

Prefazione

All'autore di un libro di psicoterapia bastano di solito poche righe per dire il tipo di formazione ricevuta, la società cui è affiliato e l'istituzione in cui lavora. La presentazione è più laboriosa se ha avuto una formazione eclettica, non è membro di alcuna associazione e lavora solo come libero professionista, perché in questo caso dovrà fare i conti con il sospetto più inquietante per uno psicoterapeuta: di essere un "selvaggio".

Poiché mi trovo nella condizione di non poter sottrarmi a quel sospetto, né d'altra parte vorrei farlo, dirò prima perché non posso e poi perché non voglio.

I miei primi maestri sono stati gli analisti e terapeuti di varie scuole che curavano l'addestramento alla psicoterapia degli specializzandi in psichiatria all'Università di Milano, all'inizio degli anni settanta. Seguendo la prassi consueta avevo cominciato una terapia personale, junghiana, cui ne seguì una seconda, freudiana, entrambe con analisti didatti delle rispettive associazioni. La prima restò incompiuta e la seconda fu portata a termine, ma in nessuno dei due casi chiesi di ricevere quell'addestramento formale che mi avrebbe permesso di entrare a far parte dell'uno o dell'altro gruppo.

Ho continuato a cercare esperienze formative per oltre dieci anni, con un percorso che ha toccato diverse scuole e ha avuto un carattere prevalentemente pratico ed esperienziale. In tutto questo periodo mi sono lasciato guidare dalle esigenze di approfondimento che di volta in volta sentivo, senza mai rivolgermi ai corsi di formazione regolare offerti da molti istituti.

Poiché non ho mai scelto di appartenere a una scuola determinata né di completare la mia preparazione secondo una metodologia definita, il mio posto dovrebbe essere, secondo pareri autorevoli (Turillazzi Manfredi, 1979), nella schiera dei terapeuti selvaggi.

Potrei ricordare, a mia difesa, che l'aggettivo è usato da altri con diversi significati. Ad esempio per Laplanche e Pontalis (1967)

“è presuntuoso considerare l’analisi selvaggia come il fatto di psicoterapeuti non qualificati... Sarebbe un modo comodo di ritenersi esenti da tale pericolo. Ciò che Freud denuncia infatti nell’analisi selvaggia non è tanto l’ignoranza quanto un certo atteggiamento dell’analista che veda nella sua ‘scienza’ la giustificazione del suo potere”.

In questo senso sarebbe forse più facile trovare dei selvaggi all’interno che all’esterno degli istituti più prestigiosi. Se mi riferisco all’uso corrente del termine, invece, debbo ammettere che non posso considerarmi esente dal sospetto in questione.

Questa ammissione non mi costa troppo perché ritengo, e cercherò di mostrare, che la condizione di “terapeuta selvaggio” debba essere valutata diversamente e possa anche essere *voluta*, se è intesa come decisione di uscire dagli schemi percettivi e operativi prescritti da qualsiasi codice o norma, per sintonizzarsi con ciò che la situazione richiede ma la formazione ricevuta e le abitudini consolidate non prevedono.

Per sostenere la mia tesi comincio col citare un dato di fatto: gli psicoterapeuti che si definiscono “eclettici” sono in aumento. Negli Stati Uniti sono da un terzo alla metà del totale, e sono la maggioranza tra gli psichiatri e tra i terapeuti più esperti (Norcross et al., 1988, Beitman et al., 1989). Secondo questi ultimi autori “i terapeuti più inesperti sono inclini ad adottare degli orientamenti teorici esclusivi”, mentre “la diversità e la flessibilità vengono con l’esperienza”. In generale si può affermare che quanto più un terapeuta si sente sicuro del proprio ruolo (è il caso degli psichiatri) e della propria esperienza, tanto più è portato a uscire dai binari dell’ortodossia dottrinale e ad assumere un atteggiamento empirico e pragmatico. All’inverso, l’assunzione di un orientamento esclusivo è significativamente correlata con l’insicurezza e l’inesperienza.

Il senso di questa correlazione può essere colto nel rapporto di terapia, che è la fonte di una grande quantità di informazioni indispensabili per la conduzione della cura. Per orientarsi nella massa sterminata di questi dati bisogna disporre di strumenti con i quali selezionare e ordinare il materiale. Questi strumenti sono le teorie, che sono armi a doppio taglio: necessarie per non smarrirsi nell’insignificanza caotica, pericolose perché possono essere usate impropriamente, in modo dogmatico anziché euristico. Ad esempio questo è l’uso che per lo più si fa, secondo Peterfreund (1983), delle teorie psicoanalitiche, veri letti di Procuste su cui il paziente sarà costretto ad ammettere di non avere risolto il suo complesso di Edipo, se il suo analista è ortodosso, di avere sofferto per i fallimenti empatici dei suoi genitori, se è kohutiano, e così via.

Il terapeuta esperto e non timoroso di perdere la propria identità o di avere problemi nella società cui è affiliato riconoscerà invece che in una prospettiva euristica, cioè in un processo in cui si è impegnati assieme al paziente a scoprire nuovi dati e ipotesi che portino al cambiamento, a volte le teorie di Freud si riveleranno utili, mentre altre volte saranno di maggior aiuto le idee di Kohut, o di Jung, o di Watson. In altre parole, l'eclettismo è un passaggio inevitabile nel cammino di emancipazione dai dogmatismi di scuola. Ma può essere anche un punto d'arrivo?

Evidentemente no: gli inconvenienti dell'eclettismo sono così ovvi che da molti questa parola è impiegata come sinonimo di superficialità e confusione. Dire di un terapeuta che è eclettico, di solito, equivale a dire che è un selvaggio. Io credo che la scelta di essere selvaggi, o eclettici, sia obbligata per chi non voglia restare intrappolato nell'uso procustiano delle teorie, ma non mi nascondo il rischio che è implicito nell'adozione empirica di diversi punti di vista apparentemente incompatibili. Si può prendere un po' di questo e un po' di quello, in modo disinvolto e senza rigore. Si possono risolvere diversi problemi, come anche crearne di nuovi; il paziente può giovare del trattamento, e tuttavia uscirne più confuso di come vi era entrato.

Esistono due strade per uscire dall'impasse dell'eclettismo puro. La prima è regressiva, e consiste semplicemente nel ritornare alla sicurezza degli orti chiusi. La seconda è progressiva, nel senso che non si limita ad applicare teorie e tecniche differenti, ma cerca anche di integrarle in una visione complessiva che includa le prospettive particolari. Si può percorrere l'una o l'altra, ma non si deve credere che in tal modo sia possibile liberarsi completamente e definitivamente dell'eclettismo. Infatti, anche i più rigidi sostenitori della purezza del metodo di quando in quando sono obbligati a far uso di interventi non previsti dalla loro teoria, perché se restassero nei limiti di quella perderebbero il paziente o non farebbero più un passo avanti. Anche se lo fanno contro voglia, e cercano di elaborare e correggere la deviazione per rientrare quanto prima nell'ortodossia, in nessun modo possono evitare di contaminarsi con pratiche estranee al loro credo ma imposte dalla realtà della relazione.

Sull'altro versante, chi immaginasse di avere raggiunto una visione generale che superi e includa tutti i punti di vista particolari, non farebbe che avanzare l'ennesima pretesa egemonica sul campo, cosa che fanno già quasi tutte le scuole esistenti. In realtà è possibile, e credo sia anche necessario, muoversi in una prospettiva di integrazione senza cadere nella tentazione di costruire un sistema totalizzante che raccolga e risolva ogni problema.

Come in ogni processo evolutivo si alternano costantemente momenti di differenziazione e di sintesi, così in psicoterapia eclettismo e integrazione debbono essere considerati due fasi di un unico processo. Il primo, se non tende alla seconda, decade nell'empirismo e nella frammentazione; la seconda, se si illude di sbarazzarsi del primo, costruisce sistemi totalizzanti e scivola fatalmente verso la produzione di nuovi metodi "originali", cosa di cui oggi non si sente veramente più il bisogno.

Un'obiezione viene rivolta spesso ai terapeuti eclettici: la decisione di allargare l'orizzonte teorico e tecnico può andar bene, ma perché non cominciare col delimitarne uno? Non sarebbe preferibile completare una formazione regolare in una scuola qualsiasi, e poi a partire da questa procedere per successive integrazioni?

L'obiezione deriva dal pregiudizio che il terapeuta debba avere un'impostazione unitaria e coerente sin dall'inizio. Ma tra un terapeuta che cresce imparando a tollerare le contraddizioni tra punti di vista molteplici e un altro che viene abituato a sopprimerle per amor di coerenza concettuale, quale sia preferibile a me sembra chiaro. Un insegnamento sin dal principio eclettico, com'era quello impartito nella scuola di specializzazione che ho frequentato per diventare psichiatra, mi sembra sicuramente più adatto alla formazione di uno psicoterapeuta. Io ho semplicemente preso sul serio quel modello di formazione, l'ho fatto mio e approfondito, invece di considerarlo, com'era consuetudine, alla stregua di una forma inferiore o tutt'al più preliminare al training psicoanalitico.

A tale sottovalutazione contribuivano almeno due pregiudizi: quello classico di Freud, che paragonava la psicoanalisi all'oro e la psicoterapia al metallo vile, e il mito dell'analisi didattica, come salvaguardia di serietà e sanità personale del terapeuta. Il tempo ha fatto giustizia di entrambi. La pretesa superiorità della "psicoanalisi" sulla "psicoterapia" è sempre stata un articolo di fede non sorretto da prove empiriche. La più seria e imponente ricerca mai effettuata da psicoanalisti per verificare la validità di quell'assunto ha se mai dimostrato il contrario (v. Cap. III, n. 8). Più in generale, la possibilità stessa del confronto è caduta col venir meno del termine principale. Per sostenere la superiorità di una cosa su qualsiasi altra bisognerebbe quanto meno che quella cosa *esista*, e questo per la psicoanalisi non si può più dire. Nonostante gli sforzi degli psicoanalisti per trovare un terreno comune tra le *molte* psicoanalisi che sono via via proliferate, questo terreno non si trova, o per lo meno la sua esistenza non è evidente ai diretti interessati (v. Cap. XX, par. 3 e 4). Se nessuno è più in grado di dire che cosa sia la psicoanalisi, la questione di una sua eventuale differenza dalla psicoterapia ha perduto ogni senso.

Quanto alla psicoanalisi didattica, tra gli addetti ai lavori si sa bene che essa dà risultati “molto modesti” o “molto cattivi” (Cremerius, 1986, 1989). Secondo questo Autore, che riporta una vasta rassegna di giudizi di psicoanalisti sull’argomento, il fallimento è dovuto al fatto che l’analisi didattica è stata trasformata in “strumento di potere della psicoanalisi istituzionalizzata”. V. Cap. XVII, n. 1). Non è in discussione l’utilità della *terapia personale* per il terapeuta, ma solo la pretesa da parte degli istituti di formazione di averne il controllo, pretesa i cui risultati sono sotto gli occhi di chiunque abbia interesse a esaminarli.

Infine, con la mia scelta credo di essermi posto in una linea di tendenza che nel tempo ha finito per affermarsi, al punto da ispirare la legge con cui il parlamento italiano ha regolato l’esercizio dell’attività psicoterapeutica e la formazione degli operatori.

Come osserva Lombardo (1990), quella legge ha messo in discussione “una concezione dell’identità professionale basata sulla scuola psicoterapeutica”, e ha tenuto conto “dell’esigenza di uscire dalla logica autofondante dell’appartenenza a una scuola, per porre la questione in termini aconfessionali di fondazione scientifica della professionalità psicologico-clinica. La nuova dimensione conoscitiva e operativa è infatti quella dello psicologo clinico, con differenti tecniche di intervento erogabili sulla base della domanda di consulenza psicologica... La determinazione della domanda in funzione delle competenze acquisite genera invece l’offerta aprioristica di tecniche terapeutiche che, nella loro erogabilità incondizionata, hanno come unico scopo quello di giustificare istituzionalmente l’identità professionale dell’operatore”.

Nonostante la forte opposizione dei gruppi che hanno visto minacciata la propria egemonia culturale, l’orientamento eclettico ha finito dunque per imporsi. Del resto non poteva essere altrimenti, perché era impensabile che lo stato rimanesse indefinitivamente estraneo al processo di formazione degli psicoterapeuti, delegandolo interamente alle scuole private; così come è ovvio che, una volta istituiti i corsi universitari di specializzazione in psicoterapia, il loro orientamento non potesse essere che eclettico e integrativo, conformemente al carattere aconfessionale della scuola pubblica, in ogni suo ordine e grado.

L’alternativa mi sembra piuttosto netta: da un lato una scelta confessionale, che rischia di farsi, e spesso si fa, parrocchiale; dall’altro una scelta laica, necessariamente eclettica e integrativa.

La relativizzazione di ogni presupposto teorico facilita un ascolto autentico, ma naturalmente questo ha un prezzo. Se si esce dal campo in cui si è addestrati e competenti la possibilità di sbagliare aumenta. Questo rischio, connesso all’azione innovativa e creativa di qualsiasi genere, è ineliminabile

dalla psicoterapia, ma può e deve essere ridotto al minimo. Ci si può avventurare nell'imprevedibile, senza per questo essere degli avventurieri, solo quando è stato previsto tutto ciò che poteva ragionevolmente esserlo. Questo significa che un buon terapeuta deve disporre di una buona e solida teoria. Per andare oltre, per trascendere la teoria, in primo luogo bisogna averne una: altrimenti non c'è alcun superamento, ma solo improvvisazione.

Improvvisare è utile e anzi necessario; ma farlo senza disporre di un sistema di coordinate che consenta di orientarsi è pericoloso. Il motivo per cui in psicoterapia è difficile essere dei "buoni selvaggi" è che *una buona teoria generale della relazione psicoterapeutica non esiste ancora*. Di conseguenza, per essere coerente con la mia tesi che lo psicoterapeuta deve sapersi muovere al di fuori di ogni schema, debbo contribuire a costruire il sistema di coordinate che gli permetta di farlo senza smarrirsi. E' ciò che cerco di fare con questo lavoro.

I

Introduzione

Questo lavoro prende le mosse da due ipotesi. La prima è che sia possibile descrivere una struttura fondamentale della relazione psicoterapeutica, cioè un insieme di caratteri presenti in modo più o meno esplicito nella pratica di tutte le scuole. La seconda è che questa struttura si renda visibile da un punto di osservazione privilegiato.

La prima ipotesi si basa su un dato di fatto, spesso segnalato: le differenze tra terapeuti di scuole diverse sono molto più accentuate nella teoria che nella pratica. L'analista non può fare a meno di agire e il comportamentista non può evitare di fare i conti con il transfert¹: ma per l'uno e per l'altro queste operazioni restano nell'ombra, come cose che si fanno quando non se ne può fare a meno e che debbono essere tralasciate appena possibile per dedicarsi a ciò che veramente conta: interpretare per l'uno, applicare tecniche attive per l'altro.

Si potrebbe descrivere il campo psicoterapeutico come un vasto territorio di cui ogni scuola illumina ed esplora un settore lasciando in ombra gli altri, illuminati dalle scuole concorrenti. Disponiamo di una molteplicità di quadri di riferimento e punti di vista, ma bisognerebbe sapere

¹*Note*

? Che l'analista non sia mai un puro specchio e la relazione analitica sia di fatto un'interazione, che anche il silenzio sia un comportamento che produce degli effetti sulla relazione al pari di ogni altro, sono dati che sembrano ormai acquisiti da tutti. Inversamente, “nonostante i dinieghi dei primi comportamentisti, i fenomeni di transfert e resistenza accadono nel corso delle terapie del comportamento e dovrebbero, e anzi in alcuni casi debbono essere interpretati se si vuole che la terapia del comportamento abbia successo” (Rhoads, 1984).

“quale usare in quale momento, e questa è una scienza che non esiste ancora. Sfortunatamente, in pratica, la scelta della teoria dipende più dalla scuola del terapeuta che dal problema clinico che deve essere affrontato nel trattamento” (Michels, 1985).

Questo giudizio si riferisce alla situazione rilevabile nel solo settore psicoanalitico, a sua volta diviso in numerosi sottosectori. Nell'intero territorio psicoterapeutico i problemi sono gli stessi, ma comprensibilmente amplificati: se gli psicoanalisti non sono capaci di venire a capo delle loro differenze interne, si può immaginare l'ampiezza del fossato che li divide dalle scuole non analitiche.

Ci chiediamo se sia possibile, e con quale metodo e quali strumenti, una ricognizione generale di questo territorio, ammesso che innanzitutto esista: si potrebbe supporre, infatti, che ogni scuola generi il proprio campo d'azione. Avremmo così una molteplicità di campi che sarebbe inutile cercare di unificare, in quanto prodotti da ipotesi reciprocamente incompatibili. Certamente è possibile osservare le cose da un angolo visuale che ci lascia vedere solo frammenti inintegrabili: ma non è l'unica scelta a nostra disposizione. La domanda può allora essere riformulata così: esiste una prospettiva che ci consenta di cogliere una struttura fondamentale nella molteplicità delle scuole, degli stili e delle pratiche psicoterapeutiche?

La seconda ipotesi da cui parto è che una tale prospettiva esista. Si tratta di collocarsi nel punto da cui la relazione psicoterapeutica appare come *un evento o un processo che in prima istanza è generato dalla domanda del paziente, e non dall'applicazione di un metodo scelto arbitrariamente.*

Ogni psicoterapia nasce dall'incontro tra le domande di aiuto dirette o camuffate, coscienti o inconsce, espresse dal paziente, e i tentativi di ascolto e di risposta messi in atto dal terapeuta. Le diverse metodiche psicoterapeutiche possono essere considerate come modi differenti di dare ascolto e risposta alle domande del paziente. La difficoltà, da cui poi deriva la proliferazione apparentemente illimitata dei metodi, sta nel fatto che il terapeuta per lo più decide in partenza - consapevolmente o meno - che cosa ascoltare e come rispondere. Ad esempio il terapeuta può scegliere a priori di dare un'attenzione privilegiata ai conflitti infantili e alla loro riedizione nel rapporto di terapia e di trascurare o ignorare del tutto le problematiche attuali del paziente, così come può decidere esattamente il contrario. Oppure può essere convinto che il paziente abbia bisogno di buone interpretazioni più che di ogni altra cosa, come può affermare con altrettanta decisione che qualsiasi interpretazione è tendenziosa e quindi

deve essere evitata. In psicoterapia si sostiene tutto e il contrario di tutto con una ricchezza di garanzie scientifiche e una esibizione di successi clinici in cui nessuna scuola è inferiore a un'altra.

Questo stato di cose è correlabile al fatto che in generale si pone un'attenzione di gran lunga maggiore alla costruzione e all'apprendimento di un metodo operativo che allo sviluppo della capacità di ascoltare ciò che il paziente effettivamente chiede. A sua volta questa inclinazione è riconducibile all'atteggiamento che è proprio del logos dell'occidente, molto più portato a dire che ad ascoltare². Ma perché è così difficile ascoltare?

Una risposta a questa domanda può essere cercata nell'opera di Bion, che ha proposto una modalità di ascolto radicale, depurata da ogni preconcuzione, ricordo e desiderio. La soppressione, anche se temporanea, di ogni abitudine mentale e di ogni aspettativa sconvolge l'esperienza ordinaria ed è sentita come estremamente minacciosa per la "realtà", come è comunemente intesa. Nella breccia aperta da questo sconvolgimento si insinuano esperienze che possono essere dolorose e difficili da tollerare. Ma, soprattutto, è impossibile prendere le distanze da tutto ciò che è noto senza un atto di affidamento all'ignoto, dunque un atto di fede, cui Bion si è riferito con l'espressione "F in O", che significa fede nella verità, nella cosa in sé, o nella realtà ultima e inconoscibile. La presa di distanza dall'esperienza abituale è avvertita,

“fintanto che F non sia stato istituito, come un attacco estremamente grave all'Io”³.

Nello stesso campo kleiniano, cui Bion apparteneva, queste affermazioni hanno ricevuto un'accoglienza controversa. Secondo Meltzer, ad esempio, con esse

“si chiede di gettare via il lavoro di due secoli, no, di cinque secoli, per liberare la mente umana dalla schiavitù della religione e del misticismo”⁴.

I timori di Meltzer sembrano giustificati solo per metà. Per un verso, infatti, è vero che Bion usa il simbolo O per indicare quella dimensione dell'esperienza che tradizionalmente è detta del "sacro". L'importanza dell'ultimo sviluppo bioniano sta precisamente nell'aver mostrato che non è possibile adottare un atteggiamento di ascolto radicale senza trovarsi di fronte a un'esperienza catastrofica che può essere attraversata solo mediante un atto di affidamento all'ignoto: di qui la necessità per lo psicoterapeuta che voglia spingersi fino a questo limite di ricollegarsi alle proprie origini sciamaniche, di farsi cioè "tecnico del sacro".

Il ritrovamento del sacro, tuttavia, non coincide con il recupero della religione. Su questo punto Bion è stato esplicito:

“Una fonte di distorsione è costituita dalla tendenza a connettere F con il soprannaturale, tendenza dovuta alla scarsa esperienza del ‘naturale’ cui F si riferisce. La tendenza è quella di introdurre un Dio o un diavolo che F dovrebbe rivelare... L’elemento F, che dovrebbe restare insaturato, diventa saturato e non è più adatto a svolgere il proprio scopo”⁵.

Ciò che è essenziale, per lo psicoterapeuta, è il raggiungimento di una condizione di “non sapere” che resti tale e gli consenta di udire l’inaudito senza bisogno di ridurlo al già noto. Se questo spazio di ascolto viene riempito da un credo, scientifico o religioso che sia, la sua funzione è perduta.

Si può chiarire ulteriormente questo punto con un riferimento a Jung, cui bisogna riconoscere il merito di aver visto per primo i limiti dello scienziismo freudiano. Se di Freud si può dire che probabilmente si è spinto troppo avanti nella fedeltà alla propria missione dissacratrice, al punto di gettare via anche il bambino dell’umanesimo tradizionale con l’acqua del bagno analitico, di Jung si dovrà dire che per salvare quel bambino ha recuperato anche molte delle incrostazioni da cui Freud aveva inteso liberarlo⁶. La diffidenza di Meltzer è comprensibile se riferita a questo tipo di operazione, che recupera un sacro “positivo” destinato a saturare la funzione dell’ascolto invece che a liberarla.

Si è dunque ipotizzato che una struttura essenziale della relazione psicoterapeutica esista, e che sia possibile illuminarla se ci si colloca in una posizione di ascolto radicale. Un primo argomento a favore di queste ipotesi si ricava dall’osservazione di ciò che accade se tale collocazione manca. Il settarismo delle scuole, infatti, origina precisamente dal fatto che lo spazio di ascolto non rimane insaturato, ma è riempito da ideologie, teorie e principi cui deve più o meno obbligatoriamente aderire chi vuole appartenere a una scuola determinata. Se la teoria cessa di essere un semplice strumento di lavoro per diventare un segno di identificazione, la sua funzione si perverte: da organizzatore parziale e sempre provvisorio dell’esperienza si tramuta in strumento di dominio e di esclusione.

Il valore di un’ipotesi, in ogni modo, si giudica in base a ciò che a partire da essa si riesce a costruire. Nei capitoli che seguono è presentata una teoria generale della relazione psicoterapeutica, con la quale penso di unirmi a coloro che sono impegnati nella ricerca di un fondamento rigoroso per una disciplina il cui campo è tuttora segmentato da una miriade di recinti tra i quali la comunicazione è scarsa o assente. Il paradosso apparente è che si vada a cercare questo fondamento dove meno

sembrerebbe di poterlo trovare, presso i nostri antenati, quei tecnici del sacro le cui pratiche sono quanto di più lontano si possa immaginare dall'odierna mentalità scientifica. Questa fondazione deriva direttamente dalla tesi che la psicoterapia può costituirsi come disciplina rigorosa solo se chi la pratica impara ad ascoltare realmente il paziente. Ma un ascolto autentico richiede il sacrificio della descrizione abituale della realtà, e il sacrificio è, letteralmente, l'atto mediante il quale si accede all'esperienza del sacro, la cui centralità per la psicoterapia deve essere chiarita. Se l'ascolto è o dovrebbe essere il punto di partenza di ogni psicoterapia, il punto d'arrivo, se non ci si arresta prima, è anch'esso obbligato: si giunge a una roccia basilare, alla ribellione ostinata per ciò che si presenta come perdita irreparabile, mancanza incolmabile o limite ultimo e invalicabile. In altri termini, posto che si sia lottato fino in fondo per ottenere il possibile, alla fine bisognerà pure arrendersi all'ineluttabile. Ma è possibile che un soggetto rinunci alla pretesa che le sue perdite siano risarcite, le sue rivendicazioni accolte e il vuoto d'amore riempito, senza un atto di affidamento a questo vuoto, un'inversione di rotta dell'intenzionalità cosciente che veda nell'esperienza catastrofica della perdita di sé un passaggio obbligato per la conquista di sé? Con le parole di Zarathustra:

“Tu devi voler bruciare te stesso nella tua stessa fiamma: come potresti volere rinnovarti, senza prima essere diventato cenere!”⁷

Nietzsche ha recuperato e rivalutato la nozione di sacrificio, che nella cultura occidentale è stata troppo spesso corrotta e utilizzata come copertura per un impulso di negazione della vita generato e alimentato da paura e debolezza. Il sacrificio torna ad essere ciò che era in origine⁸, l'atto dell'uomo che vuole tramontare per compiersi - perché l'uomo è un animale incompiuto, una corda tesa sull'abisso. Con Nietzsche possiamo intendere il sacro - di cui non si può parlare se non in negativo o per metafora - attraverso il mito dell'eterno ritorno dell'uguale.

“Molte cose pesanti vi sono per lo spirito, lo spirito forte e paziente in cui abita la venerazione: la sua forza anela verso le cose pesanti, le più difficili a portare”. In una prima metamorfosi lo spirito vuole essere forte e paziente come un cammello che corre nel deserto sotto i carichi più gravosi: in questa fase il dovere è la cosa più sacra. “Ma là dove il deserto è più solitario avviene la seconda metamorfosi: qui lo spirito diventa leone, egli vuol come preda la sua libertà ed essere signore nel proprio deserto”. Un sacro no a tutti i doveri e tutti i valori è il passaggio necessario per creare lo spazio vuoto in cui potranno essere creati valori nuovi: “perché il leone rapace deve anche diventare un fanciullo? - Innocenza è il fanciullo e oblio, un nuovo inizio, un giuoco, una ruota ruotante da sola, un primo moto, un sacro dire di sì”⁹.

Oltre che del bambino perverso polimorfo la psicoterapia ha bisogno anche di questo fanciullo che eternamente ritorna: dell'uno per capire la malattia, dell'altro per attivare la guarigione. Dei due uomini che hanno illuminato ciascuno un lato dell'impresa si direbbe che il primo si sia tenuto troppo prudentemente lontano dal limite dell'umano, mentre il secondo abbia voluto troppo temerariamente superarlo. Ai terapeuti contemporanei rimane il compito di trovare il punto di equilibrio tra le due esigenze di cui Freud e Nietzsche si sono resi interpreti: ridurre le pretese della potenza fallica¹⁰, riscoprire la sorgente della potenza generativa.

Da questi primi cenni si potrebbe ricavare l'impressione che la psicoterapia sia una faccenda terribilmente seria, e in effetti lo è abbastanza spesso, ma non sempre e non necessariamente. A volte la relazione terapeutica assomiglia a un gioco più che a un lavoro, a una "conversazione felice" piuttosto che a una tragedia. Credo che una buona teoria dovrebbe servire principalmente a orientarsi nella grande varietà di forme che il rapporto tra paziente e terapeuta può assumere quando si rinunci a preordinarne il corso.

Vorrei chiarire il ruolo della teoria in un approccio che, proponendosi una modalità radicale di ascolto, deve mettere tra parentesi ogni preconcuzione, e quindi anche ogni teoria. In questo lavoro applico un metodo fenomenologico, perché la mia ipotesi è che la psicoterapia moderna sia un fenomeno culturale che nella sua struttura essenziale può essere descritto al pari dello sciamanismo tradizionale. Rispetto all'antropologo lo psicoterapeuta deve affrontare la difficoltà supplementare di descrivere un fenomeno che egli stesso contribuisce a produrre, e quindi non ha il vantaggio del distacco osservativo; questo svantaggio tuttavia è bilanciato da una conoscenza del fenomeno dall'interno e di prima mano.

Se il metodo è di tipo descrittivo, sembrerebbe corretto parlare di fenomenologia, piuttosto che di teoria della relazione psicoterapeutica. Vorrei poter dire che *hypotheses non fingo*, che descrivo dei fenomeni puri, senza aggiungervi nulla di mio. Non posso farlo perché, per quanto io operi la riduzione fenomenologica, cioè ritorni continuamente alla posizione dell'ascolto radicale, i fenomeni che osservo sono pur sempre delle costruzioni che derivano dalla selezione e dalla organizzazione dei *miei* dati, operazioni influenzate da ogni sorta di fattori culturali e personali, da preferenze, fissazioni e macchie cieche. Lo stesso Husserl, del resto, era ben consapevole che la riduzione fenomenologica era un compito in ultima analisi impossibile: l'atteggiamento di ascolto incondizionato è qualcosa cui si può - e, credo, si deve - sempre tendere, senza mai illudersi di averlo raggiunto. Il termine "teoria" sembra allora più appropriato per indicare una

costruzione il cui valore deve essere verificato e falsificato attraverso il confronto continuo con nuovi dati e con altre teorie.

L'impossibilità di raggiungere una neutralità fenomenologica pura rende conto dello slittamento dal piano descrittivo al piano normativo che ne è una conseguenza inevitabile. Ogni costruzione implica delle decisioni: bisogna scegliere che cosa includere e che cosa escludere, distinguere l'essenziale dal contingente. Nel tentativo di *descrivere* la psicoterapia nei suoi tratti fondamentali si finisce necessariamente per *prescrivere* ciò che essa deve essere. In altre parole, la descrizione che si ottiene è vincolata dal vertice prescelto: *se* ci si pone in un atteggiamento di ascolto radicale, *allora* ogni assunto di base deve essere abbandonato. Così se affermo, come affermo, che la psicoterapia autentica *non deve* avere alcun principio teorico o tecnico indiscutibile, intendo dire: descrivo un fenomeno, definito "psicoterapia autentica", osservabile solo da un angolo visuale, da me prescelto, che mi obbliga a includere certe cose e a escluderne altre.

Questa decisione è presa nella convinzione che essa consenta di illuminare gli elementi nodali dell'operazione psicoterapeutica, e quindi di consentire uno studio trasversale delle diverse metodiche esistenti. La *necessità* di questa scelta deriva per me dal riconoscimento dell'inevitabile e infinita pluralità delle posizioni che segmentano il campo in cui lavoro. A meno di non volersi rassegnare alla babele di linguaggi e all'incomunicabilità che ne deriva, occorrerà chiedersi se *sia mai possibile stabilire un dialogo tra persone che hanno diversi assunti di base, senza che tali assunti siano posti in questione, in sospensione o tra parentesi*. Solo di questo si tratta: indicare la possibilità di un approccio che permetterebbe di superare la logica di contrapposizione tra le scuole e per lo meno avviare quel confronto che non è ancora realmente iniziato.

Infine il mio rapporto con la teoria è, spero, quello che ogni ricercatore dovrebbe avere con i propri strumenti di ricerca, che sono oggetti da utilizzare finché servono e da accantonare quando sono superati. Non sarebbe necessario sottolineare una cosa che va da sé, se non fosse perché nelle scuole psicoterapeutiche le teorie sono trattate abbastanza spesso come oggetti di culto piuttosto che come oggetti d'uso.

Una buona teoria è di grande aiuto per il terapeuta nel suo lavoro, ma può essere anche di ostacolo se non viene sufficientemente "dimenticata". Un fenomeno vivente è sempre nuovo e in movimento. L'inquadramento che la teoria consente è utile per non trovarsi ogni volta di fronte a qualcosa di totalmente nuovo e incomprensibile, a patto che non occluda l'esperienza dell'imprevisto e dell'ignoto.

II

Il negoziato

1. Due persone si incontrano in una stanza

Due persone si incontrano in una stanza. La prima cerca aiuto per liberarsi di una sofferenza o risolvere un problema, la seconda risponde alla richiesta con i soli mezzi della relazione.

Da una parte si chiede, ma non è detto che si sappia ciò che si vuole; dall'altra si offrono risposte, tecniche di indagine o pratiche di trasformazione, ma non è certo che l'offerta corrisponda al bisogno effettivo. Si può instaurare una comunicazione autentica e produttiva, come anche un dialogo tra sordi e un tentativo di manipolazione reciproca. Da che cosa dipende che si imbocchi una strada o l'altra?

Ma prima ancora: con quali criteri è possibile stabilire se una relazione è corretta o meno? Alcuni psicoanalisti affermano che la psicoanalisi si distingue dalla psicoterapia (cioè da tutte le altre psicoterapie messe assieme) in quanto la prima analizza il transfert, mentre la seconda lo manipola. Inversamente, alcuni autori di scuole non analitiche sostengono che tutte le tecniche interpretative sono manipolative, perché impongono ai pazienti i presupposti arbitrari in base ai quali le interpretazioni sono costruite. Così l'analisi è vista dagli uni come la via per porsi al di sopra di ogni manipolazione, dagli altri come un procedimento che ad essa inevitabilmente conduce¹¹.

Esiste un modo per sottrarsi alla trappola ideologica che ci porta a considerare giuste le cose in cui crediamo e sbagliate quelle in cui credono gli altri? Se esiste, è la consapevolezza della trappola, il riconoscimento del potenziale manipolativo implicito nel fatto stesso di porre alcunché come vero o indiscutibile. Il fatto che alcuni principi teorici o tecnici siano affer-

¹¹*Note*

mati come basilari e intoccabili può essere visto come una garanzia contro l'ecllettismo e l'improvvisazione; tuttavia, se le regole del gioco non sono sin dall'inizio negoziate tra coloro che vi partecipano, si avrà una situazione in cui il più debole può ricevere aiuto solo al prezzo di una sottomissione intellettuale e affettiva al più forte: una condizione che certo non favorisce la nascita e lo sviluppo di un dialogo autentico.

Ma, si obietta, le regole debbono essere stabilite dagli esperti, che cosa ne può sapere il paziente? Il mito che fa del terapeuta il depositario della conoscenza e del paziente colui che ne è sprovvisto è alimentato concordemente da entrambi, perché ciascuno ne ricava il suo guadagno: un aumento di potere per l'uno, un calo di responsabilità per l'altro.

In realtà per negoziare un rapporto non c'è bisogno di esperti. Ad esempio il bambino piccolo e la madre sono legati da un'interdipendenza in cui ciascuno dei due ha un potere enorme sull'altro: il bambino può fare della madre la sua schiava, la madre può gettare lui nella disperazione. Ognuno ha le proprie fantasie da far valere e i mezzi per farlo. Ne può derivare una relazione feroce e immaginaria, basata sulla tirannide reciproca e sulla collusione nel difendere e alimentare a oltranza le aree in cui si coltivano le fantasie di onnipotenza. Se tuttavia la madre è attenta ai bisogni del bambino e assieme ai propri, può dare sin dall'inizio un'impronta negoziale al rapporto. Certamente in principio spetta a lei di riconoscere i rispettivi bisogni e di operare le necessarie mediazioni, ma se nel far questo si basa sui segnali che il bambino le invia si può sviluppare una relazione che entrambi contribuiscono a regolare. Il bambino che è immerso in una simile atmosfera relazionale impara a sua volta gradualmente a riconoscere i bisogni propri e quelli della madre, di modo che la sua partecipazione al negoziato quotidiano diventa sempre più diretta e consapevole. Se vediamo un bambino giustamente assertivo e insieme attento agli altri pensiamo che molto probabilmente è uscito da una scuola come questa, mentre se è capriccioso e prepotente, o viceversa sottomesso e intimidito, siamo orientati a pensare che qualcosa non ha funzionato nel rapporto con i genitori.

Al terapeuta, come alla madre, si deve certo attribuire la responsabilità maggiore che deriva dall'esperienza, ma si tratta di vedere se esiste la disponibilità a riconoscere la corresponsabilità dell'altro, bambino o paziente, nel determinare sin dall'inizio il contenuto e la forma della relazione, anche se lui stesso non la riconosce o prima ancora che giunga a riconoscerla.

? Un esempio per parte: Gill, 1984; Rogers e Kinget, 1965.

2. *Setting sicuro o negoziabile*

Perché la terapia possa aver luogo è necessario accordarsi su alcune condizioni generali, come la frequenza e l'orario delle sedute, le modalità di lavoro e il pagamento. Sembrerebbe ovvio che un atteggiamento flessibile e capace di adattarsi ai bisogni del paziente sia il più indicato, ma non tutti la pensano così. Ad esempio Langs, che applica delle regole molto rigide nel suo lavoro, sostiene che

“il *setting* sicuro dà al paziente una forte sensazione di *holding* e di contenimento e favorisce un salutare funzionamento dell'Io. Esso dà al paziente l'immagine di un terapeuta sano...” (Langs, 1986)¹².

Altri terapeuti possono essere disposti a modificare la tecnica standard, ad esempio riducendo il numero delle sedute settimanali rispetto alla frequenza canonica, ma lasciano intendere che si tratta solo di un ripiego cui far ricorso quando non esistono le condizioni per un lavoro ottimale. Per costoro la cosa veramente buona non è quella che corrisponde al bisogno di cura del paziente, ma quella che si avvicina il più possibile a un modello ideale.

Molti oggi difendono il rigore del *setting*¹³ in un modo che sembra a tratti ossessivo, ed è comprensibile, “giacché, ora, è la *cornice* a determinare il quadro e non viceversa” (De Maria, 1988): non essendoci più alcun accordo sul quadro, la difesa strenua della cornice è tutto ciò che rimane per evitare la polverizzazione di un'identità. Tuttavia sembrerebbe più realistico riconoscere che quell'identità è già finita in polvere e iniziare la ricostruzione a partire dai frammenti, piuttosto che insistere nel puntellare un simulacro.

Non si tratta di lasciare spazio all'arbitrio o di mostrarsi cedevoli di fronte a richieste ritenute antiterapeutiche, ma semplicemente di non considerarsi per principio e a priori depositari della conoscenza di ciò che è o non è terapeutico, ammettendo che i tentativi del paziente di modificare le regole e i procedimenti della terapia non sono necessariamente resistenze. In tutto l'arco del trattamento, e su ogni singolo aspetto della relazione, il terapeuta può assumere un atteggiamento rigido e impositivo oppure dialogico e negoziale. Nel primo caso il terapeuta si pone come l'esperto che stabilisce modi e procedure del trattamento. Nel secondo mette a disposizione la sua esperienza che gli consente di proporre determinate tecniche o di offrire spiegazioni e interpretazioni con qualche competenza: ma in ultima analisi non sa nulla di certo e si dispone semplicemente a imparare assieme al paziente dalla relazione.

La crescita ha bisogno di protezione ma anche di rischio: il terapeuta deve offrire una cornice relazionale ragionevolmente sicura, ma deve essere anche disposto a metterla in gioco e a rinegoziare le regole quando lo sviluppo della relazione lo richieda. Questo a sua volta esige sensibilità, coraggio e indipendenza di giudizio, qualità che l'addestramento dei terapeuti dovrebbe tenere nella massima considerazione. Che ciò sia necessario sono tutti d'accordo, ma non è detto che la pratica sia in sintonia con l'affermazione di principio. Ha scritto Balint:

“Ciò che noi consciamente ci proponiamo di conseguire presso i nostri candidati è lo sviluppo di un io forte e critico. Le caratteristiche del nostro comportamento come analisti didatti, nonché il nostro sistema di training, vanno in direzione del tutto contraria a questo traguardo conscio: le cose funzionano in maniera tale da condurre sicuramente il candidato a un indebolimento di queste funzioni dell'io”¹⁴.

3. Il significato della manipolazione

La distinzione tra metodi autoritari e negoziali non può essere netta, perché anche i più rigidi sono costretti a venire a patti quando si trovano a un punto morto, mentre è difficile trovare un democratico senza qualche zona oscura di autoritarismo. Tuttavia in linea di principio la distinzione esiste ed è importante che sia chiara. Infatti, stabilito che la relazione psicoterapeutica è in effetti un'interazione, e che i terapeuti interagiscono coi loro pazienti in una gamma vastissima, virtualmente illimitata di modi, sarebbe desiderabile, particolarmente dal punto di vista dei pazienti, un criterio che permetta di stabilire quali di queste azioni sono corrette e quali no. L'assenza di un tale criterio favorisce la consumazione di ogni sorta di abusi, spesso provvisti di regolare copertura scientifica, e parallelamente la proliferazione di una selva di criteri settoriali, perché naturalmente ogni scuola fornisce il proprio.

L'atteggiamento che sta alla base di ogni manipolazione può essere visto nella *pretesa di sapere a priori di che cosa un altro ha bisogno*, si tratti del superamento del complesso di Edipo o della correzione di malapprendimenti o di qualsiasi altra cosa, senza dargli la possibilità di contribuire alla definizione e alla regolazione del rapporto con i suoi messaggi espliciti o impliciti, ma forzandolo a seguire una traccia predisposta. Ne consegue che possiamo considerare scorretta, cioè manipolativa, ogni modalità non negoziata di relazione psicoterapeutica, indipendentemente dagli effetti che produce.

Il criterio enunciato stabilisce che una relazione non negoziale non è realmente psicoterapeutica. Questo non significa, naturalmente, che una relazione non psicoterapeutica sia automaticamente manipolativa o scorretta.

Infatti un individuo o un'istituzione persuasi di avere l'investitura, il messaggio, il metodo o la formula della salvezza, o più modestamente della salute mentale, possono legittimamente proporla a chiunque voglia approfittarne. Posto che tali vie siano offerte in un regime di libera concorrenza, chi decide di sceglierne una sa in anticipo di imboccare una strada già tracciata e lo fa a proprio rischio. La differenza sostanziale tra queste proposte e la psicoterapia sta nel fatto che l'accento è sull'offerta nelle prime, sulla domanda nella seconda. Nel primo caso non si pone il problema di ascoltare realmente la domanda, perché la risposta è già data in partenza, e la domanda dovrà solo adeguarsi. Nel secondo caso non ci sono risposte prestabilite, ma solo la disponibilità ad ascoltare e ad accompagnare il richiedente in un'esplorazione che coinvolga e metta in gioco entrambi. Va detto che questa seconda opzione presuppone nel terapeuta la scelta di affidarsi a un cammino in cui le risposte saranno trovate oppure no, ma sul quale in ogni caso la ricerca, e dunque il non sapere, sono privilegiati rispetto al già noto. Anche l'atteggiamento psicoterapeutico, pertanto, implica una scelta iniziale, ed è proprio la particolarità di questa scelta a distinguerlo da altri.

Il criterio della regolazione del rapporto in base alla domanda del paziente, e la scelta che sottintende, definiscono una relazione autenticamente psicoterapeutica. Al di fuori di tale scelta abbiamo una varietà di metodiche non dialogiche che possono essere considerate proposte legittime, quando i loro presupposti e articoli di fede siano dichiarati apertamente, e pratiche manipolative, nel caso contrario.

4. Relazione autentica o stereotipata

La distinzione che è stata proposta, tra psicoterapia autentica e pratiche di trasformazione preordinate oppure manipolative, è molto vicina alla descrizione data da Peterfreund (1983) dei due tipi di processo terapeutico: *stereotipato ed euristico*.

“Lo scopo principale dell'approccio stereotipato è quello di applicare al paziente sottoposto a trattamento un complesso accettato di teorie cliniche. Generalmente si pensa che questa metodica rappresenti l'analisi freudiana 'classica'. Lo scopo fondamentale dell'approccio euristico - euristico nel senso che serve a scoprire o apprendere - è quello di avviare e favorire un processo in cui paziente e analista operano assieme per apprendere, scoprire e comprendere quanto più è possibile intorno al singolo paziente (p. 15)... Sebbene molti analisti non operino secondo metodi stereotipati, l'impressione generale che emerge dalla letteratura è che l'approccio stereotipato al processo psicoanalitico *sia* la psicoanalisi - il processo terapeutico psicoanalitico 'classico'. Le due cose, infatti, sono identificate sia da coloro che sono ben disposti verso la psicoanalisi, sia da coloro che la criticano (p. 64)”.

I due tipi di approccio sono descritti da Peterfreund con riferimento alla sola psicoanalisi, ma in effetti questa distinzione attraversa tutto il campo psicoterapeutico ed è valida per tutte le scuole. E' giusto contrapporre il modo euristico al modo stereotipato, se rispetto alle varie dimensioni della relazione psicoterapeutica viene privilegiato l'asse conoscitivo, come avviene nella psicoanalisi. In una considerazione globale del processo, tuttavia, alla stereotipia si contrappone un'apertura all'esperienza della relazione in tutti i suoi aspetti: cognitivo, affettivo, interattivo, esistenziale nel senso più ampio. In tal modo l'approccio stereotipato è messo in contrasto con una modalità autentica di rapporto che è certamente euristica, ma non solamente euristica, dal momento che l'apertura dialogica e negoziale vale per tutti i livelli dell'interazione. Questo significa, in particolare, che non è possibile separare nettamente una cornice dal processo di esplorazione e conoscenza che in essa si svolge, perché la cornice è essa stessa parte dell'interazione: infatti essa è fissa e immutabile nell'approccio stereotipato, mentre nel modo negoziale è concordata e può essere modificata nel corso del processo in funzione dello sviluppo della domanda.

Due categorie di pazienti sono ben note a ogni terapeuta. I primi si caratterizzano per la pretesa che il terapeuta soddisfi incondizionatamente i loro bisogni o desideri affettivi, mentre i secondi mostrano atteggiamenti di collaborazione asettica e compiacente, apparentemente privi di coinvolgimento personale. Esistono anche pazienti che oscillano tra un estremo e l'altro, o mescolano i due modi nelle combinazioni più diverse. L'abbandono di queste modalità inautentiche di rapporto coincide con l'uscita dalla logica del tutto-o-nulla e con l'entrata in un ambito negoziale, in cui si viene a patti con la realtà della relazione. *L'uscita dalla dimensione immaginaria, tuttavia, è impossibile se non esiste una realtà relazionale in cui entrare.* Qualsiasi posizione rigida e dogmatica del terapeuta, sia essa teorica o tecnica, definisce delle aree non negoziali, cioè modalità di relazione con cui non è possibile venire a patti e che pertanto favoriscono la permanenza nell'immaginario.

Assumere un atteggiamento negoziale significa, per il terapeuta, non dare niente per scontato, a cominciare dalle regole generali che fanno da cornice alla relazione terapeutica. Se lo spirito del terapeuta è quello di non imporre e non lasciarsi imporre niente, è evidentemente esclusa la possibilità che esistano regole intoccabili. Per esempio non è terapeutico imporre al paziente di sdraiarsi su un divano o di star seduto su una sedia, mentre lo

è proporgli una cosa o l'altra ed essere pronti a trattare. Per non cadere dal dogmatismo all'empirismo, tuttavia, oltre che di un divano e di una sedia occorrerebbe disporre anche di un criterio per decidere quando offrire l'uno e quando l'altra.

Il *setting* psicoterapeutico non è composto da regole, ma da *criteri generatori di regole*, cioè principi in base ai quali negoziare di volta in volta le regole da dare alla relazione. Di questi saranno esaminati i principali.

III

Funzioni parentali

1. I due tipi di ascolto

L'atteggiamento del terapeuta nella relazione oscilla continuamente tra due poli. Il primo è stato descritto da Freud:

“La riuscita migliore si ha nei casi in cui si procede senza intenzione alcuna, lasciandosi sorprendere ad ogni svolta, affrontando ciò che accade via via con mente sgombra e senza preconcetti” (1912b, p. 535).

Questo modo di procedere è l'unico che permetta un'esperienza relativamente libera da aspettative. Il fatto che esso sia basilare non vuol dire, tuttavia, che sia anche sufficiente. Un secondo approccio, opposto al primo, è indicato da Gadamer con queste parole:

“Non si fanno esperienze senza porre delle domande. Il pervenire a riconoscere che le cose stanno in modo diverso da come si credeva inizialmente presuppone ovviamente che si sia passati attraverso la fase della domanda, che ci si sia chiesti se le cose stiano in questo modo o quel modo. L'apertura che è implicita nell'essenza dell'esperienza è appunto, vista logicamente, questa apertura del ‘così o altrimenti’” (1965, p. 418).

La qualità dell'ascolto è *incondizionata* in un caso e *condizionata* nell'altro. Alcune scuole di psicoterapia privilegiano il primo modo e altre il secondo, ma entrambi sono necessari, perché il primo è fondativo dell'operazione psicoterapeutica e l'altro costruisce su quelle fondamenta. Il rapporto tra i due è paragonabile a quello che intercorre tra le funzioni materna e paterna: l'una deve precedere l'altra, ma entrambe sono indispensabili per la costruzione della personalità¹⁵.

¹⁵*Note*

Questi due modi di aprirsi all'esperienza - e nello stesso tempo di porsi come oggetto di esperienza per l'altro - si ritrovano nella relazione di terapia. La regola fondamentale della psicoanalisi consiste nell'invito rivolto al paziente a dire tutto ciò che gli passa per la mente senza sottoporlo a critica. Parallelamente il terapeuta, lasciando che la propria attenzione fluttui liberamente, applica anche a sé stesso la regola di accogliere qualsiasi contenuto della propria esperienza in modo non selettivo. Questi criteri, espressione diretta dell'approccio incondizionato, in una forma o nell'altra sono adottati dalla grande maggioranza degli psicoterapeuti.

La necessità di ricorrere all'altro tipo di ascolto dipende dal fatto che l'attenzione può fluttuare in modo solo relativamente libero, perché non solo il discorso dell'altro, ma il vissuto nel senso più ampio deve essere interrogato ripetutamente per poter essere compreso. Pur evitando di focalizzare troppo l'attenzione, il terapeuta si pone continuamente delle domande nel tentativo di dare significato all'esperienza che ha di sé e dell'altro nella relazione, come ad esempio: l'affetto che il paziente manifesta in questo momento è riferibile primariamente a questa o altre relazioni? E' connesso a situazioni presenti o passate? Questa difesa è

? "Incondizionato" è un termine che appartiene al registro materno come a quello del sacro. La parentela tra i due ambiti, che la coincidenza semantica suggerisce, può essere compresa come derivazione del primo dal secondo o viceversa. Dal primo punto di vista la ricerca del sacro non sarebbe che il tentativo inconsapevole di ritrovare l'antica simbiosi madre-bambino o materno-fetale. Dal punto di vista opposto la relazione primaria è sacra al pari di tutte le cose che sono vicine all'origine o mettono in contatto con l'origine. In realtà è possibile evitare di farsi catturare da posizioni ideologiche di tipo materialistico o spiritualistico osservando che la relazione madre-bambino include in modo particolare e anzi fisiologico l'esperienza fusionale, di scioglimento della propria identità individuale in un'identità più vasta, che è caratteristica di ogni esperienza del sacro, come anche di molte esperienze patologiche. Del resto può essere incondizionata anche la resa alla volontà del padre: l'abbandono a figure o simboli paterni può essere una via di accesso al sacro, come anche una modalità di regressione confusiva. La fenomenologia del sacro e quella delle relazioni di parentela si incrociano in più punti e contribuiscono entrambe a determinare la fenomenologia della relazione terapeutica, dal momento che la domanda del paziente colloca il terapeuta di volta in volta nel luogo della madre, del padre o dello sciamano.

Per quanto riguarda l'insidia ideologica, può essere opportuno un chiarimento. Si è detto che qualsiasi relazione psicoterapeutica autentica, cioè non manipolativa, presuppone una capacità di ascolto radicale o incondizionato, e che questa a sua volta esige il sacrificio di qualsiasi concezione preconstituita della realtà e l'affidamento a un vuoto di sapere. Questa decisione non ha nulla in comune con la posizione di coloro che ritengono di risolvere l'esperienza in categorie spiritualistiche, e tanto meno materialistiche: al contrario, è un antidoto contro quelle categorizzazioni e un modo di ritornare continuamente all'esperienza precategoriale. E' proprio questo "eterno ritorno" all'origine che consente di far uso di qualsiasi concetto o teoria si riveli utile senza restarvi impigliati.

legittima o patologica, deve essere sostenuta o indebolita? E' più indicato un atteggiamento di comprensione o di confronto?

Lo sviluppo della terapia è determinato *anche* dalle domande che si fanno e dalle risposte che ne seguono. Ogni terapeuta porrà interrogativi diversi a seconda dell'esperienza, degli interessi personali e della formazione ricevuta. L'impegno ad ascoltare non obbliga chi lo assume a cancellarsi come individuo con una personalità e una cultura specifiche, certamente non prive, tra l'altro, di pregiudizi e fissazioni. Al contrario, la relazione psicoterapeutica è resa possibile dalla dialettica tra le due dimensioni dell'ascolto. La prima apre lo spazio che consente all'altro di esprimersi, la seconda crea le premesse per un confronto.

2. La responsabilità nella psicoanalisi

Il terapeuta non si limita a porre alternative a sé stesso: le pone anche al paziente. In altri termini, invita a compiere delle scelte, sollecita l'esercizio e lo sviluppo della capacità di scegliere. L'analogia con i ruoli parentali è ancora più esplicita. Nell'essere *accogliente e responsabilizzante*, il terapeuta svolge una funzione rispettivamente materna e paterna nei confronti del paziente. Nell'esame di queste due modalità si può iniziare dalla seconda, la più problematica.

“E' ovvio che bisogna considerarsi responsabili per i cattivi impulsi che si manifestano nei nostri sogni: che altro atteggiamento dovremmo mai assumere di fronte ad essi?”.

Con questa affermazione Freud (1925, p. 159) intende dire che è inutile cercare di sottrarsi alla responsabilità per le proprie tendenze inconse, perché in ogni caso siamo costretti a rispondere di ciò che siamo: se pretendiamo di non farlo, dovremo sopportare le conseguenze di ciò che abbiamo cercato di evitare, sotto forma di disturbi del comportamento e confusione dei sentimenti. Questa osservazione è stata sviluppata da Shafer (1973), che adottando un *linguaggio dell'azione* riferisce al soggetto in quanto agente responsabile ogni esperienza che questi attribuisce ad agenti esterni o istanze interne oggettivate. Ad esempio al paziente che si sente vittima delle circostanze si dovrà mostrare che cosa lui stesso *fa* per sentirsi vittima, nell'assunto che anche le circostanze più avverse possono essere vissute in modi differenti, in funzione del modo in cui il soggetto struttura la propria esperienza. In particolare, questo atteggiamento ermeneutico è stato proposto come un rimedio contro le oggettivazioni metapsicologiche

che la stessa psicoanalisi ha prodotto, e che rischiano di colludere con la tendenza autooggettivante del paziente.

Si tratta, è chiaro, di una responsabilità potenziale, che deve essere distinta dalla responsabilità attuale, cioè dalla capacità effettiva di compiere scelte diverse. Il paziente è realmente incapace di agire diversamente da come agisce, se non è consapevole di avere una parte attiva nel mantenimento della situazione di cui soffre, e lo è ancor meno delle alternative possibili. Bisogna aiutarlo a vedere tutto questo, o mostrarglielo esplicitamente. Perché la responsabilità del soggetto passi da potenziale ad attuale questo è certamente necessario; ma è anche sufficiente?

Secondo la posizione che è comunemente identificata con quella della psicoanalisi classica, un soggetto che abbia preso coscienza di sé, cioè dei propri conflitti inconsci, delle proprie difese e degli impulsi da cui si difende, farà di conseguenza e necessariamente le scelte più convenienti e realistiche; pertanto tutto ciò che è necessario fare è illuminare e portare alla coscienza l'inconscio. In realtà le correnti contemporanee della psicoanalisi danno un'importanza crescente agli aspetti affettivi e in generale interattivi del rapporto col paziente, cosa che ha reso meno profondo il fossato che separa i terapeuti analitici dagli altri. In una visione globale della relazione il processo maturativo che conduce ad un'assunzione piena di responsabilità non dipende solo da fattori conoscitivi. Bisogna partire dall'inizio, dall'elemento materno della terapia.

3. L'asse materno

Il primato dell'accoglimento empatico, in contrapposizione agli eccessi del modello speculare e chirurgico, è stato sostenuto da Rogers, che ne ha fatto il cardine del suo metodo di terapia non direttiva, e da diversi autori in campo psicoanalitico, come Winnicott e Kohut. L'atteggiamento interpretativo classico ha un'impronta chiaramente confrontativa, nel senso che riflette la convinzione freudiana riportata sopra: il paziente deve essere messo di fronte ai suoi conflitti inconsci ed essere indotto a riprendersi la responsabilità di ciò che ha rifiutato. Questa responsabilizzazione può essere un po' forzata e suscitare più resistenze di quante non serva a risolverne, se non è preceduta e accompagnata da un atteggiamento di accettazione incondizionata della persona così com'è, inclusi i suoi lati distruttivi e manipolativi.

Occorre innanzitutto riconoscere il valore di sopravvivenza e di autoaffermazione insito in ogni forma di psicopatologia, cosa che è possibile in una visione globale della persona o del sé come si trova, se

pure da angolature diverse, in Rogers, Winnicott e Kohut, mentre è più difficile da un punto di vista strettamente analitico. Se il paziente si sente capito e realmente accettato nell'imperfezione delle soluzioni che è riuscito a trovare, è più probabile che sia indotto gradualmente a prendere in considerazione delle alternative al suo stile di vita.

Un aspetto paradossale della psicoterapia consiste nel fatto che a volte è più facile ottenere un cambiamento che non è cercato direttamente. Dall'esterno è relativamente agevole riconoscere attitudini scorrette o conflitti di cui il paziente non sembra avere coscienza; mostrare errori e contraddizioni, aiutare a correggere gli uni e a risolvere le altre sembrerebbe essere la sostanza del lavoro terapeutico. Tuttavia se si procede in questo modo in molti casi si incontrano resistenze insuperabili. Mettere una persona di fronte ai suoi sbagli o alla sua inconsapevolezza significa spesso ferirla nell'orgoglio e rinforzare i preesistenti sensi di colpa e inadeguatezza. Se, in alcuni momenti o alcune fasi del lavoro, il terapeuta si limita a offrire comprensione e partecipazione, riducendo al minimo gli interventi confrontativi e correttivi, può accadere che il paziente si senta meno in pericolo e allenti le difese. Così, paradossalmente, può essere che riesca a vedere meglio le cose che non cerchiamo di mostrargli.

Possiamo indicare come "asse materno" della terapia l'insieme di tutte le modalità di rapporto ispirate ad accoglimento, accettazione incondizionata, contenimento. E' naturalmente l'asse da privilegiare con pazienti molto fragili o molto regrediti, quasi incapaci di tollerare qualsiasi confronto; proprio quelli che con i loro comportamenti oppositivi e manipolativi mettono a dura prova le capacità "materne" del terapeuta. Superare questa prova non significa necessariamente restare imperturbabili, non reagire alle provocazioni, tollerare tutto. Un paziente dominato da impulsi distruttivi incontrollati deve essere fermato, "sgridato" se necessario, per impedirgli di farsi del male e rovinare irreparabilmente il rapporto. Anche questo è contenimento "materno".

Un altro aspetto dell'attività del terapeuta su questo asse consiste nell'accogliere dentro di sé i segnali caotici che il paziente trasmette per restituirglieli parzialmente elaborati, in modo che possa iniziare a integrarli in un nesso significativo. Questa operazione, che Bion ha paragonato alla *reverie* materna, è diversa dall'interpretazione classica, perché non si propone di svelare significati rimossi - operazione di livello paterno, in quanto chiede al paziente di riprendersi qualcosa che ha rifiutato - ma di venire incontro a una effettiva incapacità con l'offerta di un contenitore ausiliario per l'esperienza che l'altro non è ancora in grado di trattenere ed elaborare autonomamente.

Uno dei compiti più delicati della terapia consiste nel discriminare quando un paziente “non vuole” e quando “non può” affrontare una difficoltà. Il primo caso corrisponde pressappoco alla condizione richiesta per l’analisi classica: quella in cui esiste un io sufficientemente forte, che è in grado di elaborare un conflitto inconscio purché qualcuno lo porti alla sua coscienza, ma “non vuole”, cioè resiste a farlo, perché l’impresa comporta dolore e fatica. Nel secondo caso si ipotizza una condizione di reale incapacità, per debolezza o immaturità dell’io, ad affrontare determinate esperienze: e quindi di reale bisogno di protezione, sostegno, offerta di condizioni che favoriscano il rafforzamento e la crescita.

Da queste due situazioni emergono domande diverse, cui il terapeuta risponde con interventi prevalentemente sul registro paterno nel primo caso e su quello materno nel secondo.

4. Chiamare e rispondere

Responsabilizzare il paziente non significa semplicemente metterlo di fronte a ciò che vuole evitare.

Per la maggior parte del tempo C. tace o mantiene un atteggiamento oppositivo, per sciogliersi in parte solo verso la fine della seduta, quando riconosce a volte di sentirsi molto frustrata perché non si sente desiderata dal terapeuta. Nessuno degli interventi interpretativi, tesi a stabilire collegamenti con le vicende infantili e a portare alla luce le fantasie nascoste, modifica la situazione, che del resto è chiara: C. rifiuta di collaborare con il terapeuta perché questi non le dà ciò che vuole, cioè non la fa sentire desiderata. Non tollera di sentirsi una “paziente qualsiasi”, e col suo silenzio punisce il terapeuta. Le parole che sottrae a lui le affida a un quaderno che porta sempre con sé e che ogni tanto lascia intravedere. Lo stallo si prolunga per un tempo abbastanza lungo, fino a far dubitare dell’utilità di continuare un lavoro quasi improduttivo. Un giorno, spazientito per il consueto negativismo di C., il terapeuta le dice: “Lei non si sta impegnando onestamente in questo lavoro. Nella sua attività professionale lei si applica con scrupolo e serietà, io le chiedo di fare altrettanto con me”. Quindi la invita a leggere ad alta voce ciò che ha scritto sul suo quaderno. C. protesta: è una cosa che non le piace. Il terapeuta ribatte: “Lo faccia anche se non le piace. Questo non è un incontro di piacere, siamo qui per lavorare”. C. accetta con riluttanza, e cerca poi più volte di sottrarsi all’impegno cui viene richiamata sistematicamente. I suoi scritti sono ricchi di analisi accurate e di materiale significativo. Le sedute cessano di essere sterilmente ripetitive e si stabilisce una buona continuità di lavoro. Dopo qualche tempo C. chiede di rinegoziare il suo impegno, offrendo all’inizio della seduta materiale e disponibilità a collaborare. In breve si crea una alleanza di lavoro sufficientemente valida e il rituale può essere abbandonato.

Questo intervento si iscrive sul registro paterno e appartiene alla relazione terapeutica allo stesso titolo di altri, arbitrariamente considerati più nobili.

Nel caso descritto la paziente, oltre ad essere accolta con tutta l'empatia di cui il terapeuta era capace, era stata anche ripetutamente confrontata con le sue fantasie narcisistiche, senza alcun risultato apprezzabile. La decisione di assumersi la responsabilità di tali fantasie - cioè di lavorare su di esse e non semplicemente di metterle in atto - fu presa solo in seguito a una richiesta esplicita e ferma. E' importante chiedere ai pazienti di *fare qualcosa*, perché il senso di responsabilità si sviluppa, come qualsiasi altra funzione, in quanto viene esercitato concretamente, cioè per effetto dell'assunzione di impegni definiti.

Ha scritto Altiero Spinelli che se si vuole far presa sugli altri bisogna chiamarli a fare qualcosa.

“Chi è chiamato, può non rispondere, e allora lascialo andare; o rispondere, e in tal caso è questa effettiva azione che lo modifica, forse a sua insaputa, forse in modo differente da quello che avevi pensato, ma lo modifica. Tu, allora, seguilo con occhio sempre critico e freddo, ma con silenziosa comprensione. Con il lavoro hai infatti messo in movimento le forze del suo animo, e lo hai perciò posto nella necessità di padroneggiarle e equilibrarle. Se hai abbastanza comprensione, quando lo vedi vacillare, dagli discretamente una mano per aggiustargli meglio il peso sulle spalle” (1987, p. 12).

La responsabilità è, letteralmente, la capacità di rispondere delle proprie azioni. Quando questa capacità è matura si risponde a sé stessi, ma bisogna cominciare con i richiami degli altri. In terapia è necessario *chiamare*, perché l'altro impari a *rispondere*. In effetti entrambi chiamano ed entrambi rispondono, ma la relazione non è simmetrica. Il paziente può chiedere quello che vuole; anche le sue domande più irrealistiche debbono essere accolte - certo non soddisfatte - perché dove altrimenti dovrebbero essere portate? Il terapeuta invece deve chiedere solo quello che serve per “mettere in movimento le forze dell'animo” dell'altro, anche se certamente non tutte le domande corrisponderanno allo scopo; bisognerà procedere per tentativi ed errori, correggendo continuamente le domande in base alle risposte che si ottengono.

Ritorniamo alla regola fondamentale della psicoanalisi. L'invito a dire tutto ciò che viene in mente senza sottoporlo a critica è una versione moderna di quella regola (Laplanche e Pontalis, 1973). Nella formulazione classica di Freud (1913, p. 344) non si parla di invito, ma di un impegno preciso che il paziente deve assumersi sin dall'inizio. Questo impegno è allo stesso tempo troppo stretto e troppo largo. Da un lato la regola fondamentale potrebbe essere rispettata rigorosamente solo in mancanza di buoni motivi per non farlo: ma questi non mancano mai. Normalmente il paziente nasconde,

omette e in ogni caso seleziona il materiale in funzione di ciò che si propone di ottenere dal rapporto, e tutto questo non può certamente essere messo da parte con un semplice impegno formale. Dall'altro lato, se al paziente non si richiede altro, rimane aperto uno spazio molto vasto per ogni sorta di giochi che è illusorio pensare di controllare con la sola arma dell'interpretazione. La sopravvalutazione del potere di questa può indurre a credere che basti mostrare al paziente in che modo si difende e da che cosa, e farlo ripetutamente, al momento giusto e col giusto tatto, per risolvere il problema.

Più che inutile, può essere controproducente alimentare delle relazioni in cui l'indulgente accoglimento (materno) di qualsiasi esperienza o discorso non si accompagna al momento giusto alla presentazione (paterna) di alternative che spingano il soggetto a scegliere. Quando il terapeuta invita il paziente a compiere un'azione, questi può accettare o rifiutare, ma in ogni caso effettua una scelta e si assume una responsabilità. Se invece al paziente si richiede solo che si sdrai sul divano, associ liberamente, paghi le parcelle e null'altro, perché il resto verrà da sé, è inevitabile che, parallelamente alla sua deresponsabilizzazione, sul metodo e sul terapeuta si depositino aspettative di onnipotenza. Questo risultato del resto è perfettamente in linea con la decisione, presa a priori, di favorire la regressione possibilmente fino al raggiungimento di una "nevrosi di transfert".

Bisogna chiedersi se non ci sia un elemento di arbitrio tanto nella decisione di spingere una persona verso la regressione (Gill, 1984), quanto nell'idea che la cosa abbia, in mani esperte, valore terapeutico. L'una e l'altra sembrano sostenute da una fantasia di tipo chirurgico, nella quale al paziente è richiesto di stendersi sul divano-tavolo operatorio e rendere accessibile il proprio inconscio: sarà poi il medico, col suo strumento analitico, a demolire e ricostruire secondo le regole dell'arte che solo lui conosce.

Si può contrapporre, a questa modalità in cui è difficile non vedere un rischio di manipolazione, il procedimento più rispettoso che si limita a offrire al paziente la possibilità di sperimentare condizioni regressive nella misura in cui ne ha bisogno, senza la pretesa di determinare d'autorità quella misura, ma lasciando che sia la relazione stessa a fornire passo per passo tutte le indicazioni necessarie.

Riconoscere il paziente come partner corresponsabile dell'interazione non significa, d'altra parte, negare la maggiore responsabilità del terapeuta. Il paziente può aver bisogno di riattivare modi infantili, neonatali, forse anche fetali di esperienza nella relazione con il terapeuta, e questi non dovrebbe interferire con inopportuni richiami a modalità più adulte di risposta. I vis-

suti di onnipotenza relativi a fasi precoci di sviluppo vanno accolti e rispettati, senza forzare il confronto con la realtà ma attendendo che a questo si giunga gradualmente. Tuttavia, se la regressione non è al servizio dell'io, ma al contrario l'io è risucchiato nella regressione, e non mostra la volontà o la forza di uscirne nonostante l'aiuto fornitogli, la relazione perde o non riesce ad acquistare un valore riparativo ed evolutivo.

In queste condizioni può accadere che la relazione sia recuperabile solo mettendola in gioco, cioè chiamando il paziente ad assumersi la sua parte di responsabilità.

D. lamenta di stare sempre peggio, di essere ormai ridotta ai minimi termini e di consumare tutte le sue energie solo per sopravvivere. Accusa il terapeuta di non capirla, di non riuscire ad aiutarla e anzi di essere probabilmente responsabile del suo peggioramento. Pensa che farebbe meglio a smettere, se dopo alcuni anni di lavoro il risultato è questo. Il terapeuta risponde: "Se lei sente che io non sono in grado di aiutarla, e lei stessa non può offrire un minimo di collaborazione, penso anch'io che a questo punto sia meglio chiudere". D. prende atto che non c'è più spazio per accuse e recriminazioni: può solo decidere se lasciare la terapia o assumere un atteggiamento più costruttivo. Sceglie di continuare, e seguono alcune buone sedute. Dopo qualche tempo riprende la posizione negativa, che è affrontata e risolta nello stesso modo. Dopo alcune ripetizioni, con poche varianti, della stessa scena, si stabilisce un clima in cui è possibile lavorare in modo abbastanza continuativo.

In generale una relazione è vitale a patto di essere messa in gioco, quando è il caso: un eccesso di sicurezza la uccide. Come ha scritto Freud

"la vita si impoverisce, perde interesse se non è lecito rischiare quella che, nel giuoco dell'esistenza, è la massima posta, e cioè la vita stessa" (1915, p. 138).

Ciò che è detto per la vita deve valere a maggior ragione per la relazione terapeutica. Si tratta, naturalmente, di distinguere se in un caso determinato sia opportuno operare su un registro materno o paterno, e in quali tempi e dosi i due modi debbano essere alternati. Non è possibile stabilirlo con certezza in base a criteri astratti: sono decisive qui l'esperienza e la sensibilità del terapeuta, oltre alla disponibilità a correggere continuamente lo stile di lavoro in base alle informazioni che si ricevono dalla relazione.

5. Pulsioni e relazioni oggettuali

La necessità di integrare l'atteggiamento analitico, adottato oggi dalla maggior parte degli psicoterapeuti, con le modalità attive di intervento praticate nelle scuole non analitiche, è stata suggerita dallo studio della relazione dal punto di vista delle funzioni parentali, e precisamente dalla necessità di do-

sare i ruoli materno e paterno in un giusto equilibrio. Questo bilancio può essere alterato nel senso di un difetto di qualità paterne, se il terapeuta si astiene dal chiamare il paziente a impegnarsi in azioni mutative, o nel senso opposto, se l'accento è posto sulla qualità conoscitiva e confrontativa dell'interpretazione in contrasto con un atteggiamento più affettivo e partecipe¹⁶.

Numerosi analisti, a cominciare da Ferenczi per arrivare fino a Kohut, hanno criticato l'attitudine troppo freddamente analitica del terapeuta in nome di un approccio più ricco di qualità materne. Tutti questi autori, in modi diversi, hanno messo in discussione la validità della teoria pulsionale, cioè dell'idea che l'obiettivo della pulsione sia unicamente la ricerca del piacere. Fairbairn (1952), ad esempio, ha rimesso "i buoi davanti al carro", affermando che lo scopo della libido è la ricerca dell'oggetto, e non del piacere. Negli analisti contemporanei generalmente la teoria pulsionale e la teoria delle relazioni d'oggetto convivono in diverse forme e combinazioni, e questo non può non avere conseguenze decisive sul piano tecnico.

"Se, nella traslazione, la libido cerca solamente piacere e una soluzione alla tensione, secondo le modalità che sono adatte all'attività di ogni zona erogena, così come vuole l'ipotesi di Freud, è indicata la frustrazione - se essa tuttavia è alla ricerca dell'oggetto, come Fairbairn e Balint ipotizzano, un atteggiamento di astinenza dell'analista conduce a un danno del paziente" (Cremerius, 1984).

In altre parole, il terapeuta dovrebbe cercare di rendersi presente, come un nuovo oggetto di esperienza, se il paziente è animato da una sana ricerca oggettuale, e sottrarsi, con un atteggiamento frustrante e interpretativo "classico", se la sua condotta è motivata dalla ricerca pulsionale di piacere.

Come fare a decidere? Ma, prima ancora: lo psicoterapeuta ha bisogno di una teoria pulsionale e di una teoria delle relazioni oggettuali? L'una e l'altra sembrano derivare dall'osservazione sempre ripetuta che gli esseri umani nel loro comportamento possono essere guidati da impulsi di varia natura oppure da una considerazione più o meno attenta della realtà. Se l'osservatore è pessimista, sarà indotto a pensare che l'uomo per sua natura è governato dagli istinti e che la realtà entra nel suo orizzonte solo in quanto contiene gli oggetti che gli permettono di scaricare la tensione pulsionale. Se è ottimista, crederà al contrario che l'essere umano è naturalmente orientato verso la realtà, e che solo a causa del trauma provocato dal fallimento delle sue relazioni affettive è costretto a fissarsi alle varie forme della sessualità infantile¹⁷. Il pregiudizio implicito in ciascuna delle due teorie può essere neutralizzato adottandole entrambe; ma poi bisognerà renderle compatibili, impresa che non sembra riuscita molto bene a nessuno. Se, oltre a questo, si considera la complicazione

aggiuntiva derivante dall'introduzione della pulsione di morte, abbiamo un quadro d'insieme in cui orientarsi è problematico. Ci si chiede in che modo il terapeuta, da un apparato teorico come questo, possa ricavare un criterio pratico che gli consenta di decidere quando applicare la regola dell'astinenza e quando invece presentarsi come nuovo oggetto di esperienza per il paziente.

I terapeuti fanno uso di modelli diversi, costruiti per analogia con taluni sistemi fisici o ricavati dall'osservazione di animali da laboratorio, di neonati o altro. Tali costruzioni non sono prive di utilità, purché non si perda di vista il fatto che la teoria di uno psicoterapeuta deve rendere conto in primo luogo di ciò che accade nella stanza della terapia, e non altrove. La considerazione di ciò che avviene, o si suppone che avvenga, in un sistema idraulico, in un ratto o in una diade madre-bambino, può aiutare a capire, con gradi diversi di approssimazione, quello che succede nella relazione terapeutica; tuttavia questa ha una sua specificità che non può essere ridotta, senza forzature, ad altro.

Se ritorniamo nella stanza, dalla quale non dovremmo mai allontanarci troppo, osserviamo che qui ha luogo *un'interazione fondata su una domanda di aiuto rivolta da una persona che ritiene di averne bisogno a un'altra che tenta di rispondere alla prima esclusivamente con i mezzi della relazione*. E' subito chiaro, in questa sede, che alcune richieste, ad esempio di attenzione e accoglimento, sono appropriate al contesto in cui sono poste, mentre altre, ad esempio di gratificazione e collusione, non lo sono, e debbono essere riconosciute come tali e riportate all'ambito cui appartengono - cioè all'immaginario.

Nella relazione terapeutica la distinzione tra un ambito pulsionale e uno oggettuale non ha un rilievo pratico decisivo, mentre è indispensabile saper discriminare ciò che è appropriato al contesto da ciò che non lo è, in altre parole ciò che è *reale* da ciò che è *immaginario*. Il terapeuta può fare a meno di una teoria pulsionale senza risentirne troppo, mentre non è probabile che vada molto lontano senza un criterio che gli consenta di distinguere il piano reale dal piano immaginario della relazione. Alla definizione di questo criterio, pertanto, si dovrà dedicare un'attenzione particolare.

*L'immaginario e il reale**1. Verità e narrazione*

La psicoterapia moderna è nata nello scarto tra narrazione e verità storica prodotto da una scoperta decisiva di Freud: le storie di seduzione che gli venivano raccontate con sorprendente frequenza erano in effetti delle fantasie, il cui rapporto con fatti eventualmente accaduti era almeno problematico. Ogni paziente deve rifare per conto proprio questa scoperta. Chi inizia una terapia per lo più è convinto che le cose stiano sostanzialmente come le riferisce: tra la cosa e la descrizione della cosa la distanza è minima o assente. Se il terapeuta non avalla né contraddice, ma si limita a far notare che i dati riferiti, e quelli osservati nel corso dell'interazione, possono essere interpretati in modi diversi, il paziente è aiutato ad abbandonare la posizione del realismo ingenuo, che identifica immediatamente vissuto e realtà, a favore di un atteggiamento più critico che ammetta la possibilità di descrivere o rappresentare gli avvenimenti in più modi.

Se invece il terapeuta pensa di possedere la chiave che permette di giungere alla vera realtà dei fatti - ad esempio crede di identificare in un conflitto pulsionale, una situazione di malapprendimento o una madre poco empatica la realtà che sta "dietro" o "sotto" le fantasie del paziente - le interpretazioni che in base a questo assunto vengono proposte tendono a suggerire al paziente che una visione distorta delle cose deve essere abbandonata a favore di una corretta: quella del terapeuta. Non è improbabile che il paziente, dopo una lotta forse accanita, ma impari, finisca per accettare la visione del mondo che gli viene offerta. Se tuttavia il paziente ha rinunciato alle proprie fantasie solo per adottare quelle del terapeuta, il risultato dovrà essere misurato su una scala di adattamento, piuttosto che di realtà o verità.

Un antidoto efficace, contro l'operazione che tende a sostituire al realismo ingenuo del paziente il realismo "scientifico" del terapeuta, può essere tro-

vato nell'orientamento ermeneutico di tipo narratologico¹⁸ (Fossi, 1984). Colui che lo adotta non è depositario di alcuna verità, ma insieme al paziente rivisita, decostruisce e ricostruisce le narrazioni in cui si è incarnata la sua identità. Storie vecchie o attuali, cariche di sofferenze e sconfitte, lacunose e insensate, possono essere rinarrate recuperando esperienze dimenticate, valutando e organizzando diversamente i fatti, trovando nuovi significati e aperture. In questa prospettiva il soggetto guadagna un distacco narrativo dai propri vissuti e, identificandosi col narratore, si riconosce almeno corresponsabile del proprio destino.

18

Note

¹ “L'ermeneutica contemporanea, che si definisce ‘laica’ in confronto all'ermeneutica classica di Ricoeur, si caratterizza per l'importanza attribuita alla costruzione rispetto alla decifrazione di un testo” (Vegetti Finzi, 1986, p. 408).

² V. Gemma Corradi Fiumara, *Filosofia dell'ascolto*, 1984.

³ Bion, *Attenzione e interpretazione*, p. 68. V. in particolare il terzo e il quarto capitolo. V. anche Eigen, 1985.

⁴ Meltzer *Lo sviluppo kleiniano*, III, p. 123, cit. da Speciale-Bagliacca, 1984.

⁵ Bion, *ibid.*, p.68.

⁶ Dell'opera di Jung Jaspers ha scritto: “E' come se l'intero mondo dei miti, dei simboli e delle speculazioni si mutasse in una palude... si descrivono gli ‘organismi’ degli archetipi come potenze cosmiche...” (1962, p. 236). Prendo le distanze da Jung in quanto costruttore e cultore di un'archetipologia, senza per questo disconoscere il grande valore di molti dei suoi contributi alla psicoterapia moderna. Del resto la dottrina degli archetipi è ora messa in discussione anche all'interno dello stesso campo junghiano (Trevi, 1987).

⁷ Nietzsche, *Così parlò Zarathustra*, Del cammino del creatore.

⁸ Secondo Eliade (1974, p. 53), “tutte le esperienze... che decidono della vocazione del futuro sciamano comportano lo schema tradizionale di una cerimonia iniziatica: passione, morte e resurrezione”.

⁹ Nietzsche, *ibid.* Delle tre metamorfosi.

¹⁰ Benché la libido freudiana attraversi diverse fasi, sia appunto polimorfa, il suo carattere dominante e basilare è *fallico*: il bambino fallico è il vero protagonista dell'opera freudiana (Shafer, 1983, p. 271).

¹² La posizione di Langs è singolare. Da un lato questo autore ha dato un importante con-

La realtà storica e fattuale, nell'orientamento ermeneutico, è dissolta in una molteplicità di interpretazioni o narrazioni la cui validazione ha luogo all'interno dell'orizzonte soggettivo dei bisogni, delle scelte e dei progetti. Mentre per il realismo ingenuo approdare alla realtà significa uscire dal mondo delle fantasie private per ancorarsi al terreno solido dell'oggettività, nella prospettiva narratologica uscire dall'immaginario, cioè dal mondo in cui il soggetto è agito dai propri vissuti, significa smettere i panni del personaggio e indossare quelli dell'autore della storia. Questo non significa, peraltro, aderire a qualche forma di soggettivismo, perché qualsiasi tipo di conoscenza presuppone in ogni caso un soggetto conoscente e un oggetto

tributo al riconoscimento della natura profondamente interattiva della relazione psicoterapeutica, che è regolata dalla percezione cosciente o inconscia da parte di ciascuno dei membri della coppia terapeutica del comportamento dell'altro. Langs ha giustamente insistito sulla capacità percettiva inconscia, che la psicoanalisi classica ha trascurato privilegiando nettamente, nell'inconscio, la funzione di distorsione su quella di percezione. In particolare il paziente fornisce al terapeuta una quantità di informazioni che, opportunamente decifrate, consentirebbero a questi di correggere gli inevitabili errori di conduzione della terapia. La portata innovativa di queste osservazioni è tuttavia fortemente limitata, e anzi nettamente contraddetta, dalla posizione ideologica di Langs, secondo il quale la proposizione di un setting "sicuro", cioè molto rigido, atto a suscitare angosce di tipo claustrofobico e paranoide, è giusta e necessaria, oltre che per la ragione citata sopra, anche e soprattutto per portare il paziente a sperimentare l'angoscia di morte che è alla base della sua "follia". Qualsiasi comunicazione del paziente che metta in discussione la validità universale di un setting del genere è invalidata a priori, perché Langs non ha alcun dubbio sulla verità della propria teoria sulla follia, né sulla modalità tecnica che ne deriva. Così da un lato si riconosce al paziente la capacità di percepire correttamente la realtà della relazione, dall'altro questo riconoscimento è vanificato dall'assunto che la percezione del paziente è corretta solo se coincide con le convinzioni del terapeuta.

¹³ Nella letteratura psicoanalitica non esiste un solo termine cui corrisponda un significato univoco. Per quanto riguarda il *setting*, "si spazia tra un'accezione riduttiva, di meri accorgimenti tecnici per quanto imprescindibili, ed una tanto estensiva da disperderne la peculiarità" (Ferraro e Genovese, 1986). Secondo gli stessi autori la definizione più generale è questa: "l'insieme delle condizioni formali e contrattuali che fanno da cornice al lavoro analitico, rendendolo possibile in un ambito spazio temporale definito".

¹⁴ Balint (1947) è citato da Cremerius (1986), secondo il quale il sistema di training dell'istituzione psicoanalitica è espressione di una politica di potere, come si può rilevare dal processo di selezione, che è "irrazionale e inumano", una barriera che può essere superata solo da chi "si adatta e si sottomette", e dall'analisi didattica, che approfondisce il "processo di infantilizzazione" iniziato con la selezione.

Secondo Kohut (1984, p. 160 e sg) l'analisi didattica è all'origine della "malattia della psicoanalisi" da cui sono affetti tutti i gruppi psicoanalitici di sua conoscenza. Si tratta di una *addiction*, cioè dipendenza morbosa, dal tipo particolare di salute e benessere che un analista acquisisce al termine della sua analisi didattica, e che è inestricabilmente connesso con la sua identità professionale. Questa a sua volta si basa su di un insieme di "credenze teoriche" che gli vengono trasmesse dal suo analista didatta, e che dovranno essere difese

conosciuto. La differenza sta in questo: mentre il realismo ingenuo, in tutte le sue forme, crede nell'esistenza di oggetti che stanno nel mondo e hanno una realtà propria indipendente da un eventuale soggetto che li osservi, e quindi pensa di poter dare una descrizione oggettiva delle cose che lasci fuori il soggetto che la produce, alla posizione ermeneutica non sfugge l'indissolubilità del nesso che lega l'oggetto al soggetto: questo significa che si descrivono certo degli oggetti, ma solo nell'interazione coi rispettivi soggetti, ben sapendo che quelle descrizioni hanno senso e possono essere verificate o falsificate solo all'interno del punto di vista da cui sono state generate. E come non esistono punti di vista assoluti, così non esistono

con ogni energia, perché da esse dipendono l'identità professionale, e quindi la salute e il benessere. Pertanto "egli le difenderà lealmente, mostrando ostilità e disprezzo verso coloro che non le condividono". Di qui l'esistenza dei gruppi psicoanalitici "che si fanno la guerra, si disprezzano e si temono". Tutto ciò deriverebbe, secondo Kohut, da un transfert narcisistico insufficientemente analizzato su un ideale personificato, come Freud o altri capiscuola, o su un particolare corpo dottrinario.

Le difficoltà dell'analisi didattica sono ben note agli analisti, che propongono nei loro scritti diversi tipi di diagnosi e cura. Si può osservare che, se è vero che ogni forma di dogmatismo è riconducibile all'incapacità o al rifiuto di tollerare l'ansia di non sapere, ogni tentativo di cura che proponga nuove certezze è destinato a fallire. Se lo spazio dell'ascolto non è lasciato insaturato, ma per *horror vacui* è riempito con le dottrine in nome delle quali i gruppi psicoanalitici si fanno la guerra, sembra inevitabile che da quelle dottrine prendano origine i processi di indottrinamento in cui troppo spesso consiste l'analisi didattica (Kernberg, 1986), e di conseguenza anche l'analisi che dovrebbe essere terapeutica.

¹⁶ Ricoeur (1965) ha distinto due stili interpretativi. Il primo, di tipo fenomenologico, è diretto alla restaurazione di un senso ed è sorretto da una *volontà di ascolto*. Il secondo, di tipo analitico, punta allo smascheramento e alla riduzione delle illusioni ed è sostenuto da una *volontà di sospetto*. Nei due casi si attribuisce all'altro rispettivamente un'*intenzione di verità* e un'*intenzione di occultamento*. Melandri e Secchi (1989) osservano giustamente che si può rinvenire la compresenza di entrambi gli stili nell'opera freudiana, nonostante in essa prevalga il secondo. Negli sviluppi postfreudiani il paradigma fenomenologico ha incontrato un favore crescente, parallelamente alla progressiva trasformazione della psicoanalisi da scienza esplicativa a scienza descrittiva. Melandri e Secchi fanno notare ancora che oggi si incontrano situazioni in cui la funzione osservante è "esercitata esclusivamente secondo la modalità del sospetto (fino ad una specie di paranoia intrapsichica) o, viceversa, in modo quasi solo passivo, contemplativo. *Insight* con tali caratteristiche non possono essere considerati come adeguati strumenti di lavoro psicoanalitico (oltretutto di salute mentale); anzi, la loro trasformazione diviene una condizione essenziale dello svolgersi del processo terapeutico".

La volontà di ascolto e la volontà di sospetto che stanno alla base dei due stili interpretativi sono strettamente analoghe agli atteggiamenti accogliente e responsabilizzante che caratterizzano i modi materno e paterno di essere in relazione. Ogni singolo intervento del terapeuta, e in particolare ogni intervento interpretativo, può essere declinato secondo l'uno o l'altro modo. È essenziale che il terapeuta sappia oscillare continuamente tra questi due poli, individuando il punto di equilibrio che di volta in volta la situazione

nemmeno descrizioni assolutamente oggettive. In ultima analisi la prospettiva ermeneutica ristabilisce semplicemente l'equilibrio tra soggetto e oggetto che il realismo ingenuo altera a favore dell'oggetto (e l'idealismo ingenuo a favore del soggetto).

L'approccio narratologico evita il corto circuito che instaura l'identità tra rappresentazione e oggetto. Siamo in un ambito non solo più congeniale, ma probabilmente obbligato per il terapeuta, se si considera che la messa tra parentesi, o in gioco, di qualsiasi rappresentazione della realtà è la scelta costitutiva dell'operazione psicoterapeutica: l'adesione a una rappresentazione della realtà di qualsiasi tipo, mitologica, religiosa o scientifica, inficia la possibilità dell'ascolto radicale e introduce un elemento di suggestione ineliminabile, dal momento che lo stesso terapeuta ne è preso e non può uscirne senza che gli manchi il terreno sotto i piedi. Ancora una volta si deve ricordare l'aporia di tutte le terapie suggestive, inclusa la psicoanalisi nella sua versione "scientifica": il rifiuto del vuoto implica di necessità l'aggrappamento a un pieno qualsiasi, teoria mito o dogma, che si trasforma in una presenza condizionante di cui non ci si potrà mai sbarazzare, se non per aggrapparsi ad altro.

2. *Il piano pragmatico-consensuale*

L'ermeneutica narratologica è un passaggio obbligato per lo psicoterapeuta, ma può essere anche un punto d'arrivo? Si può vivere in un mondo di puri racconti, senza cose e persone *vere*? Dopo che il campo è stato liberato dalle posizioni del realismo ingenuo o scientifico, è possibile chiedersi quale sia il luogo della verità nella psicoterapia.

Distinguiamo due livelli. Innanzitutto le costruzioni (ipotesi, interpretazioni o narrazioni) sono sottoposte a continui processi di validazione o invalidazione sul piano pragmatico-consensuale. Il valore di una costruzione, su questo piano, consiste nella sua capacità di ordinare i dati disponibili in configurazioni significative, di facilitare nuove scoperte, di stabilire connessioni causa-effetto, di risolvere problemi specifici. Inoltre, per poter dispiegare i suoi effetti, cioè per diventare operativa, una costruzione deve essere anche convincente, cioè bisogna che giunga a destinazione e sia accettata dal paziente.

A questo primo livello la comunicazione è regolata da una circolarità pragmatico-consensuale, nel senso che il discorso terapeutico è efficace in

richiede.

¹⁷ Fairbairn, 1952, p. 64. Anche Winnicott e Kohut si sono espressi in un modo molto simile.

quanto ottiene consenso, ed ottiene consenso in quanto è efficace: vale a dire, una costruzione è accettata perché offre un senso più soddisfacente per una data esperienza o perché si dimostra capace di produrre nuovo materiale o certi risultati; ma d'altra parte produce i suoi effetti perché in primo luogo è stata accettata. E' lo stesso principio per cui ad esempio un codice morale, cioè un metodo di interpretazione e valutazione del comportamento, è valido in quanto è accettato da una certa comunità in un certo periodo storico, ma inversamente è accettato perché si dimostra capace di regolare la condotta dei singoli appartenenti a quella comunità.

A un primo approccio paziente e terapeuta sono due individui che si fronteggiano, ciascuno fornito di una propria descrizione o rappresentazione della realtà. Perché il lavoro possa avere inizio, bisogna che i due mondi abbiano almeno qualche elemento in comune. Partendo da questa base minima di rappresentazioni condivise, si cerca di allargarla. Rinunciando a far valere la verità delle proprie, il terapeuta cerca di indurre l'altro a fare altrettanto, in modo che possa aprirsi uno spazio relazionale in cui esplorare le ipotesi o narrazioni da mettere a confronto con quelle in cui si è irrigidita l'identità del soggetto e che affiorano via via. Posto che *l'immaginario è il mondo delle immagini o rappresentazioni di sé e degli oggetti in cui il soggetto, alienandosi, si è identificato*, il reale di cui si tratta a questo primo livello è il mondo delle rappresentazioni negoziate e condivise tra terapeuta e paziente. In questa fase il soggetto è in parte incoraggiato e in parte spinto a uscire dall'onnipotenza egocentrica (o superegocentrica)¹⁹ e a confrontarsi con un altro punto di vista.

Il paziente trasmette un flusso continuo di informazioni sulla sua esperienza del rapporto. Se ad esempio, in modo diretto o cifrato, dice "non essermi ostile", il terapeuta può interpretare il messaggio come una dispercezione provocata dall'interferenza di fantasmi del passato, escludendo a priori che possa trattarsi almeno in parte di una percezione corretta della relazione attuale. Ciò accade se il terapeuta non è in contatto con la realtà della relazione, ma è diretto dall'immaginario della propria teoria. Come hanno mostrato, tra gli altri, Langs (1982) e Gill (1984), il paziente risponde al comportamento effettivo del terapeuta; le risposte alla situazione attuale debbono essere innanzitutto e apertamente riconosciute perché su questo sfondo possano essere poi evidenziate le interferenze inattuali.

¹⁹ Termini come "ego" e "superego" sono entrati nel linguaggio corrente per indicare i modi inautentici di essere del soggetto. Nello stesso senso sono impiegati qui, senza alcun riferimento metapsicologico. Vedi cap. XIII.

Se il terapeuta comincia con l'esaminare quale proprio comportamento sia stato percepito come ostile, e riconosce che la percezione può essere corretta dal punto di vista del paziente, sono poste le premesse perché la situazione possa essere riesaminata da punti di vista differenti. Si entra nell'ambito negoziale quando entrambi i partner della coppia terapeutica rinunciano a far valere come esclusiva la propria visione delle cose, rendendo possibile un confronto tra modi diversi di interpretare e organizzare l'esperienza: da tale confronto - posto che siano state create le condizioni che lo rendono possibile - risulterà evidente che alcuni modi concordano più di altri con i dati disponibili, e si potrà fare un bilancio tra i vantaggi e i costi di ciascuna scelta.

Come risultato potrebbe accadere, nel nostro esempio, che il paziente abbandoni determinate aspettative la cui frustrazione comporta la percezione dell'altro come ostile; ma potrebbe essere il terapeuta a dover riconoscere la fondatezza di talune richieste, e a modificare di conseguenza il proprio comportamento. Il punto da chiarire è che non c'è modo di stabilire in anticipo se le aspettative del paziente sono fondate o meno. A meno che non si tratti di richieste, ad esempio di gratificazione sessuale o di aiuto materiale, la cui soddisfazione collocherebbe ovviamente la relazione al di fuori del campo psicoterapeutico, il modo di rispondere a una vasta gamma di domande può essere stabilito solo nel contesto in cui queste sono poste. Se il paziente chiede un consiglio, il terapeuta può darlo oppure no: ciò che conta è chiarire se il paziente ne ha effettivamente bisogno, o se al contrario si serve di quella richiesta per un suo particolare gioco, che deve essere riconosciuto e mostrato.

Il fatto che due persone concordino nel considerare soddisfacente una certa descrizione della realtà, in ogni modo, non è una prova della verità in sé di quella versione: potrebbe anche essere una *folie à deux*. Neppure il fatto che il paziente migliori è probante: tutte le scuole psicoterapeutiche ottengono risultati analoghi somministrando ai pazienti interpretazioni o ipotesi dei tipi più diversi. Questo non significa che disporre di narrazioni o miti personali soddisfacenti sia inutile: al contrario è necessario, ma è importante aver chiaro che in questa costruzione ci si muove su un piano di realtà consensuale, il cui contenuto di verità è relativo alle regole di verifica e falsificazione che si è convenuto di adottare.

E' decisivo, a questo livello, il modo in cui si procede per ottenere il consenso. Quanto più rigidamente il terapeuta aderisce ai propri assunti di base, tanto più il metodo sarà di tipo suggestivo, nel senso che sul paziente verrà esercitata una pressione palese o occulta perché accetti i medesimi assunti. Quanto più, viceversa, il terapeuta è disposto a mettere in gioco il

proprio assetto teorico e tecnico, tanto più la relazione si deciderà sul piano del confronto e del dialogo. E' evidente che se il confronto prevale sulla suggestione il consenso che si ottiene riflette un certo grado di uscita dall'immaginario, mentre non è probabile che questo sia il caso nell'ipotesi contraria.

In ogni modo, ciò cui si può giungere sul piano pragmatico-consensuale è pur sempre una verità relativa al soggetto o ai soggetti coinvolti nell'interazione, ai dati disponibili e ai criteri scelti per valutarli. Tale limitazione, del resto, è la stessa cui debbono sottostare anche le scienze naturali. Se si considera che anche la più consolidata delle teorie scientifiche può essere ritenuta vera solo relativamente ai dati noti, e che esiste un numero virtualmente infinito di dati tuttora ignoti che potrebbero confutarla, ne consegue, come ha chiarito l'epistemologia postpopperiana, che

“non può esserci alcuna conferma empirica di tipo verificazionistico o quasi-probabilistico delle ipotesi scientifiche” (Watkins, 1984, p. 12); tutto ciò che possiamo affermare è che “per una persona posta di fronte all'evidenza *e* è razionale accettare un'ipotesi incerta *h* se *h* può essere vera e fornisce la migliore spiegazione disponibile di *e*” (p. 13).

In altre parole, dobbiamo accontentarci di stabilire che una certa costruzione non è palesemente falsa e accordarci sul criterio in base al quale decidere se è o non è migliore di un'altra.

3. *La cosa in sé*

Può bastare? Il realismo ingenuo che tanto spesso accomuna pazienti e terapeuti sembra accennare a un bisogno insuperabile di realtà o verità assolute. Questo bisogno, se è rimosso, ritorna poi facilmente sotto forma di dogmatismo. E' possibile dare, a questo bisogno, risposte non ingenuo e non nevrotiche? Le risposte, se esistono, non possono certo essere trovate sul piano sensoriale e rappresentativo che è stato ora descritto. E' necessario considerare un secondo livello di accesso al reale, in cui l'attenzione non è rivolta in primo luogo ai contenuti dell'esperienza, ma al modo di essere del soggetto, alla sua *autenticità*.

La cosa in sé, la realtà ultima che non può essere colta mediante le categorie della percezione e del pensiero, entro le quali la frattura che separa il soggetto dall'oggetto non è mai ricomposta, è per definizione e per essenza inconoscibile, ma non per questo irrimediabilmente perduta. Riprendiamo ancora una volta la formula *F in O* di Bion. Essa indica la possibilità di una decisione, un atto di apertura all'ignoto. Con

l'espressione "fede filosofica" Jaspers²⁰, che ha messo a frutto la lezione nitzscheana, ha indicato la stessa possibilità e, al pari di Bion, l'ha distinta nettamente dalla fede religiosa. Come per il filosofo ogni cosa può essere cifra dell'essere, così il terapeuta in ogni singolo elemento del campo relazionale può sentire la parola dell'Altro²¹. Nella fede religiosa, invece, alcune cifre sono concretizzate: cessano di essere semplicemente linguaggio dell'essere, persone oggetti o eventi di valore simbolico, punti di richiamo e di passaggio verso la totalità, e diventano oggetti sacri, da venerare in quanto tali.

Non si tratta di affermare la superiorità della fede filosofica sulla fede religiosa, ma di mostrare la sostanziale affinità della prima con l'operazione psicoterapeutica, in cui è basilare lasciare insaturato lo spazio dell'ascolto. La fede filosofica si distingue anche dalla fede scientifica, il cui assunto di base è che ogni mistero possa prima o poi essere svelato e portato nel recinto del conosciuto. Per le finalità della psicoterapia, lo scienziato confida troppo nel potere della conoscenza, l'uomo di religione troppo poco; in mezzo sta il terapeuta-filosofo, che esercita la potenza critica dell'intelletto fino in fondo e in totale libertà per mettere in dubbio qualsiasi assunto, ma si arresta e rimane in silenzio quando giunge al limite di ciò che può essere detto.

Sul piano pragmatico-consensuale la realtà è intersoggettiva: è la descrizione su cui due o più soggetti si accordano, mediando tra i rispettivi interessi e punti di vista. Nel momento in cui il soggetto rinuncia ad affermare come incondizionatamente giuste le proprie richieste e veri i propri modi di vedere, pur senza cancellare né questi né quelle, si può instaurare il confronto e il dialogo in cui consiste la prima uscita dall'immaginario. A questo livello si svolge un negoziato tra soggetti che hanno superato la fase della contrapposizione immaginaria e sono disposti a mediare tra posizioni che in ogni modo continuano ad essere affermate, se pure con spirito pragmatico. In una dimensione radicalmente diversa si entra se si procede oltre, in direzione dell'esperienza autentica.

L'importanza del negoziato è duplice: serve per ottenere il possibile e per giungere al limite di ciò che è possibile ottenere. L'esperienza limite, ha mostrato Jaspers, è essenziale per il passaggio all'esperienza autentica, in cui viene abbandonato il tentativo di costringere le cose a corrispondere al desiderio. Solo al soggetto che non vuole afferrarle le cose possono mostrarsi come sono. La verità (*aletheia*) è un concetto negativo: non può essere detta, cioè catturata dal linguaggio, ma può essere svelata o rivelata, cioè liberata dalle mistificazioni che il soggetto costruisce nel tentativo di impadronirsene o difendersene. Il vero non può mai coincidere con il cono-

sciuto, perché la verità non appartiene all'ordine conoscitivo, ma a quello esistenziale.

Il paradosso, per il quale la verità non può essere detta ma può essere mostrata, non è conoscibile ma può rivelarsi, è generato dall'ambivalenza della parola, che può essere *segno* e *simbolo*. Nella sua funzione significante, la parola esprime un significato che a sua volta designa una cosa. Nella funzione simbolica, invece, la parola è portatrice di un senso duplice o molteplice: un senso primario, letterale, manifesto rinvia a un senso ulteriore che il primo nasconde o rivela (Ricoeur, 1965, p. 25). Gli oggetti dell'universo pratico possono essere designati in modo univoco: un tavolo è un tavolo, la sua identificazione non pone problemi. La bellezza e la verità, invece, non sono entità descrivibili, ma esperienze che presuppongono la partecipazione totale del soggetto. Il linguaggio in questo caso può solo indicare, accennare, farsi tramite per un'esperienza che nessuna parola può definire o racchiudere.

L'*interpretazione* è, propriamente, l'operazione mediante la quale il senso latente in un discorso o un comportamento viene decifrato e mostrato. La verità non sta nel contenuto dell'interpretazione, ma in ciò che, grazie ad essa, può essere visto (*insight*). Ugualmente, la verità della visione non è in ciò che si dice di vedere: qualsiasi cosa si veda, qualcun altro potrà sempre dire di vederla diversamente. E' piuttosto nella sua qualità: è vero ciò che vede uno sguardo limpido, non offuscato da desiderio o paura.

La verità si mostra a chi non vuole dimostrarla. Il soggetto che vuole essere qualcuno o possedere qualcosa deve affermare la propria identità o dimostrare il proprio diritto al possesso. Solo se queste esigenze sono lasciate temporaneamente da parte il soggetto, che almeno per un momento non è nessuno e non possiede niente, si scioglie dai legami che falsificano la visione.

L'esistenza autentica, in cui il soggetto si apre alla verità che lo oltrepassa, è la posta in gioco finale della psicoterapia. E' una posta che non può mai essere vinta; ogni tentativo di farla propria non fa che allontanarla. Lo scacco cui vanno incontro tutti gli assalti alla verità, se riconosciuto, apre la strada alla resa senza condizioni che è la porta d'accesso all'esperienza dell'incondizionato: dell'essere come si mostra quando i modi in cui si tentava di condizionarlo sono riconosciuti e abbandonati.

4. La parola e il silenzio

Il piano pragmatico-consensuale su cui si tentano i primi passi fuori dell'immaginario è, per così dire, l'anticamera della realtà, o l'area transizionale tra l'immaginario e il reale. Per molti pazienti e molti terapeuti questo basta. Ha scritto Lacan (1949):

“La psicoanalisi può accompagnare il paziente fino al limite estatico del ‘Tu sei questo’ in cui gli si rivela la cifra del suo destino mortale; ma non sta al solo nostro potere di esperti in quest’arte il condurlo al momento in cui comincia il vero viaggio”.

Certamente, non sta *solo* al nostro potere condurre il paziente davanti a quella soglia, ma se altri poteri congiurano perché vi si arrivi, il terapeuta dovrà decidere se varcarla per accompagnare il suo paziente o ritirarsi e lasciare che questi si cerchi altri compagni. Così Cooper (1987) descrive la tendenza più recente, “romantica”, della psicoanalisi:

“Paziente e analista partono per una ricerca nell’ignoto e, che uno di loro ritorni o meno col Santo Graal, essi ritornano con molte nuove storie da raccontare e una nuova esperienza di vita”.

Se, come già notava Binswanger²², molti oggi preferiscono condurre in uno spazio psicoterapeutico, piuttosto che religioso, la ricerca essenziale, questo può accadere perché il terapeuta è percepito spesso come il compagno di scelta per il vero viaggio, dunque come l’erede legittimo degli antichi sciamani. Che poi egli voglia o non voglia accettare il ruolo che gli è attribuito, che ne sia o meno all’altezza, che ammetta la propria incompetenza o preferisca invalidare la domanda, è un’altra questione.

Nell’area transizionale la verità o realtà di cui si parla è tipicamente pragmatica e convenzionale; al di là di essa non c’è più nulla da negoziare, si può procedere solo lasciandosi sorprendere dall’esperienza. Per viaggiare nell’ignoto, d’altra parte, è necessaria una grande vigilanza, dal momento che non si può più contare su alcun riferimento noto. Per dirla con Lévinas,

²² Criticando il meccanicismo della psicoanalisi, Binswanger (1955) affermava che “non è sempre giusto imputare all’ammalato il fallimento della cura... non intendiamo riferirci ad una colpa derivante da errori tecnici, ma a quella ben più grave costituita dall’incapacità di accendere e di ridestare nell’ammalato la ‘scintilla divina’, quella scintilla che può essere accesa o ridestata soltanto nell’autentica comunicazione da esistenza a esistenza, e la cui luce e il cui calore sono in fondo le uniche forze in grado di liberare l’uomo dal suo isolamento cieco, dall’*idios kosmos* (come dice Eraclito) - cioè da un mero vivere nel proprio corpo, nei propri sogni, nelle proprie inclinazioni private, nel proprio orgoglio e nella propria superbia - rendendolo capace di partecipare al *koinós kosmos*, alla vita dell’autentica *koinonia* o della società, rendendolo cioè illuminato e libero” (p. 149).

bisogna passare *dalla coscienza alla veglia*. La coscienza, come Freud (1922) ha mostrato, è un fenomeno essenzialmente verbale: si diviene coscienti di un contenuto mentale inconscio legandolo a una rappresentazione verbale. La coscienza è un “mondo di parole” mediante il quale dupliciamo il “mondo di cose” che percepiamo (Jaynes, 1976). Questa duplicazione ci consente un primo grado di libertà rispetto all’identificazione immediata con l’esperienza vissuta; se tuttavia restiamo imbrigliati nelle parole con cui abbiamo imbrigliato l’esperienza, la coscienza diventa una malattia. Se per essere coscienti dobbiamo continuare a parlare, la parola esaurisce il suo potenziale liberatorio e diventa ossessiva.

La coscienza ha una sua funzione fisiologica nel cammino dall’inconscienza alla veglia. Se ci si arresta nel punto intermedio, l’energia che ci spinge avanti comincia a ruotare su sé stessa, imprigionandoci. Non possiamo più smettere di parlare, per paura di ricadere nell’inconscio, a meno di non avere iniziato a scoprire, oltre la coscienza, la veglia o consapevolezza²³. La coscienza vuole parole, la vigilanza preferisce il silenzio. Nel percorso che conduce l’uomo a sé stesso bisogna imparare prima a parlare, e poi a tacere.

Non si tratta di privilegiare la consapevolezza rispetto alla coscienza, o il silenzio rispetto alla parola, ma di capire che la parola piena è una parola che continuamente si immerge nel silenzio e ne riemerge. Affacciandosi sul limite del silenzio, la parola cessa di essere denotativa e connotativa, come nella sua funzione pratica e convenzionale, per farsi *evocazione e invocazione*. Si evoca il ricordo, si invoca il ritorno di ciò che è stato perduto. E’ la parola-simbolo, parola poetica e profetica, ponte sospeso tra l’universo delle cose note e l’ignoto.

Come ha chiarito Bion, il terapeuta

“deve centrare la propria attenzione su O, l’ignoto e l’inconoscibile”, anzi deve diventarlo, deve lui stesso “*diventare infinito* grazie alla sospensione della memoria, del desiderio e della comprensione”.²⁴

²³ Per Lopez (1982) la coscienza è “una deiezione della consapevolezza”. Questo autore, che ha meditato a fondo l’insegnamento di Nietzsche, si è tuttavia allontanato da Freud più di quanto fosse necessario per liberarsi dalla tirannide della ragion cosciente che, secondo Fornari (1983), caratterizza l’opera freudiana. La coscienza non è solo detronizzata dalla sua posizione di dominio, ma ridotta da Lopez a prodotto di scarto della consapevolezza. Il rischio è che in tal modo a una tirannide (razionalistica) se ne sostituisca un’altra (irrazionalistica).

Operare una “trasformazione in O” significa creare uno spazio di vuoto e di silenzio in cui possa avere luogo l’esperienza del reale, inteso ora come la cosa in sé. Questa esperienza è inesprimibile; per poter essere detta deve evolvere, trasformarsi in un oggetto pensabile e conoscibile, che come tale non appartiene più a O (trasformazione in K, che sta per *knowledge*, conoscenza). Il criterio di verifica, per questa conoscenza, non è più quello che abbiamo visto al livello pragmatico-consensuale (sul quale un’ipotesi può essere solo falsificata e mai verificata), ma consiste nella sua derivazione da O:

“ogni pensare e tutti i pensieri sono veri quando non c’è il pensatore” (p. 159).²⁵

Il pensatore è il soggetto che non rinuncia a identificarsi con il grappolo di ricordi e desideri in cui consiste il suo ego. Ogni pensiero condizionato e interessato non può che essere falso: solo la parola rigenerata dal silenzio può essere vera. Quanto più il terapeuta opera mediante trasformazioni di K in O, e di O in K, tanto più il paziente è invitato a unirsi a lui nel viaggio nell’ignoto che ha come meta il divenire ciò che si è:

“è difficile concepire che un’analisi possa avere un esito soddisfacente senza che l’analizzando si riconcili con sé stesso o arrivi a sentirsi all’unisono con sé stesso” (p. 49).

Il passaggio dalla coscienza alla veglia rientra a pieno titolo nel percorso della psicoterapia, perché se è vero che in primo luogo bisogna dare la parola all’esperienza muta, è anche vero che la coscienza che non conosce il silenzio è una coscienza malata e bisognosa di cura. Freud ci ha insegnato come rendere cosciente l’inconscio, Nietzsche ha mostrato che l’uomo (cosciente) deve essere superato, perché l’uomo (solamente cosciente) è una malattia. Lo sviluppo e l’integrazione di quelle indicazioni ci conduce all’impianto di base della psicoterapia contemporanea.

VI

Il movimento regressivo-progressivo

1. Bisogni e desideri

L'organismo psichico, come ogni struttura vivente, ha bisogno di essere protetto, stimolato e nutrito. Difetti quantitativi o qualitativi dello sviluppo derivano da un apporto inadeguato di esperienza, che è l'alimento specifico della mente. Se è insufficiente la protezione, l'organismo è sottoposto a stimolazioni eccessive o traumatiche.

L'elaborazione dell'esperienza è paragonabile al metabolismo corporeo: se è completa il materiale introdotto è interamente trasformato in strutture e funzioni, mentre i prodotti di scarto sono eliminati. La permanenza all'interno dell'organismo psichico di elementi non ben assimilati, perché intrinsecamente indigesti o per difetto dell'apparato di elaborazione, causa disturbi di vario genere.

La storia evolutiva e involutiva che il soggetto porta iscritta su di sé va decifrata nel corso della cura. Ciò che è mancato o è stato dato in eccesso, le esperienze non integrate, i conflitti rimasti irrisolti per qualsiasi motivo lasciano segni che debbono essere interpretati e utilizzati per orientare il cammino della terapia.

Per la valutazione dei bisogni psichici non disponiamo di tabelle come quelle che indicano il fabbisogno giornaliero di vitamine o minerali. Una quantità e qualità di attenzione sufficiente per un bambino può essere inadeguata per un altro. Le esigenze sono molto variabili da una persona all'altra, perché sono differenti le soglie di tolleranza, i progetti vitali e molte altre caratteristiche individuali.

Un'ulteriore difficoltà deriva dal fatto che il confine tra la nozione di bisogno e quella contigua di desiderio è impreciso e problematico. Secondo il significato corrente di questi termini, si ha bisogno di qualcosa di cui non si può fare a meno, mentre si desidera qualcosa che non è indispensabile ma dà piacere. Tuttavia può ben darsi che si *creda* di non poter fare a meno

di qualcosa la cui mancanza viceversa non solo è tollerabile, ma forse è anche richiesta da un certo passaggio maturativo. L'adattamento cui una persona è costretta per far fronte alla privazione di un bene ritenuto essenziale è sicuramente doloroso, ma può avere un esito evolutivo come involutivo. In questa luce è evidente il limite dell'analogia posta sopra tra organismo psichico e fisico. I bisogni del corpo sono governati abbastanza rigidamente da un programma genetico, mentre quelli della mente hanno un buon margine di libertà da questo e dipendono in misura più o meno grande dal modo in cui il soggetto si rappresenta la propria vita.

Come le sfere somatica e psichica trapassano l'una nell'altra senza soluzione di continuità, altrettanto si può dire del bisogno e del desiderio. Un confine tuttavia, per quanto impreciso, esiste, perché è chiaro che alcune esperienze sono necessarie e strutturanti mentre altre, pur intensamente desiderate, sono superflue o dannose. La questione non è irrilevante per la psicoterapia: se il soggetto può considerare necessario il superfluo e viceversa, come è possibile pervenire a una percezione corretta delle cose? Come stabilire di che cosa ha *realmente* bisogno?

Ogni terapeuta si forma una rappresentazione dei bisogni genericamente umani, derivata dall'addestramento ricevuto e dall'esperienza personale e professionale. I pazienti a loro volta hanno le proprie idee al riguardo, anche se non sempre sanno di averle. Le esigenze più diverse possono essere espresse in modo chiaro ed esplicito, oppure indiretto e cifrato. Per decifrarle e valutarle il terapeuta si serve delle proprie conoscenze e dell'esperienza del rapporto, e giunge a conclusioni che possono divergere nettamente da quelle del paziente. Non è affatto raro il caso che l'uno sia persuaso di avere bisogno e diritto di ricevere certe risposte, mentre l'altro sia convinto che il vero bisogno sia piuttosto quello di imparare a farne a meno.

Se la relazione è impostata su un piano dialogico e negoziale, il tasso di legittimità di un'aspettativa non si ricava dalla conformità con un determinato codice culturale o scientifico, ma si misura in base alla capacità e alla volontà di trasformare una fantasia privata in un progetto realistico. In questa prospettiva l'utilità di distinguere i bisogni dai desideri viene meno, mentre la distinzione praticamente rilevante è, ancora una volta, quella tra immaginario e reale.

Chiarito questo, ci chiediamo: di quali esigenze la relazione di terapia è chiamata a farsi carico, per riconoscerne la legittimità o per mostrarne l'illusorietà? A una prima area si è già accennato: in essa il terapeuta si muove assumendo, per certi aspetti ed entro certi limiti, alcune funzioni

proprie della coppia genitoriale; e mostrando, per altri aspetti e al di là di quei limiti, che talune aspettative debbono essere rivolte altrove o essere abbandonate.

Esaminiamo ora una seconda area di bisogni, che possono essere chiamati *regressivi* e *progressivi*: una categoria parzialmente sovrapposta alla prima, su cui si ebbero le prime dissidenze nel movimento psicoanalitico. Per Freud il paziente ha bisogno solo di ricordare, rivivere e rielaborare le esperienze infantili rimosse. Per i primi oppositori, come Adler, Jung e Assagioli, lo scavo analitico-regressivo deve accompagnarsi a un lavoro sintetico e progettuale, in mancanza del quale le energie liberate rischiano di essere ricatturate dai vecchi schemi di esperienza e comportamento. Benché la reazione antianalitica abbia condotto a taluni eccessi, ad essa si deve riconoscere il merito di avere riportato l'attenzione su quegli aspetti essenziali dell'operazione psicoterapeutica che Freud aveva lasciato in ombra. In generale il processo della terapia conduce il paziente ad affrancarsi via via dai lacci dell'immaginario sterile e ripetitivo e a imparare a far uso dell'immaginazione creativa e progettuale. Tuttavia questa facoltà complessa, cui ogni essere umano è predisposto, per trasformarsi da potenziale in attuale deve essere, al pari di ogni altra, esercitata. A questo fine occorre che la relazione terapeutica diventi, oltre che luogo di scavi archeologici, anche un laboratorio per la sperimentazione di nuovi progetti vitali.

L'attività psicoterapeutica consiste per buona parte in un lavoro di *va-e-vieni*, un movimento regressivo-progressivo²⁶ le cui fasi sono strettamente intrecciate: basti pensare che qualsiasi intervento di ricostruzione del passato è in effetti una costruzione il cui rapporto con una pretesa verità storica e fattuale può essere molto labile, mentre ciò che lo rende valido è la sua capacità di ristrutturare l'esperienza attuale e integrarla in un progetto di vita.

Nello sviluppo della psicoterapia contemporanea si osserva una linea che attraversa i diversi schieramenti: nel campo psicoanalitico la nozione molto problematica di verità storica perde terreno a favore di una più pragmatica verità narrativa, mentre i comportamentisti puri lasciano gradualmente il posto ai terapeuti cognitivo-comportamentali. Questo significa che il modello delle scienze oggettive o naturali appare sempre più inadeguato alla maggioranza degli psicoterapeuti, le cui posizioni tendono invece ad avvicinarsi, in modo più o meno consapevole, al prospettivismo nitzscheano, cioè alla concezione per cui ogni conoscenza è legata a un particolare punto di vista, e quindi a particolari interessi, desideri, fantasie. La conseguenza di questo spostamento è che oggi i terapeuti di tutte le scuole, nell'indagare sulle esperienze passate, non si curano troppo di stabilire

come le cose si siano “realmente” svolte, ma cercano piuttosto di ricostruire il modo in cui gli eventi sono stati vissuti e interpretati dal soggetto.

2. Traumi

In buona parte il lavoro della terapia consiste nel riportare alla luce le interpretazioni incongruenti con l'esperienza attuale cui il soggetto è rimasto legato (movimento regressivo) per sostituirle con altre, proposte dal terapeuta, trovate dal paziente stesso o costruite in collaborazione tra i due, che si dimostrino preferibili per la loro capacità di integrare i dati, risolvere problemi specifici, organizzare e progettare l'esperienza attuale (movimento progressivo).

Nel movimento regressivo si tratta di ritornare ai punti in cui il processo vitale ha subito un arresto, in corrispondenza di traumi, carenze di fattori maturativi, conflitti e problemi irrisolti per i motivi più diversi. Individuare uno di questi punti, ad esempio un trauma, non significa stabilire, come è stato chiarito, la verità storica dell'evento, ma semplicemente portare il soggetto a ricostruire o rivivere un'esperienza dolorosa che potrebbe non essersi affatto verificata nel modo in cui attualmente è ricostruita o rivissuta. Ciò che effettivamente conta è che il modo in cui l'esperienza è trattata serva a risolverla.

Perché dunque parlare di trauma, se pensiamo che in realtà potrebbe non essercene stato alcuno? Il contenuto di ogni esperienza è determinato dal significato che le viene attribuito, e questo a sua volta dipende dalla condizione mentale in cui chi la vive si trova, che include aspettative, conflitti e fantasie di ogni genere. Un evento che non ha suscitato reazioni particolari nel momento in cui si è verificato può diventare traumatico in un secondo tempo, quando viene associato a una rappresentazione minacciosa (fenomeno cui Freud si è riferito con il termine di *Nachträglichkeit*).

Se il significato che è attribuito a un evento dipende dallo stato psichico in cui il soggetto si trova, e questo a sua volta è condizionato dagli eventi precedenti, che producono aspettative su quelli che seguono, sembrerebbe vano cercare di isolare un frammento in questa catena, che dovrebbe piuttosto essere considerata nella sua totalità. Sarebbe cioè arbitrario fare affermazioni del tipo “è accaduto un evento traumatico” o “c'è stato un difetto di cure genitoriali”, prescindendo dalle fantasie e dai desideri del soggetto cui queste cose si riferiscono. Stabilito che ogni esperienza deve essere collocata nel suo contesto, non è tuttavia indifferente trattarla come prevalentemente traumatica, carenziale o conflittuale.

Consideriamo schematicamente queste differenze. Se si ritiene che il nucleo di un'esperienza irrisolta sia *traumatico*, si fa l'ipotesi che un determinato evento doloroso, singolo o ripetuto, non sia stato adeguatamente assorbito ed elaborato.

E. è una giovane donna che ha avuto diversi ricoveri ospedalieri a causa di gravi comportamenti autolesivi. Nel corso della psicoterapia affiora un sintomo apparentemente secondario: durante le sedute E. sprofonda in uno stato di coscienza oniroide e si lamenta per un'esperienza di aridità e arsura quasi intollerabile. Incoraggiata a esplorare questa sensazione, descrive sé stessa come una masserella informe inondata da una sostanza liquida bruciante. Mentre ascolta questa descrizione, il terapeuta ha l'immagine di un embrione aggredito, e chiede a E. se pensa che sua madre l'abbia desiderata. E. risponde che non ha motivo di pensare il contrario, ma in seguito va a trovare la madre e le pone la stessa domanda. La madre, turbata, nega di aver mai voluto abortire, ma ammette che lo voleva il marito; questi la costrinse a recarsi da una donna del paese che le introdusse una sostanza caustica nell'utero. Aggiunge di essere stata contenta per il fallimento della manovra. Dopo questa rivelazione e la successiva elaborazione dell'episodio, il sintomo si attenua e infine scompare.

Secondo alcuni ricercatori, come Grof (1985), le esperienze traumatiche pre- e perinatali avrebbero un'importanza molto più grande di quanto comunemente si pensi nel determinare le più svariate forme di psicopatologia. E' difficile capire in che modo tali esperienze possano imprimersi nell'organismo prima ancora che si sia sviluppato un apparato percettivo, o addirittura prima che si siano formate delle cellule nervose. E' probabile che l'immaginazione abbia una parte considerevole nella ricostruzione di questi episodi; tuttavia è forte l'impressione che almeno alcuni elementi di queste esperienze abbiano effettivamente origine nella vita embrionale o fetale.

Ciò che è rilevante dal punto di vista della terapia è che alcuni disturbi, quale che ne sia l'origine, cedono se sono trattati con il metodo abreattivo proposto da Breuer e Freud. Una certa esperienza è rivissuta drammaticamente come se fosse l'esatta replica di qualcosa che è avvenuto in passato. E. si agita e geme in preda a una sofferenza intensa; si sente bruciare e chiede un bicchier d'acqua per attenuare l'arsura insopportabile. Non si intravede un conflitto particolare, né un desiderio diverso da quello di essere liberata dal dolore che la tormenta. L'impressione più forte è che E. stia semplicemente cercando di rivivere un'esperienza traumatica per poterle dare un significato, assimilarla e integrarla.

Può darsi naturalmente che il presunto trauma sia solo immaginario e rappresenti una soluzione di compromesso per un conflitto che non ha accesso alla coscienza. In questo caso è evidente che una vera risoluzione potrà venire solo dall'elucidazione del conflitto. Se tuttavia si ottiene un esito

soddisfacente con un trattamento di tipo abreattivo, è ragionevole ammettere che alla base del disturbo in questione ci sia stata proprio un'esperienza di carattere traumatico.

Esistono terapeuti che vedono solo e sempre conflitti, qualsiasi cosa i pazienti cerchino di far loro vedere. Ad esempio una corrente della psicoanalisi contemporanea, detta "postegopsicologica", si richiama all'affermazione di Kris, secondo il quale la psicoanalisi non è una psicologia generale, ma solo una psicologia del conflitto. Uno psicoanalista "postegopsicologico" che voglia essere coerente con le proprie premesse deve pertanto limitarsi ad analizzare i conflitti dei suoi pazienti, e tralasciare tutto ciò che non è di sua competenza.

Esistono anche altri terapeuti (i seguaci di Janov, ad esempio) che ricercano solo traumi o "dolori primari". Costoro sottopongono i loro pazienti a maltrattamenti di vario genere fino a farli urlare di dolore, nella convinzione che la radice del dolore così ottenuto sia "primaria", cioè sia all'origine di tutti i loro disturbi. Questi terapeuti sono convinti che la guarigione possa conseguire solo a un procedimento di tipo abreattivo, così come per gli psicoanalisti ricordati prima solo un'analisi approfondita del conflitto inconscio può risolvere un caso.

Un terapeuta libero da atteggiamenti pregiudiziali si comporterebbe diversamente: nei limiti del possibile aiuterebbe il suo paziente ad abreagire eventuali esperienze traumatiche, ad analizzare i conflitti irrisolti e a vivere nuove esperienze per compensare ciò che gli è mancato, senza privilegiare a priori alcuno di questi aspetti del lavoro. In generale, del resto, i diversi fattori eziologici appaiono strettamente intrecciati, e nel trattamento è necessario spostare continuamente l'attenzione dall'uno all'altro.

3. Carenze

Un'esperienza di *manca*za è certamente dolorosa, e per questo aspetto è assimilabile a una situazione traumatica ripetuta e protratta. Tuttavia se non è il dolore in sé a dominare il quadro, ma una richiesta insistita e reiterata, è con questa che occorre in primo luogo confrontarsi. Si pongono allora due ordini di questioni. Innanzitutto bisogna chiedersi se, in che modo e in che misura ciò che manca possa essere ritrovato in esperienze attuali. In secondo luogo, quando una perdita appare parzialmente o del tutto irrimediabile nei termini della realtà esteriore, nel senso che nessun oggetto del mondo esterno sembra in grado di sostituire l'oggetto perduto, bisogna esaminare in che modo il legame con quell'oggetto possa essere sciolto.

E' importante che il lavoro sul secondo punto sia preceduto, temporalmente e logicamente, da quello sul primo. Lo psicoterapeuta deve guardarsi dal rischio, cui il suo ruolo lo espone, di soggettivizzare ogni cosa trascurando gli aspetti di realtà oggettiva delle questioni che gli sono poste. Come si può essere certi che la lotta per soddisfare un bisogno o un desiderio nel mondo esterno debba essere abbandonata, per rivolgere tutta l'attenzione all'elaborazione della perdita? Alla psicoanalisi sono state rivolte le stesse critiche che precedentemente erano state mosse alla religione: di essere un'istituzione al servizio della conservazione sociale, con la funzione di catturare il malcontento e trasformare in rassegnazione una ribellione potenzialmente eversiva. Questo sospetto, nei confronti della psicoanalisi e più in generale della psicoterapia, non è privo di fondamento. Quei metodi autoritari, nei quali le regole e le modalità di lavoro sono stabilite unicamente dal terapeuta, e qualsiasi tentativo del paziente di modificarle è considerato una resistenza, sono probabilmente scuole di conformismo che deliberatamente o meno favoriscono o rinforzano gli atteggiamenti di docilità e sottomissione.

In effetti una relazione può dirsi realmente psicoterapeutica, cioè non manipolativa, solo in quanto è generata dalla domanda del paziente; del resto ogni relazione autentica è *autogenerativa*, cioè si genera da sé in base ai bisogni e desideri di coloro che vi partecipano e non segue uno schema prestabilito. In una relazione in cui non si dia nulla per scontato il tentativo del paziente di modificare la relazione nel senso delle proprie aspettative, ad esempio di avere un terapeuta più "paterno" o "materno", secondo il senso che egli attribuisce a queste parole, non deve essere considerato necessariamente e a priori come un desiderio irrealistico, da interpretare ma da non assecondare in alcun modo. Una personalità torrenziale e senza freni chiede di essere fermata e contenuta, un essere terrorizzato vuole essere rassicurato e incoraggiato, a un soggetto confuso e dispersivo qualcuno dovrà insegnare a pensare con chiarezza, un individuo chiuso e diffidente spera di trovare chi riesca a interessarlo e motivarlo: sono esempi di una gamma vastissima di situazioni umane che debbono essere affrontate umanamente, con il coinvolgimento diretto e personale del terapeuta.

Di fronte a richieste così sterminate si è tentati di fuggire nell'impotenza, camuffata da realismo e serietà professionale, tipica di chi pone limiti molto precisi al proprio intervento e in essi rigidamente si confina; o nell'onnipotenza, caratteristica di coloro che non arretrano di fronte a nulla, e non c'è compito disperato da cui non si sentano attratti, chiamati e sfidati. Riconoscere ed evitare questi estremi equivale a percorrere la via di mezzo che di regola conduce fuori dall'immaginario. E' la via più ardua, perché

non essendo segnata su alcuna mappa deve essere scoperta e inventata ad ogni passo.

Accettare l'incontro autentico con l'altro significa, in generale e a maggior ragione nella relazione terapeutica, lasciarsi guidare dalla situazione, che di volta in volta suggerirà, a chi si sia posto in sintonia con essa, la parola o il gesto che aiutano o risolvono. Ma la sintonia va continuamente cercata, e in questa ricerca il terapeuta sarà spesso chiamato a superare sé stesso o ad arrendersi di fronte a un limite insuperabile.

4. Il possibile e l'impossibile

L'onnipotenza originaria dell'essere umano è destinata a infrangersi contro ogni sorta di limiti. Ogni aspirazione alla totalità, in qualsiasi forma, è votata allo scacco: l'accettazione dei confini propri e altrui è un passo decisivo nella maturazione e una necessità per ogni convivenza. Ma questa definizione dei limiti non è cosa che si raggiunga una volta per tutte per restare valida da quel momento in ogni circostanza. Al contrario, qualsiasi definizione, per quanto faticosamente raggiunta, è rimessa in discussione un momento dopo. Esistono due modi tipici di sottrarsi a questa continua messa in gioco: la ribellione di chi rifiuta a oltranza di riconoscere un limite, e l'adattamento di chi rinuncia troppo facilmente e si arrende senza lottare. Sono espedienti che non portano lontano, perché chi si adatta non fa che reprimere la propria ribellione, e altrettanto fa il ribelle con l'impulso opposto. Il conflitto tra libertà e necessità può essere rimosso, ma non è realmente possibile sottrarsene, perché entrambe le esperienze sono costitutive dell'esistenza umana.

Ritroveremo questo conflitto nel paziente; per il momento lo vediamo dal versante del terapeuta, che nella relazione è chiamato continuamente a superare i propri limiti o a riconoscerne l'insuperabilità. Non solo è inevitabile porre il paziente di fronte ai limiti spazio-temporali, tecnici e umani della relazione, ma su di essi si gioca la partita decisiva: la mancanza vissuta nella relazione terapeutica prende il posto di altre mancanze cruciali, e infine della mancanza primaria, del paradiso perduto. Presupposto per l'elaborazione della perdita irrecuperabile è che in primo luogo essa sia riconosciuta come tale. Il paziente potrà iniziare a mettersi il cuore in pace solo se si convincerà che non è per malanimo o cattiva volontà del mondo, e specialmente del terapeuta, suo diretto rappresentante, che non gli viene dato ciò che crede sia suo diritto ricevere, ma perché è proprio impossibile ottenerlo. Può essere difficile che il paziente pervenga a questo convincimento se in primo luogo non ha la

sensazione che il terapeuta ha *fatto il possibile* per venire incontro alle sue richieste. Il punto cruciale è che l'*impossibile* è un concetto limite: è ciò che sta oltre il limite del possibile. Questo significa che per realizzare l'esperienza, non intellettuale, ma emotiva, dell'impossibile, bisogna essere giunti al limite del possibile, cioè bisogna avere effettuato una ricognizione accurata, e soprattutto vissuta, dell'area del possibile, e avere constatato che ciò che si cerca non vi si trova²⁷.

Se consideriamo, ad esempio, il caso tipico del paziente che non si sente capito dal terapeuta, non è improbabile che questa richiesta di comprensione abbia un'origine mista: potrà essere ricondotta in parte alla legittima aspettativa che il terapeuta si sforzi di capire anche ciò che non è previsto dalla sua teoria o dalla sua visione del mondo, mettendo in gioco l'una e l'altra in nome dell'ascolto autentico; per un'altra parte alla pretesa illegittima che il terapeuta colluda con le sue recriminazioni e rivendicazioni. E' difficile che la componente ingiustificata della richiesta sia abbandonata se prima il terapeuta non ha riconosciuto la parte giusta e non ha fatto il possibile per corrispondervi, perché in caso contrario il desiderio regressivo continuerebbe ad appoggiarsi alla lotta per un ascolto impregiudiziale e la resistenza alla terapia ne trarrebbe un rinforzo forse insuperabile.

5. Il contatto

Freud riteneva, in contrasto con Ferenczi, che le richieste infantili fossero un pozzo senza fondo, e che fosse pertanto vano qualsiasi tentativo di risposta diverso da quello analitico²⁸. Se apriamo ad esse anche solo uno spiraglio, chi ci salverà dalle richieste insaziabili di amore? Se poi consideriamo che non è amore platonico quello che abbastanza spesso ci viene offerto e chiesto, abbiamo una ragione in più per tenere rigidamente le distanze, anche e soprattutto in senso fisico. In queste circostanze non è strano né improbabile che il paziente metta le difese del terapeuta al servizio delle proprie.

Dovremo allora negoziare anche la distanza fisica, fino a ridurla, eventualmente, a zero? Ci si può chiedere se il contatto corporeo, di per sé, abbia valore terapeutico. Alcuni lo negano, per altri la "terapia dell'abbraccio" è una componente significativa della nuova esperienza relazionale di cui il paziente ha bisogno (Boadella e Liss, 1986). Sembra lecito affermare che per la grande maggioranza dei pazienti l'esperienza di vicinanza e intimità non necessiti di una mediazione corporea, che invece può essere utile e forse necessaria in alcuni casi più gravi. Se l'utilità di *includere* il contatto fisico tra le modalità psicoterapeutiche è, in generale,

discutibile, si può ritenere arbitraria la decisione di *escluderlo* a priori, perché se è dubbio che il paziente abbia bisogno di toccare il terapeuta, è invece chiaro che un terapeuta timoroso del contatto è un problema in più per il paziente; o viceversa un problema in meno, nel senso che un terapeuta inavvicinabile innalza una barriera reale tra sé e il paziente, e questi può avere buon gioco nell'inserire quell'ostacolo nel proprio sistema difensivo: non può comunicare perché c'è un impedimento che non dipende da lui, e quindi non ne è responsabile. Tutte le barriere ideologiche, incluso il rifiuto pregiudiziale del contatto corporeo, offrono al paziente appigli con cui giustificare l'impossibilità del rapporto. Quanto più le barriere si assottigliano e cadono, tanto più il paziente è posto di fronte a sé stesso e alla mancanza primaria ed essenziale, che non dipende da alcun ostacolo contingente.

Naturalmente il paziente, come chiunque, vuole e non vuole essere ricondotto a sé stesso. Con questo entriamo nell'area del conflitto.

VII

Trasformazioni

1. Il soggetto e l'oggetto

Si può credere nell'esistenza oggettiva delle cose solo finché dura l'inconscievolezza di sé. Quando questa si dissolve, appare chiaro che ogni oggetto è quello che è solo per il soggetto che lo osserva; e poiché nessuno ha mai trovato un punto di osservazione assoluto, la costituzione dell'uno rimane insuperabilmente condizionata dal punto di vista dell'altro: vale a dire, tutti gli oggetti non sono altro che *costruzioni* di un soggetto. Naturalmente ci sono costruzioni di diverso genere: ce ne sono di buone e di cattive, di pubbliche e di private; ci sono edifici che stanno in piedi e altri che crollano. Ma la bontà, l'utilità, la bellezza o la solidità di una costruzione debbono essere valutate e, di nuovo, non esistono valori assoluti per farlo. Il valore di un oggetto può essere stabilito solo da un certo punto di vista, secondo i criteri prescelti, a partire da interessi determinati. Anche il discorso che sto facendo in questo momento è determinato come qualsiasi altro dal modo in cui seleziono e organizzo i miei dati e dal vertice in cui mi pongo. Il suo obiettivo è di mostrare l'unità sostanziale di un fenomeno che le diverse scuole psicoterapeutiche rappresentano frazionato, e il suo valore dipende dal riuscire a farlo²⁹.

In questa visione è evidente che non si può parlare di *conflitti* oggettivi, ma solo di situazioni che un soggetto vive e definisce come conflittuali. Il tentativo di oggettivare un conflitto, cioè di attribuirgli un'esistenza indipendente da sé, può essere visto come una delle principali resistenze alla sua risoluzione. Quando il paziente ad esempio dice: "ho diritto di ricevere quello che chiedo, ma gli altri (la vita, il destino) me lo negano"; oppure "so che cosa dovrei fare, ma una parte di me (l'istinto, l'inconscio) me lo impedisce", definisce il conflitto come un evento che ha una sua esistenza

29

oggettiva, qualcosa che dipende da circostanze esterne o incontrollabili: gli altri, il destino, l'inconscio. Se poi, come ha fatto rilevare Schafer³⁰, il terapeuta a sua volta definisce il conflitto in termini oggettivi, ad esempio come un contrasto tra pulsione e difesa, o tra istanze psichiche (es, io, superio), non fa che colludere con il gioco auto-oggettivante del paziente. Schafer e molti altri analisti hanno criticato la metapsicologia freudiana, cioè il complesso edificio teorico che non riflette immediatamente l'esperienza della relazione, ma è ampiamente speculativo. Il ricorso a interpretazioni del conflitto che non rispecchiano ciò che avviene nel rapporto terapeutico, ma si rifanno a modelli più o meno distanti dall'esperienza, rischia di rinforzare il gioco di oggettivazione del paziente. Restituire al soggetto i suoi conflitti significa riformularli in termini che costantemente lo includano, ad esempio: "Lei si aspetta (da me o da altri) una considerazione speciale, e si arrabbia perché non le sembra di riceverla"; oppure: "Lei chiede aiuto, ma le è difficile accettarlo perché non sopporta di sentirsi dipendente". In questo modo i conflitti sono ricondotti alla sfera del soggetto e alla sua responsabilità: se vorrà evitare di sentirsi frustrato dovrà abbandonare talune pretese, se vorrà essere aiutato dovrà imparare a tollerare la dipendenza.

Il rischio, in questo modo di considerare le cose, è di passare dalla fede ingenua nell'esistenza degli oggetti alla fede ugualmente ingenua nell'esistenza del soggetto. Se è logicamente scorretto trattare gli oggetti come entità provviste di esistenza autonoma e separata dal soggetto che li costruisce, è ugualmente arbitraria l'operazione inversa, consistente nell'attribuire al soggetto una sostanza propria e indipendente dall'oggetto a fronte del quale si costituisce.

³⁰ L'adozione di un procedimento costruttivista per approdare a una posizione fenomenologica può sembrare ingiustificata. Tuttavia, come ho cercato di chiarire nel capitolo introduttivo, un procedimento fenomenologico puro è impossibile, perché nessun soggetto può mai mettere completamente tra parentesi la propria situazione e le proprie scelte; d'altra parte un costruttivismo puro è ugualmente impossibile, perché altrimenti l'asserzione "tutti gli oggetti sono costruzioni del soggetto" sarebbe essa stessa una costruzione del soggetto che la formula, e quindi sarebbe contraddetta la pretesa di universalità insita nell'asserzione. Ritengo che i due approcci possano e debbano integrarsi: la consapevolezza della costruzione protegge dall'illusione di giungere mai a possedere le essenze pure delle cose, ma lo sforzo di avvicinarsi per quanto è possibile impedisce di cadere in un relativismo puramente pragmatico. Ad esempio, si sa bene che un giornalismo perfettamente neutrale e obiettivo non esiste: tuttavia a nessuno sfugge la differenza tra un giornalista apertamente fazioso e un altro che si sforza di prendere le distanze dalle proprie convinzioni per descrivere i fatti nel modo più imparziale che gli sia possibile.

In altre parole, la coppia soggetto-oggetto è indissolubile. Per capire meglio questo nesso, consideriamo ancora le due dimensioni che Bion chiama rispettivamente O e K: lo stato assoluto o cosa-in-sé e lo stato relativo o mondo fenomenico. Il primo è inconoscibile, a differenza del secondo, perché qualsiasi conoscenza presuppone un soggetto conoscente e un oggetto conosciuto. O rappresenta lo stato originario dal quale emerge e al quale ritorna ogni evento del mondo fenomenico, in cui l'essere indifferenziato si scinde in un soggetto e in un oggetto. Molti cambiamenti umani possono essere intesi come trasformazioni di O in K e viceversa.

L'intero ciclo vitale può essere visto come un passaggio da una condizione iniziale di totale indifferenziazione, in cui l'identità dell'infante è ancora completamente immersa in quella di chi si prende cura di lui, a una condizione adulta, in cui il processo di separazione-individuazione raggiunge il suo punto più alto, fino al momento finale, in cui l'identità ritorna nell'indifferenziato.

All'interno di questo ciclo maggiore si riconoscono numerosi cicli minori, corrispondenti alle diverse fasi della vita. L'evento della nascita può essere preso a modello per una serie di passaggi successivi, in cui si tratta sempre di attraversare una strettoia che costringe ad abbandonare in parte o del tutto un ambito familiare per entrare in un mondo diverso e sconosciuto. E' come se dal grembo non si uscisse in una volta sola, ma per gradi, attraverso una successione di eventi critici che segnano la transizione da una dimensione che viene lasciata a un'altra in cui si viene rigenerati.

2. *Il cammino di maturazione*

Nel cammino maturativo il soggetto *identifica* via via sé stesso e i suoi oggetti. L'identificazione può essere descritta come il processo mediante il quale il soggetto separa ciò che è e gli appartiene da ciò che non è e non gli appartiene. Il bambino impara che è piccolo e non grande, è maschio e non femmina, è bianco e non nero, e così via. Come risultato, il mondo è diviso in due parti: il *sé* e l'*altro*. Questa divisione comporta tensioni inevitabili, perché tutto ciò che è stato escluso - il grande, la femmina, il nero o qualsiasi altra cosa - si raccoglie in una dimensione, la dimensione dell'altro, rispetto alla quale il soggetto mantiene un atteggiamento ambivalente. Da un lato deve difendersene, per proteggere l'identità acquisita dalla regressione nell'indistinto. Dall'altro lato ne è attratto, perché brama di ricongiungersi a tutto ciò da cui si è separato per ritrovare la propria pienezza e compiutezza.

Il processo di separazione-individuazione comporta una serie di passaggi non agevoli. Se “io e mamma siamo uno”, è ovvio che la mamma resterà sempre con me e mi obbedirà senza discutere, esattamente come il mio braccio, che sarà sempre al mio fianco pronto a rispondere ai miei comandi. Se la mamma, o il mio braccio, si allontanassero da me e prendessero decisioni autonome, la mia reazione non potrebbe essere che di panico e di furore. Se invece “io e mamma siamo due”, tutto cambia: la mamma è un'altra persona da cui dipendo, e se voglio che mi accontenti devo a mia volta accontentarla. Lei non ha più alcun dovere di stare ai miei ordini e io non ho più alcun diritto di pretenderlo: di conseguenza bisognerà venire a patti.

Nel processo della crescita tra il soggetto e i suoi oggetti ha luogo una progressiva differenziazione accompagnata dalla costruzione di una serie di interdipendenze. Maturare significa entrare gradualmente nel mondo umano pragmatico-consensuale e prendere il proprio posto nella rete di relazioni in cui la vita umana si realizza. Il cammino maturativo nel suo complesso può essere visto come una trasformazione di O in K, cioè un processo che conduce da una condizione originaria indifferenziata alla realizzazione compiuta della differenza e dell'interdipendenza tra il soggetto e i suoi oggetti: in altre parole, alla consapevolezza che come esseri umani abbiamo bisogno l'uno dell'altro e quindi è sensato venire a patti e collaborare.

Gli arresti o le deviazioni nel processo maturativo fanno sì che l'identificazione del soggetto e dei suoi oggetti non si stabilisca sul piano della realtà pragmatico-consensuale, ma sul piano privato dell'immaginario. L'identità immaginaria o narcisistica³¹, o falso sé, è ovviamente inadatta a interagire con gli altri; i conflitti che ne derivano sono quelli generati dai vissuti di impotenza e onnipotenza che caratterizzano l'im maturità, cioè la trasformazione incompleta o difettosa di O in K. Il soggetto immaturo tipicamente cerca di dominare tirannicamente gli oggetti e nello stesso tempo se ne sente soggiogato, invaso o abbandonato.

Tutte le attività manipolative compiute o subite dal soggetto implicano una definizione di sé come onnipotente o impotente. Poiché nella relazione con il terapeuta, come in qualsiasi altra, il paziente inevitabilmente trasferisce e mette in atto le sue modalità abituali di rapporto con l'oggetto, l'analisi e l'elaborazione dei conflitti che ne derivano permettono di riconoscere i punti in cui il processo maturativo si è interrotto e offrono una nuova opportunità di crescita.

In terapia è necessario entrare nel gioco di specchi dell'immaginario del paziente senza farsene catturare, per cercare una via d'uscita. Non di

rado terapeuta e paziente debbono aiutarsi l'un l'altro, negoziando la relazione, a uscire ciascuno dal proprio immaginario, e non è detto che dei due sia sempre il primo ad avere i piedi meglio piantati a terra.

Affrontiamo subito una perplessità che potrebbe essere sollevata dalla descrizione data fino a qui del processo maturativo. Non esiste il rischio di influenzare e condizionare il paziente con un'idea preconstituita di maturità? Non viene contraddetta l'ispirazione di questo lavoro, che mira a fondare una relazione generata dalla domanda del paziente, e non dalle teorie del terapeuta? Si può rispondere che la maturazione psichica è un fenomeno che appartiene alla realtà umana allo stesso titolo della maturazione fisica; descriverla come un processo che conduce, in una prima fase, dallo stato di impotenza-onnipotenza dell'infante alla definizione e accettazione del proprio posto in una rete di interdipendenze, con lo sviluppo delle capacità e l'assunzione delle responsabilità che a tale posto competono, non pregiudica in alcun modo il corso della terapia. Infatti, in primo luogo non si dà per scontato che il paziente debba o voglia maturare; ci si limita a osservare che alcuni o molti dei disturbi lamentati possono essere ricollegati a vissuti di impotenza-onnipotenza e quindi alla permanenza di modalità infantili di percezione e reazione. Se tale correlazione diviene chiara anche al paziente, può nascere o risvegliarsi in lui una volontà di crescita precedentemente asopita o smarrita. Il compito del terapeuta, che è di amplificazione e attivazione delle domande latenti, oltre che di ascolto delle domande esplicite, è certamente facilitato se la teoria di cui dispone lo aiuta a dirigere l'attenzione sulla vasta area di problemi e disturbi correlati a difetti maturativi.

In secondo luogo, se una persona assume responsabilmente la posizione che le compete nel gruppo sociale di appartenenza, questo non equivale ad accettarne passivamente le aspettative o le norme. La posizione che il soggetto sente corrispondere alle proprie inclinazioni e capacità e dalla quale ritiene di svolgere la funzione più soddisfacente per sé e più utile per gli altri può non essere affatto prevista nel contesto che pure ne trarrebbe vantaggio, e anzi essere apertamente osteggiata da parte di chi difende l'ordine stabilito. In questo caso il soggetto dovrà lottare contro circostanze avverse e interessi costituiti per occupare il posto che sente essere il suo. La relazione terapeutica non è una scuola di conformismo, ma può diventarlo se il terapeuta, invece di accompagnare il suo paziente in un cammino maturativo che deve essere trovato assieme passo per passo, ritiene di dirigerlo lungo una scala di fasi libidiche o adattamenti sociali previsti da un sistema di valori dal quale dipende la sua identità e al quale tende di conseguenza ad assoggettare anche quella dell'altro.

Infine, la descrizione data del processo non implica certamente che la prima collocazione di sé sia da intendere come un punto d'arrivo. All'interno dei legami stabiliti la maturazione continua virtualmente senza fine, e ogni mutamento rimane possibile, perché le relazioni possono esaurirsi e i compiti concludersi. Questi movimenti avvengono sul piano adulto della realtà pragmatica e negoziale, che viene raggiunto attraverso la rinuncia all'onnipotenza infantile e al libero vagabondaggio adolescenziale. Non si tratta quindi di pilotare il paziente verso questa o quella nicchia che la struttura sociale o l'ideologia del terapeuta prevedono per lui, ma solo di aiutarlo a costruire la capacità di valutare lui stesso che cosa gli conviene e di decidere autonomamente di conseguenza.

3. Il divieto dell'incesto

Se la trasformazione di O in K corrisponde alla prima parte del percorso, come intenderemo la trasformazione inversa, di K in O? Il punto da chiarire preliminarmente è che per ritornare a casa in primo luogo bisogna esserne usciti. Ciò significa che la trasformazione di K in O si pone solo per una realtà K che si sia evoluta da O, mentre per il soggetto ancora parzialmente immerso in O il ritorno anticipato equivale a un arresto maturativo. Questo è il significato essenziale e primario del tabù dell'incesto. Il rapporto sessuale, che è una trasformazione in O, deve essere vietato tra genitori e figli per il semplice motivo che il ritorno precoce in O, quando l'identità del bambino o ragazzo non si è ancora sufficientemente differenziata da quella dei genitori, blocca il cammino maturativo. Il rapporto sessuale ha effetti distruttivi quando l'identità ancora fragile e incompleta non è in grado di reggerne l'impatto destrutturante.

Tutte le trasformazioni in O, dal rapporto sessuale a ogni tipo di esperienza estatica, sono eventi che implicano la temporanea perdita di sé, e come tali sono evidentemente rischiosi. Perché la perdita sia solo temporanea, e non sconfini nella follia erotica o mistica, bisogna che il livello di maturità raggiunto consenta al soggetto di perdersi per poi ritrovarsi rigenerato, e non per andare in pezzi. Il cammino maturativo è lungo, il dolore per la separazione è duro da sopportare, la nostalgia dell'origine non viene mai meno: per la particolarità del destino umano la tentazione di deviare dalla via obbligata per ritrovare anzitempo la beatitudine dell'unione è fortissima. La "libido perverso-polimorfa" ipotizzata dalla psicoanalisi è un modo metapsicologico di definire la tentazione, sempre presente sin dall'infanzia, di deviare dal cammino maturativo.

Prescindendo dalle difficoltà pratiche e contingenti, l'ostacolo fondamentale che sbarra la strada al desiderio regressivo, cioè al ritorno precoce in O, è la *colpa*. E' ben noto che sensi di colpa possono derivare da condizionamenti, internalizzazione di istanze proibenti, aggressione al sé per proteggere l'oggetto e altri meccanismi. Tutto questo non deve oscurare la funzione primaria del senso di colpa, che è in primo luogo un sistema fisiologico di segnalazione delle azioni o intenzioni trasgressive rispetto alle leggi che regolano la sopravvivenza e la crescita. Il fatto che l'incesto sia proibito in tutte le società umane complesse indica l'esistenza di una legge universale, percepita in tutte le culture nel variare degli ordinamenti particolari, la cui trasgressione è sentita come colpa. Per esprimere il contenuto di questa legge ricorriamo alla formula $O \boxtimes K$, il cui significato può essere inteso così: l'essere umano deve evolvere da O a K, cioè deve costituirsi come soggetto compiutamente individuato e separato dalla matrice O, prima di poter ritornare a O, cioè prima di poter realizzare l'unione con l'oggetto nella relazione sessuale. Ogni trasgressione di questa legge, se il sistema di segnalazione è normalmente funzionante, è sentita come colpa.

Tra il desiderio (regressivo o trasgressivo) e la legge fondamentale costitutiva dell'uomo in quanto uomo esiste un conflitto essenziale. Per capire le vicissitudini di questo conflitto e i fallimenti nei tentativi di risolverlo dovremo esaminare i modi del suo superamento. Nel farlo incontreremo una delle maggiori aporie della psicoanalisi.

VIII

La legge

1. Il conflitto edipico

Emergendo da uno stato indifferenziato, un soggetto si costituisce nell'atto di porsi di fronte a un oggetto. Il movimento di separazione-individuazione e il movimento opposto, di annullamento della separazione attraverso la fusione con l'oggetto, scandiscono il ritmo dell'esistenza. La legge che vieta l'incesto stabilisce che, a partire da una condizione di separatezza, esistono due vie per ritrovare l'unione con l'oggetto: una lecita, o progressiva, e una illecita, o regressiva.

Sulla via regressiva il soggetto cerca di ricreare l'unione perduta con l'oggetto aggirando la barriera che la impedisce, mentre la via progressiva prende inizio dal riconoscimento e dall'accettazione di un'istanza proibitiva, comunque rappresentata. Sulla prima il tentativo è di sottrarsi al divieto per ottenere la soddisfazione immediata e incondizionata del desiderio. Sulla seconda il ricongiungimento con l'origine è rinviato e le condizioni che lo renderanno nuovamente possibile debbono essere pazientemente costruite.

La legge è necessaria per dare inizio al cammino maturativo, ma non è sufficiente per portarlo a compimento. Ha scritto Lacan (1950):

“Il detto: è la legge a fare il peccato, resta vero fuori della prospettiva escatologica della Grazia in cui san Paolo l'ha formulato”.

Il senso di quel detto è che nessun divieto riesce a estinguere il desiderio: al contrario, tutto ciò che è proibito diviene ancora più desiderabile, perché per il soggetto ancora parzialmente immerso nell'onnipotenza infantile qualsiasi limite è un affronto e una sfida. La sottomissione alla legge ha il potere di reprimere e rimuovere i desideri, cosa che li rende ancora più forti e insidiosi, mentre nessun superamento trasformativo del conflitto è prevedibile in questo orizzonte.

Freud ha mostrato la centralità del conflitto da lui chiamato edipico, ma non il modo di risolverlo. In effetti il “tramonto” del complesso edipico è, come Freud (1924) ammette, solo una rimozione, che nei casi ottimali dovrebbe essere addirittura una “distruzione”. In che modo il rimosso possa essere distrutto, proprio questo rimosso in un inconscio altrimenti più che conservatore, Freud non lo spiega. In effetti, può solo auspicarlo, nel tentativo di garantirsi da un ritorno che farebbe vacillare tutto l’edificio della psicoanalisi. In realtà il rimosso ritorna e diventa la pietra d’inciampo, anzi la roccia basilare della psicoanalisi. Vediamo per quale intrinseca necessità questo avvenga.

Per cominciare, l’impossibilità del superamento è già implicita nella considerazione dei fattori che secondo Freud dovrebbero produrlo: la delusione amorosa e la minaccia immaginaria della castrazione. Delusioni e minacce, come tutti i castighi e tutti i premi, sono fattori molto potenti se l’obiettivo è di ottenere rimozioni o condizionamenti, ma di per sé non hanno alcuna efficacia trasformativa. Questo vale sia per il conflitto originario, sia per la sua riattivazione nella relazione terapeutica, in cui viene riconosciuto e portato alla coscienza. In questa sede ci si può attendere che venga effettuato un confronto con la realtà, cui segua l’inevitabile delusione che a suo tempo il soggetto è riuscito a schivare o non ha vissuto fino in fondo. La questione, nel primo e nel secondo scenario, rimane la stessa: si tratta di abbandonare l’onnipotenza infantile a favore di una realtà inevitabilmente deludente.

Per questa via si può ottenere tutt’al più, come Freud (1895) riconosce, di cambiare una sofferenza nevrotica in una comune infelicità. Non è poco, ma non è una soluzione. E’ del resto evidente che non può essercene una, se nella trattativa non si ha di meglio da proporre che una rinuncia in nome del principio di realtà. L’esito è scontato: l’indistruttibile onnipotenza infantile non cesserà mai di cercare le sue rivincite. Al massimo si può sperare che il soggetto pervenga a una “capacità matura di illudersi”, secondo la formulazione di Modell (1984):

“Vi sono forme mature di dipendenza, in un certo senso il bisogno di forme transizionali di relazione non è mai superato. C’è un bisogno continuo di mantenere l’illusione che nega la separatezza tra il sé e l’altro. L’illusione forma la base dell’amore e della creatività”.

Di relazioni autentiche, in questo contesto, non è il caso di parlare: l’autenticità non sarebbe che un’altra illusione, come l’amore. Se il punto di partenza è definito con espressioni come “narcisismo primario” o “libido perverso-polimorfa”, che stabiliscono un’equazione tra infanzia e malattia, la

crescita non può essere intesa altrimenti che nei termini di un processo lineare di abbandono della follia iniziale e di adattamento a un mondo inesorabilmente impari alle attese. Non resterà che l'alternativa tra l'illusione di poter fare a meno di tutte le illusioni e il tentativo di riciclarne qualcuna in modo maturo.

2. Legge fallica e legge morale

Per uscire dall'impasse dobbiamo riesaminare l'idea centrale della psicoanalisi freudiana, che il conflitto cosiddetto edipico possa tramontare per effetto di delusioni cognitive o minacce vere o immaginarie. Innanzitutto è discutibile la scelta del mito di Edipo per rappresentare simbolicamente il passaggio evolutivo in questione. Anche all'interno del campo psicoanalitico questo riferimento simbolico, la cui non accettazione comportava un tempo l'espulsione automatica dal gruppo, è oggi apertamente messo in discussione. Ad esempio Kaufman (1983) trova "curiosa" l'omissione di Freud, che ha trascurato l'ingente produzione mitica della sua stessa tradizione (ebraica) per rivolgersi a un mito pagano che paradossalmente descrive un insuccesso nel raggiungimento di una risoluzione "edipica" soddisfacente.

"Alla fine Edipo divenne suo padre, un uomo vendicativo, impulsivo e pieno di odio. Non vi fu ammenda, pentimento o riconciliazione. Quando il suo crimine fu scoperto, Edipo si rivoltò contro sé stesso in un'esplosione di rabbia, con la stessa inesorabile ira che ormai caratterizzava il suo Superio... Ciò che il padre aveva inflitto al figlio fu ripetuto dal figlio stesso: mutilazione ed esilio".

A questo mito esemplare, ma fallimentare quanto alla sua soluzione, Kaufman contrappone il mito biblico del sacrificio di Isacco, in cui il conflitto mortale tra padre e figlio è risolto dall'angelo che ferma la mano di Abramo. Qui il figlio non è semplicemente soggiogato con la minaccia di morte o di castrazione, ma è conquistato dalla fede del padre, che non impone la propria legge - come legge del più forte - bensì si dimostra lui stesso sottomesso a una legge che lo supera: una legge che non è indifferente al destino degli uomini, ma è vissuta come intrinsecamente giusta, anche se non sempre comprensibile.

In tal modo al figlio è "offerta la possibilità di distinguere l'imgo di un padre onnipotente simile a un dio dal padre reale che obbedisce al comando di un'autorità esterna e attuale". Sono poste così le basi per la formazione di un'istanza morale matura, perché "l'individuo è un agente morale solo in quanto riceve un messaggio morale".

A prescindere da problematiche pre- ed extraedipiche, è proprio il conflitto edipico che Edipo non riesce a risolvere. Una figura di padre come quella che si ricava dal mito di Edipo non veicola alcun messaggio etico, e quindi non può essere la base per la formazione di un'istanza etica matura. Al contrario il padre Abramo trasmette al figlio l'idea di una legge cui si può accordare fiducia, perché capace di regolare con giustizia la vita degli uomini. Il primo inizio di una coscienza etica è da ricondursi a un'esperienza capace di generare fiducia, e non alla sottomissione da parte di una figura genitoriale che si impone con la forza o con il confronto umiliante. Questo è un punto di notevole importanza per la terapia. Se il terapeuta fornisce interpretazioni "edipiche" in nome di un presunto principio di realtà, è molto probabile che il paziente si senta trattato come Edipo e reagisca come Edipo: in altre parole, che risponda con arroganza filiale alla prepotenza paterna. Se invece il terapeuta riesce a generare nel paziente la fiducia nell'esistenza di leggi cui è *conveniente* obbedire, perché indicano la strada della crescita e della libertà, è più probabile che la collaborazione finisca per prevalere sulla resistenza.

Del resto è evidente che se la legge del padre e quella del figlio si inscrivono sullo stesso registro fallico, il conflitto tra i due potrà avere esiti diversi, ma non è prevedibile alcuna forma di conciliazione. Nella lettura lacaniana di Freud il fallo, come significante per eccellenza in un'economia androcentrica, è destinato a presentificare l'assenza, cioè la perdita della condizione originaria di onnipotenza.

Per il maschio si tratterà allora di "essere il fallo", di negare quindi la castrazione, per la femmina di "avere il fallo", di colmare perciò la mancanza" (Vegetti Finzi, 1980).

Siamo alla roccia basilare: la protesta virile e l'invidia del pene si rivelano come i fattori ultimi e insormontabili della resistenza (Freud, 1937), perché nella logica fallico-edipica il conflitto tra analista e analizzando è destinato a imboccare lo stesso vicolo cieco in cui si è perso quello che lo ha preceduto. L'analisi non può che riconoscere lo scacco e arrestarsi o cercare soluzioni consolatorie, come il "godimento fallico" della parola che sostituisce la relazione, la cui impossibilità è stata sancita.

Se adottiamo il mito biblico del sacrificio di Isacco al posto del mito di Edipo, costruiamo un contesto in cui la proibizione non è più derivata da un ordinamento fallico - cioè dalla legge naturale del più forte - ma da un principio di giustizia. Laio crede di risolvere il conflitto mortale che lo oppone al figlio sopprimendolo, ma Edipo sopravvive e ucciderà lui, restando imprigionato nella stessa logica di vendetta e sopraffazione. Anche Abramo

vuole uccidere Isacco, ma lo stesso dio che ha comandato l'uccisione gli ferma la mano: il figlio può vedere che dal conflitto mortale si può uscire attraverso la fede in una legge che crea i conflitti, ma dà anche i mezzi per risolverli. In tal modo la *legge fallica* è superata dalla *legge morale*: su questo piano la relazione tra padre e figlio non è più regolata da minacce e costrizioni cognitive, ma dalla fiducia condivisa in un ordinamento che oltrepassa entrambi.

Trasferito sulla scena della terapia, il passaggio da un piano all'altro ha luogo in quanto il terapeuta rinuncia a esercitare il potere fallico rappresentato da un sapere tecnico-scientifico invidiabile e temibile cui l'altro è chiamato a sottomettersi, ma si offre come partner in una relazione che coinvolge e mette in gioco entrambi. Il significato etico di questo scambio è più chiaro se ricordiamo il senso proprio e originario della parola *ethos*: un insieme di convinzioni e valutazioni condivise cui si perviene attraverso un dialogo illuminato dalla *phronesis*, la ragionevolezza responsabile. La formula freudiana "dov'era l'es deve venire l'io" incorpora il principio dell'etica aristotelica: il piano della vita istintiva deve essere superato dalla filosofia pratica, cioè da uno scambio comunicativo ispirato dalla ragione.

L'ispirazione fondamentale etica del dialogo psicoanalitico appartiene certamente al campo psicoterapeutico, mentre ad esso è estraneo il residuo fallico del freudismo che traspare nell'uso del mito edipico e più ancora di quell'altro mito che, facendo dello psicoanalista l'unico interprete autorizzato dell'inconscio, lo disancora dalla realtà della relazione e lo proietta nell'immaginario.

3. Il dialogo etico e oltre

La concezione etica che emerge dal mito ebraico è certamente diversa da quella che si fonda sul senso greco di razionalità e da altre che si sono susseguite nello sviluppo del pensiero occidentale. La legge può essere rivelata ai profeti o conosciuta direttamente dalla ragione umana, può essere naturale o positiva; ma in tutti i casi racchiude i criteri che permettono di distinguere il giusto dall'ingiusto e il bene dal male. Nel nostro tempo

"l'etica sembra configurarsi come una dottrina del dialogo sociale, nel quale si costruiscono e si destituiscono - in un continuo processo di collaudo e di aggiustamento degli individui tra loro e interno a ogni individuo - i valori e le regole cui si richiamano i singoli e i gruppi" (Vattimo, 1982).

La relazione terapeutica può essere considerata come un laboratorio o uno spazio privilegiato per questo dialogo.

Se tra terapeuta e paziente si stabilisce un'alleanza di lavoro basata sulla fiducia condivisa, o trasmessa dal primo al secondo, nella possibilità di approdare a un piano sul quale i rapporti tra gli uomini non siano più regolati da volontà di sopraffazione e da paura, ma da valori che si affermano con il confronto e il dialogo, il sordo antagonismo fallico può essere superato mediante il comune ancoraggio al livello che lo supera.

Tuttavia, poiché la coscienza di ciò che è giusto accende più che estinguere la volontà trasgressiva, come san Paolo aveva ben visto, in ultima analisi la legge morale è ugualmente impotente se l'obiettivo non è solo quello di superare l'opposizione fallica, ma anche di trasformare e far evolvere il desiderio. Il dialogo etico permette di mediare i conflitti che originano sul piano narcisistico-fallico, ma il contrasto tra desiderio e colpa non trova su questo una soluzione, anzi può ben essere che ne sia esasperato.

La legge morale consente l'emancipazione dal piano della legge fallica, ma come procedere oltre? I miti di Edipo e del sacrificio di Isacco descrivono i primi due livelli del percorso; per proseguire occorrono altre storie. Ad esempio il mito della *nascita eterna* di Meister Eckart, che offre come i precedenti una rappresentazione del rapporto tra padre e figlio, contiene, a differenza degli altri, una metafora rigenerativa. Nel pensiero dell'eretico Eckart il padre genera il figlio non una volta sola, in Gesù di Nazareth, ma innumerevoli volte, in ogni uomo di ogni tempo. Ciò che rende possibile la generazione è il *distacco*³². Esso consiste nella decisione di prendere le distanze da qualsiasi identificazione di sé, rinunciando ad abitare il mondo delle immagini; e di allentare la presa su qualsiasi oggetto, esterno o interno, senza per questo sciogliere il legame con l'oggetto, ma solo l'attaccamento ad esso. Questa operazione non implica l'annullamento delle immagini e degli oggetti, che mantengono le funzioni che hanno sui rispettivi piani: al contrario, è il soggetto che, privato del suo supporto immaginario e oggettuale, viene annientato in quanto soggetto che trae il proprio essere dal legame con le immagini e gli oggetti, per essere rigenerato sul piano dell'esistenza autentica. Attraverso il distacco il vecchio uomo muore, e sulle sue ceneri il padre eternamente rigenera il figlio.

La rigenerazione è ottenuta ristabilendo il contatto con l'origine della potenza generativa, cioè mediante una *trasformazione in O*. La differenza tra "nascita eterna" e simbiosi regressiva sta nel fatto che nell'una il ricongiungimento con l'origine ha luogo a seguito e per effetto della rinuncia

³²Note

all'onnipotenza, cioè di una compiuta relativizzazione del soggetto, mentre nell'altra è proprio il rifiuto di relativizzarsi, ovvero di rinunciare all'onnipotenza, che spinge il soggetto a recuperare la pienezza originaria attraverso la fusione con l'oggetto. La minaccia della castrazione e il confronto umiliante producono solo una rinuncia apparente, che in effetti è una rimozione del desiderio. La legge morale offre criteri, regole e codici con cui negoziare il confronto di realtà, ma a sua volta è fonte di conflitti insuperabili. Solo la rinuncia al legame costitutivo con qualsiasi oggetto, e quindi anche con quegli oggetti privilegiati che sono i codici morali, fa cessare il conflitto e produce quel distacco o abbandono completo che consente il ritorno in O.

Il passaggio in questione è caratterizzato dalla messa in gioco dell'identità in K, che è fondata sul principio di non contraddizione, per il quale l'io è definito dalla contrapposizione con il non-io, e dallo stabilirsi di un senso diverso dell'identità. Bisogna tener presente il viraggio semantico che le parole subiscono nel passaggio dal piano fenomenico a quello noumenico. Sul primo il soggetto non ha altra esistenza al di fuori della relazione con l'oggetto. Poiché in O si estingue ogni differenza, ciò che in K appare separato in O si ricompone in unità; del soggetto in O si può solo dire che è parte di un tutto. E' il linguaggio stesso che da un livello all'altro cambia funzione: sul piano fenomenico descrive, denota, definisce, mentre avvicinandosi a ciò che non può essere conosciuto produce solo allusioni e simboli. Il discorso della psicoterapia trapassa di necessità e in continuazione dal rigore definitorio all'ambiguità della metafora.

4. La legge generativa

Ci chiediamo ora: se l'onnipotenza è solo parzialmente e provvisoriamente limitata sul piano fallico mediante minacce e umiliazioni e sul piano etico grazie alla fiducia nella legge, che cosa potrà indurre il soggetto a una rinuncia radicale, cioè alla decisione di perdersi in quanto soggetto dipendente dalle immagini e dagli oggetti per ritrovarsi sul piano dell'esperienza autentica?

Ritorniamo al mito eckartiano per rilevarne la notevole analogia strutturale con il mito nietzscheano dell'eterno ritorno. Il distacco non ha bisogno d'altro, né di digiuni, né di preghiere, né dell'osservanza di alcuna legge o disciplina³³: il livello morale è superato, a patto che, naturalmente, sia stato prima raggiunto. Lo stesso itinerario osserviamo in Nietzsche: lo

³³ Eckart, *Trattati e prediche*, p. 173.

spirito deve passare per le metamorfosi del cammello, che sta per il soggetto etico, e del leone, capace di dire il sacro no a tutti i doveri. Solo dopo il leone può venire il fanciullo che dice il sacro sì alla vita, analogo nietzscheano del figlio che eternamente rinasce.

In primo luogo, perché lo spirito vuole diventare cammello? Perché il soggetto etico è *più forte* del soggetto fallico. Il livello fallico è il più basso a cui l'essere umano possa scendere, mentre il livello generativo è il più alto cui possa salire. Non si può arrivare in cima d'un balzo, bisogna andare per gradi.

“Che cosa è gravoso? domanda lo spirito paziente e piega le ginocchia, come il cammello, e vuol essere ben caricato.

Qual è la cosa più gravosa da portare, eroi? così chiede lo spirito paziente, affinché io la prenda su di me e possa rallegrarmi della mia robustezza.

Non è forse questo: umiliarsi per far male alla propria alterigia? Far rilucere la propria follia per deridere la propria saggezza?”³⁴.

Ricordiamo la tesi di Kaufman: l'individuo è un agente morale solo in quanto riceve un messaggio morale. In effetti il messaggio è necessario, ma non sufficiente: può ottenere il suo scopo solo se riesce a incontrare la volontà di crescita del soggetto. Nessuno rinuncia all'alterigia e alla vanità solo perché qualcun altro ha detto che è bene farlo. La legge generale della crescita può essere formulata così: *è possibile rinunciare a un livello dato di vita solo per raggiungere il livello superiore*. E' una legge che il terapeuta deve tenere ben presente, se vuole ottenere dal paziente la rinuncia alle pretese del livello più basso. Non solo la capacità, anche e soprattutto la *volontà* di tollerare la frustrazione è un passaggio d'obbligo per la soluzione di qualsiasi conflitto, poiché una perdita è sempre inaccettabile se non si vede la possibilità di trasformarla in guadagno. Una perdita in termini di immagine o di oggetti può essere sempre ribaltata in guadagno maturativo: il soggetto nella “fase del cammello” ha bisogno di queste perdite per rafforzarsi, ma non è detto che lo veda. E' compito del terapeuta mostrargli la necessità di questo passo per attivare la sua volontà (o motivazione) etica.

Il soggetto etico si affranca dal livello fallico, ma rimane vincolato ai valori che gli vengono trasmessi dalle figure cui non può evitare di appoggiarsi in questo transito. Isacco deve credere nel dio di Abramo, lo psicoanalista ortodosso deve far proprie le convinzioni di Freud. La legge è universale, ma le sue interpretazioni sono particolari, e in questo orizzonte è inevitabile che ciascuna si consideri giusta e proietti l'errore sulle altre: il

³⁴ Nietzsche, *Così parlò Zarathustra*, Delle tre metamorfosi.

conflitto delle interpretazioni contrappone i cristiani agli ebrei, i protestanti ai cattolici, i comportamentisti agli psicoanalisti, i kleiniani ai freudiani, e così via all'infinito. Ogni valore è relativo a un soggetto che valuta, individuale o collettivo che sia. Il tentativo di rendere assoluti i propri valori è l'operazione tipica del soggetto non ancora emerso dall'onnipotenza. Accettare la relatività dei valori significa portare fino in fondo la relativizzazione di colui che valuta, cioè condurre a compimento la trasformazione di O in K. *Solo quando è riconosciuta la relatività delle valutazioni proprie e altrui si può stabilire un dialogo autentico.*

Abbiamo esaminato il passaggio dal solipsismo narcisistico e dalla competizione fallica alla posizione etica, e dall'assolutismo etico all'apertura dialogica e negoziale. Rimane da vedere il superamento del piano etico e dialogico in direzione della potenza generativa.

La rinuncia all'onnipotenza implica l'abbandono di ogni illusione di autosufficienza e di ogni tentativo di sopraffazione per approdare alla consapevolezza dell'interdipendenza, nel cui orizzonte il bene comune prevale sull'interesse particolare del singolo. La piena disponibilità dialogica e negoziale indica che la trasformazione di O in K è compiuta, ma proprio questo compimento è il punto di svolta da cui inizia il cammino di ritorno. Così parla Zarathustra nel "Cammino del creatore":

"Fratello, vuoi andare nella solitudine? Vuoi cercare la via verso te stesso? Indugia ancora un poco e ascoltami.

'Colui che cerca, finisce facilmente per perdersi. Ogni solitudine è una colpa': così parla il gregge. E tu hai fatto a lungo parte del gregge.

La voce del gregge continuerà a risonare dentro di te. E quando dirai: 'Io non ho più la vostra coscienza', ciò sarà un lamento e un dolore.

Vedi, quella coscienza stessa generò anche questo dolore: e sulla tua melanconia si riverbera, ardente, ancora l'ultimo bagliore di questa coscienza.

Ma tu vuoi procedere sul sentiero della tua malinconia, che è il sentiero verso te stesso? Fammi vedere che ne hai la forza e il diritto!

Sei una nuova forza e un nuovo diritto? Un moto primo? Una ruota che corre da sé? Sei capace di costringere le stelle a ruotarti attorno?

Ahimé, vi è tanta cupidigia di elevatezza! Vi sono tanti contorcimenti di ambiziosi! Fammi vedere che non sei né un cupido né un ambizioso!"³⁵

Non tutti i pazienti sentono il bisogno di andare oltre l'interdipendenza, ma tutti i terapeuti dovrebbero avere almeno iniziato a percorrere il "cammino del creatore". Quei terapeuti che fanno propria la "voce del gregge" vedono una difesa schizoide in ogni solitudine e una regressione narcisistica in

³⁵ Nietzsche, *ibid.*, Del cammino del creatore.

ogni ricerca di sé. Poiché non conoscono la strada del ritorno, e anzi la temono, sono ostili a coloro che la cercano. Eppure per molti, per i quali il mondo delle immagini e degli oggetti è diventato inabitabile, questa via è obbligata.

Nietzsche mette in guardia: la via è ardua, bisogna avere la forza e il diritto di intraprenderla. E' necessaria la forza che si conquista lottando contro lo spirito di gravità che attira verso il basso, verso il piano narcisistico-fallico: questa strada non è per gli avidi, gli ambiziosi e i timorosi. E' necessario il diritto di coloro che avendo eletto il dovere a legge, sanno poi dire di no a tutti i doveri. Molti sono attratti da questa ricerca, senza averne la forza né il diritto. La relazione terapeutica è il luogo dove i tentativi abusivi debbono essere smascherati - e va da sé che può capitare anche al terapeuta di riconoscersi o essere riconosciuto come un abusivo su questa strada. Coloro che inseguono sogni di autorigenerazione per sottrarsi al bisogno e alla dipendenza non compiutamente accettati, o praticano il distacco per timore di essere abbandonati o soffocati dagli oggetti del loro attaccamento, debbono essere liberati dall'illusione di scorciatoie o fughe in avanti e ricondotti al punto in cui si trovano.

Ritorniamo infine alla domanda che abbiamo posto: che cosa può indurre il soggetto a rinunciare ai valori che lo legano al gruppo di appartenenza, per intraprendere la "ricerca di sé", il viaggio alla scoperta del sé originario, del "fanciullo oltreumano"? Una legge morale è un insieme di valori, per lo più trasmessi ed ereditati, cui il soggetto si affida per regolare la propria esistenza. E' necessario averne una per non cadere nella sregolatezza fallica, a meno di non avere iniziato a scoprire la propria capacità di creare valori nuovi. E' attirato da questa scoperta chi ha compreso che la vita si sottrae costantemente a qualsiasi tentativo di inquadrarla e dirigerla secondo valori precostituiti. Creare nuovi valori significa lasciare che sia la vita stessa a indicare la via da prendere in ogni istante. Ma questo è possibile solo a chi non rimane imprigionato nei vecchi valori, a chi osa varcare i confini della legge morale avendo percepito l'insolubilità dei conflitti che essa produce.

Come dall'esperienza dell'inconciliabilità dei conflitti che originano sul piano narcisistico-fallico nasce l'impulso all'oltrepassamento di quel piano e alla conquista della posizione etica, allo stesso modo in coloro che hanno vissuto fino in fondo tale posizione - come Paolo, Eckart e Nietzsche - e hanno scoperto la sua ineliminabile contraddittorietà e l'impossibilità di

giungere a una reale integrazione di sé permanendo in essa, nasce l'impulso al superamento anche di questo livello, in direzione di quella radicale rigenerazione di sé che indichiamo con la formula bioniana di *trasformazione in O*.

Che cosa ci permette di riunire l'apostolo di Cristo, l'eretico e l'anticristo nella stessa compagnia³⁶? Sono personalità accomunate dagli stessi tratti: libertà dalla legge morale, sacrificio del vecchio uomo attraverso lo scioglimento di tutti i legami che lo costituiscono, rinascita come uomo nuovo. Lo schema di questo passaggio è identico a quello del processo iniziatico - passione, morte e rinascita - che fonda ogni cultura sciamanica. La psicoanalisi lo ha riscoperto con Bion, ma sembra che ogni cultura in ogni tempo debba riscoprire una legge di trasformazione il cui nucleo rimane identico nel variare delle forme particolari e dei contesti in cui si esprime. In particolare Eckart ha descritto il passaggio trasformativo come una legge rigorosa: il soggetto che pratica il distacco costringe il padre, cioè la potenza generativa della vita, a rigenerare in lui il figlio: il soggetto che avendo sciolto i legami dell'identità ordinaria cessa di opporre resistenza e permette alla potenza della vita di rigenerarlo. Il processo obbedisce a una legge precisa, diversa dalle due che abbiamo esaminato prima. Così alla legge fallica e alla legge morale si aggiunge la *legge generativa*.

Queste leggi possono essere ricavate dall'osservazione della relazione psicoterapeutica, ma altrettanto legittimamente possono essere intese come metafore generali costruite per segnare le tappe di un cammino evolutivo che non è mai lineare³⁷. Nemmeno l'indicazione di un livello inferiore e uno superiore deve essere presa alla lettera: è facile immaginare di emanciparsi dalla morale, sentirsi superuomini e ricadere *ipso facto* al livello narcisistico - è accaduto a Nietzsche, può accadere a chiunque in qualsiasi momento. Ho tentato semplicemente di descrivere un percorso che conduce dall'esistenza immaginaria, governata da istinti e coazioni, punto di partenza abituale del lavoro psicoterapeutico, al piano etico dialogico e negoziale della vita associativa; e poi da questo alla scoperta di una dimensione più profonda di sé, da attingere in seguito all'inevitabile scacco della comunicazione e ai momenti di crisi cataclismatica cui va incontro ogni esistenza che esca dai recinti convenzionali.

³⁷ Descrivo dei fenomeni, costruisco teorie e metafore. Ogni singola cosa che dico può essere intesa come una descrizione o una costruzione. Non posso eliminare questa ambiguità, perché in ogni momento costruisco il mondo che cerco di conoscere. Non pretendo di essere rigorosamente oggettivo né mi accontento di una semplice narrativa, ma cerco di creare un'apertura in cui qualcosa si possa mostrare.

La conoscenza di queste leggi - o l'uso di queste metafore - apre lo spazio in cui può essere accolta virtualmente ogni domanda del paziente. I primi due ambiti sono inclusi, in una forma o nell'altra, nella maggior parte dei sistemi terapeutici, mentre l'importanza del terzo è troppo spesso sottovalutata o non percepita del tutto. Viceversa la metafora generativa più di ogni altra fonda l'operazione psicoterapeutica, perché funziona come un catalizzatore per la forza autorisanativa dell'organismo psichico: si potrebbe affermare che tutte le altre operazioni hanno un valore introduttivo e preparatorio per la *cura radicale* dell'anima, che in realtà non molti cercano, ma che illumina e dà senso a tutto il percorso, per quanto breve sia il tratto in cui il paziente chiede di essere accompagnato.

IX

Resistenze

1. Chi resiste?

Ogni cosa, dagli oggetti inanimati agli esseri viventi, manifesta una tendenza tenace a persistere nel proprio stato di quiete o di moto; in altre parole, a restare com'è. I cambiamenti sono possibili solo sullo sfondo di una realtà relativamente statica: se tutto mutasse in continuazione non resterebbe più nulla in rapporto a cui registrare un cambiamento, e nessuno per osservarlo.

Rispetto a questa legge generale d'inerzia la relazione psicoterapeutica non è una zona franca. Benché paziente e terapeuta si accordino per produrre un cambiamento, ciascuno dei due resiste come può, e con i mezzi di cui dispone, a qualsiasi modifica dello status quo che lo riguarda, e altrettanto fanno la famiglia del primo e la scuola del secondo.

Resistenza è il nome che si dà a un insieme di fenomeni di carattere oppositivo che si osservano nella relazione terapeutica e intorno ad essa. La domanda: *chi si oppone, a che cosa e in che modo?* può servire per un primo orientamento in questo insieme.

Cominciamo con il caso più ovvio: il paziente resiste al cambiamento, perché questo lo esporrebbe a esperienze penose o a certe responsabilità che preferirebbe evitare. In questo caso, il *modo* in cui si oppone riflette generalmente il suo stile di vita, la struttura del suo carattere, in definitiva il suo problema. Opponendosi, il paziente fornisce informazioni cruciali su di sé; potremmo dire che fa la sua parte nel gioco e in ultima analisi collabora nel momento stesso in cui espone la sua resistenza a cambiare. Nella terapia, come altrove, ogni ostacolo può essere la pietra d'inciampo o il gradino grazie al quale fare un passo avanti. Sta al terapeuta indicare la seconda possibilità, se il paziente è fermo alla prima.

Secondo caso: la terapia non procede perché è ostacolata da difficoltà del terapeuta, che vanno dall'insufficienza dei suoi strumenti teorici e tecnici a problemi personali irrisolti che interferiscono con quelli del paziente. Ora è il terapeuta che resiste: a correggere errori, colmare lacune o affron-

tare contraddizioni proprie; ed è il paziente che cerca di curare il terapeuta, perché questi sia poi in grado di curare lui. Se il primo è abbastanza abile e il secondo abbastanza umile, si può stabilire quella reciprocità di cura che in misura maggiore o minore e a livelli più o meno sotterranei ha luogo in ogni terapia. Se invece il terapeuta è troppo fragile per accettare di essere messo in discussione, e il paziente troppo esigente per tollerare un terapeuta imperfetto, le resistenze dell'uno hanno un effetto moltiplicatore su quelle dell'altro e si giunge inevitabilmente alla paralisi.

Terza possibilità: l'opposizione viene dall'ambiente del paziente, dal sistema di rapporti in cui è inserito. L'infermità del singolo non di rado è funzionale al precario equilibrio di un insieme, come si osserva tipicamente nei matrimoni simbiotici e nelle famiglie psicotiche. Nei sistemi molto chiusi e rigidi ogni cambiamento in un membro del gruppo può scatenare conseguenze catastrofiche per la stabilità dell'insieme. La difficoltà può essere affrontata coinvolgendo altri membri della famiglia nel lavoro, o monitorizzando dalla stanza della terapia le reazioni dei famigliari ai cambiamenti del paziente. In ogni modo, quando esistono resistenze di questo genere, cosa che accade non di rado, la coppia terapeutica deve abbandonare l'illusione di essere una diade autosufficiente che può interessarsi esclusivamente di ciò che avviene al proprio interno. E' necessario occuparsi anche della rete di relazioni in cui il paziente è inserito, e intervenire su di essa con modalità dirette o indirette.

Quarto e ultimo caso: lo sviluppo della relazione è ostacolato da fattori che originano nella scuola cui il terapeuta appartiene. Si tratta della sottile ragnatela dottrinarie che avvolge il trattamento personale, la supervisione, i seminari clinici, e in generale di tutte le misure delle quali le istituzioni si servono per assicurarsi la fedeltà ideologica dei propri membri. Ad esempio nelle scuole analitiche quando un terapeuta presenta un caso non è infrequente sentir commentare: "Questa non la chiamerei analisi" (Schafer, 1983). L'intervento in questione, indegno di essere chiamato analisi, è qualcosa da cui è bene astenersi, a meno che non sia reso necessario da circostanze particolari, i cui effetti dovranno essere neutralizzati quanto prima per tornare a fare della buona analisi. E' chiaro che se il corso del trattamento richiedesse l'applicazione ripetuta e protratta di una modalità di lavoro che nell'ambiente culturale del terapeuta è considerata con sospetto, questi si troverebbe in conflitto tra ciò che i sensi, l'intelletto e il cuore gli suggeriscono e ciò che la sua scuola prescrive o proibisce.

Questo tipo di resistenza, tuttavia, è meno invalidante di quanto potrebbe sembrare, perché in tutte le scuole i terapeuti imparano che molte cose possono essere accettate e anche lodate, a patto di essere ridefinite nei termini della teoria dominante. Così i comportamentisti prestano un'atten-

zione crescente alla relazione terapeutica e possono farlo senza troppi problemi, a patto di definire ciò che fanno “monitoraggio delle reazioni proprie e del paziente”, e non analisi del transfert e del controtransfert, termini improponibili in quegli ambienti. Allo stesso modo è probabile che un analista si irrigidisca se sente parlare di “esperienza emotiva correttiva” (espressione coniata dall’eretico Alexander), ma si rilassi subito se il discorso verte sulla “funzione di contenimento del setting”.

2. *L’oggetto della resistenza*

Dopo questa classificazione introduttiva, ci chiediamo: come si fa in pratica a riconoscere una resistenza? L’esperienza mostra che non c’è nulla che non possa esserlo: il silenzio o la loquacità, il distacco emotivo o l’affettività torrenziale, la scarsità o l’eccesso di materiale, il boicottaggio o la collaborazione troppo sollecita. Che cosa consente a ogni terapeuta, di qualsiasi scuola, di concordare immediatamente con questo piccolo elenco esemplificativo di potenziali resistenze? E’ un fattore che si è soliti indicare come occhio oppure orecchio clinico: quella particolare sensibilità che permette di avvertire che qualcosa non va a partire da minimi indizi. Colpisce tutto ciò che è fuori misura, ciò che è troppo scarso o esorbitante rispetto a un flusso comunicativo ottimale. Simmetricamente, e a dimostrazione del fatto che la sensibilità clinica è solo un affinamento della sensibilità naturale, può essere il paziente ad avvertire che il terapeuta è fuori misura: troppo rigido o troppo estroso, più distaccato o più coinvolto del necessario e via enumerando eccessi e manchevolezze.

Detto questo, si deve aggiungere subito che il modo di intendere la resistenza dipende strettamente dal modo in cui è concepito il processo terapeutico. Nei trattamenti di tipo analitico occupa una posizione centrale la “resistenza di transfert”, cioè il modo in cui l’opposizione al cambiamento si manifesta nella relazione col terapeuta. Nei trattamenti di tipo cognitivo-comportamentale il termine “resistenza”, peraltro poco usato (si preferisce dire *noncompliance*), si applica invece prevalentemente a tutto ciò che interferisce con l’esecuzione dei compiti stabiliti. A un fenomeno che è percepito come resistenza all’interno di un orientamento determinato può essere attribuito un significato del tutto diverso in un altro quadro di riferimento. Ha scritto Basch (1982a) che

“la resistenza, originariamente un segnalatore di conflitto psichico, è diventata un eufemismo, relativamente privo di significato, per la frustrazione del terapeuta. Tuttavia, se questi può permettere al paziente di guidarlo nella sua esplorazione, diventerà consapevole di una gamma di problemi di ordine evolutivo molto più vasta di quanto sia possibile trattare nella cornice di una teoria che veda tutta la patologia

nei termini del conflitto edipico e delle vicissitudini della sessualità infantile. La liberazione del terapeuta da un punto di vista inutilmente stretto riguardo al suo ruolo e alle finalità della terapia risolve molte impasse terapeutiche”.

Molti dei fenomeni che un analista ortodosso chiamerebbe resistenze, perché tali appaiono dal suo punto di osservazione, sono visti invece da Basch, analista kohutiano, come semplici impasse dovute all'insufficienza della teoria classica. In generale è vero che la tentazione di attribuire la mancanza di progressi alle resistenze del paziente, piuttosto che alle insufficienze della propria teoria, è forte, talvolta irresistibile. Basch vede questa insidia, ma a sua volta non sembra in grado di evitarla del tutto, perché dichiara:

“La resistenza, quando è genuina e non è un eufemismo per la mancanza di comprensione, esperienza e sforzo da parte del terapeuta, è nel e/o al transfert” (Basch,1982b).

Definizione, questa, condivisibile da un analista, ma certamente non da un comportamentista. In altre parole, le resistenze si dividerebbero in due gruppi: quelle false, che in realtà sono impedimenti dovuti alle insufficienze teoriche o personali di un terapeuta, per come appaiono a un altro terapeuta, e quelle genuine, che corrispondono alla definizione di chi le giudica tali. Le citazioni riportate sopra sono tratte un volume³⁸ che ospita quattro lavori di psicoanalisti, e altrettanti di comportamentisti, sui rispettivi modi di intendere la resistenza in psicoterapia. E' inutile dire che, nei commenti che seguono, tutti gli autori comportamentisti rigettano le tesi di Bash, oltre a quelle di tutti gli altri psicoanalisti, e che questi fanno altrettanto con le tesi degli avversari.

Ho citato Bash perché i suoi lavori si distinguono per un livello apprezzabile di apertura e di anticonformismo e per lo sforzo dichiarato di non essere “parrocchiale”. Nonostante questo, non può fare a meno di ripetere le consuete parole d'ordine che gli permettono di ricucire gli strappi e di ribadire la propria appartenenza al gruppo degli psicoanalisti. Il prezzo del rientro consiste nella riaffermazione categorica di quei principi teorici basilari cui non può rinunciare senza mettere a repentaglio la propria identità culturale e professionale, e che d'altra parte precludono irrimediabilmente ogni possibilità di dialogo con chi non condivide i medesimi assunti. Di fatto a tutt'oggi la protezione di quell'identità è un'esigenza molto più fortemente sentita dalla maggior parte dei terapeuti

di quanto non sia il bisogno di dialogo e scambio con i colleghi di altre scuole³⁹.

Tentativi di integrazione tra orientamenti diversi, come quello descritto nel volume citato, sono fatti perché se ne sente l'utilità e l'esigenza, e falliscono per un malinteso. Un confronto serio e autentico tra uno psicoanalista e un comportamentista sarebbe possibile solo se entrambi fossero disposti a mettere in gioco i principi e i valori in cui credono. Questo significherebbe ammettere sin dall'inizio l'eventualità che l'esito del confronto sia l'approdo a un'area che non possa più essere definita psicoanalitica né comportamentale, ma semplicemente psicoterapeutica. Poiché questa eventualità, di regola, è esclusa a priori dagli uni come dagli altri, il sostanziale fallimento di questi tentativi non può che esserne la conseguenza.

In realtà un confronto non pregiudiziale tra i diversi orientamenti permetterebbe di illuminare gli aspetti della relazione che ciascuno di essi lascia in ombra. Può accadere che il paziente di un comportamentista sia considerato resistente al trattamento per una scarsa *compliance* nell'esecuzione dei compiti, quando l'ostacolo effettivo, se indagato in modo appropriato, potrebbe rivelarsi la riluttanza del terapeuta a ricercarne l'origine in conflitti inconsci riguardanti il rapporto con l'autorità, riattivati nella relazione terapeutica. Viceversa può accadere che un paziente resista alle interpretazioni profonde del suo analista semplicemente perché il suo problema è molto più banale. A un'asserzione ortodossa di Basch ("Freud ha dimostrato che i sintomi hanno uno scopo che, una volta capito, spiega la loro necessità per il paziente"), Fay e Lazarus (1982) rispondono:

"Ciò che Freud ha dimostrato è che *alcuni* sintomi psicologici *possono* avere uno scopo, poiché i comportamentisti hanno dimostrato in modo anche più convincente che molti sintomi possono essere acquisiti in maniera fortuita".

I pregiudizi del terapeuta possono condurre, in questi casi, a due approcci opposti. Da un lato la richiesta del paziente viene presa alla lettera: vuole essere liberato di un certo fastidio e si cerca di accontentarlo, senza preoccuparsi troppo delle radici profonde e della situazione globale da cui quel disturbo emerge. Si tentano empiricamente vari rimedi sperando che qualcuno funzioni. Questo modo di procedere si incontra abbastanza frequentemente nelle scuole non analitiche, mentre in quelle analitiche è più facile imbattersi nell'inclinazione contraria: i problemi specifici e attuali ricevono scarsa attenzione, a favore dell'indagine sulle radici

infantili e inconscie e sulla personalità nel suo insieme. In un caso si presta orecchio solo alle domande più esplicite, colludendo con il richiedente nell'impegno di eludere le questioni più radicali. Nell'altro si trascura come irrilevante la possibilità che i problemi del paziente siano risolvibili pragmaticamente per come si presentano, senza un viaggio alla ricerca delle origini remote e un rivolgimento globale della personalità.

⁹ Wachtel (ed), *Resistance. Psychodynamic and behavioral approaches*, 1982.

²⁰ Rinvio all'ultima formulazione sistematica che Jaspers ha dato del suo pensiero: *La fede filosofica di fronte alla rivelazione* (1962).

²¹ E' l'orientamento ermeneutico "classico": "Per Ricoeur interpretare significa svelare un senso nascosto, una verità trascendente rispetto alle sue espressioni... all'interno del campo ermeneutico, compito della psicoanalisi è la demistificazione, la riduzione delle illusioni, un itinerario di purificazione che lascia emergere la manifestazione del senso che rinvia alla pienezza irraggiungibile del sacro" (Vegetti Finzi, *ibid.*).

²⁴ Bion, 1970, p. 40 e 65. Per la verità Bion non parla del terapeuta, ma dell'analista. Poiché tuttavia, come Bion chiarisce bene, il porsi all'unisono con O richiede un atto di fede e l'abbandono di una posizione conoscitiva, sembra improprio continuare a chiamare analista colui che effettua questa trasformazione. Si può pensare che il mantenimento di questo termine dipenda essenzialmente dal desiderio di non mettere in questione l'identità di gruppo degli psicoanalisti, cui Bion si rivolge, già seriamente provata dalle innovazioni da lui apportate al corpo dottrinario della psicoanalisi.

²⁵ Cfr. Nietzsche: "Un pensiero viene quando è 'lui' a volerlo, e non quando 'io' lo voglio; cosicché è una *falsificazione* dello stato dei fatti dire: il soggetto 'io' è la condizione del predicato 'penso'". *Al di là del bene e del male*, Adelphi, 1968, p. 21.

26

Note

⁹ In *Questioni di metodo (Critica della ragione dialettica, 1960)*, Sartre definisce regressivo-progressivo un metodo caratterizzato da un movimento di andirivieni tra i dati in cui l'esistenza umana si è oggettivata e il progetto in cui quei dati sono di volta in volta superati, perché per Sartre "l'uomo si caratterizza anzitutto per il superamento di una situazione, per ciò che riesce a fare di ciò che lo si è reso" (p. 77).

²⁷ Come afferma Jung (1946, p. 209): "Occorre in ogni caso raggiungere il limite delle possibilità soggettive, perché in caso contrario anche il paziente potrà non percepire i propri limiti".

3. *Barriere artificiali*

Per gli psicoanalisti le resistenze debbono essere interpretate: solo portando alla luce le fantasie e i conflitti inconsci che ne sono alla base il trattamento può procedere. Per i terapeuti cognitivo-comportamentali le idee maladattive e le convinzioni errate che impediscono il progresso non sono necessariamente inconse, anzi per lo più è sufficiente porre una serie di domande mirate per evidenziare le strutture cognitive che inducono il paziente a percepire la relazione in modo distorto e quindi a opporsi invece di collaborare (ad esempio: “che cosa ha pensato quando ho detto - o qualcun altro ha detto - la frase che l’ha irritata?”). Gli uni puntano a rendere cosciente ciò che è inconscio, gli altri preferiscono affrontare le resistenze praticamente, con azioni volte a creare un clima di fiducia e collaborazione, rinforzando le risposte desiderabili, proponendo compiti *ad hoc*, fornendo gli stimoli più diversi per nuove esperienze.

In realtà non c’è motivo di considerare incompatibili i due modi di procedere. Ad esempio alcuni pazienti si oppongono al lavoro della terapia, come anche ad altri impegni, per sottrarsi all’esperienza dolorosa del fallimento cui sono convinti di andare incontro. La convinzione patologica può essere perfettamente cosciente, o almeno vicina alla coscienza; si potrà andare alla ricerca dei suoi antecedenti remoti, ma se questo lavoro di scavo e ricostruzione non dà frutti è giusto tentare altre vie. Questi pazienti possono rispondere bene a un intervento diretto sul “dialogo interno”, come è praticato dai terapeuti cognitivi. Esso consiste nel neutralizzare le convinzioni autoinvalidanti mediante asserzioni correttive, costruite in collaborazione con il paziente e rese operative attraverso un regolare addestramento; puntando poi, dopo questo lavoro preliminare, alla produzione di nuove esperienze, all’interno o all’esterno della relazione terapeutica, che consentano al paziente di modificare il suo pregiudizio su di sé.

Altri pazienti vedono nel terapeuta una figura ideale dalla quale vogliono essere amati. Se si permette al processo di idealizzazione di svilupparsi, gradualmente potrà venire in luce il significato che questo processo ha nella loro vita affettiva; in tal modo la fantasia potrà essere compiutamente analizzata e risolta. Se il terapeuta scoraggia questo sviluppo, riportando continuamente il paziente a un tipo di collaborazione realistica basato sulla definizione di problemi e l’esecuzione di compiti, questa elaborazione non può avvenire.

La ricerca di esperienze correttive nel primo caso e il lavoro sulla “relazione di transfert” nel secondo possono rivelarsi le risposte più

²⁸ Vedi Cremerius, 1983.

corrette alle domande poste dal paziente. Se il terapeuta si lasciasse guidare da queste, piuttosto che dalle teorie che ha in mente, molte resistenze cadrebbero da sole.

In effetti molte differenze, drastiche nelle affermazioni di principio, diventano più sfumate nella pratica. L'espressione "terapia di sostegno" è impiegata spesso per raccogliere tutto ciò che è meno nobile dell'oro puro dell'analisi. Tuttavia, come è risultato molto chiaramente in una ricerca già citata⁴⁰, gli interventi di "sostegno" sono praticati abitualmente e correntemente anche nelle psicoanalisi "pure", e i risultati ottenuti in queste sono attribuibili ad essi in misura non inferiore che agli interventi propriamente analitici.

Sull'altro versante, negli scritti degli autori comportamentisti si leggono passi come il seguente:

"Se la *noncompliance* del cliente deriva dalla sua percezione del terapeuta come una figura parentale e riflette l'intreccio di aspettative e implicazioni tra bambino e genitore, il successo della terapia dipenderà dalla risoluzione di questi impedimenti simbolici" (Lazarus e Fay, 1982).

Da affermazioni come queste si capisce che i comportamentisti sono ben consapevoli delle resistenze che gli psicoanalisti chiamano "di transfert" e le trattano routinariamente, ma attribuiscono a questa parte del lavoro un'importanza secondaria, esattamente come fanno gli analisti con gli interventi "di sostegno". Con questo ritorniamo alla nostra tesi di fondo: tutti gli psicoterapeuti fanno sostanzialmente le stesse cose, che lo vogliano e lo sappiano o meno, perché la natura stessa della relazione di cura li costringe a fare anche ciò che la loro teoria non prevede o lascia in ombra. Il fatto che in questo campo comune si privilegino alcuni aspetti in funzione di scelte aprioristiche piuttosto che dei bisogni reali del paziente può essere compreso come un'espressione delle resistenze al cambiamento del terapeuta, che interferiscono con lo sviluppo della relazione al pari delle resistenze del paziente, e come queste dovrebbero essere analizzate e risolte.

Una relazione terapeutica può essere detta autentica se in essa trovano accoglienza le diverse spinte e istanze che sono messe in gioco da entrambe le parti. In una filosofia negoziale del rapporto ciascuna esigenza deve trovare un suo spazio e modo di esprimersi senza sopraffare le altre. In questa prospettiva, illuminata dalla ricerca della misura, appare più chiaro che la dismisura, intesa come cedimento a impulsi, pretese, convinzioni e credi di ogni sorta, da qualsiasi parte provengano⁴¹, è la forma di ogni

resistenza alla soluzione di problemi specifici, e più in generale alla crescita umana.

*Il circolo immaginario**1. La misura e la dismisura*

Ai diversi modi della dismisura corrisponde la varietà di forme della psicopatologia: schizoidismo e simbiosi, depressione e mania, isteria e ossessività e via dicendo. Non c'è disturbo che non possa essere visto come eccesso di qualcosa o scarsità di qualcos'altro. Reciprocamente, la salute mentale può essere intesa in termini di equilibrio, come capacità di non arroccarsi in solitudine né fondersi con gli altri, non reprimersi né farsi dominare dagli impulsi, e così via. Più esattamente, la misura non consiste nel tenersi rigidamente nel mezzo, ma nell'aver il controllo delle oscillazioni. Mentre la mediocrità è la condizione statica di chi si tiene lontano dagli estremi per paura di perdersi, la misura è successione rischiosa, ma non avventata, di momenti di perdita e di recupero dell'equilibrio.

In questa concezione dinamica la nozione di misura più che l'equidistanza tra due estremi indica la via d'uscita da una trappola. Nel dilemma tra amore e odio per come si manifesta abitualmente, dove l'amore consiste in un investimento di desiderio su un oggetto e l'odio nella ripulsa del medesimo se non risponde alle attese, non è possibile liberarsi dal dominio del secondo senza prendere in pari tempo le distanze dal primo. Non si tratta di rifugiarsi in una regione in cui non c'è dolore perché è stato abolito il desiderio, ma di sperimentare la capacità di provare desideri senza esserne dominati, e parallelamente di tollerare la mancanza senza esercitare rappresaglie sull'oggetto frustrante o sul sé incapace di ottenere quello che vuole. La misura può essere definita come un modo di fluire tra le contraddizioni evitando di aderire troppo all'uno o all'altro termine: avvicinarsi ma non avvinghiarsi, allontanarsi senza erigere barriere permanenti.

Chi cerca una terapia è di solito una persona che non riesce a venire a capo di contraddizioni che compromettono l'unità e la continuità dell'esperienza. Frammenti di identità legati a impulsi, esigenze,

convinzioni e ideali contrastanti lottano per la supremazia, si dividono il campo del vissuto e dell'azione, si comprimono e sopprimono a vicenda o costruiscono precarie soluzioni di compromesso. Le figure dell'immaginario, il mondo in cui il soggetto è diviso in sé stesso e prigioniero delle immagini in cui si è identificato, vanno di solito a coppie, perché in questo dominio sottratto alla consapevolezza vige la legge automatica dell'omeostasi, per la quale ad ogni azione corrisponde una reazione uguale e contraria.

In questo spazio si incontrano abitualmente un "io libidico", simbiotico e dipendente, e un "io antilibidico", orgoglioso e autosufficiente; e poi l'avidio e l'asceta, il trasgressivo e il penitente, l'euforico e il depresso, l'impulsivo e l'inibito, il vanitoso e il vergognoso, il sadico e il masochista, l'impacciato e lo sfacciato e via dicendo. Spesso uno dei due domina al punto di negare l'esistenza dell'altro; spetta allora al terapeuta di amplificare la voce del più debole per consentirgli di dire la sua. Altre volte gli antagonisti si dividono il campo o lo occupano alternativamente, come nel caso di coloro che enunciano certezze categoriche per cadere nella più drammatica incertezza se vengono contraddetti.

A ogni tendenza corrisponde puntualmente una controtendenza. Le figure dell'immaginario nascono dalla mancata armonizzazione e integrazione dei contrasti e dall'identificazione del soggetto con i frammenti di specchio in cui la sua immagine è rifratta. Nel corso del trattamento occorre individuare quelle figure, dar loro spazio nella relazione perché possano esprimere ciò che preme per essere detto e riconoscere quanto può esservi di legittimo nelle esigenze che, se pure in modo irrealistico e distorto, rappresentano. Il tentativo di ricomporre in unità il sé incrinato e disperso dall'urto dell'esperienza, obiettivo ultimo di ogni psicoterapia, orienta il lavoro sin dall'inizio, imponendo di raccogliere con grande cura e pazienza i più piccoli frammenti in cui quell'unità si è frantumata. Anche se ciò che è effettivamente richiesto e realisticamente possibile fare nell'ambito di una terapia è sempre solo una frazione di quel lavoro, il significato di questa parte può essere colto solo in una prospettiva globale di integrazione della personalità ed emancipazione dall'immaginario. Se manca questa, è difficile sottrarsi al rischio dell'improvvisazione casuale e della manipolazione reciproca.

2. La rottura del circolo

Gli esempi che seguono raffigurano situazioni tipiche in cui la resistenza alla terapia si esprime con le modalità del circolo immaginario

La fatica con cui G. viene alle sedute di terapia è la stessa che prova di fronte a ogni impegno e responsabilità. A questa fatica contribuiscono in parti quasi uguali due fantasie. La prima è il sogno di una vita in cui qualcuno pensi a tutto, in modo che lei non debba preoccuparsi di nulla. La seconda, nascosta nell'idea che tutti pretendano troppo da lei, è la tendenza a esigere lei stessa moltissimo da sé, col risultato di ritrovarsi regolarmente in difetto rispetto a un livello di attese troppo elevato.

Per G., che è troppo esigente con sé stessa, ogni impegno è gravoso. Per sfuggire a questa pesantezza sogna che qualcuno le offra un grembo totalmente accogliente; non trovandolo, conclude che deve pensare a tutto lei. Così la spirale si autoalimenta. E' ugualmente legittimo considerare la fantasia di autosufficienza come secondaria alla frustrazione del desiderio del grembo, perché in un cerchio qualsiasi punto può essere preso come iniziale. Cercare il punto d'inizio di un circolo vizioso è arduo in termini teorici e sterile agli effetti pratici. Ciò che occorre trovare è piuttosto un punto di rottura, di uscita dall'immaginario e di entrata nel mondo reale.

La struttura polare della fantasia conduce di per sé a un luogo centrale da cui scaturisce. Il sogno di una cura perfetta si infrange nell'esperienza della precarietà, l'illusione di bastare a sé stessi si dissolve nella certezza del bisogno. Dalla realtà della relazione, frustrante e conflittuale, G. fugge in direzioni diametralmente opposte, immaginando sé stessa autosufficiente e l'altro totalmente accogliente. Potrà liberarsi di queste fantasie solo ancorandosi a una relazione reale che le consenta di riconoscersi bisognosa e di accettare una cura, per quanto imperfetta.

H. reagisce aggressivamente alla dipendenza che sente nei confronti del terapeuta, ma poi si vergogna della propria aggressività e la inibisce. Si arrabbia per questa vergogna, si vergogna di questa rabbia, in una spirale la cui risultante è un atteggiamento costantemente impacciato e imbarazzato.

Nei rari momenti in cui mette un piede fuori dal cerchio infernale della rabbia e della vergogna, H. entra in contatto con un dolore lancinante riferito a un periodo preciso dell'infanzia, quando nel volgere di poco tempo perdette entrambi i genitori. Il dolore per quella perdita, quando ritorna, può essere tollerato solo per pochi attimi ed è subito cancellato dalla ripresa dei comportamenti stereotipati. A volte gli sembra che potrebbe ritrovare una nuova casa nella stanza della terapia, ma se ne difende energicamente, sapendo che un giorno perderà anche questa.

Nella storia di molte persone si rintracciano periodi o eventi cruciali che segnano la rottura del rapporto di realtà e la costituzione degli elementi nodali dell'immaginario. Vi corrispondono esperienze che per molteplici ragioni non hanno potuto essere accolte, elaborate e integrate. Quando il soggetto è troppo debole o non è sufficientemente sostenuto di fronte a

un'esperienza dolorosa, se ne difende con le falsificazioni di ogni sorta da cui prende origine l'immaginario. Una volta che il vissuto originario è stato contraffatto, il soggetto fa propria la nuova versione e resiste ai tentativi di modificarla, per non essere ricondotto al dolore da cui la finzione ha avuto inizio.

Alcune di queste costruzioni fittizie possono essere rinforzate fino a fissarsi e non essere più modificabili con le nuove esperienze. L'insieme di queste strutture irrigidite e inamovibili definisce quello spazio mentale che abbiamo chiamato immaginario. E' necessario che in terapia queste costruzioni siano portate alla luce e rimesse in gioco: se l'esperienza che esse tengono lontana può essere rivissuta e integrata, la loro funzione viene meno e possono essere abbandonate.

Nell'atteggiamento generalmente oppositivo di I. si riconoscono due componenti distinte. Da un lato vorrebbe trovare nel terapeuta un accoglimento che le dimostri di occupare una posizione particolare e privilegiata nella sua vita. Dall'altro trova intollerabile questa dipendenza affettiva e ha bisogno di negarla in continuazione con atteggiamenti di autosufficienza provocatoria.

Per vivere I. ha bisogno di sentirsi al centro dell'attenzione di una persona importante, perché è convinta di non disporre di una luce propria e di poter solo brillare di luce riflessa. E' sempre alla ricerca di una fonte dalla quale ricevere l'energia che le è necessaria, ma se la trova, come è accaduto nella relazione di terapia, le sembra di essere soltanto un piccolo pianeta che assieme a tanti altri gira intorno allo stesso sole, ed è una situazione intollerabile. Vorrebbe precipitarsi nel sole e fondersi con lui, e nello stesso tempo partire per la tangente e allontanarsi negli spazi siderali. Per effetto delle forze centripeta e centrifuga combinate assieme non può che continuare a girare nella sua orbita di pianeta triste e spento.

Potrà arrestare quel movimento se inizierà a scoprire di avere in sé stessa un principio di vita generatore di senso. Ma per questo occorrerà che abbandoni la pretesa incessante di essere illuminata e riscaldata dal terapeuta, per accettarlo come un compagno di viaggio e di ricerca. Solo un'attesa senza condizioni può arrestare la coazione a ripetere, che invece è mantenuta dalla pretesa di dettarle.

Se e quando la relazione terapeutica avrà persuaso questi pazienti a lasciare la presa sull'immaginario, diventerà possibile quel piccolo salto nel vuoto che è necessario fare per mettere i piedi a terra. L'approdo alla realtà potrà avere la forma, a seconda dei casi e dei momenti, di un'apertura negoziale e dialogica o di un affidamento all'esistenza - o al processo e alla relazione di terapia, che per cominciare la rappresentano.

3. *Circoli viziosi interpersonali*

Il mondo immaginario si estende al di là dei confini della mente o dell'inconscio del soggetto. Una persona convinta che il mondo sia ostile si comporterà probabilmente in modo da provocare negli altri reazioni che confermino la sua convinzione. Col tempo questa persona si costruirà attorno un ambiente "realmente" ostile, ma questa realtà apparente non è altro che il prolungarsi e il concretarsi dell'immaginario da cui è prodotta.

A partire da questa osservazione Wachtel (1977, 1985), la cui ricerca si riallaccia alla tradizione neofreudiana e interpersonalista, ha sviluppato un approccio che costituisce uno dei contributi più significativi all'orientamento integrativo in psicoterapia. Se l'immaginario è colto nella sua estensione interpersonale, la terapia non può accontentarsi di puntare esclusivamente all'*insight* individuale. Infatti

"questa è la trappola nevrotica: l'esperienza conferma gli assunti nevrotici. E' solo generando esperienze nuove e differenti che la persona riesce a vedere oltre un universo obbligato e a riconoscere che sono possibili schemi alternativi di aspettative e di risposta. (E' una cosa che la maggior parte degli individui non psicotici conosce a parole, naturalmente, ma non per esperienza - non in un modo su cui essi possano agire, e soprattutto non nel modo che consente il tipo di comportamento alternativo protratto necessario per invertire il circolo vizioso)... Il cambiamento è prodotto raramente - e non è mai mantenuto - solo da ciò che accade nelle sedute di terapia; né lo è solamente da ciò che accade nella psiche del paziente" (Wachtel, 1985).

Un circolo vizioso può essere interrotto in qualsiasi punto. Può ben essere che il cambiamento prodotto parta da un *insight* o da una nuova esperienza che ha luogo nella relazione terapeutica; ma poi è necessario che esso si trasferisca e si stabilizzi nella vita quotidiana. Wachtel ha mostrato che questo obiettivo può essere raggiunto integrando un approccio analitico con le tecniche comportamentali.

Consideriamo il caso abbastanza comune del paziente la cui vita di relazione è disturbata da un groviglio di sentimenti di inferiorità e superiorità. Alla base di queste situazioni si ritrova di regola il conflitto tra il desiderio di essere accettati e la paura di essere respinti. Il soggetto può non esserne cosciente, se la sua esperienza è dominata da sentimenti di rabbia così intensi da cancellare tanto il desiderio quanto la paura. Il processo di rimozione può andare ancora più in là, fino al punto in cui il paziente non sa più nemmeno di essere arrabbiato: gli sembra semplicemente di starsene appartato per legittima difesa o legittimo disinteresse nei confronti di un mondo che merita solo disprezzo.

Per ricostruire la dinamica del processo è necessario compiere un lavoro tanto più lungo e complesso quanto più profonda è la negazione dell'esperienza e quanto più grave è la debolezza dell'io. Occorrerà portare alla consapevolezza del paziente i sentimenti di estrema dipendenza, vulnerabilità, paura e rabbia, e metterlo in condizione, con un sostegno adeguato, di tollerare emozioni così laceranti. Oltre a questo dovranno essere illuminati i meccanismi circolari che sistematicamente riproducono e confermano quegli stati d'animo. Le reazioni aggressive, o viceversa di ritiro e sottomissione, con cui il soggetto cerca di proteggersi, debbono essere viste in connessione con gli effetti che producono: l'aggressività fa temere o provoca rappresaglie, il ritiro conferma l'incapacità, e il prodotto finale, in entrambi i casi, è un aumento della paura. La trappola consiste dunque nel fatto che *i mezzi impiegati per vincere la paura portano al risultato finale di aggravarla.*

La cura del circolo vizioso consiste in primo luogo nel mostrarlo più e più volte, per come si manifesta dentro e fuori la relazione terapeutica, finché il paziente lo vede bene ed è pronto a fare qualcosa per spezzarlo. E' evidente che la prima esperienza correttiva deve aver luogo nella relazione terapeutica stessa: nessun lavoro efficace può essere fatto nel mondo esterno finché la percezione che il paziente ha del terapeuta è dominata dal desiderio di ottenere il suo affetto o dalla paura di perderlo. Tuttavia, quando una prima bonifica ha consentito di costruire almeno una base minima di collaborazione, le risorse che in tal modo si sono rese disponibili possono essere utilizzate per affrontare una parte delle contraddizioni esterne alla relazione di terapia. Rispetto a un lavoro ossessivamente centrato unicamente su ciò che accade in seduta, un investimento più produttivo e più rispettoso delle richieste del paziente consiste nel dirigere l'attenzione anche sui circoli viziosi che interferiscono con la sua vita quotidiana, le sue relazioni affettive, lavorative e sociali, e nel programmare azioni determinate e graduali per interromperli e invertirli.

La prima parte di questo lavoro complesso è sviluppata soprattutto dagli analisti, la seconda dai comportamentisti. La sinergia tra i due approcci è in grado di potenziarli entrambi.

4. Attaccamento e distacco

Se la terapia funziona, accadrà che talune convinzioni consolidate siano abbandonate; può seguirne un temporaneo smarrimento e uno stato di sospensione, una nuova apertura e una possibilità di esperienza fresca e originaria, che può essere entusiasmante o terribile. Sono momenti di trasformazione di K in O, di passaggio dalla dimensione del conosciuto alla sor-

gente dell'esperienza. Si riannoda il filo di una vicenda vitale interrotta, si scoprono potenzialità inesplorate o si riattivano emozioni dimenticate. Da questi momenti di rifusione e rigenerazione si raccolgono impulsi e intuizioni che dovranno poi cristallizzare in progetti definiti e strutture stabili della personalità, in una nuova fase di trasformazione di O in K.

A ciascuno dei due momenti corrispondono resistenze specifiche. Vi sono persone che vorrebbero vivere in un perenne stato nascente, e affrontano costi e rischi altissimi pur di liberarsi della prigione dell'ego e ritrovare emozioni oceaniche. All'opposto, ve ne sono altre che se ne stanno tenacemente aggrappate a qualsiasi immagine, oggetto o definizione cui esse abbiano affidato la propria identità. Le prime trasferiscono volentieri nella relazione di terapia la loro propensione per l'affettività alluvionale e resistono agli sforzi di incanalarla e ordinarla, mentre le seconde difendono energicamente le strutture stabilizzate del loro sé, opponendosi ai tentativi di fluidificarle.

Oltre a queste fasi, che si susseguono per tutto l'arco dell'esistenza, bisogna considerare anche il ciclo vitale maggiore, che inizia con la nascita e si conclude con la morte. Qui la trasformazione di O in K sta a indicare l'evoluzione dall'onnipotenza infantile alla costruzione del sé adulto, attraverso la rinuncia alle infinite possibilità adolescenziali e il compimento di una serie di scelte definite in ambito affettivo, sociale e professionale. A partire da questo raggiungimento, che peraltro non è mai compiuto una volta per tutte, inizia un cammino di ritorno che impegna approssimativamente la seconda metà della vita e può avere il carattere di una crescita in saggezza o di un deterioramento senile, a seconda che la trasformazione di K in O abbia luogo o meno; in altri termini, a seconda che l'approssimarsi della fine induca o meno il soggetto ad allentare la presa sul proprio particolare, a favore di un'identificazione progressivamente più vasta con la vita nel suo complesso.

Anche alle due fasi del ciclo maggiore corrispondono resistenze specifiche. Delle prime si è occupata specialmente la scuola freudiana, mentre le seconde hanno ricevuto una considerazione più attenta nel campo junghiano. E' importante, tuttavia, che il fenomeno sia osservato nella sua interezza, per gli inconvenienti che possono derivare da un approccio unilaterale. Alcuni terapeuti riportano continuamente i loro pazienti al compito maturativo di riconoscere e accettare la dipendenza, anche quando sarebbe più indicato un cammino di scoperta di quell'identità più profonda che non dipende da alcun legame, ma al contrario si rivela proprio nel distacco dagli oggetti da cui dipende l'identità convenzionale. Altri, all'opposto, indicano una via di saggezza anche a persone cui si dovrebbero additare

obiettivi molto più modesti. Per trovare la giusta misura tra *attaccamento* e *distacco* il terapeuta dovrebbe avere entrambe le frecce al proprio arco.

Presso molte tradizioni la verità è all'inizio, e viene in qualche modo perduta o dimenticata. Il saggio è colui che per ritrovarla è ritornato bambino, senza perdere con questo la capacità di giudizio dell'adulto. Nel pensiero dominante dei contemporanei, su cui la psicoanalisi ha avuto un'influenza straordinariamente grande, all'inizio non c'è alcuna verità, ma soltanto illusione. L'onnipotenza infantile è un inganno percettivo prodotto da una mente immatura.

Nelle concezioni tradizionali, al contrario, ogni male deriva dall'oblio dell'origine. Dimenticando la propria perfezione originaria, l'essere umano si aggrappa a ogni sorta di oggetti, immagini e idee che danno significato e pienezza alla sua vita. Questo processo aliena l'uomo da sé stesso e genera problemi senza fine. Le innumerevoli pratiche che si ispirano al principio del distacco puntano tutte al ritrovamento di quell'identità originaria che sussiste al di là di ogni attaccamento. Nelle concezioni attuali, portate a un massimo di chiarezza da autori come Bowlby e Kohut, prevale invece l'idea che l'attaccamento sia insuperabile: non si può mai fare a meno degli "oggetti-sé", cioè di quei particolari oggetti da cui dipende la nostra identità. Ogni tentativo di farne a meno è considerato un sogno di onnipotenza.

Per il terapeuta non si tratta di scegliere tra questi due modi di vedere, ma di riconoscere il valore e i limiti di entrambi. Se l'attaccamento agli oggetti-sé fosse insuperabile, cadrebbe la possibilità stessa di una psicoterapia. Vale a dire, si potrebbero avere molte psicoterapie, tante quante sono le teorie cui gli psicoterapeuti si attaccano, perché naturalmente anche le teorie sono oggetti-sé di grande importanza, da cui dipende l'identità di chi le adotta. Sarebbe allora possibile lasciare una teoria solo per legarsi a un'altra, mentre una considerazione distaccata e neutrale delle teorie sarebbe impensabile. La babele attuale è una diretta conseguenza di questa convinzione. I terapeuti, ben identificati con le loro teorie e le loro scuole, spingono i loro pazienti a fare altrettanto, cioè a scegliere a loro volta degli oggetti-sé o delle "basi sicure" in prossimità o in rapporto a cui organizzare la propria vita.

D'altra parte è innegabile che per crescere è necessario fare delle scelte. Bisogna rinunciare all'idea di fare qualsiasi cosa, per farne una sola e farla bene, abbandonare l'illusione di possedere tutte le donne, per legarsi a una sola e imparare ad amarla. Tuttavia, la scelta matura d'oggetto non è la stessa cosa dell'attaccamento. Per la sopravvivenza e per la crescita dipendiamo dalle persone con cui siamo in rapporto, ma i rapporti

sopravvivono ed evolvono solo se l'attaccamento è bilanciato dal distacco, se l'amore non prevale sulla libertà né questa su quello.

Ancora una volta, non si tratta di privilegiare il distacco rispetto all'attaccamento o viceversa, ma di vedere che l'esistenza sana richiede entrambi i momenti. Non si può vivere in un vuoto relazionale, non si può crescere avvinghiati ai propri oggetti. La maturazione richiede che si impari a prendere e a lasciare andare, ad attaccarsi e a distaccarsi da ogni oggetto e a vedere in entrambe le fasi un momento essenziale. Lo schizoide inaridisce nell'isolamento, il sionista affoga nei legami. La persona sana crea legami e li scioglie, ha bisogno di relazioni e di solitudine come del

³⁰ Schafer, *L'atteggiamento analitico*, 1983. Vedi in particolare il sesto capitolo: "Il conflitto sotto forma di azioni paradossali".

³¹ Letteralmente, il narcisismo è la condizione del soggetto catturato dalla propria immagine. Laplanche e Pontalis (1973) hanno richiamato l'attenzione sull'arbitrarietà del concetto di "narcisismo primario": è una forzatura impiegare il termine al di fuori del suo riferimento all'immagine. L'errore terminologico e concettuale è del resto comprensibile perché in primo luogo nell'analisi classica, prebioniana, manca l'idea dello stato assoluto O, e l'invenzione del narcisismo primario può essere considerata un tentativo di colmare quella mancanza. In secondo luogo l'impiego di un termine che, per il riferimento al mito da cui è tratto, rinvia a un ovvio significato di illusorietà, è tipico dell'equivalenza stabilita dall'analisi classica tra ciò che è originario e ciò che è patologico, equivalenza che solo in anni recenti gli analisti hanno iniziato a rifiutare apertamente (Di Chiara, 1985).

³³ *ibid.*, p. 196.

³⁶ L'affinità tra Eckart e Nietzsche, sul punto in questione, è stata esaminata, e del resto è ben nota (vedi ad es. Penzo, 1981, p. 11). Paolo esprime la sua libertà dalla legge morale con la formula "tutto mi è lecito", e indica anche a quale prezzo egli acquisti quella sovrumana libertà: "io muoio tutti i giorni".

³⁹ Wallerstein (1988), con l'apertura mentale e la generosità che caratterizza le sue prese di posizione, spezza una lancia per l'appartenenza a pieno titolo della psicologia del sé (kohutiana) al campo psicoanalitico, ma, come se volesse rassicurare i suoi colleghi, afferma nello stesso momento che un confine ben preciso deve rimanere, e che gli psicoanalisti junghiani debbono restarne fuori. In una lettera al direttore dell'*International Journal of the Psychoanalytic Association*, Samuels (1988) muove diverse obiezioni alla tesi di Wallerstein, e sostiene invece che la psicoanalisi e la psicologia analitica (junghiana) debbono essere considerate discipline sorelle, appartenenti entrambe al campo della psicologia dinamica o del profondo. Anche per lui, tuttavia, un confine deve restare: quello tra terapeuti analitici e non analitici. In realtà questo confine è altrettanto convenzionale di quello che separa i kohutiani dagli ortodossi, o gli junghiani dai freudiani. È un gioco di esclusioni e inclusioni che muove da bisogni di appartenenza e certo non favorisce il libero confronto delle idee.

⁴⁰ Sul *Psychotherapy Research Project* della Menninger Foundation v. cap. III, nota 8

giorno e della notte. Tuttavia sulla necessità delle prime nessuno discute, mentre della seconda per lo più si mettono in luce solo gli aspetti difensivi, e più raramente se ne riconosce la potenzialità rigenerativa.

⁴¹ Non si tratta certo di privarsi di ogni convinzione, cosa impossibile prima ancora che sconsigliabile, ma della disponibilità a confrontare, mettere in gioco e modificare qualsiasi opinione o valore. Nemmeno il dialogo, d'altra parte, deve diventare un dogma o un'idea fissa: esistono certamente situazioni in cui dialogare è inutile o impossibile. Giungere al limite di K è uno "scacco" o una "catastrofe" dal punto di vista di K, ma un evento privilegiato dal versante opposto, perché permette una trasformazione in O. Un punto su cui Jaspers insiste spesso è che l'apertura all'*Umgreifende* - o la trasformazione in O - avviene solo se il limite è stato raggiunto effettivamente, cioè se la comunicazione è stata cercata fino in fondo. La rinuncia al dialogo e al pensiero che consegue all'adesione dogmatica a un'idea (o a una persona o istituzione) è una falsa resa che non comporta una trasformazione autentica, ma solo un cedimento regressivo all'irrazionale, un arresto maturativo e un riassorbimento in O prima che l'evoluzione in K sia stata condotta a compimento.