più immediata. Jiménez prosegue sviluppando la distinzione fatta da Hartmann, e aggiunge (1989, p. 3):

Potremmo dire che quando quotidianamente parliamo di realtà esterna, non ci riferiamo tanto al mondo delle cose come a qualcosa di indipendente dall'appropriazione umana, bensì al mondo umano intersoggettivo, ossia a quell'area della nostra realtà personale o psichica che sappiamo essere *condivisa* con il nostro prossimo (e ciò lo sappiamo attraverso l'esame di realtà). Nel nostro modo di vedere non contrapponiamo la realtà psichica a quella esterna, ma definiamo una realtà «intermedia», tra il polo interno e quello esterno, che, per così dire, sta a cavallo tra le due, e che è la *realtà intersoggettiva*. Questo mondo condiviso, in qualche modo il più reale di tutti, è in primo luogo il nostro mondo quotidiano, la nostra vita familiare, il nostro lavoro (...) Le diverse realtà sociali (al di là della quotidianità immediata, per esempio la cosiddetta realtà sociopolitica), con i loro diversi gradi di distanza e vicinanza, sono create socialmente e siamo incorporati in esse, si dice «socializzati», mediante l'identificazione con i modi di essere soggettivi dei nostri genitori dapprima, poi attraverso la scuola e infine attraverso tutta la rete di comunicazione sociale. Giungiamo così ad accettare la nostra realtà psicosociale particolare come luogo naturale, come qualcosa di dato «materialmente».

Definendo in questo modo la realtà esterna come un territorio più ampio rispetto alla mera realtà materiale, Jiménez applica la sua concezione alla relazione analitica (*ibid.*):

Definiremo la realtà esterna come il campo di accordo intersoggettivo tra analista e paziente, accordo in gran parte inconscio e che già in qualche modo è implicito nella indicazione del trattamento analitico, come un riconoscimento tacito per cui entrambi, paziente e analista, appartengono allo «stesso mondo». Questo accordo è tuttavia parzialmente oggetto d'analisi durante il processo terapeutico, almeno nei suoi aspetti più quotidiani o diremo più vicini alla realtà familiare e infantile del paziente (nella misura in cui questa realtà si dispiega nel transfert). In tal modo, riformulando il punto di vista di Strachey, l'interpretazione mutativa delimita il campo del reale nell'ambito della realtà psichica, ampliando così, tanto nella mente del paziente come nella relazione con l'analista, il dominio dell'esame di realtà. Attribuire significato, interpretare, è anche porre dei limiti, differenziare tra la fantasia intima, non condivisibile, e la fantasia, per così dire, «condivisa».

Con le nostre osservazioni vogliamo attirare l'attenzione sulle possibili conseguenze che derivano da un modo più ampio di concepire la realtà psichica. Il paziente cerca aiuto sperando in un miglioramento e in una guarigione dei suoi sintomi oltre che in un appoggio per affrontare le difficoltà della vita; in breve, egli viene con la speranza di raggiungere un cambiamento positivo con l'aiuto di un esperto. Nel tentativo di comunicare tutti i suoi pensieri ed emozioni, si dispiega un'immagine ricca di sfaccettature del mondo in cui il paziente vive. Egli descrive diversi aspetti del suo mondo, a seconda del suo

stato d'animo e della prevalenza dei diversi desideri, aspettative, speranze o paure. Anche se il paziente distingue tra le percezioni di esseri umani e cose e le rappresentazioni che ne ricava, egli non divide la realtà in psichica e materiale, sebbene si renda conto che i suoi desideri e le sue rappresentazioni possono entrare in conflitto e che, nella sua ricerca di piacere e di soddisfacimento, dipende dagli oggetti esterni. Quando l'analista ascolta, e lascia trarre le conclusioni alle proprie emozioni e pensieri, sono molti i processi che avvengono in lui. Se l'analista interviene con un'osservazione, il paziente si vede confrontato con un'informazione. Perfino un'informazione negativa, in particolare il silenzio dell'analista quando invece il paziente si aspetta una qualsiasi risposta, ha il significato di una comunicazione; si potrebbe dire, con Watzlawick, Beavin e Jackson (1969), che non si può non comunicare. Lo psicoanalista introduce, con le sue osservazioni, opinioni con cui il paziente si deve, in una maniera o nell'altra, confrontare: può far finta di niente, accettarle, rifiutarle ecc. Presto o tardi si arriverà alla riflessione comune sulla diversità di prospettive, dove sembrano essere presenti, inconsciamente o consciamente, alcune terze persone: i membri della famiglia d'origine, conoscenti o persone con le quali il paziente si incontra nella vita privata o nel lavoro, con cui divide la sua esistenza. L'analista sarà continuamente toccato dalle proprie esperienze di vita, dai suoi desideri e nostalgie, da vecchie paure e da conflitti attuali. Dal momento che non è lui stesso la persona sofferente, per il bene del paziente è il caso che prenda le dovute distanze, in modo tale da poter cogliere un desiderio o un momento in cui il paziente reagisce con angoscia. I carichi emotivi e intellettivi di tale lavoro sarebbero insopportabili se l'analista non potesse contare su una gran quantità di schemi esplicativi capaci di illustrare i modelli caratteristici dei conflitti vitali. Essi facilitano l'orientamento della terapia.

Se si mettono in relazione questi punti di vista complessivi con la concezione della realtà di Strachey, si scopre quanto segue: l'affermazione che «la situazione analitica minaccia sempre di degenerare in una situazione reale» (1934, p. 112) indica che Strachey si riferisce al principio di piacere in senso lato. In questo contesto, si parte dalle immagini introiettate, che in un secondo momento vengono proiettate sull'analista, ma senza considerare i fattori della situazione scatenante. È degno di nota che sia qui che quando parla di un oggetto esterno reale, cioè dell'analista, Strachey si riferisce a quantità fisse. Il brano appena riportato conferma che Strachey pensava che la *privazione della realtà* potesse rafforzare la capacità di differenziazione dell'*esame di realtà* del paziente, nel momento dell'interpretazione di transfert mutativa.

Con l'analogia dello specchio l'analista può essere trascinato in un conflitto di ruoli che gli rende impossibile confermare le percezioni totalmente realistiche nelle interpretazioni di transfert e quindi contrastare nuove rimozioni o dinieghi. Paula Heimann, nonostante il suo primo contributo innovatore



alla comprensione del controtransfert (1950), non si accorse che era impossibile da un lato essere come uno specchio, che non ha in sé un'esistenza indipendente, che riflette solo il paziente, e dall'altro essere come una persona che fa parte della situazione analitica e dei problemi del paziente tanto a un livello realistico che a un livello di fantasia. Basta che l'analista sia piuttosto riservato, per rendere possibile al paziente una nuova messa in scena, nel transfert, dei modelli di relazione inconsci ancora attivi.

Le nostre riflessioni intendono contribuire a un ampliamento della teoria del transfert (nel senso del concetto di transfert totale): la cosiddetta realtà dell'analista si costituisce man mano che egli viene messo alla prova, consciamente e inconsciamente, dal paziente. Quando l'analista fornisce un'interpretazione mutativa, egli rivela anche qualcosa di sé, come Strachey ha giustamente affermato. Non si tratta certo di comunicazioni personali. Ciò che si esprime, direttamente o indirettamente, in un'interpretazione utile per il paziente, è arricchito dalla professionalità dell'analista e dal fatto che la sua esperienza è sufficientemente sganciata da una soggettività eccessivamente rigida. Il sapere professionale dell'analista facilita un processo cognitivo che apre al paziente nuove possibilità di soluzione. Non si tratta in questo caso di confessioni personali, bensì di comunicazioni, sia in forma non verbale che in forma verbale, come ad esempio le interpretazioni, che lasciano intravedere come l'analista vede il problema del paziente, ciò che sente e pensa al riguardo, e ciò che egli è (e in che modo) per il paziente. In questo senso siamo d'accordo con l'affermazione di Rosenfeld (1972, p. 458), che le interpretazioni dell'analista possono riflettere in maniera molto chiara ciò che egli è e il suo stato mentale.

In questo contesto è particolarmente importante la *spontaneità* dell'analista, come ha rilevato Klauber (1980):

Accentuando la spontaneità, si possono avere diverse conseguenze tecniche. Interazioni spontanee umanizzano la relazione analitica con l'interscambio continuo di identificazioni parziali. Proprio questa qualità umana della relazione è l'antidoto contro la qualità traumatica del transfert, quanto lo è, o forse anche in misura maggiore, l'accettazione delle pulsioni da parte dell'analista, che rafforza le qualità benigne del Super-io.

Condizione preliminare di tale processo cognitivo è che esso includa l'Io dell'altro, cioè dell'analista, e che chiaramente l'analista non si nasconda dietro interpretazioni di transfert riduttive. La ricerca sistematica di M.M. Gill (1982) sui fattori scatenanti il transfert e la resistenza al transfert, in occasione di percezioni preconsce del tutto plausibili (vedi sopra, capp. 2 e 4), offre una risposta tecnica alla domanda «che cos'è un'analista?», come persona reale, nella situazione terapeutica. Il «qui e ora» deve essere considerato e confrontato con il «là e allora». In questo processo si aprono prospettive nuove e innovative. Freud (1932a, p. 186) contrappose l'immutabilità del rimosso, la cosiddetta atemporalità dell'inconscio, al lavoro analitico tramite il quale il

passato perde il suo potere. Nel processo del divenire cosciente il «qui e ora» si lega al «là e allora», e proprio in questo consiste l'effetto mutativo dell'interpretazione di transfert.

L'analista deve avere pazienza, perché ci vuole tempo affinché i processi inconsci si manifestino nel transfert in modo tale da rendere possibili interpretazioni terapeuticamente efficaci. In questo senso deve intendersi la celebre affermazione di Freud (1914d, p. 490): «Per quanto riguarda il medico dirò soltanto che se vuole imparare qualche cosa o raggiungere qualche risultato deve comportarsi, di fronte a un caso del genere, con la stessa "atemporalità" dell'inconscio.» Si osservi che la parola «atemporalità» è tra virgolette. Dal contesto risulta chiaro che l'attesa paziente porta allo sviluppo del transfert anche nei casi più gravi. Una volta che si è superata l'*atemporalità* dell'inconscio, in tali casi gravi diventa possibile, per Freud, ridurre significativamente la durata del trattamento, perché la maggiore esperienza dell'analista permette di fare interpretazioni di transfert molto fruttuose, dal momento che, per dirla in breve, esse collegano il passato con il presente. Sono le ripetizioni che creano l'impressione che il tempo si sia fermato. Perfino l'Io che sogna mantiene il senso del tempo e riconosce le contraddizioni (Freud, 1899, pp. 300 sg.; Hartocollis, 1980). Perciò può trarre in inganno parlare di atemporalità dell'inconscio riferendola al senso del tempo nei diversi stati di coscienza. La nostra distinzione è importante per comprendere l'effetto mutativo delle interpretazioni di transfert, perché con esse si collega il passato con il presente. Per Freud il vigore dei desideri inconsci, passati e conservati, si dissolve con il divenire cosciente. È evidente che prima di dissolvere un vincolo è necessario stabilirlo. Le nostre riflessioni ci portano alla conclusione che le interpretazioni di transfert basate sull'assunto che le percezioni e i vissuti del paziente nel «qui e ora» sono ripetizioni astoriche, proprio in quanto interpretazioni del «qui e ora», non tengono conto della dimensione inconscia che si organizza nel corso della vita.

È interessante notare che l'accento posto sulla qualità astorica dei processi inconsci va di pari passo con l'atteggiamento strettamente «riflettente» dell'analista. Gli studi di Ezriel (1963) partono dal presupposto che la ripetizione della nuova rappresentazione astorica nel transfert è tanto più perfetta, quanto più l'analista ben analizzato si comporta in modo riservato e passivo. Le sue interpretazioni si rivolgono a relazioni oggettuali che sono state inconsciamente evitate o cercate. L'interpretazione ideale del transfert dovrebbe essere orientata, secondo Ezriel, verso quella relazione oggettuale cercata ma ansiosamente evitata. È per questo motivo che le sue interpretazioni contengono sempre un «perché» esplicativo, come ad esempio: «Lei sta cercando di non comunicare questo o quel desiderio, questa o quella fantasia, perché ha paura di un rifiuto.»

Se si considerano più da vicino le indicazioni di Ezriel, si giunge alla con-