

'R' - La risposta totale dell'analista ai bisogni del paziente

Questo capitolo contiene un certo numero di temi, ognuno dei quali richiederebbe un intero articolo. Nell'esaminarli tutti insieme nei loro rapporti reciproci devo essere sintetica e rischio di venire fraintesa, a causa della distorsione e della mancanza di chiarezza, che derivano inevitabilmente da una trattazione così sintetica. Allo stesso tempo sarò costretta a scrivere un unico capitolo lungo e pesante. Spero di rendere maggior giustizia a questi temi in seguito, quando li potrò sviluppare separatamente in modo più approfondito.

Le idee che intendo esporre derivano da quelle che ho già espresso nel capitolo 2, e mi sono venute sia attraverso l'analisi dei miei pazienti sia attraverso la mia analisi personale. Le illustrerò più dettagliatamente con il materiale tratto dall'analisi di una paziente.

La maggior parte dei pazienti che ho analizzato rientra nella categoria conosciuta come 'psicopatie' e 'disturbi del carattere', e alcuni di essi sono persone malate e disturbate molto gravemente con forti angosce. Anche se molto di quello che dirò sembra applicarsi soprattutto a pazienti di questo genere, non penso assolutamente che si limiti solo a loro, ma si può riferire anche a pazienti nevrotici e psicotici.

IL SIMBOLO 'R'

Nel capitolo 2 ho cercato di trovare una definizione condivisa del *controtransfert* e ho concluso che "il termine viene usato per indicare uno o tutti i concetti seguenti":

- a) L'atteggiamento inconscio dell'analista verso il paziente.
- b) Elementi rimossi, fino a quel momento non analizzati, nell'analista stesso, che si riferiscono al paziente, così come il paziente 'trasferi-

sce' sull'analista emozioni, ecc. che appartengono ai suoi genitori o agli oggetti della sua infanzia, l'analista cioè considera il paziente (in modo temporaneo e variabile) come considerava i propri genitori.

- c) Alcuni atteggiamenti o meccanismi specifici con cui l'analista affronta il transfert del paziente.
- d) Il complesso degli atteggiamenti e del comportamento dell'analista verso il paziente. Questo punto comprende tutti gli altri, così come comprende qualsiasi atteggiamento cosciente.

Humpty Dumpty diceva: "Quando uso una parola, essa significa esattamente quello che io scelgo che voglia dire — né più né meno", e, quando Alice gli chiese se era possibile far sì che le parole significassero così tante cose, le rispose: "Il problema è chi deve essere il Padrone, e questo è tutto". La nostra difficoltà in questo caso è fare in modo che una parola *non* significhi tante cose diverse quante sono le persone che la usano. Oltre alla confusione tra questi vari significati, il termine *controtransfert* è anche stato investito da una carica emotiva, che rende difficile la discussione. È ovviamente impossibile evitare contemporaneamente sia la confusione sia la carica emotiva, ma per ridurre entrambe al minimo, introdurrò un simbolo, R, per indicare ciò di cui sto parlando, definendolo come "la risposta totale dell'analista ai bisogni del paziente, quali che siano i bisogni e qualunque sia la risposta".

DEFINIZIONI

Risposta totale

Nell'usare l'espressione *risposta totale* ho scelto deliberatamente una parola *passerpartout*, e voglio chiarire la mia posizione nei suoi confronti. La uso per indicare tutto ciò che l'analista dice, fa, pensa, immagina, sogna o sente, nel corso di tutta l'analisi, in relazione al paziente.

Ogni paziente che entra in analisi ha certi bisogni e a essi l'analista risponde in diversi modi. La risposta è inevitabile, e ha un valore; è una parte indispensabile dell'analisi, in quanto provvede una grande quota della sua forza propulsiva. È il risultato dell'equilibrio, dell'interazione e della fusione tra l'amore dell'analista per il paziente e il suo odio per lui.

Ciò che l'analista dice e fa nell'analisi dei pazienti è spesso diviso in 'interpretazione' e 'comportamento', con la convinzione che soltanto l'interpretazione sia di reale utilità per il paziente. Una simile separazione è di per sé falsa, perché il dare un'interpretazione è in effetti una specie di comportamento, così come lo sono la sua forma, il suo momento, ecc. Queste sono

questioni di comportamento non meno del fatto che l'analista stringa o non stringa la mano al paziente, dell'ambiente che fornisce (sia al paziente che a se stesso), del suo silenzio, dell'ascolto, delle sue reazioni o non reazioni.

Tutte queste cose sono il risultato dei suoi sentimenti, sia consci che inconsci. Anche se è consapevole di molte cose, ce ne sono sempre molte di più che rimangono inconscie, che esercitano una pressione dinamica maggiore di quella esercitata da ciò che è cosciente.

Si possono porre delle limitazioni per rendere massima la quantità di interpretazioni e minimi altri tipi di comportamento, ma una limitazione troppo grande porta alla rigidità e alla stereotipia. Le limitazioni non possono essere assolute o standardizzate. Non sarebbe desiderabile anche se fosse possibile, perché comporterebbe in anticipo la negazione di un principio fondamentale, quello del valore dell'individuo (sia per lui stesso che per la società), che si tratti dell'analista o del paziente.

Bisogni

Bisogni in questo contesto è un'altra parola *paspartout*, anch'essa scelta deliberatamente. Il bisogno ultimo è, in ogni caso, naturalmente, l'acquisizione dell'insight, con una crescita della percezione e dell'apprendimento della realtà. Ma per arrivare a ciò molti pazienti gravemente malati hanno altri bisogni che devono essere soddisfatti; se non sono affrontati l'analisi diventa impossibile. Il più evidente è il ricovero, ma a parte questo ci sono molte occasioni in cui l'analista deve intervenire. Accordi per l'assistenza da parte del medico di famiglia, controllo delle terapie, contatti con parenti o amici, controllo degli acting out (spesso necessario per la sicurezza del paziente) — tutte queste cose possono essere necessarie, a parte l'abituale organizzazione di routine delle condizioni dell'analisi, come le questioni di denaro, gli orari delle sedute e, naturalmente, la scelta iniziale del paziente.

Senza queste cose, in molte situazioni nessun grado di comprensione o di attenta e corretta interpretazione renderà possibile lo svolgimento dell'analisi. Con queste condizioni l'analisi sarà possibile, anche se sia il paziente che l'analista le potrebbero vivere come interferenze o ritardi; soltanto il risultato dell'analisi mostrerà se lo sono realmente oppure no.

LA RESPONSABILITÀ

La responsabilità in analisi non è una cosa semplice; l'analista non ha soltanto una responsabilità verso il suo paziente. Ha anche una responsa-

bilità verso se stesso, verso la psicoanalisi e verso la comunità. Ci sono molte responsabilità che il paziente o la società vorrebbero attribuirgli, ma ci sono anche dei limiti alla sua responsabilità.

Rispetto all'insieme della sua risposta ai bisogni del paziente, la responsabilità dell'analista è al cento per cento. Ho considerato attentamente questa affermazione per scoprire se doveva essere definita o modificata in qualche modo, e non riesco a vedere come. Le parole, le idee, i sentimenti, le azioni, le reazioni dell'analista, le sue decisioni, i suoi sogni, le sue associazioni sono tutti di sua proprietà, ed egli deve prendersene la responsabilità anche se nascono da processi inconsci. Non ne può condividere la responsabilità con nessun altro, né li può delegare. Questo mi sembra vero, invariabilmente, per ogni analisi.

Ciò che varia rientra in questa responsabilità al cento per cento, cioè la misura in cui la responsabilità può essere delegata o condivisa, e a chi o con chi. Le decisioni di quando e come delegarla sono ancora una responsabilità dell'analista.

Ci sono grosso modo tre categorie di pazienti, anche se i confini delle categorie sono mal definiti e variabili; ogni paziente in diversi stadi dell'analisi può passare dall'una all'altra.

1) Pazienti francamente psicotici, la responsabilità dei quali deve essere delegata ad altre persone — medici, infermieri, parenti, ecc. — per ragioni puramente pratiche. Le ragioni più comuni sono il rischio di suicidio, il pericolo per gli altri, l'irresponsabilità generale e l'acting out violento. In questi casi la tensione è in gran parte sopportata dall'ambiente del paziente e così l'analista ne può essere temporaneamente sollevato.

2) Pazienti nettamente nevrotici, per i quali la responsabilità può essere delegata allo stesso paziente. Ciò dipende dalla presenza di un Io intatto e di un buon senso della realtà, perché l'assunzione di responsabilità è una delle più alte funzioni dell'Io, ed è strettamente legata alla stabilità. Questi casi provocano meno tensione nell'analista, perché il paziente in grande misura è in grado di sopportare la propria tensione. Ma è importante che sia l'analista che il paziente riconoscano che esiste questa condizione o delega di responsabilità, e che la responsabilità ultima del corso dell'analisi appartiene all'analista. In ogni analisi arriva il momento in cui il paziente ha bisogno di tollerare le proprie tensioni e di assumersi la responsabilità di se stesso, ma ha la necessità di comprendere ciò che sta accadendo e perché. In ogni caso, per il tipo di condizioni in cui lavoriamo, è inevitabile una certa quantità di condivisione o di delega di questo genere.

3) Tra questi due gruppi si trova l'ampio gruppo dei 'disturbi del carattere', delle 'psicopatie' e degli 'psicotici borderline', e per tutti questi casi qualsiasi forma di delega è estremamente difficile e spesso impossibi-

le. Può essere realizzata temporaneamente come in ognuno degli altri gruppi, ma di solito solo in misura limitata.

In questa categoria di pazienti la responsabilità del terapeuta può essere vista in modo estremamente chiaro, e la 'gestione' del caso è di grande importanza. Questo è il genere di caso che esercita forse la pressione più forte e più continua sull'analista, proprio per la ragione che la delega è così difficile. I pazienti in ognuno degli altri gruppi la esercitano in alcune fasi del trattamento, soprattutto fasi di transizione, cioè quando uno psicotico lascia l'ospedale psichiatrico o un nevrotico è in uno stato di temporanea regressione.

Ci sono dei limiti alla responsabilità dell'analista: nessun essere umano può assumersene più di una certa quantità. Vale la pena di ricordare che nessuno ha l'obbligo di svolgere un lavoro analitico a meno che non scelga di farlo, e che nessun analista è costretto ad accettare pazienti molto disturbati. Ha il diritto di rifiutare di intraprendere un'analisi in condizioni che considera inadatte o non sicure; e di rifiutare di continuarla se le condizioni sono cambiate per qualsiasi ragione dopo l'inizio dell'analisi.

Spesso si dimenticano altre due cose evidenti, persino da parte degli analisti. Nessun analista deve tentare l'impossibile e non deve avere un'abilità al cento per cento di comprendere o di interpretare; persino in una lunga analisi alla fine ci saranno molte cose ancora non analizzate, non comprese né dal paziente né dall'analista.

Ogni paziente a un certo punto dell'analisi ha bisogno di rendersi conto della responsabilità che l'analista si sta assumendo (che comprenda o no la responsabilità della sua vita o dei suoi acting out). È sorprendente vedere quanto pochi siano i pazienti che abbiano idea del fatto che l'analista si assume una qualsiasi responsabilità nei loro confronti. Diversi autori, da Freud e Ferenczi in poi, hanno descritto il modo in cui il paziente usa l'analista come un Io; Phyllis Greenacre afferma: "L'analista agisce come una funzione extra, o come un insieme di funzioni che viene prestato all'analizzando in uso temporaneo e a suo beneficio". Penso che ciò sia altrettanto vero per la funzione di responsabilità dell'analista come per qualsiasi altra cosa. La stabilità dell'analisi dipende da questa funzione, e la definitiva capacità del paziente di assumersi le proprie responsabilità dipende dall'aver una persona affidabile e responsabile con cui identificarsi.

L'IMPEGNO

L'assunzione di responsabilità comporta in primo luogo l'accurata valutazione del paziente, per quanto riguarda sia i livelli superficiali sia quelli più profondi. Ciò non significa, naturalmente, un immediato rico-

noscimento di tutto quanto contengono i livelli più profondi, ma significa sapere che esistono, e in quale misura contribuiscono al successo o al fallimento della sua vita e dei suoi rapporti, cioè in quale misura e in quale modo il paziente è disturbato. Questa conoscenza deve essere gradualmente aumentata, ampliata e approfondita finché il paziente non è conosciuto quanto più completamente possibile. Ciò significa, in effetti, il riconoscimento del paziente come individuo, come persona; devono essere comprese le realtà della sua infanzia e della sua vita attuale, così come le sue fantasie. L'analista entra nel mondo interno del paziente e nello stesso tempo ne rimane all'esterno e separato.

Fare questo lavoro comporta la disponibilità a impegnarsi — a volte al cento per cento. Ciò è possibile soltanto nella misura in cui l'analista è capace di essere lui stesso una persona, cioè di avere un confine o dei limiti, e di riuscire a sopportare la perdita di confini o la fusione, cioè ha la capacità di creare identificazioni e di non restarne coinvolto.

L'impegno da parte dell'analista è per certi aspetti del tutto evidente: si impegna a dare al paziente in certe occasioni stabilite e per tutta la loro durata la propria attenzione, il proprio interesse, la propria energia, tutto nell'ambito dei comuni limiti delle capacità umane. Rimane legato alle proprie parole e alle proprie decisioni, agli errori e ai fallimenti non meno che ai successi.

Ci sono talvolta altri tipi di impegno che sono inevitabili. Ho dovuto testimoniare, dietro giuramento, in tribunale, all'udienza di un paziente. Questo per fortuna non accade spesso, ma un impegno del genere si presenta nei casi in cui l'acting out porta il paziente in conflitto con il mondo esterno, che allora si mette in azione contro di lui. Ciò serve a dimostrare chiaramente il livello al cento per cento dell'impegno assunto.

È difficile esprimere ciò che intendo con questo impegno al cento per cento, oltre a questi aspetti più evidenti, in modo da renderlo comprensibile. La maggior parte degli analisti pensa che queste cose non rientrano nei limiti del loro impegno, ma io non ne ho trovato una definizione o una descrizione completa.

Freud ha parlato di "attenzione ugualmente fluttuante", e può essere che io stia parlando solo del tipo e del grado di attenzione richiesti, quando dico che l'analista mette al servizio del paziente ciò che c'è in lui sia di conscio che di inconscio.

Questi due elementi devono essere messi a disposizione del paziente in forme che abbiano significato per lui e che lui possa usare. Queste forme possono essere verbali o non verbali. La capacità di simbolizzazione e di pensiero deduttivo del paziente determina in gran parte la forma, e queste a loro volta dipendono da ciò che gli è accaduto nel suo primo sviluppo. Pazienti diversi possono aver bisogno di forme diverse, e per ogni pa-

ziente una forma che è utilizzabile e significativa in un momento può essere inutile in un altro.

Alla fine, naturalmente, la forma deve essere verbale e interpretativa, ma un oggetto (mela, biscotto, coperta, ecc.) come ha mostrato la Sechehayé, può avere un effetto *simile* a quello di un'interpretazione e può essere in seguito collegato a interpretazioni verbali, quando la capacità di usare i simboli si è sviluppata a sufficienza.

Tutto ciò implica che l'analista entri insieme al paziente nella sua malattia per quanto gli è possibile addentrarsi. Potranno essere necessari dei momenti — attimi o persino frazioni di secondo — in cui, psichicamente, per l'analista non esiste nulla se non il paziente, e non esiste nulla di lui stesso che non sia il paziente. Egli permette al paziente di entrare nel suo mondo interno e di diventarne parte. La sua intera psiche diventa vulnerabile a improvvise irruzioni inaspettate, a volte di vasta estensione e di lunga durata. Il paziente si impossessa di lui, le sue emozioni vengono sfruttate. L'analista deve riuscire a instaurare qualsiasi genere di identificazione con il paziente, accettando una fusione con lui che spesso comporta l'assunzione dentro di sé di aspetti dell'altro veramente pazzi; allo stesso tempo deve riuscire a rimanere intero e separato.

A meno che l'analista non sia disposto a impegnarsi e dimostri chiaramente il proprio impegno, è spesso del tutto impossibile al paziente affidarsi all'analista. Affidarsi significa dare qualcosa e rinunciare ai propri diritti. Le persone che hanno subito gravi deprivazioni non possono dare nulla finché non hanno prima ricevuto qualcosa; e neppure credono di avere alcun diritto. Si deve chiarire con loro che viene dato qualcosa, che è dato di buon grado e che fa parte dell'analisi, e che perciò hanno diritto di averlo.

Ciò che viene dato non è dato per il bisogno di dare dell'analista, ma per la situazione in cui una persona-con-qualcosa-da-condividere incontra una persona-con-dei-bisogni. È essenziale che l'analista ammetta pienamente che quello che c'è da 'spartire' e che viene dato è limitato; ha la natura di 'segno' o di 'sostituto' e in effetti non corrisponde realmente al bisogno del paziente (anche se quanto più gli si avvicina tanto meglio è), perché i bisogni più profondi non possono realmente essere soddisfatti, tranne che attraverso l'allargamento dell'insight e della presa sulla realtà.

I SENTIMENTI

Questo impegno, qualunque sia la sua portata, comporta delle emozioni. L'analista deve essere disposto a provare dei sentimenti sul paziente, con il paziente, e talvolta persino per il paziente, nel senso di fornire i

sentimenti che il paziente non è in grado di trovare in se stesso, e in mancanza dei quali non può avvenire nessun vero cambiamento. Ciò avviene quando il cambiamento è temuto e la situazione è controllata dal paziente che non avverte i propri sentimenti: cioè li mantiene inconsci.

I veri sentimenti dell'analista verso il paziente e il suo desiderio di aiutarlo (ci deve essere qualche sentimento, che si chiami simpatia, compassione o interesse, che stimoli l'inizio e la prosecuzione dell'analisi), devono essere espressi chiaramente ed esplicitamente in momenti in cui sono appropriati e realmente sentiti, e possono perciò affiorare spontaneamente e sinceramente.

I pazienti molto disturbati, e talvolta anche quelli meno disturbati, non possono trarre deduzioni esatte, e perciò lasciare che siano loro a dedurre questi sentimenti, o persino limitarsi a parlarne, è privo di significato; devono essere in qualche momento espressi realmente, direttamente, come e quando (ma non in ogni caso) si presentano. In *Ricordi della casa dei morti* Dostoevskij dice: "L'impressione esercitata dalla realtà è sempre più forte di quella esercitata da una descrizione", e ho visto che questa osservazione è particolarmente vera in questo contesto. Esprimere sentimenti non provati sarebbe peggio che inutile, ma anche un'assoluta limitazione di qualsiasi emozione intensa non è di alcuna utilità: è disumana, e dà un'idea falsa dello scopo dell'analisi, che è quello di permettere al paziente di avere ed esprimere liberamente i propri sentimenti. Dà l'impressione che l'espressione dei sentimenti sia permessa soltanto ai bambini o ai pazienti, ma proibita in un mondo adulto o 'normale'.

Dal punto di vista dell'analista l'assoluta limitazione dei sentimenti è irreal e può richiederli uno sforzo troppo grande. Deve esserci una limitazione autoimposta, ma questa non è la stessa cosa di una limitazione assoluta; non c'è nessuna difficoltà con sentimenti meno intensi che possono trovare espressione in maniera relativamente facile in modi indiretti.

Fin qui ho parlato dell'espressione conscia dei sentimenti, che sia premeditata deliberatamente o derivante da un impulso conscio. 'Reagire' è una cosa diversa. Ci sono momenti in cui una reazione di tipo molto primitivo non soltanto non è cattiva, ma è positivamente utile. Quando un paziente arrabbiato mi agita il pugno davanti alla faccia e io mi ritraggo, la reazione in se stessa è un richiamo alla realtà. Gli ricorda rapidamente sia che mi può realmente danneggiare sia che io sono la persona che egli vuole colpire soltanto sotto un certo punto di vista. Altre reazioni, e non solo fisiche, possono talvolta avere un effetto analogo e non devono nel complesso essere disprezzate; possono a volte raggiungere l'Io in modi che sono preclusi all'interpretazione, del tutto indipendentemente dal fattore temporale della loro velocità.

Si è obiettato che l'espressione dei sentimenti da parte dell'analista può essere sia un'eccessiva gratificazione che un peso per il paziente. Nella mia esperienza non è inevitabile che sia così, anche se naturalmente possono darsi entrambi i casi. A patto che l'analista abbia instaurato la necessaria unione con il paziente, insieme alla necessaria separazione, le espressioni di sentimenti di questo genere tendono a comparire nei momenti opportuni. Se non è così, allora anche qualsiasi altro modo di affrontare la situazione può probabilmente creare difficoltà.

Le reazioni o le espressioni dei sentimenti dell'analista non sono tuttavia sostituiti dalle interpretazioni, anche se in alcune circostanze possono avere lo stesso effetto. Aprono la strada all'interpretazione rendendo il paziente accessibile, cioè stabilendo il contatto in un'area nuova, che fino a quel momento non è stata raggiunta. Dopo devono essere date anche le interpretazioni, quando possono essere usate, altrimenti l'unico cambiamento ottenuto è quello di aprire la strada. Se non interviene l'interpretazione, la strada si richiude e aumenta la resistenza.

Il fatto di avere una simile disponibilità dei propri sentimenti rappresenta a volte uno sforzo molto grande. Provare un vero odio per il paziente per intere settimane di seguito o essere improvvisamente sommersi dalla rabbia è estremamente penoso, perché è accompagnato dal senso di colpa. Non c'è una grande differenza se i sentimenti sono dovuti alle proiezioni del paziente o se sono oggettivi e suscitati dal suo reale comportamento. Possono provocare gravi danni se rimangono inconsci, ma non c'è un grande pericolo se diventano consci. Il loro riconoscimento già di per sé reca un certo sollievo e la possibilità di esprimerli direttamente o indirettamente. I sogni sono spesso utili per scoprire l'amore o l'odio inconsci, non riconosciuti, del paziente.

Il senso di colpa o l'imbarazzo per questi sentimenti verso il paziente possono portare sia alla stereotipia che a una falsa separazione dell'analista dal resto della persona (in altre parole alla scissione, quando questa non è appropriata), con risultati che possono essere pericolosi per i pazienti molto malati.

La gamma di sentimenti che possono essere suscitati è naturalmente vastissima. Ho parlato di rabbia e di odio, ma questi si manifestano in conseguenza dello smarrimento o della confusione, dell'incomprensione, della paura (di essere attaccati, che il paziente si uccida, del fallimento) e del senso di colpa. L'amore, l'eccitamento e il piacere possono essere ugualmente difficili; quando il paziente alla fine accetta un'interpretazione o fa un reale progresso, persino quando il suo umore e i suoi sentimenti si trasformano dall'odio violento in qualcosa di più amichevole, un segno di sollievo può aiutarlo a rendersi conto di un cambiamento che altrimenti potrebbe negare o non riconoscere. Può anche aiutarlo a ricono-

scere quello che egli suscita in un'altra persona — anche in questo caso si tratta di qualcosa che altrimenti potrebbe non riuscire a riconoscere.

Come la responsabilità e l'impegno, i sentimenti per il paziente hanno dei limiti. Le richieste di altri pazienti e della propria vita si fanno sentire, il materiale cambia e anche i sentimenti cambiano. A meno che l'analista non sia 'innamorato' del paziente, non c'è nessun rischio reale che i suoi sentimenti si irrigidiscano o che debba continuare a esprimerli, come si teme che accada se viene espresso un sentimento qualsiasi.

Anche il beneficio per il paziente ha un'estensione limitata. Presto o tardi egli deve rendersi conto che nessun altro può amare o odiare al suo posto; deve provare i sentimenti per conto proprio e assumersene la responsabilità. Ma nel frattempo ha avuto accanto una persona che provava dei sentimenti e ha avuto l'opportunità di identificarsi con lei, sia proiettando la propria mancanza di sentimenti e rendendosi conto della proiezione, sia introiettando l'analista capace di provare sentimenti.

I LIMITI; 'FARE TUTTO IL POSSIBILE'

Ho dimostrato che la responsabilità, l'impegno e i sentimenti hanno tutti i loro limiti. Questi, naturalmente, varieranno a seconda dei diversi tipi di paziente trattato e del singolo analista. I limiti hanno una grande importanza perché rappresentano dei punti di separazione.

Quando viene raggiunto un limite e il paziente si rende conto dell'impossibilità di oltrepassarlo, anche se i suoi bisogni e le sue richieste vanno al di là, si rende conto anche del fatto di essere separato. Se la sua capacità di tollerare la separazione è molto ridotta, allora tutti i limiti verranno raggiunti troppo presto. La richiesta avanzata al suo Io sarà troppo grande e ne può derivare qualche forma di reazione (cioè un episodio di violento acting out o la comparsa di una malattia fisica), a meno che la situazione non venga affrontata con molta attenzione. I limiti che rientrano nell'ambito delle capacità di sopportazione dell'Io, la cui logica e realtà sono alla sua portata, forniscono all'Io delle occasioni di crescita e dei punti di possibile rafforzamento.

In contrasto con questi limiti si trova il cento per cento della responsabilità, dell'impegno, dell'accettazione dei sentimenti e delle reazioni. Questo 'cento per cento' corrisponde all'assenza di limitazioni consentita al paziente per quanto riguarda le idee e le parole e lo aiuta a trasformarle in realtà.

Alcuni pazienti sono così malati che il loro trattamento non può riuscire senza l'impiego di enormi sforzi, sia come intensità che come estensione. In questi casi la difficoltà consiste nel far sì che il paziente effettiva-

mente si impegni al massimo, ed è solo se si rende conto che l'analista sta 'facendo tutto il possibile' da parte sua, che può pensare che valga la pena di fare altrettanto anche lui.

MANIFESTAZIONE DELL'ANALISTA COME PERSONA

Ognuna di queste cose, responsabilità, impegno, sentimenti, ecc. porta con sé una manifestazione o affermazione del Sé dell'analista come persona, come essere umano vivo con cui è possibile avere un contatto e un rapporto.

L'idea dello schermo o dello specchio impersonale è servita, e serve tuttora, a uno scopo veramente valido per isolare il transfert nei pazienti nevrotici. Ma può essere usata in modo difensivo, talvolta persino in modo quasi concreto, non simbolico, sia dal paziente che dall'analista.

Ai pazienti che affrontano angosce psicotiche, e soprattutto quelli affetti da un'autentica psicosi, è necessario qualche contatto più diretto con l'analista. Il simbolismo e il pensiero deduttivo sono necessari quando il contatto diretto è ridotto al minimo, ed entrambi sono carenti o mancanti in simili pazienti. Il loro sviluppo risulta ostacolato quando i fatti reali dell'infanzia del paziente hanno coinciso con le fantasie che aveva bisogno di elaborare. In questi casi, la proiezione diventa non solo inutile ma anche del tutto impossibile.

Ogni paziente mette costantemente alla prova l'analista per trovare i suoi limiti e i suoi punti deboli. Deve scoprire se è vera la stessa cosa per l'analista come per lui, e cioè che il rapporto tra forza dell'Io e tensione istintuale è inadeguato. Se può provare che l'analista non può sopportare l'angoscia, la follia, l'impotenza sia in se stesso che nel paziente, allora sa per certo che ciò che egli prova deve essere vero: il mondo cadrà a pezzi e sarà sconvolto dalla scarica della sua tensione, qualsiasi forma assuma. Inoltre, siccome lui e l'analista sono la stessa cosa, devono essere una persona unica e indivisibile.

È perciò di vitale importanza scoprire che l'analista può non solo tollerare sia la tensione che la sua scarica, ma anche tollerare il fatto che esistono alcune cose che non è in grado di sopportare. Si può vedere la differenza tra angoscia e panico, e la differenza tra l'angoscia dell'analista e il timore dell'angoscia del paziente quando l'analista è capace di cadere, di sollevarsi e continuare il cammino nuovo. È a questo punto che il riconoscimento del controtransfert nel senso letterale della parola (seconda definizione) è della massima importanza. Può essere necessario che venga riconosciuto sia dal paziente che dall'analista, e se questi nega la sua esistenza, quando è presente e il paziente l'ha scoperto, si possono avere gravi conseguenze. (È sufficiente la semplice ammissione del controtran-

sferit; i particolari sono un problema dell'analista, ma il fatto che ci sia un controtransfert che influenza l'analisi è un problema che riguarda il paziente, ed egli ha diritto che venga riconosciuto).

Per ogni analista è naturale avere proprie particolari aree in cui gli è difficile lasciare che certe cose avvengano, soprattutto in se stesso. Ciò si collega al problema complessivo del controllo, ma per alcuni pazienti può essere fondamentale vedere l'analista che reagisce o agisce d'impulso. Ricordando che sia la reazione agli stimoli che l'impulso istintuale hanno un'origine biologica, e che non tutte le attività dell'Io sono immediatamente coscienti, penso che sia un errore considerare entrambe le cose come intrinsecamente indesiderabili o pericolose persino nel lavoro dell'analista. In ogni caso, quando un'analisi si sta muovendo rapidamente e le idee si susseguono in rapida successione, o i meccanismi stanno cambiando, è impossibile essere sempre un passo avanti rispetto al paziente o pensare sempre prima di parlare o di agire. Ci si trova ad aver detto qualcosa. Se il contatto inconscio con il paziente è buono, ciò che viene detto si rivela di solito come esatto. Il controtransfert inconscio è la cosa che più facilmente può indurre una risposta sbagliata, e l'unica salvaguardia contro questa eventualità è la continua auto-analisi dell'analista.

L'Io, grazie al riconoscimento conscio di uno di questi fenomeni in una persona reale conosciuta (diversa sia da una macchina che da uno 'stereotipo'), diventa accessibile alle interpretazioni di transfert e ad altri riconoscimenti della realtà. Ho spesso scoperto che un simile riconoscimento è un momento cruciale dell'analisi. Attraverso questa esperienza viene scoperto, introiettato, mangiato in fantasia, digerito e assorbito un essere umano, che è poi ricostruito nell'Io (e non introiettato magicamente) — una persona che può assumersi delle responsabilità, prendersi degli impegni, provare ed esprimere spontaneamente dei sentimenti, che può tollerare la tensione, le limitazioni, il fallimento, o la soddisfazione e il successo.

Il paziente può così impegnarsi nella propria analisi, la sua angoscia paranoide viene alleviata in modo diretto e le interpretazioni di transfert arrivano ad avere un significato per lui. Comincia a poter affrontare la realtà e ad avere rapporti con persone reali, invece che con i suoi fantasmi. È così possibile sviluppare rapporti, che necessariamente richiedono di tollerare sia la fusione che la separazione e il rischio di suscitare sentimenti nelle altre persone, o che le altre persone li suscitino a loro volta.

MATERIALE CLINICO

Il materiale che userò per illustrare le mie idee è costituito da alcuni episodi tratti da un'analisi. Ciò implica dover riassumere nello spazio di

dieci minuti cose che si riferiscono a dieci anni. Ne posso dare solo un quadro molto distorto e mi rendo conto che è comprensibile soltanto in misura limitata.

La condensazione di dieci anni in dieci minuti è in effetti molto appropriata, perché la mia paziente, Frieda, durante tutta l'analisi era stata disorientata nel tempo e aveva usato il tempo in modi che le erano peculiari, e che non potevano essere facilmente compresi. Questo disorientamento era stata la sua caratteristica più regressiva; altrimenti non aveva avuto alcun disturbo regressivo se non una regressione apparentemente molto limitata durante le sedute.

Mi fu inviata per difficoltà nei rapporti con il marito e con i figli; aveva anche un'eruzione cutanea, che colpiva prevalentemente il volto, la vulva e la faccia interna delle cosce.

L'infanzia di Frieda in Germania era stata molto traumatica. I suoi genitori erano ebrei. Suo padre era un uomo molto brillante, ma vanitoso, egoista e megalomane. La sua convinzione magica che non gli sarebbe potuto accadere nulla di male lo indusse a rimanere in patria quando tutta la sua famiglia emigrò, e alla fine lo portò a morire in un campo di concentramento. Sua madre è ancora viva — possessiva al massimo grado, avara, austera e insincera. Aveva litigato per anni con i propri parenti e quindi con il marito, separandosi da lui. Ne parlava male ai figli e anche dopo parlava del matrimonio come di una situazione sempre infelice. Le piaceva litigare per il piacere di avere poi delle riconciliazioni sentimentali.

Entrambi i genitori sfruttavano i figli. A Frieda fu affidata la responsabilità dei fratelli minori. Si aspettavano da lei che accudisse suo padre, e la costringevano a fare cose che forse avrebbe fatto di propria volontà, se lasciata a se stessa, perché gli era molto affezionata. In risposta a queste costrizioni da parte della madre, il padre aveva l'abitudine di punire qualsiasi ribellione o mancanza picchiandola severamente, soprattutto quando si rifiutava ostinatamente di dire che le 'dispiaceva' di aver disobbedito alla madre. Quest'ultima la puniva picchiandola, trascinandola al piano di sopra per i capelli e rinchiudendola in una dispensa buia. Quando aveva circa quattro anni fu 'curata' dalla masturbazione con immersioni in un bagno freddo.

La madre non dimenticava mai i suoi misfatti, neppure quando erano stati puniti, espiati e apparentemente perdonati — erano tenuti 'congelati in frigorifero', e tirati fuori vent'anni dopo, con tutta la loro intensità originale. La madre tenta tuttora di sfruttare emotivamente Frieda.

Questa immagine dei genitori si manifestò lentamente. In un primo tempo erano descritti come persone affettuose, normali, e fu con grande sorpresa che Frieda scoprì di avere quest'altra immagine nascosta.

Frieda era la figlia maggiore: era stata una delusione per i genitori, che desideravano un maschio. Fu allattata al seno solo per pochi mesi, perché il latte 'si esaurì' quando il padre scherzò con la moglie sul fatto che la bambina somigliava a qualcun altro e non a lui.

A scuola era infelice, e si sentiva spesso ritirata, confusa e in uno stato sognante. In una scuola fu fatta oggetto di una sgridata da parte del preside di fronte a tutto il personale insegnante e agli allievi perché aveva portato dei dolci e li aveva mangiati sotto il banco. Dopo aver finito la scuola ebbe un'unica relazione sessuale seria e infine sposò un altro uomo e venne in Inghilterra.

I suoi amici la consideravano capace, dotata, colta, generosa e di buon cuore. Era effettivamente così, ma dietro alla facciata c'era una bambina profondamente infelice, selvaggiamente impetuosa e impaziente, che non poteva tollerare né la tensione né la separazione. I suoi figli erano estensioni del suo corpo, così come lei lo era stata rispetto al corpo della propria madre, e venivano inconsciamente sfruttati così come lo era stata lei.

Dopo un anno che veniva da me, mi disse che un mobile della mia stanza le ricordava una credenza della sua casa natale. Vi veniva conservata la marmellata, e lei qualche volta ne rubava un po'. Quindi mi raccontò che il furto era effettivamente uno dei suoi problemi, e gradualmente si rivelò come una parte di un insieme molto più ampio di comportamenti impulsivi, che le faceva correre diversi tipi di reali pericoli. Le azioni impulsive comparivano quando era sottoposta a una tensione di qualsiasi genere.

I primi sette anni della sua analisi furono caratterizzati dall'impossibilità da parte mia di rendere il transfert in qualsiasi modo reale per lei o di "aiutarla a scoprirlo", come la paziente disse in seguito. L'analisi si svolgeva secondo le linee abituali, entro i limiti della tecnica analitica accettata. Dava molte interpretazioni di transfert, ma per lei erano tutte completamente prive di senso. L'unica cosa era che dava spesso consigli o faceva osservazioni ai suoi amici e conoscenti basati su ciò che avevo detto, e persino attribuendoli a me. Ma nondimeno non avevano alcun significato personale per lei, e i cambiamenti ottenuti erano molto scarsi. Le sue condizioni erano sicuramente migliorate; c'erano meno furti e i suoi rapporti erano in generale molto più facili. Stavamo preparandoci a terminare, anche se entrambe sapevamo che le difficoltà principali rimanevano ancora. Qualche volta riuscivo a farle vedere come trasferisse qualcosa sul marito o su uno dei figli, ma mai su di me. Il suo attaccamento emotivo alla madre era invariato e non aveva mai elaborato il lutto per il padre.

Mi aveva raccontato la storia di una bambina, che era entrata in una stanza proibita e sorvegliata, non da Barbablù ma dalla Vergine Maria. Le dita della bambina erano rimaste coperte dall'oro che aveva trovato

nella stanza, e la sua punizione fu di essere scacciata. La mie interpretazioni sulla sua curiosità, o verso il proprio corpo o verso di me, sulla sua idea che io fossi la Vergine che teneva l'oro nascosto, che la puniva e le proibiva l'entrata, non ebbero nessun significato per lei. Sembrava che la chiave della sua porta chiusa fosse andata perduta, al di là delle nostre capacità di trovarla.

Il quadro cambiò improvvisamente e drammaticamente. Un giorno arrivò fuori di sé dal dolore, vestita tutta di nero, con il viso cosparso di lacrime, in un vero stato di disperazione. Ilse era morta improvvisamente in Germania.

Avevo sentito parlare di Ilse, insieme a molti altri amici; non c'era stato niente che la distinguesse dagli altri. Ora scoprivo che la parte principale del transfert era stata rivolta a lei e che era stata tenuta segreta, apparentemente a causa del senso di colpa per i sentimenti omosessuali nei suoi confronti. Era stata un'amica e una coetanea dei genitori di Frieda e aveva trasferito l'amicizia su Frieda quando questa aveva sei anni.

Per cinque settimane questo stato di acuta sofferenza continuò senza variazioni. Parlai del suo senso di colpa per la morte di Ilse, della sua rabbia e del suo timore nei suoi confronti. Dissi che sentiva che io le avevo rubato Ilse, che lei stava rimproverando il mondo, la sua famiglia e me, che voleva che io capissi il suo dolore, come Ilse aveva capito la sua infelicità infantile, e che simpatizzassi con lei.

Nessuna di queste interpretazioni la raggiunse. Non riusciva a stare sdraiata; stava seduta per pochi minuti alla volta e vagava per la stanza, piangendo e torcendosi le mani.

Dopo cinque settimane la sua vita era in evidente pericolo, sia per il rischio di suicidio sia per la spossatezza: dovevo interrompere in qualche modo quella situazione. Alla fine le dissi quanto dolorosa fosse la sua disperazione, non solo per lei e per la sua famiglia, ma anche per me. Le dissi che nessuno poteva stare accanto a lei in quello stato senza restare profondamente colpito. Provavo dolore con lei, e per lei, nella sua perdita.

L'effetto fu istantaneo e molto forte. Nel corso della seduta divenne più calma, si distese sul lettino e pianse in modo normalmente triste. Cominciò di nuovo a occuparsi della sua famiglia e alcuni mesi dopo trovò l'appartamento più grande di cui aveva avuto bisogno da anni, cosa che fino a quel momento aveva considerato impossibile. Nel riordinarlo e nel traslocare provò una felicità che non aveva mai provato prima, e che è durata ed è ulteriormente cresciuta. I suoi impulsi riparativi si misero a funzionare in modo completamente nuovo.

Avevo spesso parlato dei sentimenti che mi riguardavano, ma ciò non aveva avuto assolutamente nessun significato per lei — solo i sentimenti che venivano effettivamente dimostrati ed espressi significavano qualcosa.

Si ricordava anche troppo chiaramente di aver detto a sua madre che l'amava, che le dispiaceva di aver fatto certe cose, ecc., ma in senso ironico, per non parlare delle espressioni esagerate di amore della madre nei confronti del padre, amore che successivamente era stato negato.

Ma io avevo espresso i miei sentimenti anche in due occasioni precedenti. La prima era stata una volta in cui ero rimasta seduta ad ascoltarla raccontare per la centesima volta la storia di un litigio con sua madre per questioni di denaro, e per la centesima volta avevo lottato per mantenermi sveglia. Era una situazione noiosa e, come al solito, non la raggiungeva nessuna interpretazione sia che riguardasse il contenuto del suo discorso, o i meccanismi, il transfert, i suoi desideri inconsci, ecc. Quella volta le dissi che ero sicura che il contenuto del suo discorso non fosse la cosa importante, che fosse difensivo, e aggiunsi che mi riusciva difficile rimanere sveglia perché quelle ripetizioni erano noiose. Ci fu un silenzio inorridito e sconcertato, uno scoppio di rabbia addolorata, ma poi mi disse che era contenta che glielo avessi detto. Da allora in poi i resoconti dei suoi litigi diventarono più brevi e lei si scusava di farli, ma il loro significato rimaneva oscuro. Ora so che io ero per lei il padre (morto), al quale sarebbe dovuta riuscire a dire quanto sua madre fosse 'tremenda', e che avrebbe dovuto aiutarla durante l'infanzia ad affrontare la malattia mentale della madre. Ero anche Ilse che sarebbe dovuta essere vicino a lei in tutte le sue difficoltà. Se però le avessi dato questa interpretazione, sono sicura che avrebbe solo suscitato la stessa risposta di tutte le altre interpretazioni di transfert.

La seconda volta stavo facendo fare dei lavori di restauro. Lei si vantava di sapere esattamente come avrebbero dovuto essere eseguiti e mi aveva spesso dato consigli in modo molto condiscendente, cosa che avevo interpretato come un suo desiderio di controllare me e la mia casa, di essere lei a dirmi le cose invece di farsele dire da me. Quella volta era tutto il giorno che ricevevo consigli da un paziente dopo l'altro, era la fine della giornata, ero stanca e, invece di darle un'interpretazione, senza pensarci le dissi direttamente: "A dire la verità, non me ne importa niente di quello che ne pensa lei". Ancora una volta il silenzio sconcertato fu seguito prima dalla rabbia e quindi da una scusa veramente sincera. Poco dopo questo episodio arrivò a riconoscere che la maggior parte dei buoni consigli che dava agli amici e alle persone che incontrava casualmente per strada o nei negozi potevano ugualmente essere presi negativamente, e che nella sua ansia di controllare il mondo era in effetti opprimente e ficcanaso.

Dopo che le ebbi comunicato i miei sentimenti all'epoca della morte di Ilse, e li ebbi collegati con quelli dei periodi precedenti, la paziente mi disse che per la prima volta dall'inizio dell'analisi io ero diventata una persona reale e che ero completamente diversa da sua madre. Ogniqua-

volta avevo fatto dei commenti su qualsiasi cosa avesse fatto, aveva sentito che io ero sua madre e che dicevo, come quest'ultima aveva sempre detto, "sei una persona tremenda". Questo lo avevo già capito e le avevo detto che era una manifestazione di transfert, ma l'intero significato di questa interpretazione veniva negato — anch'essa significava soltanto "e tu sei tremenda". Mi chiamava "Lezione 56" del manuale. Ora era in grado di collegare il manuale con le riviste femminili che sua madre leggeva e in cui trovava molti dei suoi capricci e delle sue manie. I miei sentimenti, essendo indubbiamente reali, erano diversi da quelli artificiosi dei suoi genitori. Accordavano a lei e alle sue preoccupazioni un valore che non aveva mai avuto, tranne che con Ilse. In altre parole, per lei io ero diventata Ilse nel momento in cui avevo espresso i miei sentimenti.

Da quel momento in poi le interpretazioni di transfert cominciarono ad avere significato per lei. Non soltanto le accettava spesso quando gliel'avevo detto, ma diceva frequentemente: "Lei me lo ha già detto, ma non sapevo che cosa volesse dire", e persino "Mi ricordo che lei lo ha detto molte volte ... ma lo capisco soltanto ora", applicando lei stessa qualcosa che in precedenza aveva rifiutato.

Poco dopo, per la prima volta, cominciò a evidenziarsi un certo schema in rapporto ai furti e ad altre azioni impulsive. Ora riuscivo a vedere che accadevano soltanto quando sua madre andava a farle visita. Ma erano anche sempre più pericolosi. Un giorno, tornando a casa dall'analisi, fu investita da un'automobile e ferita seriamente. Non so come non fosse rimasta uccisa sul colpo. Un'altra volta una mia vicina mi chiese: "Quella donna che esce dal suo cancello e attraversa la strada senza guardare è una delle sue pazienti? È molto pericolosa". Ancora, un giorno in cui aspettava una visita da parte della madre, mi recai in una strada di grande scorrimento vicino a casa mia, in un luogo affollato, e trovai Frieda, a venti metri da un attraversamento pedonale, che correva qua e là tra le macchine, mettendo tutti in pericolo, compresa se stessa. Le mostrai il collegamento di questi avvenimenti con le visite di sua madre, e il loro carattere omicida e suicida. Lei rifiutò quest'idea, come rifiutava qualsiasi idea di se stessa come malata, e come in precedenza aveva rifiutato tutte le interpretazioni di transfert.

Alcune settimane dopo, mentre sua madre abitava con lei, fu colta a viaggiare senza biglietto, perché aveva fretta e non aveva soldi spicci. Di conseguenza fu portata in tribunale. Io le diedi un certificato che attestava che era in cura per il suo comportamento impulsivo e che era essenzialmente una persona onesta e affidabile (cosa del tutto vera). Questo, come l'espressione dei miei sentimenti, le fece una profonda impressione, perché avevo detto apertamente il contrario di ciò che avevano detto i

suoi genitori, quando l'avevano etichettata come 'bugiarda' e 'ladra', e 'tremenda'. Cominciò a riconoscere i propri pericolosi acting out, e ad averne paura, ma continuarono ugualmente.

Quando sua madre venne di nuovo a trovarla, commise un altro furto, e allora le dissi che mi domandavo se non avrei dovuto rifiutarmi di continuare ad assumermi la responsabilità della sua analisi, se avesse di nuovo ospitato sua madre. Le avevo già detto molte volte che ritenevo che, così facendo, correva dei rischi. Alla successiva visita della madre rubò ancora una volta, e io le ripetei ciò che avevo detto.

Le mostrai che lei non aveva creduto né al pericolo, né alla realtà della sua malattia, né che io potevo veramente voler dire ciò che avevo detto. Le assicurai che era veramente quello che intendevo e che, se avesse ospitato ancora sua madre, io non avrei potuto assumermi la responsabilità della sua persona — avrei interrotto l'analisi.

In quel periodo passò molte sedute a raccontarmi il cattivo comportamento di una bambina che era sua ospite. Mi aveva parlato anche della disobbedienza di sua figlia, e io lei chiesi perché non riusciva a essere ferma e a non permetterle di continuare a fare sempre le stesse cose. Questa era una vecchia storia; non riusciva mai a farsi obbedire dai suoi figli senza farsi prendere da una violenta collera e spaventarli. Gli lasciava fare quello che volevano, razionalizzandolo col fatto di essere 'moderna' o 'progredita', e loro stavano alzati fino a tardi, non andavano a scuola ecc., e né lei né suo marito riuscivano a farci niente — in effetti inconsciamente incoraggiavano questo comportamento.

Le chiesi che cosa sarebbe successo se io mi fossi rifiutata di lasciarle continuare il racconto di queste storie. Ne ero stufo, come lei era stufo del comportamento dei figli. Lei "non lo sapeva" e continuò con un'altra storia. Io le dissi: "Volevo proprio dire questo, non intendo più sentirne parlare". Rimase in silenzio, quindi rise e mi disse: "È terribile. Ed è magnifico che lei abbia detto una cosa del genere. Nessuno mi ha mai parlato così prima d'ora. Non sapevo che fosse possibile. Lei mi ha spesso spiegato che posso dire ai bambini che non voglio che facciano certe cose, ma io semplicemente non sapevo come si faceva". E da allora in poi cominciò sia ad accettare un 'no' quando era rivolto a lei, sia a poterlo dire agli altri.

A quel punto le ricordai che le avevo detto che avrei interrotto la sua analisi se avesse ancora permesso a sua madre di venirla a trovare, e che lei lo aveva trovato 'magnifico'. Nei tre giorni successivi fu presa dal panico e dalla confusione. Quando si riprese passò un certo tempo a studiare il modo di rifiutare di ospitare la madre. La tenne lontana per alcune settimane e quindi il problema si ripresentò. Potevo suggerirle cosa dire? Poteva far venire sua madre, e andarsene a dormire da un'amica? Le mostrai che non

era una soluzione e che doveva trovare il suo modo personale di affrontare la situazione. Dopo altro panico e altra rabbia parlò a sua madre per la prima volta dell'analisi e del fatto che io avevo proibito le sue visite. Ciò equivaleva a dire alla madre: "Sei una persona tremenda".

Il giorno dopo ebbe l'impulso di rubare delle mele dal giardino di un vicino. Si fermò soltanto nel momento in cui stava per attraversare la siepe con un cestino. Mandò poi uno dei figli a chiederne qualcuna e fu contenta e sorpresa che il vicino gliel'avesse date.

Le mostrai che parlando a sua madre in effetti mi aveva sfidato, in modo simbolico, e che mi aveva anche obbedito, e che il cambiamento del suo comportamento a proposito delle mele dipendeva dal fatto che era riuscita ad accettare da me il 'no' e che era riuscita a dire 'no' a sua madre. Aveva scoperto che ero affidabile, nel senso che intendevo veramente dire ciò che avevo detto e che, anche se avessi interrotto l'analisi, non sarei rimasta in collera con lei. Aveva cominciato a credere in quelle realtà che prima aveva negato. Da allora in poi i suoi sentimenti a proposito dell'analisi cambiarono moltissimo — cominciò a soffrire veramente, come non aveva mai fatto prima, soprattutto durante i fine settimana. Un'ora non era sufficiente: voleva che fossi presente sempre e viveva nell'analisi per tutta la giornata, anche se svolgeva il suo lavoro con maggiore efficienza e viveva in modo diverso. Alla fine il transfert per lei diventò una realtà.

Per lei era difficile piegare la coperta e decidere se portarmi in casa le bottiglie del latte, quando le trovava davanti alla porta. Erano difficoltà di antica data, e Frieda scoprì che in tali situazioni in realtà voleva agire in due modi completamente opposti. A questo punto riuscii a mostrarle quanto i suoi sentimenti verso di me fossero stati trasferiti su queste cose. Descrisse se stessa come scissa (era la sua espressione, io non l'avevo mai usata) e mi mostrò quanto fossero lontani tra di loro i diversi pezzi, tenendo le mani a una distanza di circa trenta centimetri. Le ricordai che in passato una parte di lei era stata lì, mentre l'altra era in Germania, dentro Ilse. Scoprì che voleva guardarmi con occhiate 'furtive', e che aveva avuto due convinzioni diverse, che io fossi sua madre e che io fossi Ilse: entrambe erano state mantenute con un'intensità delirante e con una tonalità allucinatoria, che ora poteva cominciare a dissipare mettendo alla prova consciamente la realtà. Il furto entrò direttamente nel transfert, e si ritrovò a viaggiare senza pagare il biglietto quando veniva da me.

In questo periodo entrò in contatto più stretto con il mio odio nei suoi riguardi, rispetto a quanto non avesse fatto prima, in modo tale che per lei ora aveva un significato reale. Un giorno ci incontrammo per caso a un concerto, e dopo mi trovò nel camerino dei musicisti, con sua grande sorpresa. "Non sapevo che lei conoscesse X.", disse con eccita-

zione, e il giorno dopo scoprì che aveva voluto dire: "Che diritto ha lei di trovarsi qui?". In seguito fu possibile mostrarle (come avevo spesso tentato di fare) che lei aveva cercato di controllarmi magicamente e di avermi con sé dappertutto. Il fatto di andare ai concerti era stato in gran parte un modo di venire con me, e il fatto di incontrarmi nella realtà aveva disturbato la sua fantasia. Le mostrai, inoltre, che cosa avesse significato *per me* averla incontrata spesso, essermi imbattuta nella sua possessività in quella situazione. Perché in realtà, nell'idea che lei aveva di se stessa, espressa nel suo comportamento e nei suoi discorsi precedenti, possedeva non solo me ma tutte le sale da concerto, oltre agli artisti e ai compositori.

Il riconoscimento della sua fantasia onnipotente la portò a comprendere che si era aspettata dall'analisi qualcosa di inattingibile e di magico. Aveva creduto che avrebbe riportato suo marito, i figli, sua madre, i suoi fratelli e sua sorella, indietro, nella sua infanzia, e che avrebbe di nuovo riportato in vita suo padre e Ilse. I suoi 'sguardi furtivi' le permisero per la prima volta di vedermi veramente come una persona reale. "Ho scoperto una cosa. È molto doloroso, e tuttavia sono molto contenta. Ho scoperto che non so niente di lei, assolutamente niente. Che sciocca sono stata! Ho fatto tutti questi tremendi sforzi per cercare di trasformarla in qualcosa che lei non è. Tutto ciò che pensavo di sapere, per quanto lottassi per farmi capire, leggendo Freud e Melanie Klein, tutti gli sforzi erano proprio inutili. Mi sento così stupida. Stavo cercando di forzarla, mi dispiace". Le dissi che non c'era bisogno di dispiacersi. Mi guardò e gridò con rabbia: "Mi *dispiace*, se voglio che mi dispiaccia", e passò a parlarmi del suo gioco segreto delle 'associazioni', in cui pensava a un profumo, a un edificio, a un libro, ecc., da 'associare' a me. Ora i suoi 'sguardi segreti' le mostravano quanto tutto ciò fosse stato irrealistico.

Il giorno successivo avevo il raffreddore, e lei pensò che era impossibile parlare, perché qualsiasi cosa avrebbe potuto dire sarebbe stato un attacco contro di me. Riconobbe che si attendeva qualcosa di magico, due cose opposte contemporaneamente, stare lì e andarsene, proteggermi e distruggermi. Ora aveva capito che nessuna analisi, per quanto lunga, avrebbe potuto realizzare questo desiderio. Le parlai del mondo interno della sua immaginazione e del mondo della realtà esterna: solo nel mondo interno sarebbe potuto essere così e, anche se il suo mondo interno e il mio potevano incontrarsi su certi punti, non sarebbero mai stati identici. Rimase in silenzio e, come penso, quasi addormentata. Stava nascosta sotto la coperta. Quando ne uscì fuori mi disse che aveva fatto delle prove. Aveva pensato: "Se sto zitta posso essere qua e contemporaneamente non esserci, e tu puoi addormentarti, cara, se vuoi". Si sentiva sollevata e integrata, perché questa prova aveva funzionato. Le dissi che aveva messo insieme il

mondo interno e il mondo esterno, permettendo a se stessa di avere il suo e a me di avere il mio. Era stata una persona intera, separata da me.

Il giorno dopo scoprì che era riuscita a fare delle cose senza averle previste e programmate, ed era andata bene. Prima non le era mai sembrato possibile. E aveva scoperto un nuovo genere di sentimento che non comprendeva: provava gratitudine per una persona che non amava ed era riuscita ad aiutare qualcuno in modo diverso. La faceva sentire diversa, sia verso gli altri che verso se stessa. Prima era stata 'arrogante', ora riusciva a essere cordiale e poteva piacersi. Le dissi che aveva scoperto che la stessa persona poteva piacerle e non piacerle, e così non aveva più bisogno di scindermi in due e mettere una parte di me altrove, magicamente.

Si ricordò allora un episodio di quando aveva quattro anni. Era fuori con suo padre, e teneva in mano un bastoncino, più o meno delle dimensioni del suo pene. Lui lo prese, lo gettò in un fiume e le fece vedere che galleggiava e si allontanava sotto il ponte. Le disse che era la 'cattiveria' di lei. La paziente non poteva credere che il bastone avesse qualcosa a che fare con lei, perché in quel momento non era cattiva. Ora capiva che aveva veramente creduto che fosse il pene del padre. Lo aveva considerato in questo modo, si era arrabbiata ed era rimasta delusa quando lui glielo aveva preso. Ora si rendeva conto che era vero, come le avevo detto, che lei non era mai riuscita a fare il lutto per lui, perché la sua morte "non aveva nulla a che fare con lei". Lei "non aveva provocato la sua morte con la propria rabbia", ma credeva ugualmente di averla provocata in quel modo.

A questo punto riuscimmo a vedere più chiaramente che molte difficoltà nella prima parte della sua analisi erano derivate dalla sua incapacità di simbolizzare. Ad esempio, aveva spesso combattuto con se stessa sul fatto di portarmi o no le bottiglie di latte che trovava sulla mia porta. Le era stato assolutamente impossibile decidere, e per me era stato inutile darle qualsiasi interpretazione in proposito o dirle che non mi importava di ciò che avrebbe fatto. Soltanto ora lei era in grado di vedere che per lei le bottiglie di latte non solo rappresentavano me (come le avevo detto), ma erano me, e che lei aveva desiderato buttarle giù a calci dallo scallino, così come era stata presa a calci dai genitori e dalla macchina che l'aveva investita. Ma nel suo delirio ciò voleva dire prendermi realmente a calci. Anche la coperta aveva avuto lo stesso significato. Si era finalmente liberata di queste cose, qualcun altro poteva piegare la coperta e portare in casa il mio latte. Non era più una sua responsabilità.

La sua ambivalenza diventò più evidente. "La odio perché la amo così tanto", mi disse; e ancora: "La maledico e la benedico, perché l'amo così tanto".

A questo punto aveva accettato la separazione, mentre le fu più difficile accettare la fusione, o l'immersione, e la perdita di identità. Insieme alla difficoltà di accettare la fusione, c'era la difficoltà di potersi permettere di odiarmi o di amarmi, di tutto cuore, ora che ero la persona verso la quale provava entrambi i sentimenti, invece di essere soltanto la persona amata, mentre sua madre era la persona odiata, o quella odiata mentre Ilse era la persona amata.

La paziente descrisse la sua sensazione di trovarsi "dentro una capsula da cui cercava di uscire, ma allo stesso tempo era perduta se ne usciva fuori". La capsula era trasparente, persino invisibile. Ricordò che, quando aveva sei anni, aveva tracciato un cerchio sulla sabbia e si era seduta nel centro, convinta di essere invisibile, e si era sentita completamente smarrita quando qualcuno le aveva parlato dell'aspetto che aveva mentre stava seduta dentro al cerchio. Una cosa simile era accaduta diversi anni dopo, quando aveva mangiato i dolci a scuola senza sapere che poteva essere vista.

Era questo, in definitiva, secondo la sua stessa descrizione, il delirio fondamentale con il quale era vissuta e che era stata la sua difesa principale durante tutta l'analisi.

Lo collegai con un'osservazione che avevo fatto diverse volte in precedenza, e cioè che pensavo che una volta avesse assistito alla scena primaria in uno specchio, con un ostacolo che le impediva di vederla direttamente. Le dissi che è difficile comprendere quello che si riflette in uno specchio, a meno che non ci sia qualcuno che mostra al bambino la sua immagine riflessa, o a meno che non ci sia qualche oggetto familiare e identificabile che può vedere sia nello specchio che senza di esso. Frieda rispose: "Lei mi aveva già detto che dovevo aver visto i miei genitori nello specchio, ma io non ci avevo mai creduto. Non mi ricordo, ma so da quale lato del loro letto si trovava la mia culla: era sul lato destro, e questo lo so. Riesco a vedere la stanza, ma tutti i mobili sono sconosciuti: non ne riconosco nessuno". Si ricordò quindi di aver sentito che, quando aveva due anni, per un breve periodo la sua famiglia aveva abitato in un albergo. Era stata l'unica volta in cui aveva dormito nella stanza dei genitori, per quanto ne sapeva, e aveva negato quel ricordo.

La 'capsula', tra le altre cose, rappresentava la sua identificazione con il padre, il padre magico che nulla poteva toccare. Rappresentava anche il pene magico e invisibile, per mezzo del quale poteva continuare a essere una sola cosa con la madre e con Ilse. Aveva mantenuto invisibile Ilse — finché la sua morte non aveva rotto la 'capsula' e aveva rivelato la sua esistenza. La mia identificazione con Frieda nella sua perdita e nel suo dolore l'aveva ricostituita, ma con me all'interno al posto di Ilse.

Era stato questo che aveva reso possibile il lutto per suo padre e per

Ilse, attraverso l'analisi del transfert che fino ad allora era stato inaccessibile.

Per lei rompere la 'capsula' — abbandonare i suoi deliri — aveva significato l'annientamento, sia attraverso la separazione che attraverso la fusione. Solo se qualcuno dall'esterno avesse potuto attraversarla in modo energico e sicuro lei sarebbe riuscita a emergere come una persona viva, capace di sentimenti, e solo una persona che provava reali sentimenti poteva farla uscire dalla capsula permettendole di accedere ai suoi propri sentimenti. Tutto era dovuto rimanere immobile, magicamente e invisibilmente, fuori dalla portata degli impulsi di amore-odio primitivi e distruttivi. Ora si trovava seduta tra le rovine di un mondo che lei aveva distrutto e cercava dei modi di restaurarlo — di restaurarlo non riportando in vita suo padre e Ilse, o cercando di rendere i suoi genitori sani e felici com'erano quarant'anni o più prima, ma compiendo questa riparazione in fantasia per mezzo delle nuove attività creative già presenti in lei, attività che chiamiamo sublimazioni.

Ora Frieda è più felice di quanto non sia mai stata prima, ma anche più infelice. Il suo lutto non è ancora completato, ma è sulla buona strada per elaborarlo. La sua famiglia è un luogo più affidabile per il marito e per i figli, perché lei è in grado di dire una cosa e poi di mantenerla, può non essere d'accordo con il marito senza avere un attacco di rabbia davanti ai bambini, come faceva in passato, e può permettere ai figli di essere degli individui separati. I furti sono scomparsi, persino quando la madre viene a trovarla. Anche altri comportamenti impulsivi si sono molto modificati. La sua vita sessuale è cambiata: ora può trarne godimento e avere un orgasmo fisico e psichico. L'eruzione cutanea la colpisce raramente, e il mondo in cui vive sta diventando sano e ordinato (anche se ci possono essere molti aspetti folli), invece di essere ostile, antisemita e pazzo. Frieda sa che è attraverso la morte di Ilse che lei è migliorata, ha accettato di aver provato piacere per la morte di Ilse, oltre che odio, amore distruttivo e tristezza. L'analisi continua ancora.

Non mi sono addentrata nella complicata psicopatologia di questa donna. Per il mio scopo attuale è sufficiente dire che la sua capacità di sviluppare il senso di realtà era stata gravemente danneggiata; la simbolizzazione e il pensiero deduttivo erano stati in gran parte sostituiti dal pensiero concreto. Era incapace di distinguere tra impressioni visive e uditive reali e allucinazioni, o tra realtà e delirio. La scissione dell'Io mentre era ancora un Io corporeo aveva dato luogo a una persistente incapacità di avere percezioni esatte, o di trarre deduzioni esatte dalle percezioni che aveva. Come conseguenza tutti i suoi transfert erano deliranti, e su di essi erano basati tutti i suoi rapporti.

Avevo dovuto raggiungerla, sotto strati e strati di scissione e di dinie-

go, al livello della dipendenza impotente e della non-separazione: il livello del suo delirio paranoide. Questo, come tutti gli altri deliri, non era suscettibile di interpretazioni di transfert; doveva essere distrutto nel modo più diretto possibile, cioè attraverso l'analista come persona reale.

IMPLICAZIONI PER LA TECNICA

Abbiamo compreso in modo sempre più chiaro che esistono molti pazienti che non sono in grado di fare uso delle interpretazioni di transfert, finché non interviene qualche cambiamento che rende accessibile il loro Io, e ciò ci ha portato a chiederci quali cambiamenti della tecnica e della teoria siano necessari.

Le difficoltà nel far accettare le interpretazioni di transfert, insieme all'insorgere di tensioni improvvise, imprevedibili, che spesso danno luogo a violenti acting out, sono state attribuite a carenze da parte dell'analista: analisi insufficiente, incapacità di affrontare le proprie ansie, acting out da parte sua.

La verbalizzazione, la comprensione e l'interpretazione sono state considerate come i fattori in assoluto più importanti. Ma da tempo si è riconosciuto che il bisogno di 'elaborare' è un processo necessario per l'analisi. È importante capire ciò che avviene durante questo processo e se c'è qualcosa che si può fare per favorirlo.

Esaminando i pazienti come quella che ho descritto, scopriamo che i soggetti che hanno un senso della realtà fortemente danneggiato, che non possono distinguere il delirio o l'allucinazione dalla realtà, non possono neppure usare le interpretazioni di transfert perché il transfert stesso ha una natura delirante. L'interpretazione di transfert richiede l'uso del pensiero deduttivo, della simbolizzazione e l'accettazione dei sostituti. Non è possibile trasferire qualcosa che non è disponibile per essere trasferito, e questi pazienti hanno avuto delle esperienze primitive che non gli hanno consentito di costruire né ciò che deve essere trasferito né l'immagine di una persona rispetto alla quale è possibile il transfert. Vivono ancora nel mondo primitivo della prima infanzia, e i loro bisogni devono essere soddisfatti a quel livello, il livello dell'autoerotismo e del delirio.

È necessario trovare dei modi adatti per presentare la realtà a questi pazienti, molti dei quali non sono in grado di usarla così come si presenta nella loro vita quotidiana.

La realtà che è presente, disponibile in ogni analisi è l'analista stesso, le sue funzioni, la sua persona e la sua personalità. È compito suo trovare dei mezzi simbolici, che gli consentano di usare questi elementi per soddisfare i bisogni specifici dei suoi pazienti, scoprire quello che è in grado

di realizzare, e individuare i propri limiti nell'affrontare le angosce dei pazienti, stabilendo consciamente, per quanto è possibile, quello che vuole o non vuole fare, ma rimanendo disponibile ad agire per impulso, e in certe occasioni a reagire. Tutto questo fa parte della sua capacità di accettarsi per quello che è.

Agli albori della psicoanalisi nessun analista si era sottoposto a un'analisi personale e neppure poteva contare su una grande esperienza (propria o di altre persone) su cui basarsi, e a quei tempi l'analisi selvaggia portava effettivamente a situazioni pericolose e impossibili da affrontare. Ma oggi le condizioni sono diverse, e la convinzione che certi comportamenti siano pericolosi, o impediscano l'analisi, deve essere verificata. Mi sembra che molte di queste opinioni abbiano le caratteristiche mitiche o superstiziose dei giudizi superegoici.

Dobbiamo riconoscere che lo stesso paradosso che incontriamo in altre aree della vita è presente anche nell'analisi, e cioè che la stessa cosa può essere sia buona sia cattiva, che quello che appare come più prezioso può anche essere pericoloso e inutile. Ciò è vero per l'interpretazione di transfert, non meno che per le risposte alle domande dei pazienti, per l'espressione dei sentimenti, per le azioni fatte per impulso, ecc., da parte dell'analista. Le qualità più necessarie sono la flessibilità (che non è debolezza), l'affidabilità e la forza (che non è rigidità), e la disponibilità a usare qualsiasi risorsa sia utilizzabile.

La tesi che ho cercato di dimostrare è che i risultati, che noi tutti speriamo e ci aspettiamo di raggiungere, possono essere ottenuti se siamo disposti a considerare l'atteggiamento dell'analista rispetto al paziente da un nuovo punto di vista e a riconoscere alcune cose, che in realtà già si utilizzano nell'analisi, ma che spesso si trascurano o non si ammettono.

La mia conoscenza di questi fattori è andata via via aumentando. Ho cominciato a modificare il mio modo di lavorare fin dal 1937, prima di iniziare il training come analista. Ho cercato successivamente di eliminare il bagaglio tecnico che già avevo in favore di una tecnica più classica o più 'ortodossa', e non sono riuscita ad analizzare un certo numero di pazienti che, secondo quanto penso tuttora, avrei voluto e dovuto riuscire a trattare. In pratica il mio approccio varia molto da un paziente all'altro. È di per sé l'espressione dell'individualità del paziente e una conferma che non gli sto imprimendo qualcosa che appartiene a me e non a lui. Questo approccio ha dei vantaggi e anche degli svantaggi. In analisi la misurazione quantitativa non è mai possibile, ma possono essere applicati i comuni test e le comuni verifiche, come in tutto il nostro lavoro.

La diagnosi iniziale della malattia del paziente può essere riveduta, specialmente alla luce della sua risposta alle interpretazioni di transfert.

Se queste interpretazioni sono costantemente sentite da lui come prive di significato, anche se in realtà dimostra di riconoscere che in qualche modo possono significare qualcosa, o se al contrario le accetta ma non ne consegue alcun cambiamento nel comportamento o nel modo di pensare, giudicherei entrambe le risposte come patognomiche della presenza di una profonda scissione e di un grado marcato di angoscia paranoide, e nel secondo caso le difese contro questa angoscia sono più forti che nel primo.

Ciò significa che si devono trovare dei metodi per rendere accessibile l'Io alle interpretazioni di transfert. Qualsiasi metodo venga scoperto deve essere sottoposto all'abituale esame. Le mie domande sono più o meno queste:

Perché faccio o dico questo?

In che modo si riferisce a cose che mi appartengono — consce o inconsce?

Perché è rivolto a X e non a Y?

Farei o direi questo a questo paziente in altre circostanze, un altro giorno, un'altra volta?

Che effetto ha, e perché?

Ne deriva la comparsa di nuovo materiale?

C'è un qualche reale sviluppo dell'Io?

Gli stessi risultati potrebbero essere ottenuti altrimenti? Più rapidamente? Meglio?

Se è così, come, e perché? E perché non ho fatto qualcosa di diverso?

Non si può sempre rispondere direttamente alle proprie domande. Talvolta le risposte si dimostrano errate; talvolta non c'è nessuna risposta da scoprire, se non che quell'intervento sembrava giusto in quel momento o che era l'unica cosa che si poteva trovare da dire, in un momento in cui si doveva dire qualcosa. Gli avvenimenti successivi di solito mostrano se era giusto o no, e quando si vede funzionare bene un'analisi dopo un intervento fuori dall'ordinario, aumenta la fiducia nei propri processi inconsci. Le controresistenze sembrano cadere più rapidamente, spesso il lavoro prosegue con un livello di tensione più alto, e la maggiore spontaneità dell'analista aiuta il paziente a superare la sua rigidità e stereotipia.

La difficoltà principale risiede nello stato generale di imprevedibilità. Ciò non significa che tutto è senza controllo, anche se spesso al paziente sembra che sia così. È piuttosto uno stato in cui le cose possono avvenire. Il rischio, naturalmente, è che ci possa essere un improvviso 'scatenamento' nel paziente o nell'analista, quando compare un fattore sconosciuto. Questo è un fatto che può ugualmente accadere in qualsiasi analisi e che deve essere affrontato quando si presenta.

Il resoconto dell'analisi di una paziente da me presentato, che è stato necessario condensare, potrebbe essere molto fuorviante. Le variazioni della tecnica che ho mostrato non avvengono sempre. Quando si presentano, l'effetto è molto simile a quello di qualsiasi interpretazione corretta: ci può essere in un primo tempo rifiuto e successivamente accettazione, oppure immediata accettazione. Può non essere immediatamente visibile alcun effetto, e soltanto in seguito si può scoprire che ce n'è stato qualcuno. Quando questi effetti non compaiono, così come avviene con le interpretazioni abituali, ci può essere, oppure non essere, uno sviluppo successivo. E, come con le comuni interpretazioni, se il momento è giusto e sono appropriate, l'effetto di questi interventi è buono. Se sono intempestivi o inappropriati, l'effetto è cattivo, e sono in realtà errori come qualsiasi altro. Nell'analisi di Frieda i fatti che ho citato sono effettivamente avvenuti e non si sono dimostrati errori. Non penso neppure che fossero semplicemente colpi di fortuna, perché ho sperimentato cose simili in diverse altre analisi con risultati analoghi.

Lo scopo di queste variazioni è molto chiaro e limitato. È rendere accessibile il paziente all'interpretazione di transfert eliminando un delirio di transfert.

L'interpretazione non ha nessun effetto sul delirio. L'unica cosa che ha effetto è la presentazione della realtà in un modo che sia paragonabile al risveglio da un sogno — cioè, la scoperta che qualcosa che era stato ritenuto letteralmente vero è falso, mediante il confronto con ciò che è vero. Questo non rende superflua la comune interpretazione, né è un suo sostituto. Non fa cadere tutte le resistenze. Il normale lavoro interpretativo deve continuare prima degli episodi che ho descritto, durante e dopo, e rimane ancora la parte principale dell'analisi. Senza questo lavoro queste altre variazioni sarebbero inutili ma, nei casi in cui lo stesso transfert è di natura delirante, sono l'unico genere di intervento che rende significativa e utilizzabile l'interpretazione di transfert, perché è attraverso di esse che il paziente può scoprire un essere umano dietro alle interpretazioni.

RIASSUNTO

Ho cercato di descrivere certi elementi, alcuni dei quali a mio parere sono essenziali, nella risposta totale dell'analista ai bisogni del paziente, insieme ad alcuni dei modi in cui possono essere usati direttamente, e agli effetti che ho visto derivare dal loro uso diretto. Sono elementi che, secondo me, a un certo punto è necessario mettere in evidenza in ogni analisi. Appaiono più chiaramente nell'analisi dei pazienti molto disturbati e

meno in quella dei nevrotici. Sono presenti, impliciti o espliciti, nello svolgimento di ogni analisi valida e riuscita, e in parte sono presenti in ogni analisi anche solo parzialmente riuscita.

L'amore e l'odio totali dell'analista verso il paziente, che infondono la forza motrice alla sua risposta totale, contengono elementi fondamentali e invariabili, insieme ad altri variabili. L'analisi, per quanto riguarda la partecipazione dell'analista, dipende principalmente dalle caratteristiche della parte fondamentale, invariabile. Questa, a sua volta, dipende dalla misura in cui il mondo dell'analista, nel quale egli vive, è sano e amichevole — cioè dalla misura in cui è riuscito ad affrontare le proprie angosce paranoide e la propria depressione, angosce che sono inseparabili dal lavoro che sta facendo. Se l'analista può fare affidamento su questo mondo, e di conseguenza su se stesso, i suoi pazienti probabilmente avranno la sicurezza di poter fare altrettanto, e riusciranno a farlo sempre di più. In caso contrario, per loro non solo non sarà sicuro ma anche impossibile fare affidamento sul loro mondo interno. Ci sarà allora un fallimento dell'analisi e forse una tragedia.

È questo fattore fondamentale, invariabile, che fornisce la stabilità all'analisi (di nuovo, per quanto riguarda l'analista). Gli elementi variabili, i controtransfert inconsci, le variazioni da un giorno all'altro o da un momento all'altro nel grado di tensione da sopportare, la salute dell'analista, le sue preoccupazioni esterne, tutto questo tende a creare difficoltà, specialmente se ha una gamma di variabilità troppo ampia. Questi elementi fanno pure parte della responsabilità dell'analista: deve vigilare che il grado di variazione non sia troppo grande e che le variazioni non restino bloccate e neppure si risolvano con troppa facilità. Ma questi elementi, come tutti gli altri di cui ho parlato, possono essere sia utili che dannosi. Fanno parte della vita dell'analista, e sono fonte di vitalità e movimento nel lavoro analitico.

La psicoanalisi è una cosa viva, e come tutte le cose vive cambia continuamente. Persino nei pochi anni della sua esistenza possiamo vedere molti cambiamenti, specialmente nel campo della tecnica. Oggi vengono curati dei pazienti che erano stati ritenuti inadatti solo pochi anni fa. Melanie Klein ci ha ricordato che cose come l'analisi dei bambini e l'interpretazione di transfert una volta erano guardati con sospetto. Non possiamo sapere che cosa diventerà la psicoanalisi nel futuro; possiamo solo sapere che cambierà, e che stiamo contribuendo al suo futuro, e che i cambiamenti di oggi sembreranno diversi a coloro che verranno dopo di noi.

Il 'controtransfert', nei vari significati della parola, è un fenomeno familiare. In un primo tempo, come il transfert, fu considerato qualcosa di pericoloso e di indesiderabile, ma nondimeno di inevitabile. Oggi è diventato persino rispettabile!

Ma io penso che dovrebbe essere molto di più. Non sappiamo abbastanza delle nostre risposte ai pazienti e siamo stati (in linea di massima saggiamente) cauti nell'usarle. Ma una grande quantità di energia psichica confluisce in esse, che lo desideriamo o no, e se dobbiamo trarre un pieno beneficio da questa energia, sia per i pazienti che per noi stessi, dobbiamo essere disposti a sperimentare e persino a correre qualche rischio. Sono sicura che la sperimentazione da parte di analisti formati ed esperti sia essenziale per l'ulteriore crescita e sviluppo della psicoanalisi, ma deve essere condotta sulla base della responsabilità, consapevole e assunta liberamente.

4

Il transfert delirante (psicosi di transfert)

I

Nella pratica clinica si incontrano alcuni pazienti che non sono in grado di usare le interpretazioni di transfert — la differenza tra questi e gli altri pazienti è qualitativa, non quantitativa. Non rappresentano un gruppo definito, ma comprendono persone con disturbi del carattere, perversioni sessuali, alcune malattie psicosomatiche, psicopatie, ecc., cioè persone non psicotiche ma con forti angosce sia persecutorie che depressive.

Quando viene data un'interpretazione di transfert a un paziente di questo genere, o 1) è sentita dal paziente come priva di significato, e non ne può essere fatto alcun uso, o 2) è accettata dal paziente con un'apparente comprensione, ma l'analista capisce in seguito che non ha avuto alcun effetto; non avviene nessun cambiamento e non si ottiene alcun insight.

Nell'analisi di questi pazienti si ritrovano diversi altri tratti caratteristici.

a) La comune analisi dei loro sogni non è efficace. Essi riferiscono sogni di due tipi. Nel primo tipo, il contenuto manifesto porta a innumerevoli associazioni, ma non si può scoprire nessun contenuto latente significativo. Nel sogno non esiste nulla se non i meccanismi difensivi. Nell'altro tipo di sogno il contenuto manifesto e quello latente sono la stessa cosa, e il contenuto manifesto è il pensiero del sogno.

b) Ci sono difetti del pensiero. La capacità di simbolizzare è carente, c'è un'equazione simbolica ('simbolizzazione del processo primario') e un pensiero concreto, mentre la capacità di trarre deduzioni o inferenze esatte è grandemente deficitaria.

c) L'acting out è violento, oppure la violenza appare negativamente come passività. Questi pazienti richiamano su se stessi una grande attenzione, coinvolgono le altre persone nei loro affari, e interferiscono negli affari degli altri.

d) Tendono a essere molto dipendenti e a trovare qualcun altro che