

Capitolo 7

Regole

7.1 La molteplice funzione delle regole psicoanalitiche

Freud (1913b, pp. 333 sg.) paragonò le regole del trattamento psicoanalitico alle regole del gioco degli scacchi: in entrambi i casi le regole producono una molteplicità infinita di situazioni, che è limitata solo nelle fasi di apertura e di chiusura.

Vi sono tra esse disposizioni che possono apparire, e certamente sono, assai minute. A loro giustificazione valga il fatto che si tratta appunto di regole di un giuoco destinate ad acquistare importanza dal piano del giuoco nel suo complesso. Comunque mi sembra opportuno presentare queste regole come «consigli» e non pretendere che vengano accettate incondizionatamente (...) La plasticità di tutti i processi psichici e la quantità dei fattori che si rivelano di volta in volta determinanti, sono tutti elementi che si oppongono a una standardizzazione della tecnica e fanno sì che un procedimento peraltro legittimo risulti talvolta inefficace, mentre un procedimento solitamente difettoso vada una volta ogni tanto a buon fine. Queste circostanze non impediscono tuttavia di stabilire le regole per un comportamento mediamente appropriato da parte di un medico.

Il riferimento al gioco degli scacchi si presta a rappresentare la variabilità dei modi di condurre un trattamento. Le complesse sequenze interattive, che nel gioco degli scacchi sottendono una determinata forma di difesa o di chiusura, assomigliano ad alcune strategie usate nella conduzione del trattamento. In funzione di queste, si formulano raccomandazioni sugli aspetti formali delle regole che esprimono considerazioni strategiche. È diverso invece comprendere le regole del gioco vere e proprie, come ad esempio quelle che fissano lo spostamento dei pezzi e che hanno una funzione normativa, il cui rispetto costituisce il gioco stesso degli scacchi.

Mentre nel gioco degli scacchi è facile distinguere i movimenti che trasgrediscono le regole da quelli svantaggiosi, nella psicoanalisi ciò è piuttosto arduo. Questo dipende, da un lato, dallo sviluppo storico della teoria e della tecnica, e dall'altro dalle diverse funzioni che hanno le regole in psicoanalisi.

Come è ben noto, nelle analisi condotte da Freud la situazione analitica aveva fortemente il carattere di un esperimento associativo, al servizio dell'esplorazione della genesi della nevrosi. Anche nei suoi trattamenti più tardivi Freud restò legato ad alcuni elementi di tale situazione sperimentale (Cremerius, 1981b). Le indicazioni di trattamento più rigorose e inequivocabili le formulò prendendo in considerazione i parametri di base (la cornice) di questa situazione; sembrava che le regole portassero a creare una «situazione sociale nulla»:

Per Freud, tuttavia, la situazione analitica non era semplicemente la sua versione delle tendenze professionali contemporanee; era essenziale sia per la sua tecnica di lavoro, sia per la sua teorizzazione. Gli permetteva di confrontare il paziente e il pubblico scientifico (il duplice auditorio di Freud) con il fatto che le produzioni del paziente non dovevano essere respinte come artefatti di una particolare situazione, e neanche per essere state indotte dal terapeuta, ma, al contrario, dovevano essere spiegate sulla base delle attività psichiche proprie del paziente. (Swaan, 1980, p. 405)

È già stato rilevato da lungo tempo che tale ideale non è adatto alle scienze sociali. La «situazione sociale nulla» non è mai stata concretamente riprodotta, anche se, come utopia trainante, ha influenzato la psicoanalisi con conseguenze negative sulla pratica. Il mantenimento rigoroso dei parametri (cornice) è da ricondursi al fatto che questi vengono intesi prevalentemente dall'analista come *regole di gioco* e non piuttosto come un mezzo utile per la *strategia del trattamento*. Wittgenstein (1953, pp. 56 sg.) risponde con un aforisma alla domanda di quanto siano attendibili di per sé tali regole, apparentemente chiare, che portano alla meta desiderata:

Una regola sta lì, come un'indicazione stradale. Non lascia adito ad alcun dubbio circa la strada che devo prendere? Mi dice in quale direzione devo procedere quando l'ho oltrepassata? Se devo proseguire per la strada, o prendere per il viottolo, o andare attraverso i campi? Ma dove sta scritto in quale senso devo seguire quel segnale? Se devo andare nella direzione indicata dal dito o non piuttosto (per esempio) nella direzione opposta? E se invece d'un indicatore stradale ci fosse una fitta successione di indicatori o di segni di gesso sulla superficie stradale, ci sarebbe per essi *una* sola interpretazione? Dunque posso dire che, dopo tutto, l'indicatore stradale non lascia adito a dubbi. O piuttosto: qualche volta lascia adito a dubbi, qualche volta no. E questa, ormai, non è più una proposizione filosofica, ma una proposizione empirica.

Habermas (1981, p. 567) ha elaborato ulteriormente il concetto di regola di Wittgenstein rispetto al nesso tra l'introduzione delle regole e la possibile produzione di un significato identico e di validità intersoggettiva di semplici simboli:

Nel concetto di regola sono uniti i due momenti che caratterizzano l'uso di simboli semplici: significato identico e validità intersoggettiva. L'universale che costituisce il significato di una regola può essere rappresentato in quante azioni esemplari si vuole.

Le regole creano un'identità di significati, perché nella molteplicità assicurano che i fenomeni a esse conseguenti possano essere individuati come

costanti in mezzo alla moltitudine degli eventi: esse costituiscono «l'unità nella molteplicità delle sue incarnazioni esemplari, delle sue disparate realizzazioni» (*ibid.*, p. 569). Tali considerazioni sono di grande importanza per la comprensione della situazione psicoanalitica e delle regole che la costituiscono; sottolineano che il significato del comportamento dell'analista e del paziente è legato all'esistenza di regole comuni. La limitatezza di alcune regole, di cui Freud parla nel brano sopra riportato, è il risultato del tentativo di creare un'identità di significato, che vada persino oltre i confini di una determinata situazione di trattamento. Proprio nell'ambito della psicoanalisi, che si contraddistingue per le numerose incertezze e contraddizioni, le regole hanno assunto la funzione di mantenere stabile la coesione del gruppo. In tale contesto il fatto che tutti gli psicoanalisti seguano le stesse regole serve come segno di riconoscimento della professionalità. Questo spiega, ad esempio, perché l'uso del lettino e la frequenza delle sedute siano diventati criteri essenziali per stabilire se un dato trattamento possa essere definito «psicoanalisi».

Il senso delle regole deriva dalla loro validità intersoggettiva. Infatti, una funzione importante delle regole è quella di permettere la realizzazione di uno scambio intersoggettivo. Ciò è di particolare rilevanza in psicoanalisi. Una cornice uniforme garantisce la confrontabilità delle scoperte, rendendo così possibile la standardizzazione del processo psicoanalitico (Bachrach, 1983). La standardizzazione è necessaria quando si tratta di confrontare dati clinici e generalizzare osservazioni; altrimenti l'analista si limiterà a osservare e descrivere fenomeni da un punto di vista casuale. Così, ad esempio, i pazienti possono reagire in modi diversi al lettino o al fatto di doversi sdraiare, ma l'analista ha a sua disposizione un'ampia gamma di esperienze di tali reazioni e può quindi trarre conclusioni diagnostiche e terapeutiche. Tuttavia la standardizzazione della cornice esterna fornisce spesso un'uniformità solo apparente, dal momento che le regole e i loro effetti dipendono notevolmente da altri fattori. La standardizzazione deve essere limitata quando si trasforma in un ostacolo al processo terapeutico. Nel senso di Wittgenstein, noi abbiamo a che fare con proposizioni empiriche, il cui oggetto è il confronto tra regole, percorsi e mete. In realtà modifichiamo le regole che sono controproducenti, ad esempio quando il fatto di sdraiarsi sul lettino inibisce il paziente.

La molteplicità degli elementi in gioco è anche responsabile del fatto che le regole del trattamento psicoanalitico non costituiscono un sistema strutturato e chiuso, ma piuttosto un insieme di direttive relative a varie aree, e di differente valore prescrittivo. Le più importanti raccomandazioni tecniche di Freud sono sparse in circa una dozzina dei suoi scritti. Un gruppo di studio dell'Istituto Sigmund Freud di Francoforte ha elencato 249 raccomandazioni di questo genere e ha cercato di categorizzarle. La classificazione in undici categorie, che vanno dalle «regole di comportamento» alle «regole per arri-

vare alla diagnosi», mette in risalto la diversità di contenuto e il diverso livello di astrazione di tali raccomandazioni (Köhler-Weisker, 1978; Argelander, 1979).

È difficile accertare quante di queste numerose norme siano vere regole del gioco degli scacchi psicoanalitico e ne rappresentino il nucleo costitutivo, dal momento che, a differenza degli scacchi, non c'è nessuna regola il cui unico effetto sia quello di far incontrare due persone per una partita. Le regole psicoanalitiche sono sempre regole strategiche che devono essere negoziate e continuamente confermate in ogni singola relazione paziente-analista. Ciò differenzia la psicoanalisi dal gioco degli scacchi, in cui le regole di gioco e di strategia sono chiaramente distinte.

Le regole di trattamento sono fondamentalmente funzionali allo scopo; come afferma Tafertshofer (1980), esse possono essere concepite come singole tappe del metodo psicoanalitico e quindi essere paragonate ad altri metodi scientifici. Però tale orientamento rispetto all'obiettivo impedisce proprio tale tipo di canonizzazione delle regole, che è ovvio nel gioco degli scacchi. Freud era consapevole di tale problematica e diede priorità all'efficacia (ossia all'adeguatezza dei mezzi rispetto ai fini).

A noi pare che lo studio critico sull'utilità delle regole sia ancora poco sviluppato all'interno della psicoanalisi. Troppo spesso le regole vengono giustificate non tanto per la loro adeguatezza, ma in quanto strettamente ancorate alla teoria psicoanalitica. Tale ancoraggio teoretico delle regole è un assunto spinoso. Westmeyer, in una rassegna critica delle regole della terapia comportamentale, ha fatto alcune considerazioni che possono essere valide anche per la comprensione delle regole della psicoanalisi. Egli dimostra che la deduzione delle regole tecnologiche dalle conoscenze delle scienze di base è un'illusione utopica. «Le regole tecnologiche perciò non sono solo vere o false, come le affermazioni delle teorie scientifiche, le leggi, ma piuttosto più o meno efficienti o efficaci, nella misura in cui le condizioni dell'obiettivo dipendono dalla realizzazione degli accorgimenti consigliati» (Westmeyer, 1978, p. 123). Affronteremo più dettagliatamente questo problema in seguito (vedi oltre, cap. 10).

Per quanto riguarda la psicoanalisi, si può affermare che, mentre le teorie si occupano prevalentemente delle condizioni dell'origine dei disturbi, le regole tecniche sono dirette al raggiungimento delle condizioni necessarie e sufficienti per il cambiamento: la tecnica psicoanalitica non è semplicemente l'applicazione della teoria.

La relazione tra la funzione di regola di gioco e la funzione strategica in un dato trattamento psicoanalitico è costantemente in uno stato di fluttuazione dinamica. Il bisogno di sicurezza e i problemi di identità dell'analista spingono ad assolutizzare le regole. Le difficoltà che insorgono nel processo terapeutico spesso costringono a una valutazione dell'adeguatezza del metodo e di conse-

guenza a mettere in dubbio le raccomandazioni terapeutiche. I pazienti contribuiscono a loro volta a tale oscillazione: a un paziente attento non può sfuggire che l'analista procede seguendo certe regole, anche se egli non lo dice. Spesso il paziente avanza dubbi sulla legittimità di un tal modo di procedere. Ma è solo una questione di tempo poiché prima o poi i parametri del setting perdono temporaneamente il loro status di cornice e vengono violentemente contestati finché non sono state comprese e risolte le determinanti inconscie che portano il paziente a metterli in discussione, o finché essi non vengono modificati di conseguenza. Le regole tecniche tendono a diventare lo scenario del conflitto tra paziente e analista; questa è un'esperienza che non solo non si può evitare, ma che forse non si dovrebbe neanche cercare di evitare.

Al contrario può succedere che i pazienti facciano proprie le regole dei loro analisti e le trattino in modo assoluto, come Cremerius (1977) ha mostrato in maniera convincente in pazienti con disturbi del Super-io. È superfluo aggiungere che l'efficacia del trattamento è messa in pericolo sia dall'assolutizzazione delle regole che dall'eccessiva contestazione di qualsiasi accordo che contribuisce a strutturarle. Da un punto di vista terapeutico è indispensabile che l'analista vari le regole a seconda della situazione e del disturbo del singolo paziente. Parafrasando il famoso proverbio, si può dire che in psicoanalisi l'eccezione è la regola. Se e come l'analista motiverà le regole da lui introdotte, dipenderà largamente dal tipo di relazione terapeutica. Noi condividiamo l'opinione secondo cui lo scopo terapeutico delle regole dovrebbe essere diligentemente spiegato in funzione della loro utilità, senza nascondere i vantaggi per il lavoro dell'analista o gli svantaggi per l'attuale benessere del paziente. Il processo psicoanalitico si sviluppa quindi nel gioco reciprocamente alterno delle critiche alle regole tecniche e del loro ripristino e rafforzamento. In caso favorevole, nel corso di questo interscambio, l'analista e il paziente sviluppano una visione delle regole ottimale per quel trattamento analitico.

Abbiamo già accennato che le raccomandazioni tecniche in psicoanalisi rispecchiano l'intero spettro degli assunti teorici fondamentali e alcune idee sugli obiettivi terapeutici, come anche il bagaglio di esperienze cliniche. Non pretendiamo, in questo capitolo, di fornire una descrizione esaustiva di tutte le regole tecniche importanti, ma desideriamo discuterne alcune, tra cui assumono un ruolo speciale i consigli relativi al problema dell'astinenza, dal momento che essa riguarda un principio tecnico fondamentale. Vi facciamo più volte riferimento: nell'introduzione, nei capitoli sull'intervista iniziale, sul transfert, sul controtransfert e sul processo psicoanalitico (vadi capp. 2, 3, 6, 9). L'astinenza naturalmente è un fattore importante nella regola fondamentale della psicoanalisi e nell'attenzione uniformemente fluttuante dell'analista (di quest'ultima ci occupiamo più specificamente in 7.3). Trattiamo il problema

dell'astinenza in maniera approfondita a questo punto del nostro discorso, perché esso mostra in modo particolarmente chiaro la molteplice funzione delle regole psicoanalitiche e le difficoltà che ne derivano. In psicoanalisi l'astinenza presenta due aspetti: come regola mira a imporre specifiche limitazioni ai pazienti, come indicazione di neutralità analitica implica limiti ai terapeuti. Laplanche e Pontalis (1967, p. 40) definiscono la regola dell'astinenza come il «principio secondo cui la cura psicoanalitica deve essere condotta in modo che il paziente trovi il minimo possibile di soddisfacenti sostitutivi dei suoi sintomi». La neutralità costituisce «una delle qualità che definiscono l'atteggiamento dell'analista nella cura» (*ibid.*, p. 330). Sostanzialmente, questi due aspetti procedono insieme: da un lato si basano sulle caratteristiche di tutte le relazioni professionali, dall'altro sulla particolarità della situazione psicoanalitica. Cremerius (1984) ha descritto in maniera efficace il destino del concetto e della regola dell'astinenza. Egli osserva che il primo richiamo a questa regola da parte di Freud divenne necessario in funzione degli specifici problemi che egli incontrò nel trattamento di pazienti isteriche. I loro desideri di relazioni amorose concrete minacciavano la relazione professionale. In primo luogo, quindi, il precetto dell'astinenza ha la funzione di «regola del gioco», che assicura il proseguimento dell'analisi: «Un'eventuale relazione amorosa porrebbe senz'altro termine alla possibilità di influenzare la paziente mediante il trattamento analitico; l'unione fra l'analista e la paziente è dunque una vera assurdità» (Freud, 1914b, p. 369). In questo contesto Freud cita la morale comune, che egli voleva sostituire con considerazioni metodologiche. In senso stretto non si tratta tanto di morale comune, quanto di una norma specifica, che stabilisce la cornice della relazione tra paziente e analista come se si trattasse di una regola di gioco.

Il significato principale della regola dell'astinenza risulta dal tentativo di Freud di sostituire l'argomentazione normativa con una ispirata dal suo metodo. Mentre l'etica medica consiglierebbe il netto rifiuto dei sentimenti amorosi dei pazienti, Freud raccomanda di non disturbarne lo sviluppo, per poter analizzare meglio gli impulsi di desiderio repressi. Non solo per motivi di etica medica, ma anche per motivi di metodo, egli sostenne che i desideri erotici non debbono essere soddisfatti (*ibid.*, pp. 367 sg.):

La cura deve essere condotta in stato di astinenza; e con ciò non mi riferisco soltanto alla privazione fisica; ma neppure intendo la privazione di tutto ciò a cui la paziente aspira, giacché probabilmente nessun ammalato sopporterebbe questo. Voglio piuttosto porre questo principio generale: che occorre lasciar persistere nella malata i bisogni e i desideri, come forze propulsive al lavoro e al mutamento, evitando quindi di metterli a tacere con surrogati.

Tale raccomandazione ha lo scopo di mantenere una tensione potenziale positiva, che mantenga in moto il processo terapeutico. Bisogna sottolineare il fatto che Freud basa la sua argomentazione sulla plausibilità: la convenienza a mantenere una certa tensione può essere indagata e provata in ogni singolo

caso. Anche la raccomandazione ai terapeuti di non dare l'impressione di assecondare i desideri dei pazienti, qualora andassero oltre l'obiettivo terapeutico o la normale cortesia, si fonda su argomentazioni plausibili che possono essere fondate su osservazioni cliniche. Ma la questione non si fermò a tali considerazioni tecniche; queste furono associate agli assunti della teoria delle pulsioni, che convalidano l'astinenza e il corrispondente atteggiamento di stretta neutralità dell'analista. Freud stesso diede un contributo essenziale in questo senso. Quattro anni dopo la sua prima esposizione della regola dell'astinenza, egli scrisse (1918a, pp. 22 sg.):

Nella misura del possibile, la cura analitica deve essere effettuata in stato di privazione, di astinenza (...) Ricorderete che la causa della malattia del nevrotico è stata una *frustrazione*, che i suoi sintomi hanno la funzione di soddisfacenti sostitutivi. Durante il trattamento si può osservare come ogni miglioramento delle sue condizioni rallenti il processo di guarigione e diminuisca la forza pulsionale che spinge verso di essa. Ma noi a questa forza pulsionale non possiamo rinunciare; una sua riduzione mette in pericolo il nostro scopo, il ristabilimento del malato (...) Per quanto crudele possa sembrare, è nostro dovere far sì che la sofferenza del malato, quantomeno a un certo livello di intensità e di efficacia, non termini prematuramente.

Freud afferma in questo contesto (*ibid.*, p. 23) che l'analista deve «ripristinare [la sofferenza del paziente] altrove sotto forma di una privazione dolorosa», scoprire i «soddisfacenti sostitutivi» e «esigere che [il paziente] vi rinunci» affinché «l'energia che sarebbe indispensabile per la cura e la guarigione» non si disperda. Questo vale particolarmente per le gratificazioni di transfert nascoste. In contrasto con quanto aveva affermato nel 1915, quando raccomandò solo un potenziale di tensione favorevole, Freud ora opta per la massima tensione possibile, rafforzando così notevolmente la regola dell'astinenza. Questa regola viene giustificata sia con la teoria della genesi del sintomo sia attraverso considerazioni economico-pulsionali.

Abbiamo già spiegato che la derivazione delle regole dalla teoria è utopica e spesso dannosa, perché in questo modo il problema della loro adeguatezza verrebbe relegato in secondo piano. La regola dell'astinenza è un esempio particolarmente dimostrativo perché ha avuto chiari effetti negativi sullo sviluppo della tecnica psicoanalitica. Cremerius (1984) afferma che le caratteristiche specifiche del trattamento dell'isteria sono state incorporate, senza ragione, nel trattamento di altre forme di nevrosi: i desideri che nelle pazienti isteriche sono tipiche resistenze, possono avere tutt'altro significato in pazienti ossessivi, fobici e ansiosi. La preoccupazione dell'analista che i pazienti possano trovare gratificazioni sostitutive nascoste nel transfert porta a un atteggiamento difensivo. La funzione della regola dell'astinenza non è più creare un favorevole potenziale di tensione che metta in moto uno sviluppo, ma piuttosto prevenire sviluppi temuti. La concezione della frustrazione come indispensabile forza motrice del cambiamento è diventata discutibile e so-

prattutto ha distolto l'attenzione dagli effetti negativi determinati sul processo terapeutico da un'esagerata neutralità dell'analista.

Per giustificare l'esigenza della neutralità dell'analista, non sono necessarie argomentazioni tratte dalla teoria delle pulsioni, perché è possibile trovare il suo fondamento nel metodo. In tal senso, l'esigenza della neutralità si riferisce a diversi ambiti: rispetto all'elaborazione del materiale offerto dai pazienti, l'analista deve rinunciare a seguire i propri pregiudizi; sul piano delle ambizioni terapeutiche, deve rinunciare a tecniche suggestive; nell'ambito degli obiettivi del trattamento, non deve perseguire i propri valori; e infine, in relazione al problema del controtransfert, deve rinunciare al soddisfacimento segreto dei propri desideri pulsionali.

Come principio fondamentale del metodo psicoanalitico, la regola della neutralità ha avuto, fin dall'inizio, una notevole importanza nell'assicurare l'obiettività e nello stabilire un'identità psicoanalitica. A tale riguardo l'ideale di scientificità ha avuto un ruolo decisivo. Per questi motivi, raramente qualsiasi altra regola analitica ha corso il rischio di essere assolutizzata come quella della neutralità, sebbene nel frattempo si sia sviluppato un ampio movimento contrario. Nel 1981 nessuno dei partecipanti al simposio della American Psychoanalytic Association fu favorevole all'accettazione incondizionata della rigida neutralità analitica (Leider, 1984). L'esperienza che, in misura diversa, a seconda dei casi, la gratificazione doveva essere concessa, spinse Freud a una posizione più flessibile nei confronti della regola dell'astinenza. Anche noi non abbiamo niente contro i compromessi pragmatici, nella misura in cui questi sono compatibili con ragioni etiche e possono avere un fondamento metodologico. Inoltre crediamo di poter fare un passo più in là, e sostenere che oggi gli psicoanalisti possono affrontare la regola dell'astinenza, per motivi di principio, con maggiore sicurezza. Come abbiamo appena affermato, la preoccupazione professionale di poter concedere al paziente una gratificazione eccessiva fu notevolmente rafforzata da argomentazioni provenienti dalla teoria delle pulsioni. Sotto il suo influsso fu stabilito l'ideale dell'astinenza totale, con l'obiettivo di accrescere la massima pressione endopsichica negando la gratificazione edipica, e dirigendo così le energie psichiche, la cui scarica è in tal modo impedita, verso la rivivificazione dei ricordi. Nonostante il gergo analitico, ancora ampiamente utilizzato, la maggior parte degli analisti ha rinunciato nel proprio lavoro clinico alle teorie dell'investimento, cioè al principio economico. Tale processo iniziò alcuni decenni or sono, quando Balint (1935), facendo riferimento alla teoria alternativa della tenerezza trascurata da Freud, le accreditò un significato suo proprio. Fino a quando la condiscendenza e il riconoscimento non vengono fraintesi come stimoli sessuali, la paura dell'analista che la minima concessione possa sviare risulta infondata. La liberazione dalle catene della regola dell'astinenza può essere colta chiaramente nella tecnica della gratificazione narcisistica di Kohut. In considera-

zione dei forti dubbi che abbiamo rispetto all'esistenza di un narcisismo indipendente, dobbiamo supporre che le conferme narcisistiche abbiano connotazioni edipiche, tanto che avranno effetto senz'altro sul transfert libidico. D'altro lato bisogna dare ragione a Kohut, riguardo al fatto che oggi la regola dell'astinenza deve essere intesa diversamente. Considerando la molteplice funzione delle regole, che abbiamo discusso, si può sostenere che cambiamenti apportati in una singola area sono sufficienti a mettere in moto un cambiamento globale.

7.2 *L'associazione libera come regola fondamentale della terapia*

7.2.1 *Caratteristiche e sviluppo del metodo*

L'associazione libera non è solo al primo posto nella gerarchia delle regole. Freud, in una lettera del 7 febbraio 1931 a Stefan Zweig, afferma che la tecnica dell'associazione libera viene considerata da molti il contributo più importante della psicoanalisi, e si dichiara d'accordo. Anche Jones (1959, p. 286) considera l'introduzione dell'associazione libera come «una delle due grandi imprese della vita scientifica di Freud, essendo l'altra la sua stessa autoanalisi, attraverso la quale imparò a esplorare la sessualità infantile compreso il famoso complesso di Edipo». Jones basa la sua opinione sul fatto che nell'interpretazione dei sogni le associazioni libere aiutano a trovare la via per arrivare ai pensieri onirici latenti (vedi sopra, cap. 5). Così può essere ricostruita la formazione dei sogni, perché «rinunciando alle rappresentazioni finalizzate *coscienti*, il predominio sul decorso rappresentativo passa a rappresentazioni finalizzate *celate*» (Freud, 1899, p. 485; corsivo nostro). Le associazioni hanno valore di indicatori di quelle rappresentazioni finalizzate o fantasie che il paziente non può raggiungere senza l'aiuto dell'interpretazione dell'analista, perché fanno parte dell'inconscio psicodinamico.

Solo più tardi al metodo dell'associazione libera fu attribuito espressamente lo statuto di regola fondamentale. In un'esposizione della sua tecnica, parlando in terza persona, Freud ne descrisse lo sviluppo come segue (1922b, p. 442; corsivo nostro):

Lo scrivente tentò perciò d'indurre anche i suoi pazienti *non ipnotizzati* a comunicare le loro associazioni, al fine di trovare attraverso quel materiale la via che conduce a ciò che è stato dimenticato o respinto. Più tardi egli si rese conto che tale insistenza non era necessaria, che quasi sempre affioravano nel paziente un numero considerevole di idee improvvise che non giungevano a essere comunicate, e anzi non pervenivano neppure alla coscienza solo in ragione di determinate obiezioni che il paziente rivolgeva a sé medesimo. Dall'aspettativa, a quel tempo non ancora convalidata, ma più tardi confermata da una ricca esperienza, che tutto ciò che viene in mente al paziente a partire da un determinato punto dev'essere intimamente connesso con quel punto, nacque la tecnica di educare il paziente a rinunciare a ogni atteggiamento critico e a impiegare il materiale d'idee improvvise in tal modo messo in evidenza per scoprire i nessi cercati.

Tra «idea improvvisa» (*Einfall*) e «associazione» (*Assoziation*) ci sono consistenti differenze di significato. Una buona idea improvvisa ha una connotazione creativa, cioè il carattere di qualcosa di nuovo e unico, mentre il significato della parola associazione suggerisce un collegamento con qualcos'altro. Nel vissuto soggettivo le idee improvvise sono libere espressioni dei processi di pensiero che conducono a una nuova *Gestalt*. Le associazioni del paziente, al contrario, vengono assemblate dall'analista in un insieme significativo. L'idea improvvisa ha una funzione integrativa, prossima all'insight, come ha rilevato Niederland (cit. in Seidenberg, 1971).

Strachey discusse la difficoltà di tradurre il termine *Einfall* in inglese in una nota della *Standard Edition*, nel capitolo sugli atti mancati dell'*Introduzione alla psicoanalisi*:

Se una persona sta pensando a qualcosa e noi diciamo che ha avuto un *Einfall*, ciò implica che gli è venuto in mente qualche altra cosa. Quando però si afferma che il soggetto fa «un'associazione» allora ciò sembra voler dire che quell'altra cosa che gli è venuta in mente è collegata in qualche modo a quanto stava pensando prima. Molto di quanto si è detto in queste pagine (i tre capitoli sugli atti mancati) è dedicato a stabilire se questo secondo pensiero sia effettivamente (o necessariamente) collegato con quello originario: se si tratti di un *Einfall* o di una «associazione». In tal modo tradurre *Einfall* con associazione significa optare per un pregiudizio. Tuttavia, non sempre è facile evitare tale interpretazione, specialmente nell'espressione *freie Assoziation*, che inevitabilmente deve essere tradotta «associazione libera». In questa discussione si deve fare ogni sforzo per evitare l'ambiguità, anche a costo di una fraseologia un po' noiosa.

Le connessioni tra scoperta e genesi dell'associazione libera sono, e non potrebbe essere altrimenti, profondamente intrecciate con la storia delle idee. Noi ci limiteremo ad alcune motivazioni riferite al contesto storico contemporaneo. Faceva parte della tradizione della scuola di Helmholtz, alla quale Freud apparteneva (tramite il suo maestro Brücke), inscrivere i fenomeni psichici nel postulato di un determinismo psichico permanente, a cui Freud attribuì allora anche le associazioni libere. Ugualmente forte fu l'influenza di Herbart e Fechner sulla psicologia del secolo scorso, la quale divenne familiare a Freud attraverso l'insegnamento del suo maestro Meynert e la sua teoria dell'associazione. Herbart aveva coniato concetti come «appercezione interna» e «rappresentazioni liberamente insorgenti» secondo un punto di vista dinamico, nei loro aspetti di reciproca inibizione. Soltanto per accennare al fatto che la storia dell'associazione libera non può essere limitata al pensiero scientifico, vogliamo citare una fonte completamente diversa. Bakan (1958) suppone che l'origine dell'associazione libera sia da ricercare nelle tecniche di meditazione della mistica ebraica.

Non è questa la sede per definire l'originalità del metodo delle associazioni libere in relazione ad alcuni suoi precursori. È tuttavia sicuro che la tecnica di Freud si sviluppò gradualmente dall'ipnosi e dal metodo catartico di Breuer. Nella sua autoanalisi, il ricorso alle associazioni libere divenne lo strumento

essenziale di Freud. Non si esagera se si afferma, da un punto di vista attuale, che Freud riconobbe, grazie alle associazioni, nel corso dell'esperimento su sé stesso, l'importanza del fantasticare per la comprensione dei processi psichici inconsci (Freud, 1926a).

La psicologia associazionista fece da madrina all'introduzione del metodo dell'associazione libera. Le associazioni del paziente, ordinate in una serie di concatenazioni e punti nodali, risultano guidate da «complessi inconsci». Si potrebbe dire, in breve, che il «complesso», concepito da Jung (1904-05), che guidò le reazioni negli studi sperimentali sulle associazioni, trovò la massima corrispondenza nel concetto freudiano della determinazione di tutti i fenomeni psichici attraverso desideri inconsci. In uno dei primi commenti sull'argomento (1906, p. 249) Freud afferma: «Il compito della psicoanalisi è assolutamente uniforme per tutti i casi: si devono scoprire complessi che sono stati rimossi a causa di sentimenti spiacevoli e che danno segni di resistenza quando si tenta di portarli alla coscienza.» A essi Freud tentò di arrivare attraverso la ipnocatarsi e la tecnica della pressione e infine attraverso le associazioni libere. Gli studi sulle associazioni di Jung, commenta Freud, erano in grado di «fornire rapide conferme sperimentali di osservazioni psicoanalitiche, e dimostrare all'allievo la presenza di alcune connessioni che l'analista avrebbe solo potuto raccontare» (1914c, p. 401).

Il metodo dell'associazione libera, regola fondamentale della psicoanalisi, si colloca, secondo la visione di Freud, nella tradizione della psicofisiologia sperimentale di Wundt, proseguita negli esperimenti sulle associazioni di Jung. L'elaborazione storico-critica della teoria dell'associazionismo ha avuto importanti effetti sul nostro modo di comprendere la regola fondamentale (Rapaport, 1974; Bellak, 1961; Colby, 1960; Wyss, 1958). Dallo studio di Zilboorg (1952) desumiamo che Freud non solo avesse dimestichezza con la scuola inglese della psicologia associazionista (è noto che egli tradusse un lavoro di John Stuart Mill) ma che forse potrebbe essere stato informato di un esperimento di associazioni libere a cui si era sottoposto nientemeno che Galton in prima persona.

Innanzitutto, se pensiamo che la terapia consiste nell'integrare parti, nell'assemblare gli elementi come se si trattasse di pezzi di un puzzle o di un enigma di figure, si comprende come i principi della psicologia della *Gestalt* individuati da Bernfeld (1934) fossero impliciti fin dall'inizio. In considerazione dell'importanza di questa pubblicazione, rimasta abbastanza sconosciuta, ne diamo una citazione estesa:

L'interpretazione dei sogni, il metodo terapeutico della psicoanalisi, ogni singola seduta di analisi, ma anche estese aree di lavoro psicoanalitico nella ricerca applicata, si basano su successioni di pensieri, immagini, azioni, affetti che in sostanza si espongono con parole e frasi al terapeuta e al ricercatore, il cui compito, o almeno il compito preliminare, è conoscere la legge di questa sequenza. Sulla base di queste leggi sequenziali egli è in grado di spiegare, di interpretare, di

influenzare. Nella povera terminologia della prima psicologia, «rappresentazione» (*Vorstellung*) era la parola pur inesatta e imprecisa in quel contesto che comunque definisce in prima approssimazione il materiale di ricerca della psicoanalisi; associazioni di rappresentazioni sono allora le sequenze che sono presentate all'analista e le cui leggi egli deve scoprire. Parlare di associazioni si legittimava agli inizi della psicoanalisi, dal momento che si trattava di sequenze non legate a fatti ma a forze e scopi interni. Ma la psicoanalisi non è per questo una psicologia associazionista. (p. 43)-

Il passaggio dall'associazione centrata su un tema a quella libera si verificò alla luce di esperienze che Freud acquisì nel trattamento dei suoi pazienti e che lo condussero a riconoscere la «resistenza» e il «transfert» come caratteristiche costitutive delle disposizioni inconscie dei pazienti. Ciò che restava completamente nascosto all'ipnosi e quindi non era disponibile all'elaborazione terapeutica poté essere considerato essenziale con l'introduzione del nuovo metodo. Con ciò alludiamo all'intima interdipendenza e interconnessione tra contenuto e metodo in psicoanalisi e agli effetti fecondi che l'associazione libera era destinata ad avere sulle successive riflessioni teoriche di Freud. Degno di nota è l'aiuto che Freud ebbe dai suoi pazienti nello sviluppo delle associazioni libere. Ad esempio, Emmy von N. rispose all'insistenza con cui Freud cercava l'origine dei suoi sintomi, chiedendogli di non domandarle sempre da dove venisse questo o quello ma di lasciarle raccontare ciò che aveva da dire (Freud, 1892-95, p. 226). La conversazione condotta, in seguito, sempre più nella forma di associazione libera «non è tanto vacua quanto sembra; contiene, anzi, la riproduzione pressoché completa dei ricordi e delle nuove impressioni che hanno influito su di lei dopo il nostro ultimo colloquio, e spesso, in modo del tutto inatteso, sfocia in reminiscenze patogene, di cui si libera parlandone senza esserne richiesta» (*ibid.*, pp. 219 sg.). Tale «liberarsi» (tramite la parola) appare molto vicino all'abreazione. Freud osserva che Emmy von N. da allora concorse spontaneamente alla conversazione con pensieri suoi «quale complemento dell'ipnosi» (p. 220). Attraverso le libere «idee improvvise» come espressione di spontaneità personale e di libertà di opinione, nacque la cura mediante la conversazione (*talking cure*). Con ciò si produsse la svolta dalla precedente passività del paziente (che doveva rispondere alle domande o abreagire mediante la catarsi ipnotica) all'esatto contrario: la sua attiva partecipazione nella strutturazione del dialogo. Questo modo di organizzare la tecnica di trattamento facilitò l'associazione libera. Freud sottolineò (1899, p. 104) come risulti difficile a qualche paziente comunicare i pensieri che emergono. Contestualmente egli dà però notizia della sua esperienza: «Eppure (...) questo porsi in istato di autosservazione acritica, non è affatto difficile. La maggioranza dei miei pazienti ci riesce dopo le prime istruzioni» (p. 105). L'associazione libera si emancipò dall'ipnosi diventando un «colloquio tra due persone ugualmente desti» (Freud, 1903, p. 408).

7.2.2 Comunicazione della regola fondamentale

Il contesto in cui viene comunicata la regola fondamentale merita un'attenzione speciale. Spesso, gli elementi di cornice del trattamento, che, in generale, non suscitano sensazioni piacevoli nella maggior parte delle persone, cioè l'onorario, l'orario delle sedute e le vacanze, vengono trattati molto alla svelta e nella stessa seduta in cui viene comunicata la regola fondamentale. Di fatto, i diversi aspetti dell'accordo sono così strettamente legati tra loro che la regola fondamentale viene equivocata come quasi equivalente al resto del contratto, cioè gli accordi relativi all'onorario e a eventuali interruzioni o appuntamenti mancati. Le ansie preesistenti del paziente si rafforzano di fronte all'insolita prospettiva di dover comunicare i segreti più reconditi a un estraneo. Non pochi pazienti, quando viene loro comunicata la regola fondamentale, pensano a qualcosa che decidono di tenere per sé, e che, in caso favorevole, verranno a sapere nel corso della terapia. Della voglia di raccontare, nei primi momenti, non resta perciò molto. Freud (1915-17, p. 449) cercò di chiarire con l'aiuto di una storiella perché i pazienti non debbano, senza alcuna eccezione, tenere per sé i segreti: «Supponiamo che in una città come Vienna si decretasse in via d'eccezione che nessuno potesse essere arrestato in una certa piazza, come il Hohe Markt, o nella chiesa di Santo Stefano, e si volesse poi catturare un determinato malfattore: l'unico posto ove saremmo sicuri di trovarlo sarebbe quell'asilo.»

La regola fondamentale entra in conflitto con le preesistenti rappresentazioni ideali e le norme di comportamento del paziente, per ragioni da imputare al Super-io. La richiesta di associare liberamente viene classificata dal paziente alla stregua di vecchi precetti, la cui accettazione ebbe come conseguenza che molte forze contrarie divennero clandestine. È veramente inevitabile che si scateni una lotta per l'accettazione della regola fondamentale, come ha sostenuto Anna Freud (1936)? È decisivo il modo in cui il paziente vive la regola fondamentale, ed è chiaro che tale vissuto non è preesistente, ma è una variabile che dipende dal processo e dalla situazione: più la regola fondamentale è considerata «sacra», più robuste saranno le forze di opposizione! Le parole hanno un loro peso, che crea delle realtà. Se si parla di lotta va a finire che si lotta. Dopo tutto, ha senso lottare quando la parola, da sola, provoca forze contrarie, posto che il paziente vorrebbe almeno una volta vincere? È chiaro che ci sono diverse vie per l'autoaffermazione. L'esperienza analitica insegna che a livello simbolico si possono conciliare molte cose con riserva mentale: molti pazienti tengono per sé un segreto, per sempre o almeno per molto tempo. Secondo la teoria psicoanalitica, i derivati di questo segreto e le loro radici inconscie dovranno entrare *indirettamente* nell'elaborazione. In questo caso, ci si deve qualche volta aspettare perfino sintomi che indicano l'esistenza di un focus patogeno, vale a dire psicomodinamicamente attivo. Freud

non ammetteva alcuna eccezione alla regola fondamentale ed esigeva dai pazienti un'assoluta onestà; fare eccezioni non paga. Egli fece un'eccezione nel caso di un alto funzionario vincolato dal segreto d'ufficio; il paziente fu piuttosto soddisfatto del risultato del trattamento; Freud, però, non fu soddisfatto, e ricollegò ciò all'eccezione concessa (1915-17, p. 449). Che senso ha costringere un paziente all'onestà, quando si sa benissimo che ci sono delle resistenze interne che gliela impediscono? La richiesta di assoluta onestà aumenta il sentimento di colpa inconscio del paziente e porta a reazioni terapeutiche negative. Invece abbiamo ripetutamente sperimentato, con buoni risultati, che è meglio non lottare con la regola fondamentale, ma concedere eccezioni, nella speranza che il costituirsi di una relazione di fiducia dia finalmente al paziente sufficiente sicurezza per comunicare anche i segreti più gelosamente custoditi. Sembra che Freud abbia fatto esperienze di questo tipo quando dice (1913b, p. 345): «Ci si può render conto invariabilmente della scarsa efficacia dei patti che abbiamo concluso con il paziente stabilendo la regola psicoanalitica fondamentale.»

La nostra critica alla formulazione autoritaria della regola fondamentale non deve essere considerata una presa di posizione a favore della sua abolizione. Tuttavia speriamo, con le nostre argomentazioni, di portare a una sua applicazione che aumenti la capacità e la libertà dei pazienti di produrre associazioni. Gill (comunicazione personale, 1984) ha richiamato la nostra attenzione sul fatto che utilizzare le idee improvvise e spontanee del paziente al fine dell'interpretazione, senza averlo prima familiarizzato con il senso della regola fondamentale, non è mai segno di tolleranza, bensì di autoritarismo celato. Il paziente deve assolutamente sapere che può contribuire al progresso del trattamento e rendere il lavoro dell'analista più facile, ma anche più difficile. Evitare *consapevolmente* alcuni temi e reprimere le idee spontanee sono e restano complicazioni, che possono essere rinforzate *iatrogenicamente*: il paziente lotta contro la caricatura che l'analista ha tracciato.

La richiesta di associare liberamente sembra portare a un dilemma. Fin dove arrivano lo sforzo cosciente e la libertà di decisione, il paziente è in grado di dire tutto. La regola deve incoraggiarlo a rinunciare alla selezione critica cosciente, a favore del gioco spontaneo dei pensieri. Se si considerano i sentimenti e i pensieri descritti dal paziente dal punto di vista del loro determinismo, essi non sembrano liberi, dal momento che sono motivati. Il paziente non può disporre del contesto latente della motivazione, perché l'affiorare dei pensieri e dei desideri cosiddetti inconsci e preconsoci è impedito dalla cosiddetta censura. L'aiuto dell'interpretazione nel superare la censura facilitata al paziente sia l'esperienza della sua dipendenza dai desideri inconsci e dai bisogni imperativi, sia l'arricchimento che si verifica quando egli accede alla loro comprensione. L'associazione non porta quindi a un vero o addirittura insolubile paradosso logico, ma rende esplicite le contraddizioni insite nella

tensione tra dipendenza e autonomia. La regola potrebbe persino essere considerata come simbolo di contraddizione: si diventa più liberi, quando ci si riconcilia con la dipendenza dal proprio corpo, dalle sue necessità imperative e dai propri simili, a cui ciascuno di noi è vincolato.

Nella comunicazione della regola fondamentale può essere utile l'impiego di metafore che dovrebbero portare dal rigido obbligo di *dover* dire tutto alla libertà interiore di *poter* dire qualsiasi cosa. Se le metafore suggerite dalla letteratura, tra cui desideriamo proporre alcune nostre, svolgano tale compito, dipende da numerose condizioni, non ultima la loro portata semantica.

Cominciamo con la famosa metafora del viaggio (Freud, 1913b, p. 344):

In complesso è indifferente con che materiale si inizia il trattamento, se con la biografia del paziente, la storia della sua malattia o i suoi ricordi d'infanzia. In ogni caso bisogna cominciare in modo da lasciar parlare il paziente e rimettere al suo arbitrio la scelta del punto di partenza. Gli si dice dunque: Prima di poterLe dire qualcosa, devo apprendere una quantità di cose su di Lei; mi racconti per favore ciò che Lei sa di sé.

Si fa un'eccezione soltanto per la regola fondamentale della tecnica psicoanalitica che il paziente è tenuto a osservare. Gliela si rende nota sin dal primo momento: Ancora una cosa prima che Lei cominci. In un punto il Suo racconto deve differenziarsi da una comune conversazione. Mentre Lei di solito cerca, giustamente, di tener fermo nella Sua esposizione il filo del discorso e di ricacciare tutte le idee improvvise e i pensieri secondari che lo intralciano, per non saltare, come si dice, di palo in frasca, qui deve procedere in modo diverso. Lei osserverà che durante il Suo racconto Le vengono in mente diversi pensieri, che vorrebbe respingere con determinate obiezioni critiche. Sarà tentato di dirsi: Questo o quello non c'entra oppure non ha nessuna importanza, oppure è insensato, perciò non c'è bisogno di dirlo. Non ceda mai a questa critica e nonostante tutto dica, anzi dica proprio perché sente un'avversione a dire. Il motivo di questa prescrizione – in fondo l'unica che Lei debba seguire – verrà a saperlo più tardi e imparerà a comprenderlo. Dica dunque tutto ciò che Le passa per la mente. Si comporti, per fare un esempio, come un viaggiatore che segga al finestrino di una carrozza ferroviaria e descriva a coloro che si trovano all'interno il mutare del panorama dinanzi ai suoi occhi. Infine non dimentichi mai di aver promesso assoluta sincerità e non passi sotto silenzio alcunché di cui le dispiaccia parlare per un motivo qualsiasi.

Questa metafora mostra che cosa si intende con la parola «libera»: non escludere alcunché, intenzionalmente e consciamente, dalla comunicazione. Mentre la metafora freudiana parla di un viaggio che porta lontano, Stern (1966, p. 642) preferisce l'analogia di un viaggio pericoloso in uno spazio limitato. Dice al paziente di immaginare che la stanza d'analisi sia come una torre di controllo, come la cabina di comando di un sottomarino, e lo invita a guardare con il periscopio e descrivere tutto ciò che vede fuori. Nessun analista avrà difficoltà ad associare con la metafora del sottomarino, associazioni che possono andare dallo «schermo onirico bianco» di Lewin (1946) davanti al vasto mare aperto, alla nave da guerra nemica come esempio di identificazione proiettiva, per non parlare poi della «regressione talassale» di Ferenczi. Ma come si sentirà il paziente nell'angusta cabina di comando? Forse in un primo tempo si diverte con questa metafora, perché ha visto sul

«New Yorker» una caricatura che rappresenta il «transfert gemellare» inconscio di Kohut, rappresentato da due sottomarini, i cui capitani osservano i movimenti reciproci con i periscopi per arrivare ad avere la stessa rotta. È anche probabile che al paziente non venga in mente una vignetta tranquillizzante di questo tipo, anche considerando il fatto che la caricatura da noi descritta è una nostra libera invenzione.

Supponiamo che il paziente non si sia mai trovato in una cabina di comando di un sottomarino e che gli sia anche estranea la situazione analitica. Continuiamo a supporre che egli non sia troppo inibito e che abbia conservato un po' di spirito genuino. Che cosa risponderebbe l'analista, se la prima idea spontanea del paziente fosse di chiedere al capitano del sottomarino di spiegarli come funziona il periscopio, dal momento che non ha alcuna esperienza di questo strumento? L'analista deve pazientare e aspettare ulteriori associazioni, e cogliere l'occasione per familiarizzare il paziente con un'altra regola, che spiega che alle domande in genere non viene risposto, ma la risposta è contenuta nelle ulteriori associazioni del paziente stesso. Lasciamo alla fantasia del lettore di immaginare se la fiducia nel «capitano» alla fine di questo dialogo immaginario sarà aumentata o diminuita. È chiaro che abbiamo proposto questa metafora della regola fondamentale in maniera ironica.

Apparentemente non è facile per la maggior parte degli analisti tradurre la «regola sacra» (Freud, 1915-17, p. 449) in una forma profana che ne arricchisca il senso. Lo si può constatare dal fatto che le varie formule preferite della regola sono state discusse nei minimi dettagli. Per esempio, Altmann (1976) comunica al paziente: «Lei ha il diritto di dire qui qualsiasi cosa.» Glover (1955, pp. 337 sg.) si esprime criticamente:

La forma della regola dell'associazione più frequentemente comunicata ai pazienti sembra essere: «Dica quel che ha in mente.» Questo viene preso dal paziente in questo senso: «Dica quel che pensa.» Mentre, se l'istruzione fosse: «Mi dica anche tutto quel che riguarda i suoi *sentimenti* man mano che li osserva sorgere nella sua mente», in un gran numero di casi ne seguirebbe di necessità il contenuto ideativo.

Schafer (1976, pp. 147 sg.) istruisce il paziente con le parole: «Mi aspetto che lei parli ogni volta che viene. Mentre lei parla, noterà che sarà tentato di non dire alcune cose.» E prosegue dicendo che invece della formula: «Che cosa le viene in mente?» preferisce il tipo di domanda più consona al modello di azione, che teoricamente e tecnicamente è: «Che cosa pensa a questo riguardo?» oppure: «A che cosa collega questo, adesso?» o ancora: «Se adesso ci pensa, che cosa le viene in mente per prima cosa?» Egli respinge formule del tipo: «Dica tutto quello che le viene in mente», oppure: «Dica che cosa le viene in mente», il cui contenuto aumenta la passività e incoraggia la regressione. Schafer vede in queste formule residui dell'ipnosi, che vanno di pari passo con la negazione della responsabilità dei propri tentativi di atti mentali. Scha-

fer si rivolge fin dall'inizio ai pazienti come a soggetti agenti e pensanti e quindi pretende di estendere la loro responsabilità ai motivi inconsci. In tal modo, il paziente non è più il contenitore passivo delle sue idee improvvise bensì il loro attivo creatore. Il linguaggio d'azione di Schafer allarga la responsabilità degli uomini ai loro desideri inconsci.

Spence (1982b) criticò le formule di Schafer, perché esasperano il già rigido aspetto superegoico della regola fondamentale. Il fatto che il nostro carattere venga svelato dalle nostre idee improvvise non vuol dire che le associazioni abbiano il valore di azioni intenzionali, di cui siamo ugualmente responsabili, come lo siamo delle nostre azioni. Tale responsabilità esiste solo in un senso più ampio, come afferma Moore (1980). Solo con l'*appropriazione* delle idee improvvise come parte del proprio Io si raggiunge un livello di responsabilità anche per gli atti linguistici motivati inconsciamente. Il problema terapeutico verte su come l'analista può facilitare questo processo di appropriazione, cioè come viene condotta la lotta per l'osservanza della regola fondamentale. È molto importante che il paziente riesca a entrare in confidenza con questa regola passo dopo passo, ma il più rapidamente possibile, fino al punto in cui è disposto a seguirla con prontezza, perché con l'aiuto dell'analista le sue associazioni lo portano a scoperte su sé stesso che lo arricchiscono. Morgenthaler (1978) ha portato degli esempi calzanti a tale riguardo contrapponendoli alle conseguenze deformanti di una comunicazione della regola fondamentale che rafforza il Super-io.

È successo realmente che una paziente avesse capito in modo completamente diverso la domanda: «Che cosa le viene in mente?», cioè come un rimprovero. Questo insolito fraintendimento ci mette in guardia nei confronti delle possibili risonanze inconse di questa frase. C'è da sperare quindi che i convincenti argomenti di Morgenthaler modifichino la presentazione della regola fondamentale e pongano fine alle discussioni durate decenni, anche se Little (1951, p. 39), oltre trent'anni fa, sostenne un'argomentazione simile: «Non invitiamo più i nostri pazienti ad associare liberamente, ma al contrario glielo permettiamo.» Kris (1956a, p. 451) attribuì a queste differenti sfumature della regola notevoli conseguenze nella struttura della situazione analitica. La situazione diventa più personale quando l'analista non richiede ma permette l'associazione libera, poiché diventa simile a un genitore che non respinge un cattivo comportamento.

Crediamo che non basti comunicare la regola dell'associazione libera una volta sola, ma non crediamo neanche, come propone Greenson (1967), a una specie di analisi di prova come iniziazione all'associazione libera. Greenson intende valutare la capacità del paziente di associare liberamente. Tale capacità varia notevolmente e dipende senza dubbio dal tipo di patologia. Infatti nella letteratura sono state descritte diverse limitazioni e resistenze tipiche nei confronti dell'associazione libera. In conformità con la nostra impostazione generale della

regola fondamentale, a noi interessa particolarmente quello che l'analista fa per facilitare e per rendere possibile il rispetto di tale regola.

Anche l'articolo di Schlieffen (1983) dal titolo provocatorio *Psicoanalisi senza regola fondamentale* non incita ad abolire le associazioni; senza di esse l'analista sarebbe perduto. Schlieffen, rifacendosi a Morgenthaler (1978), mostra come la rigorosa applicazione della regola fondamentale possa avere conseguenze deformanti sulla capacità del paziente di produrre idee spontanee. Vorremmo spiegare questo concetto domandandoci se è probabile che, dal punto di vista della teoria delle associazioni, la sopracitata introduzione metaforica della regola fondamentale suggerita da Stern faciliti o renda invece più difficoltosa l'associazione e lo sviluppo di una regressione terapeutica.

Dal momento che, generalmente, lo studio dell'analista ha scarsa somiglianza con la cabina di comando di un sottomarino, le associazioni nevrotico-transferali riferite all'ambito professionale dell'analista saranno più difficili. In questa metafora, il paziente viene messo in una situazione che gli è particolarmente estranea, e viene ancora più privato d'aiuto che nel caso in cui ciò non si verifichi. Il problema tecnico non riguarda naturalmente solo il modo in cui l'analista introduce la regola fondamentale, ma anche ciò che egli fa successivamente per rendere più o meno agevole l'associazione.

I consigli di Freud sulla regola fondamentale, che vanno dagli scritti tecnici alla descrizione della conclusione di un «patto» (1938), e che, stranamente, considerando il suo scetticismo nei confronti del rispetto dei contratti, non si sono mai attenuati nel loro rigore, devono essere oggi esaminati analiticamente nelle loro conseguenze («non dimentichi mai di aver promesso assoluta sincerità», 1913b, p. 344). Non basta che un analista dica di seguire una condizione piuttosto che una regola, come propone Epstein (1976) rifacendosi al diverso significato che c'è tra condizione e regola. A differenza del significato di «condizione», la parola «regola» si riferisce chiaramente all'espressione delle funzioni del Super-io. È chiaro che non si tratta di cambiare e attenuare gli aspetti superegoici della regola fondamentale modificando la terminologia. Si può dubitare, come fa Altmann (1976), che sia possibile far entrare il paziente in tale confidenza con la situazione terapeutica da non risentire quasi dell'ansia iniziale. È improbabile che un paziente riesca a pensare all'aspetto piacevole delle associazioni, quando gli viene comunicata la regola fondamentale.

Come arrivino le comunicazioni dell'analista ai pazienti dipende sia dalla scelta delle parole giuste che dal momento (*timing*) in cui queste si articolano. Tanto più Super-io tanto meno associazione libera; è su questa formula che noi basiamo la nostra proposta di far prendere confidenza al paziente con le regole, passo dopo passo, attraverso il lavoro di interpretazione, prestando una particolare attenzione alla scelta delle parole, al loro momento opportuno, e, soprattutto, alle reazioni del paziente. Tutte le affermazioni dell'analisi

sta sulle regole sono importanti per la relazione di transfert, e il modo in cui egli reagisce alle domande del paziente, particolarmente a quelle riguardanti la regola fondamentale, si ripercuote sul transfert e sull'alleanza di lavoro.

Per valutare il contesto specifico si può utilizzare la teoria dell'associazione nel senso prima descritto. Come può un paziente scoprire il piacere di fantasticare, quando contemporaneamente sente parlare di obblighi economici e di tempo restrittivi, che peseranno su di lui per un periodo indefinito? I diversi modi di discutere gli accordi relativi alle vacanze e alla durata dell'analisi nelle diverse versioni trasformano il campo semantico che si forma attorno alla regola fondamentale, quale che sia la sua formulazione.

In una tavola rotonda, Greenson disse di dare informazioni dettagliate (Seidenberg, 1971, p. 107) mettendo in rilievo i vantaggi dell'evitare il contatto visivo e dell'utilizzare la posizione supina, con l'analista seduto dietro il lettino. Greenson risponde anche estesamente alle domande dei pazienti. Evidentemente tale premura spinse un anonimo analista dell'uditorio a chiedere ironicamente a Greenson come avrebbe reagito se un paziente gli avesse chiesto di dare una dimostrazione di associazione libera. Greenson rispose che avrebbe dato una dimostrazione, ma solo dopo aver cercato di capire che cosa avesse motivato il paziente a fare una domanda del genere.¹

Uno dei nostri pazienti intese la regola nel senso che egli poteva seguire le proprie fantasie in maniera più libera stando sdraiato anziché seduto, come indicazione che non gli era permesso di essere critico con l'analista. Solo più tardi, in una fase avanzata dell'analisi, venne chiarito questo fraintendimento, alla cui genesi l'analista stesso aveva contribuito. La correzione dei suoi effetti sui meccanismi di difesa inconsci fu laboriosa e richiese molto tempo.

Per i motivi descritti, bisogna fare attenzione a evitare concatenazioni sfavorevoli. Per questo consigliamo di formulare la regola fondamentale più o meno così: «Per cortesia, tenti di comunicarmi quello che pensa e che sente. Noterà che non è facile, ma vale la pena di provarci.» Diamo un valore particolare alla raccomandazione di *tentare* di dire tutto; gli altri elementi della formulazione ci sembrano secondari. Il vantaggio di una certa standardizzazione consiste nella possibilità per l'analista di tornare a un valido punto di partenza, se il paziente comincia a parlare di «fraintendimenti» o di come ha compreso la regola fondamentale. D'altro canto, gli accordi rigorosi comportano il pericolo della ritualizzazione, nel senso che non si riflette più su qual è il modo di comunicare la regola fondamentale più adeguato per un determinato tipo di paziente. Bisogna aspettarsi conseguenze negative dalla comunicazione stereotipata della regola fondamentale, soprattutto da parte di pazienti appartenenti alle cosiddette classi sociali basse (Menne e Schröter, 1980).

¹ Ci occuperemo più avanti (7.4) della risposta alle domande; in quel contesto spiegheremo perché consideriamo sbagliata l'ipotetica risposta di Greenson. La conoscenza della motivazione non porterebbe a una chiara spiegazione della divisione dei compiti. Il paziente deve sapere che associare liberamente è un compito suo e non dell'analista.

Speriamo di aver chiarito quanto sia importante che l'analista, fin dall'inizio, presti attenzione a ciò che egli può fare per facilitare le associazioni del paziente. La strutturazione della relazione terapeutica e il lavoro di interpretazione permettono una continua correzione di un andamento sfavorevole assunto all'inizio del trattamento.

7.2.3 *L'associazione libera nel processo psicoanalitico*

Secondo una concezione piuttosto diffusa, il paziente sviluppa la capacità di associare liberamente solo abbastanza tardi nel corso del trattamento. Spesso si ritiene (Merloo, 1952, p. 21) che il caso di un paziente possa considerarsi chiuso quando egli è veramente in grado di associare liberamente.

La configurazione delle prime sedute e il modo in cui viene spiegata l'associazione libera non possono neutralizzare le resistenze conscie e inconscie del paziente. Nonostante ciò, bisogna tenere presenti gli effetti collaterali imprevisti che possono avere le regole rigide quando sono risucchiate nella scia di una confessione compulsiva e del desiderio di essere puniti. Nella *lotta per l'osservanza della regola fondamentale* (A. Freud, 1936) si va dalla comunicazione libera spontanea e non selettiva, da una parte, alla resistenza contro di essa, dall'altra. Questa teoria della resistenza riguarda da un lato la relazione tra le associazioni e dall'altro l'opposizione conscia o inconscia a esse. La tipologia successiva delle forme di resistenza e le loro diverse spiegazioni, di cui abbiamo trattato nel capitolo 4, riportano tutte all'analisi della resistenza alle associazioni. Così scrive Freud (1892-95, p. 407; corsivo nostro):

Dunque una forza psichica, l'avversione dell'Io, aveva in origine scacciato la rappresentazione patogena dell'associazione e si opponeva ora al suo ritorno nel ricordo. Il «non sapere» degli isterici era dunque un «non voler sapere», più o meno cosciente, e il compito del terapeuta consisteva nel superare mediante lavoro psichico questa *resistenza all'associazione*.

Ci allontaneremmo troppo dalla tecnica di trattamento se ci occupassimo anche delle teorie che Freud usò per spiegare la resistenza all'associazione da lui osservata, rendendosi presto conto del fatto che una resistenza interna, come censura, ha un'influenza deformante su tutti i processi psichici. Una misura importante della libertà conquistata dal paziente è, in realtà, la sua capacità di lasciar fluire le proprie idee spontanee nell'ambiente protetto della situazione analitica. Considerando che queste osservazioni costituiscono il pane quotidiano dell'analista, è sorprendente come sia limitato il numero degli studi accurati sulle associazioni. Ci appoggiamo in ciò alla completa esposizione di Mahony (1979) a cui siamo debitori di altri suggerimenti fondamentali. Una rilevante letteratura psicoanalitica è spesso costituita, critica Mahony, da associazioni sulle associazioni. Gli esempi che presenta Kris (1982) si possono considerare emblematici del fatto che la maggior parte degli analisti considera tutto ciò che il paziente comunica, verbalmente o no,

come associazione libera. Come Kanzer (1961), Kris fa rientrare tutto nel processo dell'associazione: l'accordo sugli appuntamenti e sull'onorario, come si entra e si esce dallo studio dell'analista, la posizione del paziente sul lettino ecc., tutto può essere considerato espressione di associazione libera.

Il metodo e il processo dell'associazione libera vengono intesi da Kris in un senso estensivo: si tratta di un processo comune, in cui il paziente cerca di esprimere tutti i suoi pensieri e sentimenti in parole e l'analista, guidato dalle proprie associazioni, lo aiuta a svolgere tale compito (Kris, 1982, pp. 3, 22). Poter associare più o meno liberamente può essere considerato un'espressione di libertà interiore e quindi un obiettivo terapeutico decisamente auspicabile. Fin qui va tutto bene; ma non sono le associazioni dell'analista o la sua attenzione uniformemente fluttuante, in quanto tali, che facilitano il progresso del paziente. È di essenziale importanza considerare come nascono nell'analista le interpretazioni efficaci, e le conseguenze che esse hanno sul paziente. Subito dopo ogni intervento, che, conformemente all'origine etimologica della parola, interrompe il fluire del discorso del paziente, il tema dell'intervento viene momentaneamente portato avanti: è proprio quando l'interpretazione è lasciata cadere che l'analista è costretto a riflettere su una tale reazione. La sua attenzione uniformemente fluttuante si concentra ora sul tema. Quanto più le associazioni del paziente sono multiformi e dettagliate, tanto più diventa difficile trovare un senso in tutto ciò che egli dice. Forse il metodo è stato portato *ad absurdum*? No, dal momento che diventa chiaro che il paziente non può fare a meno di considerare la presenza della persona dell'analista. Semplicemente gli comunica cose insensate.

È pur vero che l'analista trova in modo del tutto corretto un significato, anche in una follia vera o simulata. Di fatto, l'associazione confusa serve come mezzo per ristabilire l'equilibrio tra le forze, dal momento che da un'informazione frammentata non si può costruire una buona *Gestalt*. L'analista, in tale situazione, non sa più che pesci pigliare, si trova in una posizione di scacco matto. Il fatto che in tutto ciò noi troviamo un senso profondo, non cambia di per sé la realtà delle cose. Bisogna prendere coscienza di tutto questo, per far comprendere al paziente quanto potere egli detiene e quanto l'analista dipenda da lui. Non importa quanto asimmetrica sia la divisione del potere e della dipendenza, giacché essi si riducono e si stabilizzano a un livello sopportabile se i pazienti possono sperimentare, in questa situazione come in altre simili, quanto l'analista dipende da loro. Inoltre, sono proprio queste esperienze che segnano i punti di svolta terapeutici. È perciò utile, da un lato, considerare le informazioni del paziente dal punto di vista della continuità (quale tema dell'ultima seduta si porta avanti oggi?), e dall'altro considerare la seduta attuale nella sua unicità (quale problema cerca di risolvere il paziente oggi?).

Ci occuperemo ora dei resoconti clinici, in cui ci si aspetterebbe una più

estesa descrizione di associazioni libere. Si tratta delle relazioni con cui i giovani analisti tedeschi dimostrano la loro qualificazione professionale. Riguardo al modo con cui si introduceva la regola fondamentale e le conseguenze delle sue diverse formulazioni in tale contesto, Schlieffen (1983) non trovò, in un campione rappresentativo, alcuna indicazione. Come rispondere all'importante domanda relativa a come si svolge il processo associativo nel corso di un'analisi e come viene descritto? In dieci resoconti scelti a caso, non abbiamo trovato descrizioni né di sequenze associative, né di punti nodali, cioè resistenze ad associare, a cui il paziente era arrivato, né la loro interpretazione. Mancano poi indicazioni riguardanti l'incremento della spontaneità del paziente, rilevabile dalla maggiore libertà associativa, nelle fasi successive dell'analisi. Mentre c'è un'assenza costante delle catene associative che conducono paziente e terapeuta ai significati inconsci, troviamo più spesso *indicazioni* che i pazienti prendono in esame le loro idee spontanee. Si potrebbe persino dire che si tratta proprio di questo: Freud preferiva parlare di idee spontanee, improvvise. Tuttavia il punto fondamentale è che non basta considerare questa o quella idea spontanea.

Solo raramente viene fatto il tentativo, in letteratura, di analizzare in maniera sistematica le connessioni tra le idee spontanee dell'individuo (Thomä, 1961; Hohage e Thomä, 1982). A nostro giudizio ciò dipende da problemi di metodo difficilmente risolvibili: dov'è il confine tra le associazioni libere e quegli aspetti della relazione, nell'ora della seduta, che non sono così liberi? Che le idee spontanee, improvvise, portino verso significati più profondi può essere considerato come indizio certo di associazione libera. Sono ancora più frequentemente riportate le idee spontanee che riguardano i sogni; ciò ha senz'altro un fondamento storico. È chiaro che molti analisti, oggi, usano mille precauzioni di fronte a singoli, isolati elementi del sogno, cioè nel raccogliere idee spontanee centrate sul tema, secondo la tecnica classica di Freud.

Il riserbo dell'analista rende più facile al paziente dire tutto quello che gli viene in mente. Ma dove portano le sue comunicazioni? Dobbiamo considerare come idee spontanee libere tutte le comunicazioni che possono essere indici di significati latenti? Oppure dobbiamo aspettare fino a quando il paziente stesso arriva a riconoscere i propri desideri inconsci? Se così fosse, un monologo sufficientemente lungo, in condizioni di associazione libera, potrebbe portare a una conoscenza di sé. L'autoanalisi di Freud e il tentativo pluriennale di Farrow (1942) possono servire come esempi che non hanno ancora trovato una collocazione adeguata nella storia della medicina (Schott, 1983). La teoria psicoanalitica non dà alcuna informazione sulle circostanze in cui si possono superare resistenze come la rimozione in modo tale da aprire un accesso verso l'inconscio dinamico. L'analista non aspetta che il paziente presenti associazioni senza senso, e che, finalmente, in stato di autoipnosi si

accosti al processo di pensiero primario tanto che il suo Io diventa il suo Es e il suo Es il suo Io. No, l'analista ascolta attentamente fino a quando non gli viene in mente qualcosa che, dopo un'attenta riflessione, crede di poter comunicare. Nel *Compendio di psicoanalisi* (Freud, 1938, p. 605) leggiamo:

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

Che si decida di definire le comunicazioni del paziente associazioni libere o meno, in ogni caso le interpretazioni dell'analista aggiungono sempre qualcosa di nuovo, anche quando egli si preoccupa (come il terapeuta estremamente non direttivo, centrato sul cliente, secondo Rogers) di non aggiungere nulla, ma si limita a sottolineare in maniera incoraggiante una parte della frase; anche una ripetizione pappagallesca aggiunge qualcosa. Quanto più il paziente sprofonda in un apparente monologo e abbandona gradualmente la verbalizzazione avvicinandosi a uno stato ipnagogico, tanto più importante diventa il modo con cui l'analista sostiene la relazione. In tali condizioni regressive la comparsa di un monologo può essere ingannevole. Il ripiego su particolari forme di monologo in presenza dell'analista ha aspetti diversi. M.M. Gill (1982) ha considerato tale ripiego dal punto di vista della resistenza. Anche nella regressione il paziente resta all'interno della relazione di transfert. Forse il paziente sta cercando un oggetto transizionale che l'analista può riconoscere dandogli un nome, anche se fa parte del periodo preverbale dello sviluppo.

La metafora freudiana del viaggio pone anche la questione della trasformazione di immagini in parole. Spence (1982a) è stato particolarmente attento all'ambito dell'associazione libera e della perdita di informazione che si produce nella descrizione. Egli sottolinea che il paziente non è solo un osservatore passivo di immagini che sfilano di fronte a lui, ma le costruisce attivamente. Ciò vuol dire che le frasi, una volta iniziate, seguono le regole della grammatica, anche quando il dialogo psicoanalitico procede in maniera sciolta. Secondo Spence la regola fondamentale presenta due istruzioni contraddittorie. Come interlocutore nel dialogo, il paziente non può, simultaneamente, assumere un atteggiamento introspettivo e, quando lascia affiorare i pensieri più nascosti, non può condurre una conversazione. Più il paziente associa liberamente più difficile sarà comprenderlo. Spence pensa che questo paradosso si risolva così, in terapia: nei trattamenti riusciti, entrambi i partecipanti sviluppano un linguaggio comune, diverso da quello della loro vita quotidiana. Anche secondo la nostra esperienza in molte analisi si costruiscono diversi simboli pregnanti, che sono peculiari di quella particolare coppia analista-paziente.

Non dovrebbe essere necessario richiamare l'attenzione sul fatto che, come tutto il resto, l'associazione libera può essere utilizzata come *resistenza*. Non a caso Freud descrisse tale problema nei pazienti nevrotici ossessivi. Tradurre i pensieri in parole implica sempre un processo di scelta e solo un paziente che rapidamente butta tutto fuori, senza riflettere, sembrerebbe attenersi perfettamente alla regola fondamentale. Il paziente che riflette fa questa o quella associazione, e quando parla cambia o sposta alcune parole o parti di pensiero. Ciò che è stato spostato non va perduto nelle associazioni, ma il nevrotico ossessivo, profondamente ambivalente, mostra che le regole possono essere portate *ad absurdum*. Comunque non è possibile esprimere contemporaneamente due pensieri diversi.

Non vogliamo occuparci ulteriormente, in questo contesto, di come i pazienti, sulla base della loro patologia, si comportano di fronte alla regola fondamentale. Piuttosto vogliamo considerare come l'analista contribuisce alla loro personale comprensione delle regole. Molti pazienti intendono la regola fondamentale come la richiesta di un modo di pensare sconnesso, disordinato e illogico, o come se si trattasse di condurre un monologo in presenza di un analista silenzioso. In ogni caso il modo di presentare la regola fondamentale dà adito a diversi fraintendimenti, che richiedono di essere chiariti e interpretati. Se il paziente reagisce allo stimolo dell'analista con un monologo ci si deve chiedere che cosa ha fatto l'analista, o non fatto, per arrivare a questa situazione. A tale riguardo ci sono alcuni aneddoti illuminanti. Loewenstein riporta il caso di una paziente che dice: «Stavo arrivando al punto di associare liberamente, ma preferirei dirle quello che veramente mi preme» (Seidenberg, 1971, p. 100).

La capacità del paziente di associare liberamente aumenta senza dubbio man mano che il trattamento procede. Eissler (1963b, p. 198) fa notare che bisognerebbe chiedersi «se qualcuno sia riuscito ad assolvere tale compito in maniera adeguata». Sicuramente è successo a ogni paziente, in un determinato momento della terapia, di non voler comunicare qualcosa. Particolarmente gravi di conseguenze sono i processi di selezione preconsoci, che limitano il flusso delle associazioni, perché si scontrano con aree particolarmente sensibili dell'analista che sembrano essere autentiche sorgenti di irritazione (vedi sopra, capp. 2 e 3). Infine possiamo aggiungere un ulteriore aspetto dello studio dei contesti motivazionali dei processi decisionali, cioè la natura della loro determinazione, considerandoli dal punto di vista dell'autonomia dell'Io.

Supponiamo che un paziente si sia proposto di non rivelare qualcosa e si attenga alla sua decisione. L'analista ha forse perso la sua battaglia per l'adesione alla regola fondamentale? Riteniamo di poter rispondere negativamente a questa domanda, perché riteniamo che una certa riserva possa essere considerata prova di libertà interiore. Kanzer (1961, 1972) ha sottolineato a più riprese che con alcuni pazienti è inopportuno, e anche errato, insistere sulla regola

fondamentale. La necessità di differenziare il Sé dall'altro rappresenta una componente di una sana individuazione e una tappa evolutiva necessaria per pazienti con disturbi di separazione. Giovacchini (1972) è della stessa opinione, quando concede al paziente il diritto di tenere per sé un segreto. Il paziente capisce che l'analista non è invidioso della sua autonomia e che gli concede il diritto di ritirarsi e di stabilire i propri confini. Il diritto di trattenere qualcosa fa sì che il paziente non debba essere costantemente e rigidamente in guardia contro l'immagine divoratrice proiettata sull'analista.

L'affermazione di Eissler può essere interpretata solo nel senso che la riserva, il rifiuto parziale di raccontare tutto, è un'espressione di autodeterminazione. Il compito di associare liberamente – così almeno possiamo supporre – non può essere assolto perfettamente, perché equivarrebbe a una totale rinuncia a sé. Perché il paziente arretra davanti a una determinata rivelazione, perché ancora la sua autonomia è legata a un particolare contenuto delle sue esperienze e dei suoi ricordi? L'analisi della motivazione deve sempre essere portata avanti dal punto di vista della resistenza. D'altro canto, è comprensibile che il paziente cerchi di stabilire un punto di riferimento nell'unica area in cui può affermare la sua indipendenza dall'analista, cioè nell'esclusione di questo o quel tema.

A tale riguardo, Dewald, nel suo libro *Il processo psicoanalitico* (1972, p. 613), ritiene che l'associazione libera conduca al processo primario: «Essenzialmente, l'associazione libera tende, per forma e contenuto (...) verso un pensiero di tipo processo primario; contribuendo a promuovere il processo di regressione al servizio dell'Io.» Le ricerche di Holt (1967b) sul processo primario e l'esperienza clinica contraddicono l'opinione che l'associazione libera diventi meno strutturata man mano che il lavoro analitico procede. Noi dubitiamo anche del fatto che il paziente alla fine del trattamento abbia acquisito una maggiore abilità nel produrre idee più spontanee e creative. La libertà interiore più profonda si può esprimere in molti modi, con il silenzio, con la parola e con l'azione.

7.3 *L'attenzione uniformemente fluttuante*

Freud (1912b, p. 536) descrisse la stretta relazione tra l'attenzione uniformemente fluttuante dell'analista e l'associazione libera del paziente. La natura complementare dei due processi è stata accentuata ulteriormente dalla preferenza di alcuni autori per il termine «attenzione liberamente fluttuante», che bisogna ricondurre alla traduzione dall'inglese, dal momento che *free floating attention* non rende correttamente il termine originale tedesco *gleichschwebende Aufmerksamkeit*.

L'analista che segue questa regola resta aperto a tutte le associazioni del paziente e lo lascia completamente libero di sviluppare le sue fantasie e idee.

Soprattutto, egli stesso non si lascia influenzare dalle proprie conoscenze teoriche astratte, ma vede ogni paziente nella sua unicità e incomparabilità ed è curioso di sentire e di esperire qualcosa di nuovo. Evita deliberatamente di fare confronti per non ostacolare il proprio accesso all'ignoto. Se l'analista segue i consigli di Freud, oscilla «secondo la necessità da un atteggiamento psichico a un altro» e rimanda il «lavoro intellettuale di sintesi» alla fine del trattamento (p. 535). Mentre il trattamento è in corso, una volta o l'altra, può emergere materiale nuovo che può correggere l'immagine acquisita fino a quel momento, vale a dire la ricostruzione provvisoria. L'attenzione uniformemente fluttuante deve ricordare all'analista che ogni caso può svilupparsi in modo diverso da come egli può essere portato ad attendersi in base alla teoria generale (e sempre provvisoria) e al limitato bagaglio delle proprie esperienze personali.

Nel suo ascolto passivo, l'analista cerca di lasciarsi influenzare allo stesso modo da ogni elemento e, rimanendo ugualmente attento, evita di fare selezioni. È proprio qui che egli scopre i suoi limiti, che si articolano su due livelli diversi. La sua attenzione uniformemente fluttuante viene disturbata dal controtransfert (inteso in senso tradizionale), così come succede normalmente con i pregiudizi personali di fronte a determinati problemi umani. Questo turbamento è di solito motivo di autoriflessione e di autoanalisi. Nell'attuale modo di intendere il controtransfert questi disturbi dell'attenzione uniformemente fluttuante possono essere sfruttati in senso terapeutico (vedi sopra, cap. 3). Inoltre, l'analista nota che la sua attenzione uniformemente fluttuante è attirata involontariamente in certe direzioni: non può permanere concentrata su tutto continuando a fluttuare uniformemente. Quando gli viene in mente un'interpretazione, vuol dire che ha fatto una scelta tra diverse possibilità che si presentavano. L'interpretazione dell'analista è motivata, così come l'associazione libera del paziente.

Sulla base di queste considerazioni, riteniamo che la regola dell'attenzione uniformemente fluttuante implichi l'esigenza, non facile da soddisfare, di un esame autocritico nei confronti di questo specifico paziente, in questo momento, e un costante confronto con problemi generali e specifici della tecnica di trattamento e della teoria psicoanalitica. Condividiamo inoltre l'opinione di Freud (1915a, p. 13) che siamo sempre influenzati nella nostra comprensione da alcune idee preesistenti a ciò che osserviamo, dal momento che ascoltiamo sempre in maniera attiva. Per questo motivo è impossibile riservare a ogni cosa la stessa attenzione; comunque non lo facciamo, nella pratica. È però possibile e necessario confrontare con sé stessi e con la comunità scientifica le proprie idee e i loro fondamenti e correggerne i pregiudizi alla luce delle osservazioni. Nell'interscambio con i pazienti ci sono molte possibilità di farlo, specialmente quando risultano errate le ipotesi espresse come interpretazioni. Il lettore obietterà che dovrebbe essere ovvio che l'analista si accosti ai pazienti senza avere pregiudizi. Non c'è bisogno, per questo, di una regola! E non c'è

bisogno di ricordare agli analisti le varie e numerose idee che essi hanno sui fenomeni clinici, perché è proprio da qui che iniziarono le dispute tra le diverse scuole. Ed è così che la routine psicoanalitica rispecchia un aspetto della conoscenza filosofica, per cui tutte le osservazioni sono impregnate di teoria.

Potremmo accontentarci di queste osservazioni sull'attenzione uniformemente fluttuante e contare sull'assenso generale quando diciamo che l'analista dovrebbe impegnarsi nell'essere franco e che la sua attenzione, durante la terapia, non dovrebbe essere condizionata da preconcezioni o pregiudizi. Ma con ciò la storia non sarebbe conclusa; le conseguenze di una tradizione di pensiero alternativa, fondata da Freud con una spiegazione metaforica dell'attenzione uniformemente fluttuante, giungono fino a oggi. Freud (1912b, pp. 536 sg.) attribuì all'inconscio dell'analista la peculiare capacità di funzionare come organo ricevente dell'inconscio emittente del paziente: «Come il ricevitore trasforma in onde sonore le oscillazioni elettriche della linea telefonica che erano state prodotte da onde sonore, così l'inconscio del medico è capace di ristabilire, a partire dai derivati dell'inconscio che gli sono comunicati, questo stesso inconscio che ha determinato le associazioni del malato.»

Questa affermazione fornì un fondamento alla regola dell'attenzione uniformemente fluttuante, come pure alla necessità che l'analista si liberasse dal controtransfert (vedi sopra, cap. 3). Freud concettualizzò tale capacità di riconoscimento inconscio secondo il modello utilizzato allora per la percezione sensoriale. Si assumeva che nella percezione venisse rispecchiata la realtà esterna in maniera diretta e corretta. Perciò questo modello venne anche chiamato più tardi la «teoria dello specchio» o «dottrina dell'immacolata percezione» (Westerlundh e Smith, 1983).

Era quindi in sintonia con lo spirito del tempo spiegare la percezione dell'inconscio con la metafora dello specchio o del telefono. Solo recentemente la direzione della ricerca sull'interazione precoce tra madre e bambino è stata determinata dal fatto che anche un lattante non assimila il suo mondo passivamente, ma lo costruisce (Stern, Beebe e altri, 1977). La metafora di Freud sembrò risolvere finalmente una serie di problemi pratici e teorici in maniera così convincente che il loro contenuto ha fondato una tradizione di pensiero e di pratica psicoanalitica ancora oggi influente. L'attenzione uniformemente fluttuante diventò popolare grazie al «terzo orecchio» di Reik, che contiene elementi essenziali dello speciale tipo di empatia su cui Kohut (1959), in seguito, creò una scuola. Da Balter, Lothane e altri (1980) sappiamo che l'attenzione uniformemente fluttuante ricevette una connotazione tecnica da Isakower, quale «strumento analizzante». Fu così postulato un luogo particolare, all'interno dell'apparato psichico dell'analista, per spiegare la sua capacità di ascoltare l'inconscio del paziente. Contemporaneamente Spence (1984) chiamò un suo saggio critico con un titolo più che eloquente, *Perils and Pitfalls of Free Floating Attention* (Pericoli e trabocchetti dell'attenzione liberamente fluttuante). Dopo un'indagine

psicoanalitica sul processo di comprensione e di empatia, che assimila anche concetti di ermeneutica filosofica di Gadamer e Habermas, egli giunge alla conclusione che non esiste attenzione uniformemente fluttuante intesa come ascolto passivo senza una precomprensione.

Il nostro contesto di comprensione si applica alla comunicazione del paziente. Se si sostituisce il termine ermeneutico «precomprensione» con «idea» possiamo tracciare facilmente un parallelo con la concezione di Freud. Se l'analista ascolta attivamente può mantenere fluttuanti le sue idee, fantasie, sentimenti, le sue precomprensioni e teorie, e rimanere aperto a nuove esperienze. Spence fornisce perfino convincenti argomentazioni psicoanalitiche per dimostrare che è proprio l'illusione della percezione immacolata che, senza volerlo, apre le porte alle proiezioni delle proprie idee inconscie, quindi di difficile accesso alla ragione.

Il mito dell'attenzione uniformemente fluttuante, come definisce Spence questa modalità di ascolto passivo apparentemente libera da teorie, ha molte funzioni, come tutti i miti, che potrebbero essere considerati prototeorie, dal punto di vista della storia della scienza. In realtà l'attenzione uniformemente fluttuante è un ibrido, che noi abbiamo scisso nelle sue due componenti originali. Deve la sua sopravvivenza a questa combinazione di elementi che hanno un valido fondamento razionale, franchezza totale piuttosto che riservatezza, con aspettative mistiche di fusione e di unità, che collegherebbero il proprio inconscio con quello dell'altro, come avviene nella metafora freudiana del telefono. Intesa in modo obiettivo, la regola dell'attenzione uniformemente fluttuante contribuisce a fare in modo che il paziente si senta compreso e pone quindi le basi razionali del trattamento. Tuttavia, per avvicinarci maggiormente al processo di interscambio tra paziente e analista, dobbiamo rinunciare a una buona dose di fascino, come dimostreremo quando discuteremo il concetto di empatia di Kohut (vedi oltre, cap. 8) e nella discussione, qui di seguito, sull'ascolto con il «terzo orecchio» di Reik (1949).

Cominciamo presentando il «terzo orecchio» e le sue funzioni con le parole dello stesso Reik:

La psicoanalisi non è, in questo senso, una conversazione «cuore a cuore» o «pulsione a pulsione», un dialogo non udibile ma altamente espressivo. Lo psicoanalista deve imparare come una mente parla a un'altra al di là delle parole e in silenzio. Egli deve imparare ad ascoltare con il «terzo orecchio». Non è vero che si deve gridare per farsi capire. Quando si desidera essere ascoltati si sussurra. (...)

Una delle particolarità di questo «terzo orecchio» consiste nel fatto che funziona in due modi. Può afferrare ciò che altre persone non dicono, ma solo sentono o pensano; e può anche essere rivolto verso l'interno. Può udire voci provenienti dall'interno di sé che altrimenti non sono udibili perché coperte dal rumore del nostro processo di pensiero conscio.

Il terzo orecchio, secondo Reik, è strettamente correlato con l'attenzione uniformemente fluttuante:

Immaginate lo psicoanalista seduto sulla sua poltrona, che con i cinque sensi osserva i segnali psicologici più sottili, con l'ansia che qualcuno possa scappargli? Ho parlato di sottili segnali e deboli stimoli che si spostano velocemente, e ondeggiano, passano alla chetichella e ottengono tanta rilevanza significativa sulla base delle congetture sui processi inconsci. Di fronte a dati così differenziati, così difficili da cogliere, penserete che sia richiesta l'attenzione più penetrante. Immaginerete l'analista non solo attento ma anche teso.

Tale raffigurazione è falsa e l'attenzione dell'analista è di un tipo differente. Freud definisce *gleichschwebend* questo particolare tipo di attenzione. Il termine è difficile da tradurre; con la connotazione di uguale distribuzione ha anche il significato di ruotare o girare in tondo. L'espressione che posso accostare maggiormente a quella tedesca è «ugualmente fluttuante». Un'altra possibilità che mette in rilievo l'equilibrio psicologico, anziché il movimento, sarebbe «attenzione bilanciata». Due fattori indussero Freud a consigliare tale attenzione uniformemente fluttuante. Essa evita all'analista una tensione che, dopo tutto, non è possibile mantenere per ore, ed evita i pericoli che incombono in caso di un'attenzione deliberatamente rivolta verso un particolare obiettivo. Se noi concentrassimo la nostra attenzione su un determinato punto, se cominciassimo a selezionare tra i dati offerti e ricorressimo soprattutto a un frammento, allora, Freud ci ammonisce, noi seguiremmo le nostre aspettative e inclinazioni personali. Sorge naturalmente il pericolo di non scoprire mai altro che quello che siamo preparati a scoprire. Se noi seguiamo le nostre inclinazioni, siamo sicuri di falsificare la percezione possibile. La regola secondo cui dobbiamo notare qualsiasi cosa in ugual modo è il necessario complemento della richiesta che noi facciamo al paziente di dirci ogni cosa che gli viene in mente senza critiche o selezioni.

Reik prosegue:

E ora come possono essere armonizzati l'attenzione uniformemente fluttuante e il prendere nota? Se nella massa di numerosi dati che ci passano davanti volessimo prendere nota di qualcosa, dovremmo dirigere uno sguardo penetrante su punti speciali, prestare particolare attenzione a essi, o no? Come posso prendere nota di qualcosa, se non dirigo la mia attenzione su di esso, se tratto dettagli insignificanti esattamente nello stesso modo di ciò che è importante? Forse si dirà che la nozione di attenzione «ugualmente fluttuante» è diretta proprio a prendere nota di tutto e a ricordare tutto. Ma tale nozione non si autocontraddice? L'attenzione è sempre diretta solo su particolari oggetti. Abbiamo sempre detto che l'attenzione seleziona. Come possiamo evitare il pericolo di una selezione, se vogliamo essere attenti?

È risaputo che Reik ha fatto delle proposte per superare queste contraddizioni, descrivendo diversi tipi di «attenzione»:

La natura dell'attenzione in psicoanalisi può essere ben illustrata dal paragone del riflettore. L'attenzione volontaria, che è limitata a un settore ristretto del nostro campo di esperienza, può essere paragonata nei suoi effetti all'orientamento del riflettore su una particolare area. Se noi sappiamo in anticipo che il nemico sta arrivando da quella direzione o che qualcosa sta per accadere in quel settore, allora noi, per così dire, abbiamo previsto l'evento. È vantaggioso illuminare intensamente quel particolare settore. Consideriamo un caso diverso: che qualcosa, ad esempio un rumore, abbia orientato la nostra attenzione verso una particolare zona. Solo allora orientiamo il riflettore su questa. La nostra attenzione non scattò davanti alla percezione, ma la seguì. Questo è il caso dell'attenzione involontaria. Se guidiamo di notte lungo una strada vicino a New York possiamo notare che un riflettore, a metà strada, perlustra ininterrottamente la campagna circostante. Illumina la strada, viene quindi diretto sui campi, torna verso la città, e compiendo un'ampia curva ritorna sulla strada, e così ripete il suo circuito. Questo tipo di attività che non è ristretta a un punto, ma perlustra costantemente un ampio raggio, fornisce il migliore paragone per l'attenzione uniformemente fluttuante.

In questa metafora, al «terzo orecchio» corrisponde un «terzo occhio», in grado di vedere e di assimilare tutto quello che gli sta intorno, senza avere la minima aspettativa. Il terzo orecchio e il terzo occhio sono una *tabula rasa*, virtualmente e completamente vuota e assolutamente priva di aspettative. Le proposte di Reik implicano alcune contraddizioni, perché il carattere «esplorativo», «selettivo» dell'attenzione uniformemente fluttuante deve, in certi momenti e in certi punti, fermare il movimento del riflettore. L'attenzione uniformemente fluttuante fluttua solo fino al momento in cui si ferma. Dal punto di vista della psicologia della percezione, della psicologia cognitiva e della teoria della conoscenza, il suggerimento di Reik è ingenuamente positivistico poiché egli trascura il fatto che dietro il fascio luminoso del riflettore c'è l'intero apparato percettivo e personale dell'osservatore, comprese le sue aspettative teoriche: la sua percezione è «carica di teoria». La nostra affermazione secondo cui la sospensione dell'attenzione si mantiene solo fino a quando l'analista approda a un'interpretazione, che il paziente l'accetti o no, trascura i processi di selezione che la precedono in maniera preconsa (intuitiva) o conscia. Con Thomson (1980) si può far rientrare la funzione ricettiva dello psicoanalista in un quadruplice processo costituito da ascolto passivo e attivo, dal vissuto, dalla percezione e dall'interpretazione. Le nostre percezioni e osservazioni e le relative interpretazioni avvengono alla luce di teorie consce e inconsce. Anche la struttura dell'esperienza prescientifica segue questo principio, sebbene la sua prospettiva rimanga piuttosto ingenua. E così troviamo che i pazienti percepiscono in accordo a una teoria ancorata saldamente in schemi inconsce, e ciò a sua volta contribuisce a che si sentano confermati nelle loro aspettative.

L'attenzione uniformemente fluttuante, nella situazione migliore, ci aiuta a prendere sul serio qualsiasi dettaglio dei punti di vista dei pazienti. Noi seguiamo le spiegazioni che il paziente ci dà delle sue paure e inibizioni ed entriamo nel suo mondo senza riserve. Come potremmo comprenderlo altrimenti? Ascoltiamo i toni bassi, notiamo le interruzioni. Quando il paziente si trova di fronte a un dilemma, quando ci sono sintomi ossessivi o fobie incomprensibili, anche noi non andremmo avanti se fossimo attrezzati solo della teoria e del buonsenso dell'uomo della strada. Ma neanche il «ricevitore» e il «terzo orecchio» potrebbero attribuire alcun senso alle idee spontanee del paziente senza i numerosi programmi là immagazzinati che forniscono all'analista i modelli esplicativi di confronto. Il «terzo orecchio» e il «ricevitore» in ogni caso non potrebbero sentire niente di inconscio se non ci fossero le orecchie di un analista che hanno assorbito quanta più conoscenza possibile e che hanno raccolto le più diverse esperienze. La flessibilità dell'ascolto non è garantita da un «terzo orecchio» con capacità extrasensoriali. Al contrario, ogni mistificazione che porta a fissazioni inconsce di pregiudizi deve essere considerata un ostacolo a qualsiasi pretesa scientifica della psicoanalisi.

L'idea che con il «terzo orecchio» si senta meglio, così che l'analista si comporta come se fosse sordo, ha mantenuto una sorta di fascino. Così per Bion (chiamato lo «psicoanalista mistico» da Grotstein, 1982) l'autosvuotamento passivo-ricettivo dell'analista richiede qualità mistiche. Per raggiungere lo stato mentale «senza memoria e senza desiderio» che egli giudica essenziale per la pratica della psicoanalisi, Bion cerca di evitare ogni memorizzazione (conscia), resistendo a ogni tentazione di ricordare gli eventi di una particolare seduta; non si permette di rintracciarli nella memoria. Egli respinge ogni impulso a ricordare qualcosa che è successo precedentemente o che ha interpretato in una precedente occasione (Bion, 1970). Nello stesso tempo, tuttavia, ritiene necessario che al paziente venga mostrata l'evidenza (evidenza che appare come prodotto di un processo di memoria inconscia che egli chiama «evoluzione» per distinguerlo dalla memoria conscia) che è alla base di un'interpretazione, anche se si riferisce a un periodo di molti anni prima in cui c'è stato un agito. In una certa ottica, in questa concezione c'è anche l'idea di un superamento definitivo del controtransfert, sia nel senso specifico che nel senso generale, visto che Bion cerca di impedire che qualunque desiderio o nostalgia abbia accesso al suo pensiero.

Dal momento che un rapporto equilibrato tra i due atteggiamenti, sentire e pensare, non è facile da raggiungere, questo problema continua a essere dibattuto in ogni successiva generazione di psicoanalisti e psicoterapeuti. La critica di Fenichel (1934) sull'unilateralità di Reik resta quanto mai valida, e resta ancora oggi attuale rispetto al dibattito sull'empatia. Fenichel cita Ferenczi (1919), che aveva detto:

La terapia analitica, perciò, fa al medico delle richieste che sembrano chiaramente contraddittorie. Da un lato richiede da lui il libero gioco dell'associazione e della fantasia, il pieno appagamento del *proprio inconscio* (...) Dall'altro lato, il medico deve sottoporre il materiale prodotto da lui stesso e dal paziente a un accurato esame logico, e nelle sue comunicazioni e nei suoi comportamenti può lasciarsi guidare esclusivamente dal risultato di questo sforzo mentale.

Per finire, non abbiamo certo bisogno di sottolineare che ci siamo allontanati sempre di più dal concetto di attenzione uniformemente fluttuante come regola tecnica, per dirigerci verso il complesso processo cognitivo dell'analista. In realtà esiste una linea diretta dall'attenzione uniformemente fluttuante di Freud al «terzo orecchio» di Reik, fino al metodo empatico-introspettivo dell'osservazione psicoanalitica di Kohut (1959). Questa linea di sviluppo è stata messa in rilievo da Kohler (1980). Una linea parallela passa da Paula Heimann (1950) fino all'ascolto «senza memoria e senza desiderio» di Bion. Un altro sviluppo porta a quegli aspetti del sentire e del pensare che attualmente sono descritti come processi di inferenza nell'analista (Ramzy, 1974; Meyer, 1981a; Kächele, 1985). Si tratta di temi di cui continueremo a occuparci nei capitoli seguenti.

7.4 Il dialogo psicoanalitico e la regola della controdomanda. Rispondere o non rispondere, questo è il dilemma

È una drammatizzazione indebita paragonare le domande del paziente e le mancate risposte dell'analista, come succede nel monologo di Amleto? Si può attribuire alle domande che emergono nel colloquio analitico la gravità dell'«essere o non essere»? In realtà non avremmo scelto questo titolo se non credessimo che nel dialogo psicoanalitico c'è una tensione drammatica. Il paziente va dall'analista per cercare risposte a problemi che non riesce a risolvere da solo. Nessuno dei numerosi precedenti colloqui, con colleghi, amici, preti, guaritori o medici, ha dato risposte soddisfacenti, cioè egli non ha trovato risposte di valore terapeutico per i suoi sintomi. L'ultima risorsa è ora la psicoanalisi, in cui si tratta letteralmente di essere o non essere, di vita o suicidio. Stiamo qui parlando di domande profonde e angosciose, che lo stesso paziente non riesce nemmeno a formulare, di fronte alle quali egli è messo dai propri conflitti inconsci. Non è più necessario sottolineare che, in definitiva, l'effetto benefico della psicoanalisi è costituito dalla *chiarificazione* di queste domande senza risposta. Comunque, come considerare le domande che il paziente può porre e che di fatto pone? Che cosa bisogna fare secondo la tecnica terapeutica? In primo luogo diamo alcuni esempi: «La terapia guarirà o almeno migliorerà i miei sintomi? Come funziona la terapia? Quanto tempo dura? Ha già curato malattie simili? Ho la stessa malattia di mio padre?» Presto il paziente si interessa anche della vita privata dell'analista, della sua famiglia, vorrà sapere dove trascorre le vacanze estive o, per le emergenze, il numero di telefono privato. Se il lettore riesce a mettersi nei panni dell'analista, riuscirà a comprendere parte della tensione che generano in lui queste domande. Egli è stato messo alle strette: il paziente lo ha forzato a dargli una risposta. Tutto ciò che d'ora in avanti l'analista farà sarà inteso dal paziente come una risposta alle sue domande e avrà delle conseguenze. Anche il silenzio, in questo senso, può essere considerato una risposta. Il fatto che il paziente ponga le domande fa sì che l'iniziativa passi all'analista, che egli lo voglia o no. Questa situazione costringitiva nasce dal fatto che analista e paziente sono entrambi coinvolti in un dialogo e quindi sono soggetti alle regole del discorso, rispetto alle quali devono trovare un'intesa almeno parziale (tacita), se realmente desiderano portare avanti un dialogo che abbia qualche senso. È nella natura stessa della domanda l'esigere una risposta dal proprio interlocutore, sicché ogni reazione del partner sarà considerata comunque una risposta. Il paziente che non ha ancora familiarità con la situazione analitica si aspetterà che la conversazione con l'analista segua le regole della comunicazione quotidiana. Se le domande restano senza risposta, egli può interpretarlo come un segnale che l'analista non possa o non voglia rispondere, oppure entrambe le cose.

La domanda è quindi un mezzo con il quale una persona può indurre un'altra a uno scambio verbale, a un dialogo. Dal momento che la terapia psicoanalitica vive di conversazione, di «scambio di parole» (Freud, 1915-17, p. 201), è molto importante che cosa e come l'analista risponde, naturalmente non solo alle domande. Queste ci servono qui come eccellente esempio di un ampio spettro di tentativi più diretti e più aperti, da parte del paziente, di coinvolgere l'analista in uno scambio comunicativo vero e proprio; ulteriori esempi sono le richieste e le critiche. Si può anche verificare che quella che, in un primo momento, sembrava una semplice richiesta di informazioni assuma poi il carattere di un'accusa. Le domande sono difficili da trattare perché sollecitano l'interazione in modi così molteplici. Quale madre non si è irritata per le inquisitorie e insistenti domande del proprio bambino! Qualcosa di molto simile succede all'analista quando viene messo sotto pressione dal paziente affinché risponda.

Una regola tecnica, che si è irrigidita in uno stereotipo frequentemente riscontrabile, sembra tagliare a metà tutte le difficoltà, come la spada di Alessandro fece con il nodo di Gordio. Lo stereotipo prescrive di rispondere a una domanda del paziente con una controdomanda: «Che cosa la spinge a fare questa domanda?» Per esempio, se nel resoconto di un trattamento viene fuori che c'è stata questa o quella domanda, che è stata «analizzata», si può essere abbastanza sicuri che il paziente fece una domanda che gli venne girata con un invito a fare associazioni su di essa. L'analista può spesso sollecitare tali informazioni indirettamente anche tramite il silenzio. Nell'opinione comune questa forma di rimbalzo delle domande è uno dei segni di riconoscimento caratteristici del trattamento psicoanalitico. In effetti sulla copertina dell'edizione tedesca del libro di Malcolm (1980) *Psychoanalysis: the Impossible Profession*, è specificato che il testo riporta le domande che tutti i pazienti vorrebbero porre, a cui però sanno che l'analista si limiterebbe a rispondere: «Che cosa le viene in mente a questo riguardo se riflette sul perché mi ha voluto porre questa domanda?» Anche noi seguimmo per anni questo stereotipo, finché ci rendemmo conto dei suoi effetti negativi. Come questa regola fosse profondamente radicata nel Super-io professionale, lo scoprimmo dal senso di colpa che avvertivamo quando non la tenemmo più in considerazione. Supponiamo che molti altri analisti possano aver avuto la stessa esperienza. Il seguente aneddoto fa capire come questo stereotipo venga chiaramente trasmesso da una generazione all'altra con l'analisi didattica e di controllo, nella convinzione che rispondere alle domande con altre domande assicuri un'analisi particolarmente efficace e rigorosa. Secondo questo aneddoto, la cui essenza non è inventata, i candidati si attengono a questa regola in maniera decisamente rigida. Si tratta di questo: un candidato dice al suo primo analizzando prima della fine del colloquio preliminare: «Se ha qualcosa da chiedere, lo faccia adesso per cortesia. Dalla prossima seduta in poi sarò tenuto al principio di astinenza e non potrò rispondere a nessuna delle sue domande.»

La seguente rassegna della letteratura (7.4.1) mostrerà come questo stereotipo rappresenti un rimasuglio della concezione del funzionamento mentale secondo il modello pulsione-scarica. Si suppone che il paziente, per via del rifiuto della risposta, riesca ad arrivare più rapidamente a produrre idee spontanee che condurranno al significato latente della domanda. La regola troverebbe quindi la propria legittimazione dalla speranza di ottenere un guadagno in insight terapeutico. Ma come trattiamo quei pazienti (un aspetto che spesso non si considera) che vivono la mancata risposta come un rifiuto? Che influenza ha questo rifiuto sulla relazione di transfert e sull'auspicato processo di ristrutturazione della rappresentazione di sé e degli oggetti del paziente? Crediamo di dover supporre che solo pochi pazienti abbiano un Io così intatto da non vivere il rifiuto implicito nello stereotipo della mancata risposta alle domande come una grave offesa, con tutte le implicazioni che ne derivano a livello dei meccanismi inconsci di difesa.

Almeno nella fase iniziale, il paziente non sarà in grado di cogliere il senso pieno della regola della controdomanda, come d'ora in poi la indicheremo per brevità. I vissuti di rifiuto e di offesa del paziente possono stimolare i meccanismi di difesa inconsci, che portano a trasformazioni impercettibili delle idee improvvise. Così la riservatezza dell'analista, finalizzata a stimolare le idee improvvise del paziente, ottiene l'effetto contrario.

Sulla base dello studio della letteratura e dell'esperienza personale siamo giunti alla conclusione che la regola della controdomanda non assicura in alcun modo la profondità della conoscenza di sé, bensì la disturba e talora può distruggere la vera base della conoscenza di sé, vale a dire il dialogo psicoanalitico. Questa conclusione è supportata da un altro risultato della nostra ricerca successiva, sulle eccezioni alla regola. Con quali pazienti l'analista può trascurare la regola della controdomanda? Con coloro che non hanno un Io integro in grado di sopportarla, cioè con una larga fetta dei pazienti che consultano l'analista! Che cosa accade quando l'analista non si attiene più alla regola della controdomanda? Deve limitarsi a rispondere alle domande che gli vengono poste? Assolutamente no. Si astiene soltanto dalla rigida osservanza di una regola che non si può più conciliare con la teoria bipersonale del processo psicoanalitico e con l'esperienza della pratica psicoanalitica. Così come lo sviluppo del Sé o dell'Io risulta legato al processo dialogico, anche il cambiamento terapeutico dell'Io e la scoperta del Sé sono legati alla risposta del nuovo oggetto. In questo senso le eccezioni alla regola rappresentano la maggioranza. Non siamo diventati scettici rispetto alla pratica precedente solo a motivo di quei pazienti che hanno «relazioni oggettuali» insicure. Dal momento che nel trattamento psicoanalitico tutti gli oggetti si costruiscono grazie alla comunicazione verbale con un soggetto che fa uso del mezzo linguistico, possiamo chiarire perché è necessario modificare una regola, ormai invecchiata, per rendere più fruttuoso il dialogo psicoanalitico. Non si tratta di dare semplicemente una risposta, ma

di una sostituzione della regola della controdomanda con un modo di applicarla differenziato ed empatico come quello proposto da Curtis (1979, p. 174): «Naturalmente, è oggetto di riflessione analitica sapere se è meglio per il processo analitico fornire una risposta, un chiarimento o una conferma alle domande del paziente.» Dal momento che la regola della controdomanda sembra costituire un modo apparentemente facile e comodo per trattare un problema complesso, non stupisce che sia sopravvissuta per decenni. Esaminiamo ora il fondamento dello stereotipo e la sua storia.

7.4.1 *Il fondamento dello stereotipo e la sua storia*

Un primo fondamento dello stereotipo che porta a non rispondere alle domande del paziente sembra riconducibile alla regola dell'astinenza. Secondo tale regola, la risposta a una domanda del paziente rappresenta un'inopportuna gratificazione pulsionale, che impedisce il progresso del processo analitico. Se l'analista ha risposto una volta a una domanda, sussiste il pericolo che il paziente continui a chiedere e che le sue domande portino infine a una forma di resistenza che l'analista stesso ha indotto.

Un secondo problema riguarda le domande personali, con le quali il paziente cerca di scoprire qualcosa della persona dell'analista. Si suppone che la risposta a tali domande mandi all'aria l'incognito terapeutico dell'analista o che ne riveli il controtransfert, disturbando lo sviluppo del transfert.

A causa di questi timori, non rispondere alle domande è diventato uno stereotipo tecnico, che non si può far risalire a Freud, dal momento che egli era piuttosto flessibile a tale riguardo. Nella sua relazione sulla fase iniziale dell'analisi dell'uomo dei topi troviamo che Freud (1909a) rispondeva direttamente a numerose domande del suo paziente relative al modo di funzionare dell'analisi e alla prognosi del trattamento psicoanalitico, avendo però cura di non far diventare oggetto di interpretazione le domande del paziente.

Blanton (1971) afferma che, durante la sua analisi con Freud, gli faceva spesso domande sulle sue opinioni scientifiche. La reazione di Freud era di rispondere direttamente alle domande di Blanton, senza interpretare. Freud non si è mai occupato in maniera esplicita del problema di come trattare le domande dei pazienti, né nei suoi scritti tecnici né nel resto della sua opera, probabilmente perché per lui non si trattava di un problema.

Con nostra sorpresa, studiando la letteratura, troviamo che fu Ferenczi (1919b, p. 31) a formulare la regola di non rispondere mai alle domande dei pazienti, con la seguente argomentazione:

Mi son fatto una regola, ogniqualvolta il paziente mi pone un quesito o chiede un'informazione, di rispondergli con una *controdomanda*, e precisamente com'è giunto a quell'interrogativo. Se mi limitassi a rispondergli, l'impulso che lo ha spinto a quella domanda verrebbe eliminato attraverso la risposta; così invece facciamo convergere l'interesse del paziente sulle fonti della sua curiosità e, se consideriamo sotto il profilo analitico il suo quesito, egli dimentica in genere di ripetere la

domanda originaria, dimostrandoci con questo che in realtà di questa domanda non gli importava niente e che essa rivestiva un'espressione dell'inconscio.

Ferenczi credeva di essere in grado di arrivare rapidamente alle determinanti inconse, al significato latente delle domande, tramite la controdomanda. Noi pensiamo che questa asserzione non possa pretendere una validità universale. Per cominciare, c'è una discreta probabilità che una rigida applicazione di questa regola dissuada completamente il paziente dal porre ancora domande, portandolo a nascondere non solo le domande ma anche i pensieri a esse connessi senza che ciò diventi chiaro all'analista. E viceversa, risposte convenzionali dell'analista, a un livello di comunicazione quotidiana, a domande del paziente non portano automaticamente a un coinvolgimento di entrambi in un gioco superficiale di domande e risposte, le cui determinanti inconse diventano inaccessibili all'analisi ulteriore. Noi abbiamo fatto l'esperienza opposta: risposte ben meditate secondo le regole della conversazione ordinaria aiutarono un paziente a parlare dei sentimenti di rifiuto che aveva provato come conseguenza di un'applicazione troppo rigida della regola della controdomanda. La nostra successiva interpretazione del suo *evitamento* nel fare domande rese possibile al paziente porre finalmente ulteriori e più profonde domande, che furono comprese come provenienti da tendenze fino ad allora inconse, e interpretate.

Molti analisti hanno avuto esperienze simili e di conseguenza hanno modificato la propria tecnica. È per questo che la regola di Ferenczi non si è imposta a livello generale. Ciò risulta anche dalla ricerca di Glover (1955) svolta negli anni trenta, di cui l'autore ritenne validi i risultati anche negli anni cinquanta. Tra le altre domande egli chiedeva ai suoi colleghi se, di fronte ai pazienti, avrebbero ammesso propri stati d'animo, ansie o malattie. La maggioranza era pronta a confermare, se necessario, le osservazioni del paziente in questo senso. Alcuni si orientavano a seconda dell'effetto eventuale sul paziente, erano quindi piuttosto flessibili. Solo una minoranza si era data la regola di non negare né confermare le supposizioni o le domande del paziente. Rispetto alle domande non personali, la grande maggioranza degli intervistati era disposta a dare informazioni oggettive su questioni sessuali o non sessuali. Solo per un quarto degli analisti del campione tutto ciò non rappresentava un problema. C'era un ampio accordo sul fatto che le domande dovessero essere analizzate. Sarebbe stato però un errore fare della domanda un punto di partenza per un'analisi della motivazione, se la domanda era realisticamente giustificata. Si riteneva che l'analisi stereotipata delle domande aumentasse l'indifferenza e la resistenza del paziente e fosse anche un segno di ansia inappropriata da parte dell'analista.

Il risultato di questa inchiesta mostra che gli psicoanalisti sono flessibili nella loro attività pratica. Tuttavia solo raramente si trova nella letteratura una

posizione che contrasti lo stereotipo di non rispondere alle domande chiare, come quella di Kohut (1971, p. 94):

Rimanere in silenzio, ad esempio, quando viene posta una domanda non è essere neutrali, ma maleducati. È superfluo dire che, in certe circostanze cliniche particolari e dopo aver dato spiegazioni appropriate, si verificano nell'analisi dei momenti in cui l'analista non cercherà di rispondere alle richieste pseudorealistiche del paziente ma insisterà piuttosto sulla ricerca del loro significato di traslazione.

La grande cautela per le interpretazioni, che condividiamo pienamente, ha portato non pochi analisti a trascurare il fatto che si crea un clima terapeutico positivo quando le domande del paziente, a un livello manifesto, vengono prese in considerazione. A nostro avviso, molti analisti si rifanno alla regola della controdomanda perché temono che il paziente possa, altrimenti, rimanere a un livello superficiale. Un esempio a tale riguardo lo troviamo in uno studio di Dewald sul processo analitico (1972) che, presentando protocolli verbali, ha il merito di permettere di farsi un'idea più precisa sulla tecnica. All'inizio della sua prima seduta la paziente chiese che cosa avrebbe dovuto fare se fosse stata incinta. Dewald rispose che era necessario capire che cosa stava dietro a quella domanda, per poter riconoscere altri significati oltre a quelli espliciti della domanda. In realtà il significato della domanda rimase oscuro anche a livello manifesto, né l'analista si preoccupò di scoprire qualcosa a quel livello.

Come nota Lipton (1982) nella sua critica, Dewald, con la sua tecnica, comunica alla paziente che il suo contributo al discorso assume delle caratteristiche sconnesse e illogiche, cosa che Dewald in fondo si augura perché in questo modo spera di ottenere materiale per le sue interpretazioni su basi puramente storico-genetiche. Il modo per arrivarci è quello di segnalare alla paziente, con il proprio intervento alla prima domanda di lei, che all'analista non interessa il significato manifesto della domanda e interromperla ripetutamente nel corso della seduta per interessarsi quasi sempre di associazioni o di dettagli secondari. Siamo d'accordo con Lipton che l'analista può comprendere i significati nascosti, latenti, solo quando ha afferrato il significato di ciò che il paziente gli sta dicendo a un livello manifesto. Con questo modo di controbattere e con la sua insistenza su associazioni aggiuntive ancora prima che il significato manifesto della domanda della paziente fosse chiaro, Dewald si privò della possibilità di comprendere e quindi di interpretare gli aspetti di transfert della domanda. Per poter fare questo sarebbe stato necessario comprendere il significato manifesto della domanda e conoscere quali stimoli scatenanti situazionali l'avevano indotta. / In questo caso tuttavia la regola della controdomanda era da scartare, perché un materiale altamente significativo per la comprensione del transfert attuale della paziente rimase inaccessibile all'analisi. Come risultò molto più tardi, la paziente era incinta di due mesi quando aveva posto quella domanda a Dewald.

Comunque i nostri dubbi sulla regola della controdomanda non si basano solo sul fatto che essa non è affatto in grado di produrre una comprensione più profonda. La sua rigida applicazione può portare anche a serie complicazioni nello sviluppo del transfert.

Greenson (1967) descrive un paziente la cui precedente analisi non aveva avuto successo, probabilmente perché l'analista si era servito di una tecnica molto rigida, le cui caratteristiche includevano tra le altre cose il non rispondere alle domande del paziente e il non dare comunque mai spiegazioni in merito a questa linea di condotta. Greenson poté strutturare l'analisi in modo più produttivo spiegando al paziente perché avrebbe potuto non rispondere alle sue domande. Il riconoscimento da parte di Greenson che il paziente avesse diritto a una spiegazione delle strane – se confrontate con la situazione della vita quotidiana – regole del discorso analitico, rese possibile al paziente parlare dei profondi sentimenti di umiliazione e di mancanza di attenzione che aveva provato con il precedente analista. Quindi il transfert negativo del paziente, che nell'analisi precedente aveva portato a un punto morto, divenne finalmente accessibile all'elaborazione e all'interpretazione.

Il lettore probabilmente si sarà stupito nell'apprendere che Ferenczi, proprio l'analista che fu il primo a credere che condizioni di privazione e carenze precoci potessero essere riparate, proponesse la rigidità in un settore così delicato della comunicazione. Quando formulò la regola della controdomanda, Ferenczi (1919b) si ispirava certamente e in maniera decisa, nella tecnica, al modello della scarica, e consigliava di forzare le fantasie, o aumentare la tensione, nell'ambito della tecnica attiva da poco inaugurata. Ha senso speculare sulla connessione tra rigidità, da un lato, e cure materne a un paziente regredito, dall'altro? Forse sì, dal momento che le nostre attuali conoscenze rendono probabile che il rifiuto di rispondere alle domande, in taluni pazienti predisposti, scateni stati regressivi di tipo psicotico. Naturalmente non affermiamo che solo la regola della controdomanda di Ferenczi fosse responsabile delle gravi regressioni sofferte dai pazienti da lui trattati negli anni venti. Dal momento che Ferenczi si atteneva strettamente a questa regola, quando trattava pazienti gravi, come di fatto faceva, possiamo dire sulla base delle attuali conoscenze, quasi con assoluta sicurezza, che le regressioni iatrogene erano inevitabili. Particolarmente istruttivi a tale riguardo sono i risultati discussi in un seminario sui «gravi stati regressivi durante l'analisi» (Weinshel, 1966). Numerosi casi riportati da eminenti analisti in questo dibattito portarono Frosch (cit. in Weinshel, 1966, pp. 564 sg.) a considerare il silenzio da parte dell'analista come il più importante dei fattori che potevano far precipitare in una grave regressione e ad affermare che gli analisti «dovrebbero parlare più spesso» e «rispondere più prontamente alle domande» quando lavorano con pazienti a rischio. Tale conclusione sembrò scontata, dopo che furono riconosciuti come elementi causali fondamentali del danno iatrogeno la rigida

applicazione della regola della controdomanda e l'uso del silenzio, sia come espediente tecnico generale sia per ignorare una domanda o una richiesta particolare. La flessibilità appropriata, tuttavia, per diversi motivi, non è facile da realizzare. Se si agisce secondo le regole, vuol dire che si è deciso di delegare a esse la propria responsabilità; se si accettano le regole e ci si ferma lì si finisce col non considerare che tutte le regole contengono una forza manipolatoria. Solo quando si rinuncia a un'adesione stretta alla regola e si decide per proprio conto se, come e perché rispondere a una domanda di un paziente, si diventa pienamente consapevoli della propria responsabilità. Dal punto di vista dei sostenitori del sistema di regole, l'analista flessibile manipola anche se motiva le sue decisioni pragmaticamente e scientificamente. Perfino ciò che è considerato dallo stesso sistema di regole raccomandabile e vantaggioso per il bene del paziente, viene considerato manipolazione. Così Frosch parla della sua raccomandazione di essere flessibile, nella tecnica, con pazienti a rischio come di «manipolazione» (trattamento faccia a faccia, comunicazione del numero di telefono privato, prescrizione di psicofarmaci o modificazioni nella frequenza delle sedute). Comunque, il sistema della regola non ha l'ultima parola: «Quando il clima, l'atteggiamento e il modo di pensare sono analitici fin dall'inizio, penso che diventerà una cosa naturale il progressivo e impercettibile spostamento verso la tecnica psicoanalitica classica e l'inizio del trattamento si fonderà in maniera continua e organica al resto della terapia» (*ibid.*, p. 567).

Dal momento che la regola della controdomanda, nel contesto di un sistema rigido di regole, come per esempio quello di Menninger e Holzman (1958), in ogni fase della terapia e non solo per pazienti a rischio, può avere effetti collaterali negativi, è decisiva la cura in un clima analitico come quello descritto da Frosch. In ogni singolo caso, la dose dei mezzi terapeutici prescritti deve essere commisurata, in modo da realizzare lo scopo del trattamento psicoanalitico, cioè raggiungere cambiamenti strutturali tramite l'interpretazione del transfert e della resistenza. Ci saranno quindi alcune analisi in cui l'analista lascia diverse domande senza risposta e altre più decisamente di sostegno. La divisione fra terapie di sostegno, espressive e strettamente analitiche diventa discutibile. Prendiamo in esame il seguente breve dialogo riportato da Blanck e Blanck (1974, p. 330):

Paziente: «Oggi ho la sensazione di odiare tutti, in particolare le donne. (Pausa.) Sembra che la cosa non la sfiori. (Pausa.) Lei è più freddo di una lastra di ghiaccio. Io sono triste. Perché non dice niente?» Terapeuta: «Dirò qualcosa. A me non dispiace (*I don't mind*) che lei dica quello che sente.»

Qui non è importante il contenuto dell'intervento ma l'affermazione che è consentito nel trattamento di pazienti borderline, *contrariamente* alla tecnica psicoanalitica, aderire alla richiesta di un commento. La nostra esperienza ri-

spetto alla regola della controdomanda, allo stato attuale, non induce a considerarla una valida regola tecnica, di certo non un comandamento.

7.4.2 *Le regole della cooperazione e del discorso*

Domandare e rispondere sono comportamenti verbali, che mirano a strutturare un dialogo, in contrasto con il modello linguistico più simile al monologo del paziente che associa liberamente. La regola della controdomanda ha lo scopo di trasformare in soliloquio un comportamento verbale che il paziente iniziò come colloquio. Per poter afferrare gli effetti di una deviazione dalle regole quotidiane della conversazione, è necessario dare un'occhiata ad alcune regole del discorso e della cooperazione, che costituiscono l'orizzonte dell'esperienza e dell'aspettativa di ogni essere umano. Ci limiteremo a quei modelli di comportamento verbale che riguardano il tema della domanda e della risposta.

Austin (1962), nella sua teoria degli atti linguistici, parte dall'osservazione che «con le parole vengono fatte delle cose». Nei modelli di azione verbale si dispone di specifiche modalità particolari di intervento per modificare la realtà (Ehlich e Rehbein, 1979). Ma affinché il linguaggio diventi un mezzo d'azione efficace bisognerà considerare l'esistenza di obblighi interpersonali, che si possono formulare come regole del discorso. Queste regole dipendono in parte dal contesto sociale di un comportamento verbale (in tribunale, per esempio, valgono norme discorsive diverse da quelle che esistono tra due amici) e, viceversa, una data situazione sociale viene determinata in parte dal valore di particolari regole del discorso. Se si applica quest'ultima osservazione al campo psicoanalitico, si potrebbe dire che non solo la situazione sociale manifesta, ma anche il campo relazionale latente del transfert e del controtransfert vengono determinati dalle regole implicite ed esplicite del discorso.

Per riuscire a mettere in atto un dialogo significativo, ciascun interlocutore deve essere disposto (e deve supporre che anche l'altro lo sia) a riconoscere le regole del discorso valide per quella data situazione sociale e entrambi devono sforzarsi di portare il loro contributo alla conversazione osservando queste regole (principio generale di cooperazione di Grice, 1975). Se il discorso viene disturbato per via di fraintendimenti o di infrazioni alle regole, deve essere possibile una metacomunicazione sul discorso precedente, capace di rimuovere l'interferenza; per esempio, ci può essere uno dei due partecipanti che insiste sul rispetto nei confronti di una particolare regola («Quello che le ho detto era una domanda, ma lei non mi ha risposto!»). In una tale metacomunicazione le regole infrante, prima implicite, possono diventare esplicite e cogliere la possibilità di essere ridefinite; il contesto sociale e, possiamo aggiungere, il campo del transfert e del controtransfert, possono cambiare. Nel caso di Greenson prima citato (1967) intendiamo l'intervento dell'analista come un esempio di comunicazione sul discorso di questo tipo: la regola della

controdomanda viene introdotta esplicitamente e motivata. In questo modo l'analista libera il paziente dalla paura di essere trattato in maniera arbitraria, cioè senza alcun rispetto del principio generale di cooperazione, che liberebbe poi la relazione di transfert da una fonte di tensione aggressiva.

Del principio generale di cooperazione, a seconda dell'intenzionalità del discorso, fanno parte regole ulteriori e specifiche (ad esempio, distinguere domande da richieste o da accuse) che consentono al destinatario di identificarlo correttamente e di reagire in modo appropriato. Così, per esempio, la reazione appropriata a una domanda è una risposta o la spiegazione con cui l'interrogato spiega perché non risponde. Ora vorremmo considerare come il silenzio o la controdomanda si collocano nella trama delle regole del discorso.

Quando l'analista resta in silenzio di fronte a una domanda del paziente, a quel silenzio viene attribuito un significato. Dal momento che il silenzio si lascia interpretare in tutti i modi, il paziente ha numerose possibilità di scelta che dipendono dal contesto situazionale e dalla peculiarità della relazione di transfert di quel momento. Rispetto alle regole del discorso, il paziente può supporre che l'analista non intenda rispettare il principio generale di cooperazione, o che gli voglia far comprendere, col silenzio, che manca uno dei prerequisiti per fare della sua espressione una domanda. Se il paziente accetta la prima possibilità, il trattamento può arrivare a un'interruzione. Questo non succede se il paziente, per via del transfert, è pronto ad accettare questa definizione del rapporto, per cui all'analista è consentito un comportamento arbitrario. L'analista ha contribuito, in questo caso, con il suo silenzio, a formare un modello di transfert basato sulla sottomissione in un regime di arbitrarietà, o quanto meno lo ha rafforzato. Ma anche quando il paziente ammettesse la seconda possibilità, egli, quasi sicuramente, troverà particolarmente brusco quel modo di «comunicare» senza parole, che, comunque, avrà delle conseguenze sulla relazione di transfert.

Si può sviluppare una situazione relativamente favorevole quando il paziente interpreta il silenzio dell'analista nel senso che questi non è in possesso dell'informazione necessaria per rispondergli. In questo caso, la ripercussione sul transfert potrebbe essere quella di ridurre in parte l'eccessiva idealizzazione della figura dell'analista.

La tecnica della controdomanda di Ferenczi, in particolar modo quando viene applicata in maniera arbitraria, può essere intesa dai pazienti come un rifiuto da parte dell'analista a dare l'informazione richiesta, anche se egli ne ha la possibilità. In realtà ci sono dei contesti sociali in cui la relazione tra parlante e ricevente è asimmetrica (spesso ciò si deve a una disuguaglianza della situazione di potere) e si esprime con la mancanza di disponibilità a comunicare informazioni; per esempio un avvocato difensore non può chiedere informazioni al giudice (eccetto per quanto riguarda la sicurezza di aver compreso il verbale), ma certamente il contrario è permesso. La regola di Ferenczi (anche

nella modificazione di Greenson) si propone di spiegare la situazione analitica come un campo di interazione, in cui non sono permesse al paziente domande autenticamente informative. Il paziente integrerà tutto ciò nel proprio transfert a seconda della sua disposizione. Una possibilità potrebbe essere che il paziente viva in fantasia la situazione analitica come quella di un tribunale. Se egli è nella disposizione di transfert appropriata può anche accettare che il principio generale di cooperazione non è stato osservato. Abbiamo già trattato questo punto quando abbiamo parlato del silenzio da parte dell'analista. Questo pericolo è particolarmente presente nella fase iniziale, quando il paziente non ha ancora afferrato il senso delle regole psicoanalitiche.

Una situazione ancora diversa può verificarsi quando l'analista, seguendo l'indicazione di Greenson, spiega al paziente il senso della regola della controdomanda. Tale spiegazione non ha un effetto durevole, però rafforza l'alleanza di lavoro, specialmente se l'informazione sulla regola è arricchita attraverso le interpretazioni.

Racker, nei suoi studi sulla stretta interrelazione fra transfert e controtransfert, richiama l'attenzione sul fatto che il silenzio dell'analista (e, noi aggiungiamo, la rigida adesione alla regola della controdomanda) può anche essere espressione di un tipo di reazione controtransferale iatrogena (1968, pp. 184 sg.):

Se la nevrosi del paziente ha il suo nucleo centrale in un conflitto con il padre introiettato, egli proietterà questo sull'analista e tratterà l'analista come suo padre. L'analista dal canto suo si sentirà maltrattato, e reagirà internamente, in una parte della sua personalità, secondo il trattamento che riceve. Se egli non riesce ad accorgersi di questa reazione, il suo comportamento ne sarà inevitabilmente influenzato, ed egli rimuoverà quella situazione che, in misura più o meno grande, favorì lo stabilirsi della nevrosi dell'analizzando (...) Un esempio ben noto è quello del *silenzio vendicativo* dell'analista. Se l'analista non si accorge di queste sue reazioni vi è il pericolo che il paziente si troverà a dover ripetere, nella sua esperienza di transfert, il circolo vizioso creato dalla proiezione e introiezione di oggetti cattivi (in realtà di oggetti nevrotici) con le conseguenti ansie e difese patologiche.

Riassumendo le nostre riflessioni sulla teoria degli atti linguistici, diciamo che il paziente porta con sé nell'analisi una conoscenza largamente preconscia delle regole del discorso, che in gran parte derivano dalla sua esperienza quotidiana. Ogniqualvolta l'analista devia dalle regole del discorso quotidiano, introduce, implicitamente o esplicitamente, nuove regole del discorso che possono produrre confusioni e relative conseguenze sul modello di transfert del paziente. Facendo ciò, l'analista indirizza il paziente verso un certo modello di transfert, concordante con le nuove regole del discorso. I modelli di transfert che ne derivano dipenderanno dal tipo di predisposizione di transfert del paziente.

7.4.3 Il ritrovamento dell'oggetto e il dialogo

Il nostro riferimento alla teoria degli atti linguistici, in particolare riguardo al modello linguistico della domanda, della risposta e della replica, ha mostrato

come le regole del discorso formino un sistema altamente differenziato di reazioni reciproche interconnesse di entrambi gli interlocutori. Analogamente sono conosciuti modelli coordinati e interrelati a livello di interazione non verbale tra madre e bambino. Spitz (1965) ha infatti chiamato dialogo tale comportamento interattivo tra madre e bambino, e ne ha messo in rilievo il significato come presupposto per l'acquisizione dell'oggetto interno e quindi della costanza dell'oggetto da parte del bambino. Si tratta solo di applicare le considerazioni di Spitz al dialogo verbale dell'analisi che, in fin dei conti, ha l'obiettivo di un cambiamento strutturale delle rappresentazioni del Sé e dell'oggetto.

Secondo Spitz, nel dialogo tra madre e bambino rientrano non solo i modelli d'azione, ma anche gli affetti precedenti e gli attuali desideri del bambino. Non vuol dire che la madre potrebbe, o dovrebbe, soddisfare tutti i desideri del bambino, ma che il dialogo deve essere sufficientemente gratificante per il bambino, per facilitare lo sviluppo dell'immagine di una buona relazione oggettuale (*nihil est in intellectu quod prius non fuerit in sensibus*).

D'altro canto, anche il modello del bambino (la sua immagine della relazione oggettuale) sarà esposto a un processo di differenziazione, nella misura in cui la madre rifiuta, parzialmente, di soddisfare i desideri del bambino; così egli impara a controllare i propri impulsi e a tollerare le brevi assenze della persona reale senza sentirsi invaso da un'alluvione emotivo-affettiva. L'analogia del dialogo preverbale, come descritto da Spitz, con il modello linguistico di domanda-risposta-replica è chiara. Tra la risposta diretta da un lato, e la replica evasiva dall'altro, si tende l'arco della gratificazione e della frustrazione. Continuando a seguire la nostra analogia, l'analista, come la madre, deve trovare una miscela ben dosata e misurata di entrambi gli ingredienti se vuole promuovere lo sviluppo del paziente. Diventa chiaro che un'applicazione rigida della regola della controdomanda rappresenta una soluzione troppo facile del problema. Bisogna rispondere a una parte delle domande del paziente, rimanendo in tema con esse, se vogliamo facilitare la costruzione di un'alleanza di lavoro solida. Senza frustrazioni non è possibile, per diversi motivi, cavarsela: per esempio, perché l'analista non sa la risposta o perché vuole proteggere la sua sfera privata (come la madre deve difendersi dalle eccessive richieste del bambino); ma anche perché talune frustrazioni decisamente normali e naturali promuovono la differenziazione di modelli relazionali del paziente adeguati alla realtà. In questo modo l'analista si muove ancora nell'ambito delle regole quotidiane del discorso.

Non vogliamo però suggerire che l'analista, quando risponde alle domande dei pazienti o comunque nel setting terapeutico, si comporti secondo le regole quotidiane del discorso. Desideriamo piuttosto mettere in evidenza che le regole esplicite e implicite introdotte dall'analista, per via della sua tecnica, sono determinanti essenziali rispetto alla forma assunta dal transfert. Flader e

Grodzicki (1978) ritengono che la regola fondamentale e la regola dell'astinenza inducano comportamenti di transfert che riproducono i modelli di comportamento del bambino nei confronti delle persone da cui era dipendente. È probabile che non esista una madre che non risponda ad alcuna domanda del proprio figlio o che la eviti; per quanto non si debba mai perdere di vista l'aspetto iatrogeno presente nella ripetizione (vedi sopra, cap. 2). Inoltre qui si tratta di una ripetizione che avviene in condizioni più favorevoli. Lo stereotipo prima discusso non crea quel clima favorevole che rende possibile al paziente trovare risposte migliori di quelle passate. Quanto si possa pretendere che il paziente devii dalle regole quotidiane del discorso, deve essere valutato molto attentamente dall'analista sulla base delle presumibili conseguenze sulla relazione di transfert.

Le possibilità uniche del dialogo psicoanalitico si fondano sul fatto che le regole del discorso che gli sono proprie sono per certi aspetti di più ampio respiro rispetto a quelle del discorso quotidiano. Lo scopo di tale maggiore ampiezza di senso, con l'interpretazione come componente più importante, è quello di rendere conscio ciò che è inconscio. Questa è anche la buona intenzione della regola della controd domanda, che però non si raggiunge quando la si applica in modo troppo rigido. Quindi l'analista non svolge correttamente il suo lavoro se risponde alle domande del paziente in un modo semplicemente convenzionale. Egli deve capire che cosa c'è di inconscio dietro le domande del paziente. Secondo Flader e Grodzicki (1978) l'analista deve, infine, rispondere ad alcune domande del paziente che quest'ultimo non è ancora in grado di porre consciamente. Per chiarire con un esempio: il bambino che ha paura di restare da solo chiede alla madre che se ne sta andando: «Quando tornerai?» La madre risponderà alla domanda e forse lo consolerà un po'. Il paziente che pone la stessa domanda al suo analista, all'inizio delle vacanze estive, probabilmente riceverà la seguente spiegazione: «Lei mi sta chiedendo questo, ora, per assicurarsi che ritornerò e che la sua rabbia per la mia partenza non danneggerà la nostra relazione.» In questo modo l'analista evita in parte di rispondere alla domanda posta (sebbene in questo esempio venga risposto ampiamente, perché l'analista implicitamente dice che tornerà). Questa elusione implica frustrazione. Quindi l'analista comincia una metacomunicazione particolare con il paziente, con l'intenzione di chiarire gli aspetti inconsci che il paziente presenta nella relazione con lui attraverso un'interpretazione di transfert, fornendo così una risposta alla domanda che il paziente difficilmente riesce a porre: «Perché sono così aggressivo e perché non riesco ad esprimerlo?»

Nella misura in cui il paziente si sente compreso dall'analista per via di questa interpretazione ed egli stesso impara a conoscersi meglio, riceve qualcosa che, ad ogni modo, comporta ben poco di gratificazione, e, però, lo aiuta a superare meglio i suoi conflitti. In tal senso, è più che ricompensato per quel poco di frustrazione, causata dal rifiuto dell'analista di rispondere in maniera

diretta alla sua domanda. Per arrivare a questo punto, al punto cioè che l'analista possa dare un'interpretazione efficace, si deve sviluppare in primo luogo una relazione terapeutica con i suoi aspetti consci, inconsci e di transfert. A questo sviluppo l'analista contribuisce con tutto ciò che fa e con ciò che omette. Nei pazienti a rischio, una rigida applicazione della regola della controdomanda aumenta il pericolo di una regressione maligna o limita l'accessibilità del paziente all'interpretazione. D'altro canto, seguire semplicemente le regole quotidiane del discorso porterebbe al fallimento dello scopo terapeutico. È essenziale che l'analista persegua la chiarezza nel rilevare ciò che ha provocato con i propri interventi, e che tenga presenti le reazioni del paziente nei suoi interventi ulteriori. /