

Il vecchio e il nuovo nella relazione

1. Il transfert

Nonostante la diversità di vedute su quasi tutto, gli psicoanalisti sembrano d'accordo su un punto: la centralità del transfert e della sua interpretazione nel processo analitico e nella cura. Ma che cosa è il transfert? Ha osservato Cooper (1987) che l'incapacità di darne una definizione chiara può avere favorito questo accordo piuttosto insolito. E' probabile, tuttavia, che un altro fattore giochi un ruolo non marginale nel produrre questa intesa. La fedeltà alla dottrina del transfert è un elemento cardine dell'identità culturale e professionale dello psicoanalista. Molte cose sono cambiate dai tempi di Freud, e il desiderio di evitare che questi mutamenti producano una crisi d'identità troppo grave può indurre ad affermare che tra le innovazioni teoriche e i concetti tradizionali non c'è frattura ma continuità, anche quando questa è piuttosto vaga. Ne consegue che l'uso di alcuni termini per indicare nozioni e pratiche diverse da quelle originariamente intese non di rado riflette un bisogno di identificazione, piuttosto che un'effettiva affinità di contenuti. Per quanto riguarda il transfert, ne è derivata un'estensione sempre più larga del concetto, fino a includere, per taluni, la totalità dei fenomeni che costituiscono la relazione del paziente con l'analista (Laplanche e Pontalis, 1973).

A causa di un'estensione così indiscriminata, l'impiego del termine è diventato problematico. Si potrebbe adottarlo nell'accezione limitata e ristretta in cui lo definì Freud, ad esempio nel *Compendio di psicoanalisi* (1938), cioè nel senso di trasferimento nella relazione di terapia di sentimenti e reazioni riferibili a importanti figure del passato, soprattutto infantile, con la conseguente distorsione dell'esperienza attuale per l'ingerenza di stereotipi che sono rimessi in atto invece che ricordati. Tuttavia, come osserva ancora Cooper, questa definizione si basa sulla credenza che

“il transfert rappresenti una *vera* ricostruzione del passato, una riesperienza vivida di antichi desideri e paure che distorcono la capacità del paziente di percepire la ‘vera natura’ della realtà presente”.

A sua volta, questa credenza è strettamente legata alla visione dell'analista come schermo neutro, piuttosto che come partecipante attivo alla relazione.

All'adozione del concetto classico di transfert si oppone la consapevolezza, ormai diffusa, che la relazione terapeutica è di fatto e in primo luogo un'interazione. Poiché non esiste uno schermo bianco, ma tutt'al più un terapeuta che agisce con effetti variabili la fantasia di assomigliare a un tale oggetto, l'esperienza che il paziente ha della relazione si fonda innanzitutto sulla percezione, certamente colorata dalle esperienze precedenti, dei comportamenti attuali del terapeuta. Di questa esperienza globale si potranno considerare in primo luogo, come suggerisce Gill (1984), gli aspetti che sembrano legittimi e realistici, per creare uno sfondo, in sostituzione dello schermo bianco, contro il quale riconoscere in un secondo tempo gli effetti di distorsione.

Per comprendere come gli elementi realistici e irrealistici dell'esperienza possano essere distinti gli uni dagli altri, consideriamo come questa si produca in accordo con le leggi che regolano la percezione. Ricordiamo che, nei nostri tentativi di conoscere e agire sulle cose, non le vediamo "come sono", ma come noi stessi le costruiamo a partire dai dati disponibili, che selezioniamo, valutiamo e organizziamo secondo i criteri più diversi. Lo stesso evento, se è osservato da due persone, sarà probabilmente descritto in due modi diversi, perché cambiano i punti di vista, gli interessi e i valori con i quali viene strutturata la percezione; in tal modo saranno costruiti due oggetti differenti, in entrambi i casi legittimamente, almeno in linea di principio. Ciascuna delle due persone può tenersi il suo oggetto e andare per la sua strada. Oppure può nascere il desiderio o l'esigenza di confrontare le esperienze, cosa che sarà possibile nel caso si rinunci da entrambe le parti ad affermare a priori la superiorità dei rispettivi criteri di valutazione e interpretazione.

Con queste premesse, è possibile comprendere perché è rischioso parlare di percezioni che siano in sé stesse vere o distorte, come usavano fare gli analisti e i comportamentisti classici. Un paziente psicotico può essere straordinariamente abile nel cogliere i punti deboli del suo terapeuta. La sua percezione potrà essere considerata corretta e realistica, dal suo punto di vista e per il criterio adottato di selezione dei dati. Se il terapeuta non cerca di indurlo ad abbandonare quella visione, perché distorta, a favore di un'altra, ritenuta oggettiva, ma comincia con l'accettarne la parziale validità in riferimento all'esperienza attuale, è probabile che il paziente si senta meno minacciato e più disposto a considerare altri punti di vista.

Il passato influenza sempre il presente, ma bisogna vedere in che modo. Interessa stabilire se ciò che dalle esperienze precedenti si "trasferisce" nell'esperienza attuale aiuta a risolvere un problema o a complicarlo, se porta a soluzioni creative oppure ripetitive. Sarebbe più facile intendersi se il termine "transfert" fosse impiegato solo in riferimento agli aspetti ripetitivi della comunicazione, ma questo in realtà non avviene; se poi anche avvenisse, si dovrebbe in ogni modo tener presente che la distinzione tra ripetitivo e nuovo è, nella pratica, abbastanza problematica.

2. Il gioco delle parti

La consapevolezza della natura interattiva del rapporto affranca il terapeuta da posizioni ingenuamente scienziaste. Se poi si perviene alla constatazione che l'agire del terapeuta nella relazione, oltre che inevitabile, entro certi limiti è anche desiderabile, si fa un ulteriore passo avanti verso l'eliminazione di steccati e strozzature inutili. Come osservano Hoffman e Gill (1988), un analista teso nello sforzo di non entrare mai nei ruoli che il paziente cerca di imporgli produce sul processo globale della terapia un effetto più deleterio di quanto non accadrebbe se scegliesse di rispondere in modo più spontaneo, accettando quindi di prendere parte in certa misura alla rappresentazione che il paziente tenta di mettere in scena.

Ad esempio se il paziente cerca, consapevolmente o meno, di fare arrabbiare il terapeuta, e, come non di rado accade, ci riesce, non è detto che l'occultamento dell'emozione sotto una maschera impassibile sia la risposta più adeguata in ogni caso. Innanzitutto è abbastanza facile che il primo si accorga, dall'irrigidirsi del tono di voce o dei tratti del volto, che l'altro si sta sforzando di nascondere qualcosa, e questo può avere effetti diversi: una diminuzione della fiducia, una intensificazione degli atteggiamenti provocatori, o al contrario un comportamento più controllato per evitare di mettere in difficoltà il terapeuta, che evidentemente non se la cava bene se è messo sotto pressione. In secondo luogo, se questi ammette un certo grado di coinvolgimento espressivo, se per esempio accetta di mostrarsi moderatamente irritato, si potrà disporre di una sequenza transattiva, in cui il paziente fa arrabbiare qualcuno in un certo modo, che con ogni probabilità si sarà verificata parecchie volte nella sua vita e che ora è stata riprodotta nel laboratorio della terapia, dove esistono le condizioni e gli strumenti per smontarla ed esaminarla in ogni suo aspetto.

Una scoperta fondamentale di Freud (1912a) è che un problema può essere analizzato e risolto

in modo ottimale se è riattivato e rivissuto nella relazione di terapia: secondo la sua celebre formulazione, non si può uccidere il nemico in effigie. Sullo sfondo di una concezione solipsistica del funzionamento mentale quel principio si traduce nella dottrina del transfert. In una prospettiva relazionale, invece, il medesimo principio conduce all'individuazione nel rapporto terapeutico di *sequenze interattive cui entrambi i membri della coppia contribuiscono con modalità sia ripetitive, sia innovative* (Hoffman e Gill). E' possibile continuare a usare i termini di transfert e controtransfert per indicare tali sequenze: questa scelta presenta forse alcuni vantaggi, ma ha sicuramente l'effetto desiderabile o indesiderabile, a seconda del punto di vista di segnare un confine, tra terapie analitiche e non analitiche, che è molto più marcato nel linguaggio di quanto non sia nei fatti.

L. ha iniziato la terapia per una sintomatologia ansiosa e depressiva abbastanza grave. Ha un miglioramento immediato, chiaramente riconducibile a un affetto molto forte che prova sin dal primo momento nei confronti del terapeuta. Vorrebbe dare spazio a questo sentimento, ma non all'interno di una relazione medicopaziente. Quando le diviene evidente che non può esistere una relazione diversa da quella terapeutica, manifesta il desiderio di smettere. Il miglioramento ottenuto le basta, e interromperebbe subito la terapia se non temesse di perderlo: continua solo per questo motivo. Dopo alcuni mesi porta questo sogno. "Venivo alla seduta, che doveva avere luogo in un edificio povero e brutto. C'erano molte persone in attesa, e io aspettavo il mio turno. Finalmente non c'era più nessuno; io la vedevo dietro un vetro, ma lei non mi chiamava ancora. Allora mi dicevo: ho già aspettato mezz'ora, e me ne andavo". L'ambiente del sogno riflette la miseria della relazione, per come è sentita da L. Deve lasciare il suo ambiente abituale, in cui è corteggiata e riverita, per trasformarsi in una postulante, e oltretutto mettersi in fila. In trasparenza si può vedere la relazione infantile con il padre: anche lì era in attesa di essere chiamata, ma altri venivano prima di lei e la chiamata non arrivava mai. Il punto più significativo, tuttavia, può essere colto nel contesto della relazione attuale. All'inizio sperava in una relazione privilegiata con il terapeuta, mentre il suo rifiuto per la terapia era completo. Nel momento in cui porta questo sogno è giunta ad accettare parzialmente la durezza della situazione reale, e anche il dolore di vedere tante persone (gli altri e soprattutto le altre pazienti) interpersi tra lei e il terapeuta. Due passi importanti sono stati fatti ed è di fronte a un terzo. La distanza che la separa dal terapeuta e l'attesa che ancora si impone restano intollerabili per lei. Tuttavia ha aspettato "solo mezz'ora": non ha mai imparato ad attendere e a fare i conti con l'impossibilità di ottenere ciò che desidera. E' questo il passaggio obbligato, ma che non è ancora disposta a fare, perché la terapia, e più in generale la sua vita, possa procedere.

I vissuti della paziente non sono interpretati come una semplice riedizione di esperienze passate, ma anche e soprattutto come una percezione lucida e realistica della situazione attuale, che entrambi contribuiscono a determinare. La relazione di terapia non è solo una scena vuota in cui si rappresenta una storia immaginaria, è anche una relazione molto reale che propone una serie di prove o passaggi maturativi da attraversare uno dopo l'altro.

Esaminiamo più attentamente la circolarità di comunicazione che si stabilisce tra paziente e terapeuta. Bisogna osservare in primo luogo che è praticamente impossibile separare, in un singolo intervento del terapeuta, la componente strettamente tecnica dalle motivazioni personali che lo hanno spinto a sceglierlo e a dargli quella forma. In secondo luogo, una risposta emotiva del terapeuta può riflettere la realtà del rapporto, ma può ugualmente bene derivare da una sua reattività personale, che nulla ha a che fare con la percezione del processo in corso. Inversamente, il modo di essere del paziente nella relazione è per un verso espressione del suo mondo interno, per un altro risposta ai comportamenti attuali del terapeuta. Complessivamente, l'interazione che ne risulta include sequenze ripetitive che appartengono al copione dell'uno o dell'altro, così come elementi di rottura e di novità rispetto a entrambi.

Non è realmente possibile isolare un frammento della catena interattiva per attribuirlo all'esclusiva competenza dell'uno o dell'altro, né tracciare un limite netto tra ciò che è nuovo e ciò che è ripetitivo. Più importante ancora, non è possibile stabilire a priori con certezza se un certo modo di intervenire o di non intervenire favorirà o sarà di ostacolo al processo. Il

tentativo di controllare tutti questi fattori produrrebbe solo paralisi o artificiosità. Sarà lecito attendersi che nel corso dell'interazione il terapeuta valuti tutto ciò che riesce a valutare, con qualsiasi grado di approssimazione; ma a causa della quantità virtualmente illimitata di elementi imponderabili o imprevedibili, dovrà pur sempre affidarsi all'intuito o all'ispirazione del momento, se non vorrà trovarsi regolarmente in ritardo sul tempo reale della relazione. Ciò che in tali circostanze sicuramente s'impone, è il controllo a posteriori dell'effetto ottenuto. E' molto probabile che esistano delle differenze tra il modo in cui il terapeuta intende un certo intervento e il modo in cui esso è inteso dal paziente. E' altrettanto probabile che, se queste discrepanze non sono rilevate e fatte rilevare, la comunicazione sia destinata ad arenarsi in breve tempo.

Per orientarsi nella complessità della comunicazione, occorre cercare di distinguere quello che il terapeuta fa e dice dall'interpretazione che il paziente dà di ciò che il terapeuta fa e dice e viceversa. Si tratta di regolare la relazione mediante il ricorso sistematico a retroazioni (o *feedback*), ma non solo di questo. Un terapeuta che si arrabbia, si calma ed esamina assieme al paziente la dinamica dell'incidente, offre al paziente un modello di relazione forse più favorevole alla crescita di quanto non faccia un terapeuta che non si arrabbia mai. Allo stesso modo un terapeuta che sbaglia e si corregge dimostra di non avere paura di sbagliare né di correggersi. Il modo in cui il terapeuta concretamente si pone nel rapporto incide sul processo in misura non meno significativa delle interpretazioni e delle tecniche più sofisticate.

3. Il livello affettivo

Tutti i pazienti, per quanto siano ben disposti a collaborare, oppongono resistenza al cambiamento, e una componente centrale di questa resistenza è legata a ciò che il paziente si aspetta dal terapeuta. Molto spesso la questione si presenta in questi termini: con le sue interpretazioni o con altri interventi di tipo cognitivo il terapeuta cerca di far *vedere* qualcosa al suo paziente, ma questi si rifiuta di guardare perché è convinto che il suo bisogno prevalente non sia di vedere, bensì di *sentire*. Se poi vogliamo definire con una sola parola questo bisogno, possiamo dire che il paziente vuole sentirsi amato.

Ogni terapeuta è disposto a riconoscere una parte di legittimità nelle aspettative del paziente, se non altro per quanto riguarda il desiderio di trovare un'atmosfera di accoglienza, comprensione e partecipazione umana alle sue sofferenze. Alcuni si spingono più in là, come Balint (1968), secondo il quale il terapeuta dovrebbe cercare di dare risposte positive al bisogno di "amore primario" che il paziente esprime, creando un clima di "armoniosa e compenetrante mescolanza". Tuttavia lo stesso Balint, che ha ripreso le ricerche prematuramente interrotte del suo maestro Ferenczi, ha dovuto riconoscere che il tentativo di rispondere positivamente alle richieste di amore del paziente conduce facilmente in un vicolo cieco: nei casi da lui definiti di "regressione maligna" la soddisfazione di alcune richieste porta solo ad ulteriori richieste e a uno stato di assuefazione, come nella dipendenza da una droga. Resterebbero i casi di "regressione benigna", nei quali le risposte positive del terapeuta consentirebbero al paziente un "nuovo inizio".

La distinzione tra i due tipi di regressione è, nella descrizione che ne dà Balint, piuttosto vaga, ma il concetto sottostante è abbastanza chiaro: le richieste di amore possono essere "sane" o "viziate"; le prime debbono essere corrisposte nella misura del possibile, le seconde no. La distinzione tra le une e le altre è sicuramente problematica, ma in linea di principio non c'è dubbio che alcune richieste provengono da un desiderio autentico di guarigione e di crescita, mentre altre salgono dal pozzo senza fondo della ricerca di gratificazioni.

Nel tentativo di riconoscere i bisogni "sani" che sono portati nella relazione di terapia, diversi analisti, come lo stesso Balint, Winnicott e Kohut, hanno messo in primo piano il bisogno del paziente di essere accolto in modo empatico e non invasivo, e hanno fatto rilevare come l'atteggiamento interpretativo classico spesso disattende quel bisogno ed è sentito dal paziente come un'intrusione molesta. Più in generale, molti analisti hanno rinunciato a considerare

l'interpretazione come il loro unico strumento terapeutico, affiancando ad essa il "setting", inteso come una struttura costante capace di svolgere per il paziente la stessa funzione che ha per il bambino la simbiosi con la madre.

La sofferenza psichica, quando non è tollerata, alimenta ogni sorta di pretese, recriminazioni e ritorsioni distruttive rivolte a sé stessi, al mondo e al legame con il terapeuta. Se questi cerca di soddisfare le rivendicazioni prodotte da una condizione di intolleranza, non ottiene altro che di confermare l'altro in questa condizione, innescando una spirale che porta a una "regressione maligna". Se invece si dimostra capace di accogliere, contenere e tollerare quella sofferenza, offre al paziente l'unica base su cui sia possibile costruire qualcosa, e quindi l'unico aiuto concreto a uscire dalla coazione distruttiva.

Questo saper contenere del terapeuta consiste nella capacità di accogliere qualsiasi messaggio il paziente gli invii senza entrare in uno stato di ansia o di confusione, senza farsi colpire e distruggere, senza fornire gratificazioni né reagire con ritiri o rimproveri. Tale atteggiamento non è in contraddizione con la disponibilità a dare talune risposte positive alle domande dell'altro, implicita nel clima negoziale che contraddistingue ogni relazione psicoterapeutica autentica. Il soggetto che si trova in una condizione di intolleranza esprime richieste perentorie su cui non è disposto a venire a patti. Il bisogno reale, per una persona che si trovi in questo stato, non è certo quello di ricevere una qualsiasi forma di gratificazione, ma di imparare a tollerare ciò che lo affligge. E' evidente che in primo luogo questa capacità deve averla il terapeuta, come base e punto di partenza per tutto ciò che segue.

Mentre l'assunzione di alcune modalità materne non incontra troppe resistenze negli psicoterapeuti per la naturale somiglianza tra queste e il *setting* analitico, le funzioni paterne, che richiedono un atteggiamento più attivo, sono viste con maggiore sospetto.

Nella letteratura psicoanalitica più recente si colgono segni di rivalutazione dello stile di lavoro attivopaternalo. Ad esempio Matte Blanco (1989) commenta favorevolmente un intervento di Fink (1989), che aveva posto a un paziente un termine per concludere l'analisi e lo aveva avvertito che non avrebbe più accettato le sue assenze. Quel paziente "aveva usato l'assenza di tempo, caratteristica dell'inconscio, per cullarsi nell'illusione che il tempo non passi mai, e questo era risultato in un'analisi interminabile e fallimentare". La situazione non fu sbloccata da un intervento interpretativo, ma dalla decisione dell'analista di agire nei confronti del paziente secondo una modalità paterna, così che questi potesse sentirlo "come una persona forte che senza esitare e quasi senza pietà cercava di fare ciò che era meglio per lui". L'analista prese questa decisione perché aveva capito che essa era implicitamente richiesta dal paziente, e questi a sua volta rispose favorevolmente. La necessità di interventi non interpretativi di questo tipo è sostenuta anche da Amati Mehler e Argentieri (1989): vedi cap. XVII.

Per quanto è possibile occorre cercare di distinguere, nelle resistenze, il "non posso" dal "non voglio" (v. cap. IV). Nel primo caso è indicata una risposta di tipo materno, che viceversa può essere inutile e anzi dannosa in presenza di atteggiamenti capricciosi, ostinati o di comodo espressi da personalità viziate o manipolative, apparentemente convinte di non dover rispondere di sé. Anche se nella pratica i due tipi di resistenza si intrecciano in molti modi e la loro distinzione non è sempre semplice, dovrebbe essere chiara l'importanza di trattarli in modi differenti. Chiedere di scegliere a una persona in preda al panico, non chiederlo a un'altra che si sottrae alla propria responsabilità, sono errori uguali e simmetrici, capaci entrambi di condurre la terapia in un vicolo cieco.

4. Il livello cognitivo

Qualsiasi intervento terapeutico che si proponga di produrre conoscenza può ottenere il suo scopo solo se la base affettiva della relazione è pronta per accoglierlo: in altri termini, se è stata

data una risposta adeguata alle richieste legittime di presenza materna e paterna, vale a dire di atteggiamenti empatico-accoglienti e attivo-responsabilizzanti. E' illusorio pensare che il vuoto lasciato dall'insufficienza delle risposte affettive possa essere compensato da un sovrappiù di interpretazioni. Al contrario, se il terapeuta insiste nel trattare per via interpretativa le resistenze suscitate da quell'inadeguatezza, è probabile che ottenga solo di esasperarle.

La metafora dello specchio riacquista valore, se inserita nel giusto contesto. Lo specchio deve avere una buona cornice affettiva per poter svolgere correttamente la sua funzione. Se la cornice è rigida e stereotipata, come ancora oggi molti pensano che debba essere, è facile che la superficie riflettente si deformi e restituisca immagini infedeli. Ora, posto che sia fornito di una buona cornice, che cosa riflette questo specchio?

Il terapeuta trasmette al paziente ogni sorta di informazioni su ciò che vede in lui, per aiutarlo a migliorare la conoscenza di sé. Se il paziente le accettasse di buon grado, le cose procederebbero rapidamente. Questo accade di rado, perché molti elementi di conoscenza offerti dal terapeuta sono in contrasto con l'immagine che il paziente ha e vuole conservare di sé. Poiché il paziente resiste a modificare quell'immagine, è evidente che questa resistenza deve essergli mostrata prima che sia possibile fargli vedere qualsiasi altra cosa.

I modi in cui il soggetto resiste al cambiamento sono virtualmente illimitati. Esiste tuttavia un denominatore comune, una tecnica difensiva che è impiegata sistematicamente: la *giustificazione* o razionalizzazione. Questi termini si riferiscono a un uso improprio della ragione, conseguente al suo asservimento a impulsi o passioni di diversa natura ma sostanzialmente riconducibili alla *volontà negativa* che di regola si ritrova alla base di ogni disturbo mentale, e che consiste nell'impulso a rifiutare il dolore relativo allo scarto inevitabile tra desiderio e realtà. Nel soggetto sano la risposta aggressiva iniziale viene sospesa a favore di un esame di realtà e di un'elaborazione della situazione frustrante, che porta a una modificazione del mondo esterno, delle aspettative o di entrambi i versanti dell'esperienza. La patologia si instaura quando la facoltà razionale, invece di essere messa al servizio di questo lavoro, è catturata dalla volontà negativa: come risultato essa non produrrà più soluzioni ai conflitti, ma solo razionalizzazioni.

In sostanza l'operazione consiste nel dire: non sono arrabbiato perché non posso avere ciò che voglio, ma perché mi viene negato ciò che mi spetta; oppure: ce l'ho con me stesso, perché sono colpevole ed è giusto che sia punito (da un punto di vista fenomenologico le aree psichiche che Freud ha denominato "es" e "superio" possono essere meglio descritte come modi di essere del soggetto alienato, dominato da meccanismi di giustificazione rispettivamente di sé e dell'altro). Poiché la barriera che separa il soggetto dall'oggetto è mobile e permeabile, avviene un passaggio continuo tra ciò che sta dentro e ciò che sta fuori: può accadere ad esempio che il ruolo di vittima si trasferisca su qualche categoria di sfruttati di cui il soggetto si fa paladino; oppure che l'indegnità sia attribuita ad altri, nei cui confronti il soggetto si erge a giustiziere. Per effetto di movimenti di proiezione, introiezione, spostamento, condensazione e simili, l'immaginario si popola delle sue figure.

In conseguenza di una serie di trasformazioni, la "giusta rabbia" può assumere i travestimenti più vari. Può coprirsi di nobili ideali o cercare le punizioni più raffinate. Nei comportamenti viziosi e distruttivi è possibile riconoscere delle formazioni di compromesso: nel vizio il soggetto si prende delle "giuste rivalse" e nello stesso tempo si somministra il "giusto castigo". Il terapeuta diviene il destinatario di accuse, recriminazioni e rivendicazioni senza fine, oppure il paziente si accanisce contro sé stesso, dichiarando di essere inguaribilmente corrotto o malato senza speranza.

In breve, *il paziente è intossicato dalla propria rabbia, ma non può liberarsene perché la giustifica: la giusta rabbia non è un problema, il problema è sempre altrove.* Il compito principale del terapeuta, sul piano cognitivo, è di dirigere l'attenzione del paziente sui modi in cui egli si sottrae alle difficoltà dell'esistenza e sui rimedi con cui crede di difendersi dal dolore, e che al contrario finiscono per aggravarlo. La volontà di sottrarsi alle condizioni

dolorose o problematiche dell'esistenza, con l'inevitabile falsificazione che ne consegue, è un impulso che contribuisce regolarmente, in misura più o meno grande, alla genesi della patologia psichica.

5. *La dialettica esistenziale*

Mostrare al paziente la sua volontà di negazione è possibile e ha senso solo in riferimento al suo reciproco, la *volontà di affermazione*. La prima è stata tematizzata da Freud come "istinto di morte", nozione che è divenuta operativa nel lavoro clinico con Melanie Klein. La seconda è un motivo dominante nell'opera di Nietzsche.

"Un dire di sì senza riserve, al dolore stesso, alla colpa stessa, a tutto ciò che l'esistenza ha di problematico e di ignoto...". "Il sì alla vita anche nei suoi problemi più oscuri e avversi... questo io chiamo dionisiaco".

La volontà di negazione (o istinto di decadenza, nella terminologia di Nietzsche) induce a rifiutare tutto ciò che è doloroso, problematico o ignoto. In questa fuga dalla realtà viene costruito un mondo immaginario che il soggetto può continuare a illudersi di dominare. La volontà di negazione coincide pertanto con la *volontà di dominio* (onnipotenza fallica, nel linguaggio psicoanalitico) che tenta di asservire ai suoi fini la facoltà razionale, conoscitiva ed etica dell'uomo. La conoscenza e la morale sono sistematicamente smascherate da Nietzsche come espressione dell'istinto di decadenza, ma solo in quanto esse credono di possedere il vero e il giusto, cioè in quanto sono razionalizzazioni costruite per fuggire la vita reale che non si lascia mai imbrigliare dalle categorie astratte del pensiero.

La volontà di vita deve superare il momento della conoscenza perché nella sua essenza è un sì all'ignoto, che è nello stesso tempo un sì alla vita e alla verità:

"per i *décadents* la menzogna è *necessaria* è una condizione della loro vita",

dal momento che l'atto di allontanarsi dalla realtà coincide con la sua falsificazione e con la costruzione di un mondo ideale e immaginario. Questa volontà di vita e di verità è chiamata da Nietzsche *volontà di potenza*.

L'esistenza umana è sospesa tra l'attrazione mortifera del dominio e il richiamo vitale della potenza di verità. Se, come l'opera di Nietzsche testimonia, la dialettica tra malattia e guarigione è una chiave di lettura dell'intera esistenza, la relazione psicoterapeutica è un luogo privilegiato per lo svolgimento di questa dialettica, che non è di tipo hegeliano. E' necessario distinguere tra le contraddizioni che richiedono una mediazione e una sintesi e quelle che chiamano a una scelta. Ad esempio i conflitti tra gli interessi propri e altrui appartengono al primo tipo di dialettica, al pari di tutto ciò che sta sul piano pragmatico e negoziale della relazione. Tra volontà di verità e volontà di falsificazione, invece, non esiste conciliazione possibile. L'illusione di sfuggire alla propria verità produce situazioni di stallo. Chi vi si trova, se non sa come uscirne e ne ha abbastanza, può cercare l'aiuto di un terapeuta, il cui compito primario, al livello della dialettica esistenziale, è di mostrare al paziente le diverse forme di quella illusione e le rispettive conseguenze, per ricondurlo di fronte alla scelta cui ha creduto di potersi sottrarre.

Al livello cognitivo il terapeuta mostra al paziente le storture prodotte sul suo pensiero dai meccanismi di razionalizzazione, e offre un modello di atteggiamento conoscitivo corretto nell'osservazione non giudicante, che è detta anche, un po' impropriamente, osservazione analitica. Ma la pura osservazione neutralizzata, fenomenologica, non è sempre sufficiente. Se si vuole procedere oltre il piano delle cose conoscibili, occorre anche imparare ad attingere ad

altre risorse, all'intelligenza creativa e generativa, alla capacità di attraversare il deserto e scavare pozzi profondi per trovare l'acqua. E' il tipo di ricerca che si pone al livello della dialettica esistenziale, e che richiede una decisione radicale. Certamente molti pazienti e anche molti terapeuti scelgono di fermarsi prima, avendo raggiunto una soluzione di compromesso che giudicano soddisfacente. La scelta è legittima, purché si sappia che chi rinuncia a continuare la salita verso la vetta limita da sé l'ampiezza del proprio orizzonte.

Molti terapeuti non sentono l'esigenza di confrontare il loro modo di lavorare con quello dei colleghi di altre scuole. Hanno imparato un metodo e tanto basta, per loro la questione non si pone. Altri sentono quell'esigenza, e iniziano a modificare in senso eclettico e integrativo il loro stile di lavoro. Procedendo nella salita il panorama si allarga, e in alcuni nasce il desiderio di arrivare sull'unico punto della montagna dal quale è possibile osservare tutti i versanti. Non si tratta di installarsi sulla vetta per guardare il mondo dall'alto, ma di mantenere lo sguardo rivolto alla cima, come al punto che orienta il cammino. Proprio questo orientamento *il sì all'ignoto* apre l'accesso al luogo della verità nello stesso momento in cui toglie ogni illusione di esservi giunti o di poterlo mai possedere.

XII

Il desiderio e la colpa

1. La mancanza e l'espedito

L'accensione del desiderio e del correlativo divieto nella relazione di terapia può essere e generalmente è ricondotta a fantasie infantili di rapporto esclusivo con un genitore. L'ipotesi è che il desiderio sia stato soltanto trasferito sul terapeuta da un'altra scena, in cui origina e alla quale appartiene. L'implicazione è chiara: se il paziente vede che il vero oggetto del desiderio è la madre o il padre, può prendere atto della sua inattualità e iniziare a fare i conti con l'impossibilità di soddisfarlo.

Ma, in primo luogo, quanto indietro bisogna risalire per trovare la vera origine del desiderio e dei conflitti che ne derivano? Per Freud la storia iniziava nell'età che dopo di lui è stata chiamata edipica, in cui il bambino comincia a sentirsi attratto dal genitore di sesso opposto. Negli sviluppi postfreudiani, specialmente kleiniani, l'origine del conflitto è stata spostata sempre più indietro, in una regressione che virtualmente si arresta solo al momento della nascita: infatti l'istinto di morte, che si oppone alla crescita, è in sostanza un altro modo di nominare il desiderio di ritorno al luogo dal quale si è venuti. Così il terapeuta, prima ancora di rappresentare il genitore per il cui possesso il paziente rivaleggia con l'altro, incarna la possibilità vivente di restaurare la totalità originaria la cui lacerazione è alla radice di ogni successivo dolore.

Se l'esistenza è segnata dalla nostalgia dell'origine, e nessuno degli oggetti che si incontrano successivamente è un compenso sufficiente per ciò che si è perduto, il divario tra la domanda e tutte le risposte possibili appare incolmabile. Se è così, al terapeuta non resta che ricondurre il paziente di fronte a questa impossibilità, mettendo in luce e neutralizzando via via tutti gli accorgimenti mediante i quali è riuscito a sottrarsi.

Ma è proprio così? O meglio: è *soltanto* così? C'è motivo di dubitarne, perché la relazione terapeutica non è solo il luogo dove si smascherano le illusioni. La psicoanalisi, ha scritto

Freud, è “essenzialmente una cura mediante l’amore”. La psicoterapia è una relazione d’amore in un senso letteralmente platonico: il suo demone è l’Eros figlio di Penia e di Poros, della Mancanza e dell’Espediente. Alla *mancanza*, a tutta prima di “salute”, del paziente, fa riscontro la mancanza del terapeuta, il cui desiderio in ultima analisi è speculare e simmetrico a quello del paziente: ciascuno dei due ha bisogno dell’*altro*.

Questa simmetria è celata nell’asimmetria costitutiva della relazione: inizialmente e in primo luogo è il paziente il portatore di bisogni e desideri, dal momento che la relazione si fonda sulla sua domanda. Soprattutto quei pazienti che tollerano male la dipendenza e cercano di “fare amicizia” col terapeuta debbono essere sempre riportati alla distinzione dei ruoli che cercano di offuscare, al fatto che qualcuno chiede una cura e qualcun altro la fornisce. Se questa distinzione è ben chiara, è possibile procedere oltre, al riconoscimento della basilare interdipendenza che lega l’uno all’altro. A parte l’ovvietà per cui il paziente è la ragione di esistere del terapeuta, c’è il fatto più sostanziale che questi, come chiunque, ha bisogno di incontrare sé stesso nell’altro di riconoscere nell’altro un proprio simile, sottraendolo all’ingannevole estraneità con cui si presenta per poter ritrovare l’altro in sé stesso: vale a dire, per riconnettersi alla totalità primaria da cui si è separato per individuarsi. Questa necessità lo spinge a mettere in gioco il confine che protegge l’identità, compiendo a ritroso il cammino attraverso il quale, distinguendosi dall’altro, è diventato un io. L’incontro è un’occasione per tentare di varcare quel confine e ritrovare il senso di una comune appartenenza.

In questa ricerca, in cui si desiderano, si avvicinano, si temono e si respingono, paziente e terapeuta si servono di *espedienti*: di tutte le tecniche che sono state escogitate per gettare dei ponti oltre il fossato che separa un individuo dall’altro. Il primo e il più grande di questi espedienti è la relazione psicoterapeutica stessa: una relazione in cui solo il desiderio di uno è apertamente in questione, mentre quello dell’altro rimane fuori della scena. La reciprocità è una condizione più difficile da sostenere, perché richiede che ciascuno dei due, oltre ad avanzare le proprie, si renda disponibile alle richieste dell’altro; nello stesso tempo essa rischia di favorire una ragionevolezza di superficie sotto la quale nascondere i desideri più pericolosi per la sopravvivenza del rapporto. La decisione di fondare la relazione sulla domanda di uno solo, invece, consente a questa di esprimersi in tutta la sua profondità e vastità.

In sintesi, la questione del desiderio ha due facce distinte. La psicoterapia è da un lato il luogo in cui è possibile mettere in scena ogni sorta di desideri immaginari o regressivi, in modo che attraverso questa rappresentazione siano portati alla coscienza, elaborati e trasformati. Dall’altro è una relazione reale, in cui il desiderio di comunicazione autentica, intimità, lavoro e conoscenza può trovare risposte non illusorie. Non sempre la distinzione tra i due piani è netta, e non sempre i due partner sono d’accordo nel decidere se una domanda debba essere collocata sull’uno o sull’altro. In ogni caso è improbabile che una crescita abbia luogo se la relazione non si sviluppa su entrambi i livelli, con tutte le tensioni che questo inevitabilmente comporta.

2. *La pretesa e la colpa*

Nell’immaginario il desiderio si esprime in forma incondizionata. Il soggetto vuole quello che vuole perentoriamente e di fronte all’impossibilità di ottenerlo reagisce con rabbia distruttiva, diretta all’oggetto o ribaltata su di sé, oppure con una rapida rimozione seguita da un’affermazione di autosufficienza orgogliosa o un adattamento compiacente. Con alcuni pazienti è necessario lavorare a lungo solo per arrivare all’accettazione del conflitto, cioè all’ammissione che si desidera qualcosa che non si può avere, almeno nei tempi e nei modi voluti; si arriva a questo punto quando il dolore e la rabbia conseguenti alla frustrazione possono essere tollerati senza negazioni né reazioni distruttive.

La dinamica del desiderio immaginario può essere colta propriamente solo nel suo nesso essenziale con il *senso di colpa*. L’essere umano non potrebbe sopravvivere nel mondo reale se non disponesse di strumenti che gli segnalano come errore qualsiasi comportamento o

intenzione contrari alla sopravvivenza. Il senso di colpa è in primo luogo un organo di percezione che segnala ogni allontanamento dalla realtà, ogni fuga nell'immaginario. Il reale, comunque il soggetto se lo rappresenti, include sempre un insieme di condizioni, norme, regole o leggi che debbono essere rispettate, o con le quali in ogni modo è necessario fare i conti o venire a patti. Ogni tentativo di evitare questo confronto è percepito come colpa, anche se la percezione può restare subliminale e mostrare i suoi effetti solo indirettamente.

Certo il sistema di segnalazione può essere indotto in errore da false informazioni che inducono a giudicare contrarie alla sopravvivenza delle esigenze vitali, come avviene con il sistema immunitario dell'organismo fisico, che per errore può aggredire il sé scambiandolo per un oggetto estraneo. Come il desiderio può perdere l'aggancio con la realtà trasformandosi in sogno o pretesa, anche il senso di colpa può smarrire quell'ancoraggio divenendo patologico.

Il nesso che unisce la pretesa, il senso di colpa e la distruttività può essere colto nella logica circolare che regola ogni processo immaginario. Il tentativo di soddisfare un desiderio senza venire a patti con la realtà, per quanto rudimentale sia la rappresentazione che un soggetto può farsene, è segnalato da un organismo psichico sano con una sensazione di colpa. Se, in conseguenza della segnalazione, il tentativo viene abbandonato e sostituito da un approccio più realistico relativamente alla percezione di realtà esistente il senso di colpa cessa. Se invece, per qualsiasi motivo, l'atteggiamento scorretto viene mantenuto, il segnale diventa più insistente, producendo una condizione di dolore cui il soggetto può cercare di sottrarsi intensificando la propria tendenza a fuggire nell'immaginario. Si instaura così il tipico circolo vizioso che si ritrova regolarmente alla base di ogni comportamento distruttivo. Ad esempio l'alcolista beve per eliminare il senso di colpa che prova per la propria debolezza; passato l'effetto si sente ancora più colpevole e deve bere di nuovo, fino a trovarsi intrappolato in una spirale da cui non può più uscire.

Se il conflitto tra colpa e desiderio può essere contenuto e tollerato, si creano le condizioni per un confronto che attiva un circuito di autoregolazione: l'una modera l'altro, il desiderio si sottomette alla realtà, ma anche questa si lascia in parte modificare da quello. Invece il soggetto che non può o non vuole tollerare il conflitto, o nella misura in cui non può o non vuole farlo, va incontro a una rottura della propria unità. Può sembrare che sia diviso in due subpersonalità, una dominata dalla pretesa e l'altra dalla colpa, o che si creino ulteriori scissioni fino a una frammentazione completa del sé. Venendo a mancare la regolazione reciproca tra le opposte esigenze, ciascuna va per conto suo, con effetti inevitabilmente disgreganti.

3. Strategie di intervento

Una variante o una produzione particolare del senso di colpa è la *vergogna*. La colpa in senso stretto è una inadempienza nei confronti delle norme e delle regole della realtà oggettiva e intersoggettiva, mentre la vergogna segnala che si è venuti meno a un dovere nei confronti di sé stessi, del proprio ideale di vita.

La psicoanalisi ha insegnato a essere sospettosi con gli ideali, a vederli come tendenze narcisistiche camuffate. Tuttavia in primo luogo è necessario riconoscere la funzione fisiologica dell'ideale nell'economia del soggetto. Il singolo essere umano non dispone di un'identità definita, come quella che consente agli animali di trovare agevolmente il proprio posto nel mondo, ma deve continuamente scoprire le proprie potenzialità e cercare di attuarle: gli ideali sono precisamente la rappresentazione delle potenzialità che ciascuno si sente chiamato a realizzare.

Naturalmente è possibile formarsi delle rappresentazioni che non corrispondono a possibilità effettive. In una persona sana il contrasto tra situazione attuale e modello ideale si risolve modificando il comportamento per avvicinarlo al modello, oppure ridimensionando questo per renderlo più realistico. Attraverso il conflitto il soggetto impara per gradi a prendere coscienza

delle proprie potenzialità e ad attuarle nei tempi e nei modi possibili. Anche in questo caso, il conflitto che non è contenuto e tollerato si radicalizza. Il soggetto si sforza di corrispondere ad aspettative ideali troppo elevate e affermate in modo intransigente, ed è schiacciato dalla vergogna per non riuscire a farlo.

E' inutile cercare di distinguere con troppa precisione la colpa in senso stretto dalla vergogna: sarebbe come voler tracciare un limite netto tra realtà esterna e mondo interno, ignorando il fatto che gli elementi dell'una passano incessantemente nell'altro e viceversa. Tuttavia vale ugualmente la pena di tener presente la distinzione, perché il conflitto tra le due categorie di doveri, verso il mondo e verso sé stessi, occupa una posizione di rilievo nell'insieme delle forze in gioco.

Si possono descrivere conflitti "orizzontali" tra esigenze che appartengono allo stesso piano, come desideri (impulsi libidici) e ambizioni (impulsi autoassertivi) al livello inferiore, o doveri e ideali a quello superiore; oppure conflitti "verticali", ad esempio tra desiderio e colpa o tra ambizione e ideale. Tutte queste descrizioni, necessariamente imprecise, possono essere di qualche utilità per un primo orientamento, mentre sono certamente di ostacolo se sono impiegate per costruire metapsicologie da sovrapporre all'esperienza del rapporto.

Di fatto in ogni individuo desideri e aspirazioni prendono forme differenti, si intrecciano nei modi più vari, danno luogo a sintesi e a contrasti imprevedibili. Il quadro che si compone è sempre diverso, non riconducibile ad alcuno schema fisso. Il compito del terapeuta, a questo riguardo, è principalmente quello di dare spazio a tutte le spinte e contropunte: di invitare, aiutare, eventualmente costringere i rappresentanti di tutte le forze in gioco o, se si preferisce, le "parti del sé", a raccogliersi intorno allo stesso tavolo per negoziare soluzioni accettabili per tutti.

Occorre distinguere, al riguardo, livelli diversi di intervento. Se le difficoltà prevalenti sembrano riconducibili a debolezza o incontinenza emotiva, il terapeuta deve proporsi come *contenitore* per ciò che il paziente non riesce ancora a trattenere, o prestare la propria volontà (o forza dell'io) per *sostenere* quella ancora insufficiente dell'altro. Se invece l'aspetto dominante non è la debolezza, ma la forza, una forza o volontà negativa con cui il paziente si oppone strenuamente alla crescita e alla guarigione, l'approccio è diverso.

Quando la tendenza a fuggire nell'immaginario sembra riconducibile a pretese eccessive o aspettative ideali troppo elevate, il compito del terapeuta è di assumere un ruolo di *mediazione* e indicare la via del negoziato e della misura. Altre volte questa via è impraticabile, perché il paziente oppone un rifiuto pregiudiziale e insuperabile a qualsiasi tentativo in questo senso e appare dominato da una volontà negativa primaria, una ribellione essenziale ai limiti e alla fatica di esistere. In questi casi non c'è nulla da negoziare: al terapeuta non rimane che assorbire quella rabbia immensa cercando di non farsene danneggiare né contagiare, ma contrapponendo alla negazione del paziente il proprio *sì alla vita* e attingendo da questo le risorse sia per un accoglimento di qualità materna, sia per interventi responsabilizzanti sul registro paterno.

Nella pratica le funzioni di contenimento, sostegno, mediazione e affermazione vitale si intrecciano e si combinano nei modi più diversi. E' importante tuttavia che la loro distinzione sia sufficientemente chiara nella mente del terapeuta, perché questi non cerchi di mediare quando c'è solo da contenere, o di accogliere quando è necessario porre l'altro di fronte a una scelta.

4. Il desiderio del terapeuta

Tra le parti in gioco, tra cui occorre mediare, non deve essere tralasciato il desiderio del terapeuta. La messa tra parentesi di questo, si è detto, è l'espedito primo e necessario sui cui si fonda la relazione di terapia. Ora bisogna aggiungere che quelle parentesi non possono essere pareti a tenuta stagna. In linea di massima è lecito attendersi che il terapeuta non chieda

ai suoi pazienti altro che collaborazione: l'onorario dovrebbe essere un compenso sufficiente per la sua fatica. Tuttavia, l'adesione troppo stretta a un ideale è solo un altro modo di soggiornare nell'immaginario.

In primo luogo bisogna osservare che la cura non può essere un processo a senso unico, perché la malattia non sta mai tutta da un lato, né la salute tutta dall'altro, comunque si vogliano intendere questi termini. Se l'esercizio della professione di psicoterapeuta fosse permesso solo ai soggetti "normali", la grande maggioranza di coloro che di fatto la esercitano ne sarebbe esclusa. In realtà, come nello sciamanismo tradizionale i candidati sono scelti di preferenza tra i giovani psicopatici, che rispetto ai normali si dimostrano più dotati e motivati per questo ruolo (Eliade, 1974), una selezione analoga avviene nella psicoterapia moderna. Poiché il processo di formazione, inclusi i diversi tipi di analisi o terapia personale o didattica, per lo più risolve solo parzialmente la patologia del terapeuta, e spesso incide su di essa in modo non più che marginale, un certo grado di reciprocità di cura è presente nella maggior parte delle relazioni psicoterapeutiche, anche se questa raramente viene resa esplicita, come Ferenczi aveva proposto.

In genere il terapeuta riceve e utilizza l'aiuto del paziente senza riconoscerlo apertamente, perché lo spazio relazionale deve essere lasciato per quanto è possibile libero e a disposizione del secondo, senza intrusioni indebite con le problematiche del primo. Tuttavia in molti casi una certa occupazione di quello spazio è opportuna e forse anche necessaria, per più ragioni. Innanzitutto per onestà: spesso il paziente vede abbastanza bene le difficoltà del terapeuta, e se questi le ammette sinceramente si rende meno attaccabile e aiuta l'altro a fare altrettanto. In secondo luogo è probabile che la fiducia del paziente cresca se questi sente riconosciuta apertamente l'importanza del proprio contributo. Infine la trasformazione della dipendenza in interdipendenza è uno dei punti più significativi del processo maturativo, certamente un elemento essenziale per il passaggio dalla dipendenza simbiotica alla dipendenza matura.

Il secondo aspetto della reciprocità, per altro strettamente legato al primo, riguarda il fatto che i desideri del terapeuta, al pari di quelli del paziente, non provengono necessariamente dall'immaginario. La distinzione deve essere sempre tenuta presente: il desiderio appartiene all'immaginario se prende la forma di una pretesa, un diritto o un'imposizione, mentre è realistico se si esprime come richiesta e si pone nella dimensione della trattativa, dello scambio e del progetto. La differenza tra immaginario e reale non dipende dal contenuto del desiderio, ma dal rapporto che il soggetto intrattiene con esso. Tutti i conflitti immaginari sono caratterizzati dal fatto che la frustrazione non è tollerata, con la inevitabile sequela di angoscia e rabbia distruttiva, attacchi e fughe, razionalizzazioni e dinieghi, rivendicazioni e rappresaglie. Paziente e terapeuta debbono aiutarsi l'un l'altro a riconoscere questo tipo di conflitti e imparare a tollerare tutto quello che deve essere tollerato.

Oltre l'immaginario si entra sul piano della realtà, e qui è necessario determinare

“quanto e quale tipo di soddisfacimento occorra al paziente, così come all'analista, per mantenere nella situazione analitica la tensione a un livello ottimale o quasi” (Balint, 1952, p. 273).

Ogni terapeuta ha delle esigenze personali che in certa misura debbono essere soddisfatte per creare una “tensione ottimale” nel rapporto. Ad esempio Freud, con l'onestà intellettuale che lo distingueva, affermò che la raccomandazione di far stendere il paziente su un divano, derivata dal trattamento ipnotico, meritava di essere mantenuta

“in primo luogo per un motivo personale, che però altri, forse, condividono con me. Non sopporto di essere fissato ogni giorno per otto (o più) ore da altre persone”.

Con il sottile autoritarismo che ugualmente lo caratterizzava, aggiunse tuttavia che

“molti analisti agiscono in modo diverso, ma nutro il sospetto che in questo loro discostarsi dal mio

modo di procedere abbia più parte la brama di fare diversamente che non un effettivo vantaggio ch'essi vi abbiano riscontrato" (1913, p. 343).

In realtà la preferenza per il divano piuttosto che per la posizione *visàvis* può avere, per il terapeuta come per il paziente, una molteplicità di ragioni diverse (Gill, 1984) che occorre riconoscere e negoziare. Per ora basti osservare che se il terapeuta non sopporta di essere guardato dal paziente, e questi non sopporta di doversi sdraiare in presenza di una persona che rimane seduta, si possono prevedere conseguenze diverse. Primo: entrambi mantengono rigidamente la propria posizione. In questo caso il paziente dovrà trovarsi un altro terapeuta. Secondo: almeno uno dei due ha la capacità di tollerare la rigidità dell'altro, di attendere e di lavorare per ammorbidirla. Non è raro che il più sano dei due, per questo aspetto, sia il paziente; solo grazie alla sua maggiore elasticità molte terapie possono iniziare. Terzo: tutti e due sono disposti a mettere in gioco le rispettive esigenze. Questa è, ovviamente, la situazione ideale, che promette i risultati migliori.

La distanza, affettiva e spaziale, deve essere anch'essa negoziata in base alle richieste di entrambi. Più frequentemente di quanto non appaia nella letteratura, tra paziente e terapeuta si stabiliscono anche contatti fisici. E' difficile sottrarsi all'impressione che questo avvenga spesso per un bisogno del terapeuta piuttosto che del paziente, ma, posto che non vi siano sconfinamenti incompatibili con una relazione di terapia, queste evenienze non dovrebbero essere giudicate troppo severamente. Il fatto che i desideri del terapeuta giungano a occupare uno spazio non irrilevante nella relazione non dovrebbe di per sé suscitare scandalo. Occorre preoccuparsi non tanto di ridurre al minimo questi spazi, quanto di integrarli nel progetto di crescita della relazione, cioè di metterli al servizio dello sviluppo congiunto di due persone, in cui anche le esigenze personali del terapeuta debbono trovare a volte delle risposte minimamente soddisfacenti.

XIII

L'io e l'ego

1. L'io del paziente e l'io dell'analista

Nella *Standard Edition* delle opere di Freud la parola tedesca "Ich", che significa "io", è tradotta con la parola latina "ego". Poiché in inglese, come in altre lingue moderne, il termine "ego" ha una sfumatura peggiorativa, quella traduzione è stata criticata, benché sia stata approvata da Freud. In realtà è probabile che non si tratti di un incidente di traduzione, ma di una difficoltà terminologica connessa a un'ambiguità che negli scritti freudiani non ha mai trovato una risoluzione soddisfacente.

Sin dall'inizio tra l'io del paziente e l'io dell'analista c'è un fossato che l'intero trattamento non riuscirà a colmare. Il primo è propriamente un "ego", nel senso comune della parola: un io generato e dominato dalle pulsioni. E' l'io immaginario, variamente indicato nella letteratura

come l'io del narcisismo, fallico-edipico, megalomaniaco; un io immerso in un sogno di potenza da cui non ha ancora iniziato a distarsi, da cui forse non vuole neppure distarsi. La sua massima illusione consiste nell'immaginare di essere un'entità unica e coerente in sé stessa, solida e permanente, padrona di sé e della propria vita. Anche quando dichiara di essere impotente, incapace e colpevole, non tollera di essere contraddetto. Se sembra sottomettersi, non è perché sia disposto a rinunciare al suo sogno, ma solo perché lo ha trasferito sulla persona da cui vuole dipendere.

L'io dell'analista, al contrario, si caratterizza per la padronanza dell'attenzione, che può lasciar fluire liberamente, e per la capacità di mantenere una posizione di osservatore imparziale nei confronti di desideri e fantasie. L'analista comunica le proprie osservazioni all'analizzando, e così facendo non solo lo aiuta a prendere coscienza dei conflitti inconsci, ma si pone come modello perché l'altro acquisti a sua volta, col tempo, la medesima capacità di osservazione distaccata e ottenga per sé quella libertà interiore che l'analista sembra possedere sin dall'inizio.

Sappiamo tuttavia che, nonostante alcuni successi parziali, l'obiettivo ultimo è mancato. Sino alla fine l'io dell'analizzando rimane dominato da un impulso di autoaffermazione fallica (protesta virile o invidia del pene: Freud, 1937), paragonato a una "roccia basilare" che nessuna interpretazione riesce a perforare. In altre parole al termine dell'analisi, che in effetti proprio per questo è interminabile, l'io del paziente è ancora un ego, dal momento che l'affrancamento dalla matrice pulsionale si è rivelato impossibile.

Se cerchiamo la ragione di questo sostanziale fallimento, dobbiamo chiederci, per cominciare, quale sia la differenza che permette all'analista, e non al paziente, di installarsi nella posizione dell'osservatore neutrale. L'unica risposta possibile sembrerebbe essere che il primo si è sottoposto a un'analisi didattica; ma poiché questa non è, in linea di principio, diversa da un'analisi terapeutica, è inutile cercare nell'una quello che non si trova nell'altra. La conclusione ovvia è che la differenza tra l'analista e il suo paziente è solo apparente: nessuno dei due è in grado di esercitare un'osservazione realmente libera e neutrale, perché la pulsione fallica estende il suo dominio su entrambi.

Alla stessa conclusione arriviamo indagando a partire dallo specifico dell'operazione psicoanalitica. Indubbiamente la psicoterapia deve avvalersi anche di strumenti analitici, ma se questi sono privilegiati al punto che il terapeuta sceglie di chiamarsi "analista", il primato è tolto alla funzione dell'ascolto per essere trasferito a quella dell'interpretazione. La prima è retrocessa ad ancella della seconda: l'analista ascolta solo per poter interpretare, cioè per estendere il dominio della ragione cosciente all'inconscio, per "legare" le energie selvatiche del "processo primario", per svelare e demistificare ogni mistero. Ma questo "io" che vuole conquistare gradualmente il territorio dell'"es" è per l'appunto un ego: ciò che lo tradisce è proprio la sua infaticabile volontà di conquista, l'approccio da colonizzatore nei confronti del continente sommerso dell'inconscio o dell'es. Sottomettere la psicoterapia al primato analitico significa di fatto subordinarla a un impulso epistemofilo la cui matrice fallica è abbastanza trasparente.

Pur mancando il suo obiettivo a causa di questa subordinazione, il metodo freudiano ha aperto una strada e ha indicato chiaramente, nell'attenzione ugualmente fluttuante, la qualità centrale di un io sano e libero. *Il soggetto è libero se padroneggia la propria attenzione*: cioè nella misura in cui può dirigerla o distoglierla, focalizzarla o lasciarla fluire. Viceversa è alienato se la sua attenzione è catturata dai desideri o dagli istinti, e quindi dalle immagini in cui è indotto a identificarsi e dagli oggetti che è spinto a possedere.

"Io" ed "ego" sono termini che si possono impiegare, in conformità con il loro uso nel linguaggio corrente, per designare le modalità rispettivamente libera e alienata di essere del soggetto. Quando diciamo che "le pretese dell'ego debbono essere ridimensionate" e che "l'io deve essere rinforzato", ci riferiamo evidentemente a due ordini diversi di fenomeni, e può essere utile impiegare due termini diversi per distinguerli.

La formula generale della psicoanalisi ("dov'era l'es deve venire l'io"), che conduce direttamente alla roccia basilare, può essere vantaggiosamente sostituita da un'altra formula: *dov'era*

l'ego deve venire l'io, che meglio della prima indica il percorso della psicoterapia. Esaminiamo il significato di questi due termini e l'itinerario che conduce dall'uno all'altro.

2. *L'io e il suo demone*

La conoscenza, da sola, non libera. Un impulso che, con riferimento a due diversi ordini simbolici, alcuni autori chiamano fallicoluciferino, spinge l'uomo a ergersi sulla natura e a dominarla con il potere della conoscenza, l'unico che gli consenta di elevarsi su tutti gli altri animali. Si può forse dire che solo grazie a questo impulso l'uomo esca dal grembo della natura e dia inizio alla civiltà che lo emancipa e insieme lo estrania dalla sua radice. Se l'io è costituzionalmente non libero perché trae la sua energia e i suoi motivi dalle pulsioni, come ha osservato Freud, o è segnato da una colpa originaria, secondo una metafora più tradizionale, come potrà mai liberarsi di questo marchio d'origine?

Abbiamo descritto, seguendo Freud, la caratteristica centrale dell'io risanato: la libertà dell'attenzione. Mentre l'ego oscilla tra autoindulgenza e autodenigrazione, l'io non giustifica e non condanna, ma osserva equanime i desideri e le norme morali traendo da questo atteggiamento imparziale la capacità di sentire, giudicare e agire rettamente. Su che cosa si fonda questa equanimità? Se per venire al mondo l'io deve appoggiarsi a un impulso fallicoluciferino di autoaffermazione, destinato a rovesciarsi in autonegazione nel momento dello scacco, da chi o che cosa dovrà essere sostenuto per affrancarsi dal suo primo alleato?

Per rispondere a queste domande occorre partire dalla semplice osservazione che l'io è libero solo in quanto e nella misura in cui ha riconosciuto la propria relatività. Fintanto che l'io conosce solo padroni (istinti, norme morali e condizioni del mondo esterno) da accontentare il più possibile o scontentare il meno possibile, la libertà non entra nel suo orizzonte. Se l'io rinuncia alla propria illusione di onnipotenza per entrare in un mondo disilluso in cui ogni pensiero della totalità è solo un residuo d'infanzia e un segno di immaturità, la relativizzazione non può avvenire, perché non c'è più alcun assoluto rispetto al quale compierla. Viceversa, solo l'io che rinuncia a essere il tutto per riconoscersi come parte di un tutto con un unico atto si libera di un'illusione e si riconnette all'origine. In questo ricongiungimento (*trasformazione in O*) attinge alla verità grazie alla quale si sottrae al dominio di tutti i padroni che abitano dentro o fuori di lui.

Di questo processo troviamo all'inizio del pensiero occidentale un modello insuperabile nella figura di Socrate, che può affrancarsi da tutti i miti e gli idoli del suo tempo perché si affida e si lascia guidare dal suo *demone*. Per l'oracolo Socrate è l'unico sapiente, benché egli affermi di non sapere nulla: infatti il suo io si è reso vuoto di ogni sapere per poter accogliere un altro sapere, che gli viene trasmesso dal demone e che non si lascia mai racchiudere in certezze dogmatiche o affermazioni perentorie. Tutti gli altri, che credono di sapere, nel momento in cui pongono sé stessi o le istituzioni in cui si identificano come fonte del sapere, dimostrano di non essere mai usciti dall'universo egoico ed epistemofilico.

Il demone è un intermediario (*metaxy*) tra la divinità e l'uomo; oggi diremmo: una metafora dell'essere o un simbolo di O. La necessità di questa mediazione è ben espressa nel discorso di Diotima:

“La divinità, vedi, non ha diretto rapporto col genere umano; soltanto per mezzo di demoni ha relazione con noi; ogni suo colloquio con gli uomini, così nella veglia come nel sonno, avviene per il loro tramite. E si dice appunto che chi ha conoscenza sicura di questo è un uomo in rapporto con potenze superiori, un uomo demonico. Invece chi sa cose d'altro genere non è che un uomo comune”.

Le comunicazioni e le trasformazioni tra il piano fenomenico (K) e la realtà o cosa in sé (O) hanno bisogno di veicoli o catalizzatori particolari: metafore (da *metaphérein*, trasferire) o simboli (da *symbállein*, mettere assieme). Vediamo questi elementi concretamente all'opera nella psicoterapia.

L'immaginario sessuale di M. è dominato da un nucleo di fantasie di tipo esibizionistico e voyeuristico. Egli combatte energicamente queste fantasie vietandosi qualsiasi passaggio all'atto, ma in conseguenza di questa repressione la sua vita sessuale si è considerevolmente impoverita. Figlio unico di una donna separatasi dal marito poco dopo la sua nascita, ha mantenuto con la madre un rapporto esclusivo e simbiotico fino alla pubertà. In quel periodo, e del resto anche successivamente, l'atteggiamento della madre è ricordato come molto indulgente e gratificante sul piano narcisistico, ma altrettanto povero in termini di dialogo e scambio maturativo. I suoi sogni, e anche le fantasie che lo assalgono da sveglio, riproducono con monotonia sempre lo stesso tema: una figura materna assiste con benevolenza e complicità ai suoi comportamenti escretori o masturbatori, oppure è lui a osservare lei mentre è intenta alle medesime attività. Il padre non c'è, oppure è debole o indifferente. Nel corso della terapia M. ha mostrato particolare interesse per la tecnica del "dialogo con l'inconscio" con l'uso di simboli come la "guida interna" e simili. A tale figura si è rivolto una sera nel corso di uno di questi esercizi, chiedendo un'indicazione per sciogliere il nodo delle sue fantasie erotiche. È seguito questo sogno: "Mi sto spogliando per fare la doccia. Nella stanza c'è anche una domestica, davanti alla quale sto per esibirmi, quando lei mi interrompe per mostrarmi un regalo che mi ha portato: una cerbottana con un sacchetto di palline colorate di carta pressata come munizioni. Mi sento spiazzato e mi rivesto subito".

Prima osservazione: la guarigione non avviene mai solo per effetto delle cure prestate, ma richiede anche l'intervento di un fattore interno al paziente, tradizionalmente indicato come *vis medicatrix naturae*. Questo elemento è collegato da Fornari (1985) alla "capacità di avere fiducia e speranza", una disposizione naturale esistente in ognuno che deve essere attivata da esperienze appropriate. In generale ogni relazione di cura, come sono in primo luogo i rapporti con i genitori, è in grado di attivare questa funzione. Per effetto di relazioni familiari positive, la capacità di prendersi cura di sé assume alcune caratteristiche delle cure ricevute, per cui è *come se* il soggetto si ritrovasse una "buona madre" o un "buon padre" interni. È necessario sottolineare il carattere analogico di queste espressioni per evitare l'oggettivazione, implicita nell'uso di espressioni come "oggetti interni", in cui può incorrere chi dimentica che si tratta solo di metafore.

Allo stesso modo, la capacità di cura di sé che risulta da una buona esperienza terapeutica può essere rappresentata con la figura del "terapeuta interno". Per comprendere l'importanza di questa funzione, bisogna tener presente che la metafora non è semplicemente un espediente linguistico per rappresentare qualcosa che non può essere definito con maggiore precisione: oltre a questo, è anche un operatore capace di mediare la comunicazione ed effettuare trasformazioni tra livelli diversi di esperienza. Il demone socratico, il padre eckartiano, il dio Dioniso o il terapeuta interno non sono soltanto delle formule figurate per indicare qualcosa che si è depositato all'interno del soggetto in conseguenza di alcune esperienze di relazione: sono anche questo, ma in primo luogo sono delle *metafore generative*. Ad esempio il *padre* (non edipico, ma eckartiano), rispetto a cui l'io si pone come *figlio*, consente a questo di realizzare la propria relatività, di riconoscere il proprio fondamento in un altro-da-sé che è nel medesimo tempo il vero sé stesso e di aprirsi e affidarsi a questo fondamento inconoscibile e irrepresentabile attraverso la visibilità del simbolo.

3. Il "terapeuta interno"

Seconda osservazione: ogni terapeuta sa che i desideri perversi sono facili da analizzare, ma difficili da modificare. Nel corso della terapia l'origine delle fantasie di M. è stata ricostruita e ricondotta al rapporto infantile con la madre, reso particolarmente stretto e patogeno dall'assenza del padre. Questa ricostruzione è accettata dal paziente, ma non è sufficiente a mettere in moto un vero cambiamento. Si tentano altre vie, in particolare si suggeriscono esercizi di attivazione della funzione autoterapeutica inconscia. A uno di questi esercizi segue un sogno che comincia come tanti altri della stessa serie ma prosegue con un elemento di novità. La donna che si prende cura di lui, bersaglio onirico consueto della sua esibizione, si sottrae al

gioco offrendogli un dono: una cerbottana e un sacchetto contenente palline colorate, trasformazione giocosa e ironica del pene con il quale invece il sognatore bambino vorrebbe giocare. Questa donna che non collude e non reprime, ma semplicemente si sottrae al gioco perverso offrendo in cambio un gioco sano, svolge nel sogno precisamente la funzione di una figura terapeutica, che permette al paziente di investire su di lei i suoi desideri infantili per restituirglieli trasformati.

Abbiamo qui due simboli: la donna-terapeuta interno, che consente al soggetto di attingere alla potenza autorisanativa inconscia; e il gioco della cerbottana, che funge da veicolo e canale per una trasformazione libidica. Il primo è una *metafora rigenerativa*, mediante la quale il soggetto si riconnette alla sorgente (non al “serbatoio”) dell’intelligenza creativa. Il secondo è una *metafora trasformativa*, che con la leggerezza di palline di carta colorata attira verso l’alto una libido vischiosa e ristagnante.

Terza osservazione: il “terapeuta interno”, cui il soggetto si è direttamente ed esplicitamente rivolto, mette in atto un intervento che non è interpretabile come una semplice interiorizzazione di qualcosa che si è già svolto sulla scena esterna. Come la rimarginazione di una ferita cutanea è resa possibile dall’applicazione di alcuni punti di sutura, ma è prodotta dalla *vis medicatrix* autonoma dell’organismo, allo stesso modo la riparazione di una ferita dell’anima può richiedere l’intervento di un terapeuta esterno, ma in ultima analisi è effettuata dalle potenze innate di guarigione, che debbono solo essere attivate e messe in condizione di agire.

E’ importante che il terapeuta cerchi di risvegliare la capacità autorisanativa del paziente anche attraverso *esercizi appropriati da eseguire al di fuori delle sedute*. Se non lo fa, rischia di rendere il paziente più dipendente di quanto sia necessario nello stesso momento in cui impone alla relazione terapeutica un carico di impegni e aspettative più grande di quanto le competa. L’elevata frequenza delle sedute nella psicoanalisi propria, quale che sia il motivo con cui è giustificata, può essere vista anche come un modo di compensare, con un’intensificazione del rapporto, la mancanza di un lavoro significativo e metodico al di fuori di questo.

L’importanza decisiva della funzione simbolica per la psicoterapia sembra essere sfuggita a Freud ed è stata sicuramente meglio riconosciuta da Jung. Il processo che conduce dall’ego all’io, ovvero da un modo alienato e condizionato a un altro relativamente libero e integrato di essere del soggetto, ha molti punti di contatto con quello che Jung ha chiamato “processo di individuazione”. Tuttavia, mentre il padre della psicoanalisi ha trattato il simbolo come se fosse un segno (*aliquid stat pro aliquo*, una ciminiera sta per un pene), mancando di riconoscerne la funzione dinamica e trasformativa, il suo allievo dissidente ha oggettivato i simboli considerandoli potenze archetipiche attive in quanto tali, indipendentemente da una funzione simbolica del soggetto (Trevi, 1987).

La riduzione del simbolo a semplice segno è caratteristica dell’atteggiamento scientifico, che cerca di eliminare tutto ciò che è vago e ambiguo; dall’altro lato, il riconoscimento della funzione trasformativa del simbolo, accompagnato dalla concretizzazione che lo tramuta in un ente, contraddistingue l’atteggiamento religioso. In un approccio come quello indicato dallo psichiatra-filosofo Jaspers, invece, nulla è simbolico in sé, ma ogni cosa può diventarlo nel momento in cui è assunta dal soggetto come *cifra*: tutto ciò in cui l’essere gli parla diventa per lui cifra dell’essere.

Un terapeuta che voglia essere uno scienziato potrà manipolare in modi sofisticati l’oggetto della sua osservazione, ma probabilmente finirà per arrestarsi davanti alla roccia che lui stesso ha inconsapevolmente eretto tra sé e l’altro. Se vuole essere un sacerdote, farà inevitabilmente dipendere la salvezza propria e del suo paziente da alcuni valori o enti posti come assoluti. Ma se vuole essere un terapeuta-filosofo dovrà limitarsi a offrire uno spazio di dialogo come una radura in cui non si troverà mai alcuna conoscenza certa, ma in cui alcune metafore potranno prendere vita e trasmetterla a chi è venuto a cercarla.

XIV

Le azioni terapeutiche

1. La buona famiglia interna

La capacità di avere fiducia in sé stessi, negli altri e nell'esistenza in generale è un fattore la cui importanza per la salute mentale non può essere sottovalutata. Ricollegandosi alla nozione bioniana di "preconcezione", Fornari ha osservato che questa capacità fa parte del bagaglio di predisposizioni innate in ogni essere umano: tuttavia, per diventare da potenziale a operativa, questa prescrizione insatura deve essere saturata da esperienze reali fornite dalla madre, dal padre e dagli altri membri della famiglia in cui il bambino nasce e cresce.

"Dall'esperienza infantile ha così origine una buona famiglia interna, dalla quale il bambino si sente amato, nutrito, contenuto e sorretto nel suo cammino verso la vita. La buona famiglia interna diventa così una centrale di tutti gli affetti positivi (amore, fiducia, speranza, gratitudine ecc.), che costituiranno il capitale psichico dal quale attingere tutte le energie che saranno successivamente investite nella vita" (1985, p. 9).

Se le esperienze infantili non sono state sufficientemente buone, la costellazione interna che ne deriva riflette l'inadeguatezza o la nocività di ciò che è stato ricevuto. La malattia psichica o somatica ha origine su questo terreno, ed è insieme l'effetto di un malfunzionamento e un tentativo di guarigione, cioè di bonifica di un ambiente interno malsano. Colui che sta male regredisce, ritorna per qualche aspetto bambino e si pone nella condizione di chiedere e ricevere cure. Non solo la psicoterapia, ma probabilmente ogni altro tipo di terapia è un'occasione per ottenere un aiuto in termini affettivi, al di là della forma specifica che la cura assume. La relazione psicoterapeutica risponde alla richiesta in due modi: offrendo numerose occasioni di esperienza riparativa all'interno della relazione stessa, e proponendosi come laboratorio in cui studiare e programmare azioni diverse, da eseguire al di fuori di quello spazio, atte a produrre le esperienze di cui il paziente ha bisogno. I due stili di lavoro possono essere applicati sinergicamente nel processo di ricostruzione della "buona famiglia interna".

Ecco un altro sogno di M. "Voglio andare via con mio padre. Siamo sul pianerottolo e ho già chiuso a chiave la porta, ma mio padre vuole salutare mia madre, che compare dietro la porta a vetri e vuole parlarmi. Io mi arrabbio e voglio andare via. Invece mio padre è rilassato e parla tranquillamente con lei". M. teme la madre, che gli sembra seduttiva, intrusiva e inglobante. Questo timore ha sempre condizionato i rapporti con l'altro sesso, nei cui confronti mantiene tuttora un atteggiamento di controllo e di difesa. La sera prima di fare il sogno riportato si è rivolto ancora al suo "terapeuta interno", questa volta chiamandolo "padre", con riferimento non al padre reale, che è mancato in modo quasi completo al suo ruolo, ma a una figura simbolica cui affida il compito di interporre tra sé e il fantasma materno.

L'evocazione e l'invocazione di figure familiari è una delle tecniche tradizionali più efficaci per attivare la *vis medicatrix* inconscia. Fornari propone di ricorrere a diverse forme di

drammatizzazione e a tecniche ispirate alle pratiche meditative per “riaccendere la speranza” e riattivare le energie di guarigione persino negli ammalati di cancro. Il valore terapeutico di una vasta gamma di azioni simboliche è noto da sempre; occorre ora comprendere il luogo, la funzione e il significato di tali azioni nel contesto della psicoterapia moderna.

Accade che per una somiglianza superficiale con i procedimenti ipnotici e autoipnotici le tecniche che sollecitano l’impiego dell’immaginazione attiva siano spesso liquidate sommariamente come un semplice ritorno alle concezioni superate dell’epoca preanalitica. Non sarà inutile ricordare che i fenomeni di autosuggestione sono onnipresenti e onnipervasivi; la psicoanalisi non li esclude né li ignora, si limita a cercare di metterli al servizio del processo analitico. Ciò che conta stabilire, nella pratica terapeutica, è se essi sono riconosciuti e utilizzati in modo consapevole all’interno di una relazione dialogica e negoziale, oppure se sono impiegati per finalità manipolative.

Poiché l’orientamento oggi prevalente nel campo psicoterapeutico induce a considerare inferiore tutto ciò che non è “analisi del transfert”, converrà ritornare un momento sulla questione. La parola “transfert” è impiegata, a livello minimo, per indicare che il paziente trasferisce qualcosa di sé sulla relazione con il terapeuta. A partire da questo punto sono percorribili schematicamente tre vie. Sulla prima il terapeuta assume il modello dell’analitasp specchio e, ritenendosi sostanzialmente estraneo al vissuto dell’altro, cerca di restituirglielo come una semplice proiezione di fantasie infantili. Sulla seconda, che non esclude la prima, il terapeuta si sente investito di una richiesta che non deriva solo da fantasie di origine pulsionale, ma anche da esperienze passate realmente carenti testimoniate dall’esistenza di una “cattiva famiglia interna”. In questa ipotesi non basterà far prendere coscienza di desideri non più attuali e quindi da abbandonare, occorrerà anche fornire una nuova esperienza che in qualche modo compensi e ripari quella originaria. La domanda “trasferita” sul terapeuta, in questo caso, non può essere semplicemente interpretata come inattuale: al contrario, deve essere riconosciuta come parzialmente legittima e meritevole di una risposta sul piano di realtà. Infine, se la risposta è cercata almeno in parte in uno spazio diverso dalla relazione terapeutica, si imbuca una terza via, che non esclude ma integra le due precedenti. Su questa via si inoltra decisamente Fornari quando parla della

“possibilità di far investire il transfert sull’oggetto culturale terapeutico, come alternativa al suo esclusivo investimento sullo psicoanalista, che conserva valenze ipnotiche” (p. 226).

In altre parole, il desiderio di guarigione del paziente può essere ritrasferito, reinvestito su un oggetto diverso dalla relazione terapeutica: un “oggetto culturale”, cioè un lavoro implicante la costruzione di simboli capaci di catalizzare una trasformazione risanativa. Anzi, nell’opinione di Fornari la creazione di investimenti esterni alla relazione duale paziente-analista consente di superare le “valenze ipnotiche” che l’investimento esclusivo su questa conserva.

Le considerazioni che precedono gettano un ponte tra terapie analitiche e non analitiche. *Assegnare dei compiti* al paziente, per il terapeuta sofisticato, non significa “ignorare o manipolare il transfert”, come spesso si sente affermare. Al contrario, significa avere il massimo rispetto per il capitale di fiducia e speranza che il paziente ha investito sulla relazione terapeutica. Per impiegarlo in modo ottimale è necessario chiedersi se la relazione terapeutica sia di per sé sempre e comunque in grado di assicurare i rendimenti migliori, o se non sia il caso di prendere in esame di volta in volta investimenti alternativi, cioè *azioni terapeutiche* da eseguirsi all’esterno, ma negoziate, programmate e verificate all’interno della relazione.

2. Psicoterapia e scienza

Per ogni atto terapeutico debbono essere stabiliti dei criteri di verifica della sua efficacia. La correzione di un comportamento o la scomparsa di un sintomo sono elementi di conferma, ma

rimane sempre il dubbio: il risultato ottenuto è il prodotto atteso dell'intervento effettuato, o è piuttosto un effetto aspecifico di altri fattori, in particolare di suggestione inconsapevole? E ancora: il cambiamento è strutturale e permanente, o superficiale e contingente, destinato a estinguersi una volta che il paziente non sia più sostenuto dalla relazione terapeutica?

Uno dei modi, anche se certamente non l'unico, per seguire "dall'interno" l'evoluzione della terapia, è l'analisi dei sogni. Oltre che in termini di realizzazione allucinatoria dei desideri, il sogno può essere compreso anche come una forma di autorappresentazione del soggetto, secondo l'osservazione di Jung ripetuta oggi anche da molti freudiani. Ad esempio nel sogno si possono vedere rappresentate, ha notato Grinberg (1987), le stesse tendenze *evacuative* ed *elaborative* che riconosciamo nella vita di veglia (le prime corrispondono all'inclinazione a scaricare le tensioni per ricavarne un sollievo immediato, le seconde alla capacità e volontà di tollerarle per affrontare i relativi conflitti). A partire da questa osservazione possiamo formulare la seguente ipotesi "falsificabile": se in un momento dato, ad esempio all'inizio della terapia, le tendenze evacuative rilevabili nei sogni sono più forti di quelle elaborative, un reale progresso maturativo dovrà essere segnalato da un'inversione di questo rapporto; in caso contrario dovremo dubitare della consistenza dei risultati conseguiti.

Analogamente, quando i sogni sono affollati di personaggi persecutori e seduttivi, ai miglioramenti ottenuti nei sintomi e nel comportamento daremo maggior credito se potremo collegarli alla bonifica della "famiglia interna", testimoniata dalla comparsa onirica di figure positive e degne di fiducia.

Torniamo a M., che esegue un esercizio di attivazione delle forze autorisanative inconse mediante la concentrazione su un'immagine paterna affidabile; ad essa si rivolge con una richiesta mirata di aiuto ad affrontare il suo difficile rapporto con l'altro sesso. Segue un sogno in cui il padre è visto come una figura forte, capace di porsi tra il figlio e la madre: un padre che non asseconda il desiderio di fuga, ma induce il figlio a fermarsi e permette l'inizio di una comunicazione affettiva da sempre seriamente disturbata dall'angoscia di intrusione e inglobamento. M. si arrabbia e vuole allontanarsi (tendenza evacuativa), ma il padre si ferma a parlare (tendenza elaborativa, che prevale).

Se il passaggio trasformativo descritto è parte di un processo in cui eventi dello stesso genere sono osservati ripetutamente; se cioè l'esercizio è praticato con assiduità, e si rileva una modificazione significativa che tende a stabilizzarsi nel tempo della qualità dei sogni; se poi, soprattutto, si registra un aumento della capacità di tollerare ed elaborare i conflitti anche nella vita di veglia, siamo autorizzati a pensare che l'esercizio in questione è in grado di favorire un cambiamento significativo nel mondo interno del soggetto.

Nel caso esaminato è stata ipotizzata una correlazione tra un evento onirico e la pratica di taluni esercizi, ma naturalmente effetti di questo genere possono essere indotti in modi diversi, in particolare dall'esperienza di relazione con il terapeuta o con altri. Alcuni pazienti stabiliscono un forte coinvolgimento personale con il terapeuta, e da questo traggono il massimo beneficio. Altri, invece, preferiscono vedere in lui un esperto da cui ricevere aiuto e consiglio, e sono disposti a discutere e mettere alla prova diverse modalità di azione e di esercizio da eseguirsi al di fuori della relazione di terapia. Non c'è alcun motivo per considerare legittima solo una di queste due vie, dal momento che entrambe sono corrette in linea di principio e nessuno ha mai dimostrato che nell'una si ottengono risultati migliori o più duraturi che nell'altra.

Forse non si insisterà mai troppo nel ricordare che prove e dimostrazioni non "verificano" mai alcunché; la verità rimane sempre incommensurabilmente lontana dalle ipotesi meglio sostenute; tutto ciò che si può ottenere è l'accordo dell'ipotesi con i dati disponibili e un grado di conferma sufficiente per i fini pratici che interessano e che si è convenuto di perseguire. Entro questi limiti la psicoterapia è un'operazione che può essere detta scientifica. Troppo spesso, tuttavia, si osserva che quei limiti sono superati dalla pretesa di applicare strumenti conoscitivi là dove si può solo produrre l'apertura necessaria perché qualcosa si mostri; ma dall'altro versante ciò che si trova in quei confini non sempre è adeguatamente esplorato,

perché è escluso a priori dall'ambito di ciò di cui uno scienziato dovrebbe occuparsi.

Un esempio, per entrambi i casi, sono le tecniche di simbolizzazione, che come tutti i procedimenti di tipo sintetico sono guardate con sospetto in una cultura dominata dai miti del pensiero analitico. Invocare il padre? Va benissimo nei recinti della religione, dove chi non rinuncia alle illusioni del pensiero magico può ancora rifugiarsi, con la benevola tolleranza di chi ha scelto la ragione come unica guida. Ma che cosa ha a che fare questo con la psicoterapia, operazione per legge riservata a medici e psicologi, quindi annessa ai territori governati dalla scienza? Si potrebbe tentare di rispondere che un atteggiamento correttamente sperimentale, posto di fronte a una tecnica di cui si ipotizza un'efficacia terapeutica, dovrebbe solo chiedersi se funziona, e poi come e perché. Il rifiuto di esaminare e di indagare tradisce una posizione emotiva estranea allo spirito dell'impresa scientifica.

Fedeli a quello spirito, perché l'uso dei procedimenti simbolici, per non essere sospetto, deve presupporre la capacità di pensare rigorosamente, procediamo nell'indagine. E' facile osservare che le tecniche di simbolizzazione, se correttamente eseguite, sono efficaci nel produrre delle modificazioni significative nel modo in cui il soggetto si rapporta a sé stesso e agli altri. Ci chiediamo allora: da che cosa dipende e in che cosa consiste questa efficacia?

3. La fiducia

Una tecnica non si applica mai nel vuoto, ma sempre nel contesto di una relazione, fosse anche con l'autore del libro in cui è descritta. Un esercizio è eseguito con l'impegno necessario solo se esiste una fiducia sufficiente in colui che lo propone. Certamente ogni paziente investe sin dall'inizio un importo minimo di fiducia nella relazione, ma non è detto che questo capitale sia immediatamente spendibile allo stato in cui si trova. Può accadere, ad esempio, che la fiducia accordata sia condizionata da aspettative irrealistiche che bisogna prima di tutto riconoscere e neutralizzare, per poterla successivamente investire in progetti realistici. Inoltre, quale che sia il credito accordato, il paziente tende di regola ad aumentarlo o ridurlo a seconda di ciò che il terapeuta fa per meritarlo o demeritarlo.

Ottenuta la fiducia, i terapeuti di orientamento analitico cercano di utilizzarla per indurre il paziente a collaborare in un'indagine su fantasie, aspettative e conflitti, in special modo per come si esprimono nella relazione stessa; i terapeuti comportamentali, invece, puntano a ottenere la *compliance* dei loro clienti nell'esecuzione di esercizi determinati. Nel primo caso l'indagine praticamente coincide con la terapia, nel secondo è solo un passo preliminare per definire una strategia di intervento basata su azioni pratiche. Se il terapeuta coinvolge il paziente in una ricerca nei meandri sempre più profondi dell'inconscio, senza cercare di definire quelle azioni che permetterebbero di acquisire o rinforzare modalità più soddisfacenti di risposta alle difficoltà che sono interminabilmente indagate; o se, viceversa, prende troppo alla lettera i problemi presentati, proponendo una tecnica dopo l'altra per risolverli senza avere prima esplorato in modo sufficientemente accurato le fantasie e i conflitti sottostanti, in entrambi i casi è probabile che una parte del capitale iniziale di fiducia sia dissipato. Se poi, come facilmente accade, il terapeuta attribuisce l'impasse che segue unicamente alle resistenze del paziente, è da attendersi che quel capitale sia ulteriormente intaccato.

E' opportuno distinguere due tipi di fiducia. Il primo è correlato alle fantasie proiettate sul terapeuta, il secondo alla percezione di ciò che questi è effettivamente capace di fare. Inizialmente e per qualche tempo il terapeuta può attingere al primo serbatoio, ma per procedere dovrà dimostrare una reale capacità di accogliere le domande e di rispondervi adeguatamente. Quanto più il metodo è stereotipato, tanto più gli interventi dipenderanno dalla teoria del terapeuta e tanto meno dalla realtà dell'interazione. Interpretazioni o tecniche di desensibilizzazione saranno somministrate dall'alto, col risultato di incrementare le fantasie di onnipotenza depositate sul terapeuta e deprimere la speranza in una collaborazione cui il paziente possa dare il suo contributo personale e creativo.

Se, invece, si chiarisce ripetutamente che la terapia richiede sia la *partecipazione attiva e critica* del paziente, sia il *risveglio delle sue funzioni profonde di cura e governo di sé*, si crea un contesto atto a stimolare la fiducia dell'altro nelle proprie facoltà coscienti e inconscie, oltre che in una relazione capace di riconoscere e valorizzare queste e quelle. In tal modo il terapeuta cessa di essere visto come colui che dispone di un sapere e lo dispensa a chi ne è privo; nello stesso tempo evita di porsi come modello di maturità e realismo da interiorizzare, per assumere piuttosto la funzione del mediatore, del catalizzatore o dell'ostetrico: non somministra una cura, ma aiuta l'altro a scoprire la propria capacità di prendersi cura di sé.

Così il terapeuta invita, incoraggia e spinge il paziente da un lato a impadronirsi di tutte le sue capacità latenti di azione, critica e giudizio, e dall'altro ad affidarsi all'intelligenza creativa e alle potenze di guarigione che risiedono nella parte di sé che non conosce. Queste funzioni si inseriscono in una generale *attività terapeutica*, che esaminiamo da entrambi i versanti: del terapeuta e del paziente.

XV

Strategie dell'attenzione

1. Piccoli mostri

“Ciò che viene chiamato analisi freudiana ha molti significati differenti a seconda dei diversi analisti e le conclusioni di questi analisti non possono in alcun modo essere messe a confronto” (Peterfreund, 1983, p.1112).

Lo studio di ciò che realmente accade nel processo analitico, di come effettivamente si svolge “l'interazione tra paziente e analista, due sistemi altamente complessi che si influenzano costantemente l'un l'altro”, occupa uno spazio sorprendentemente marginale nella letteratura psicoanalitica. Non molto è stato pubblicato che aiuti l'analista a rispondere alle domande cruciali: “Che cosa sta succedendo? Che cosa posso dire o fare di utile?” (Peterfreund, *ibid*). Nella psicoterapia autentica l'esperienza di ciò che realmente accade ha il sopravvento rispetto a ogni presupposto teorico. Le domande-guida sono: che cosa è *richiesto dalla situazione* che si dica o si faccia? che cosa deve dire o fare il terapeuta, che cosa il paziente? La teoria è necessaria, ma deve essere utilizzata per raccogliere e organizzare l'esperienza pregressa e fare previsioni non vincolanti su quella a venire, non per costringere l'esperienza a uniformarsi ad essa.

Uno psicoanalista uruguayano, Bernardi (1989), ha osservato che le teorie di Freud, Klein e Lacan possono essere considerate dei *paradigmi* nel senso di Kuhn, in quanto includono elementi non soltanto cognitivi ma anche affettivi, come preconcezioni, valori, fantasie. Esaminando come questi autori, o i loro seguaci, trattano uno stesso materiale (il caso

dell'Uomo dei lupi), Bernardi giunge alla conclusione che questi paradigmi sono incommensurabili, cioè

“irriducibili l'uno all'altro, poiché non c'è alcun accordo tra di essi sulle premesse generali (che non condividono) o sull'esperienza (che non è vista allo stesso modo)”.

I dati sono selezionati, organizzati e interpretati in modi diversi, in funzione degli assunti di base propri di ciascuno di questi autori. Fin qui niente di male, nessuno è una *tabula rasa* di fronte all'esperienza. Il fatto è che

“la selezione [e la restante elaborazione] del materiale avviene, *senza che l'analista se ne renda conto, come risultato delle assunzioni precedenti*. Per questo egli può credere e assicurare i suoi lettori che tutto ciò che egli mette in evidenza è in evidenza anche nel materiale originale”.

Questa mancanza di consapevolezza degli psicoanalisti nei confronti delle proprie fantasie teoriche dà luogo alla produzione di entità mentali, i paradigmi, che se da un lato sono strumenti preziosi per la strutturazione dell'esperienza, dall'altro la distorcono così seriamente da essere paragonati da Bernardi a

“piccoli mostri da fantascienza annidati nella mente dell'analista, capaci di crescere illimitatamente se trovano le condizioni adatte”. E queste condizioni di solito si trovano: “Possiamo dire che scegliamo la teoria che preferiamo? Sembra piuttosto che adottiamo un modo di pensare senza sapere affatto come, mossi forse dalle fantasie inconscie ammassate nel corso delle analisi didattiche, delle supervisioni e dei seminari”.

La situazione nel campo psicoanalitico, secondo Bernardi, è seria ma non disperata: bisognerebbe restituire agli strumenti di conoscenza il posto che loro compete, percorrendo a ritroso il cammino che li ha resi “mezzi di identificazione e di potere”. Per far questo occorrerebbe sviluppare un'analisi comparata delle diverse teorie e un linguaggio descrittivo “che ci permetta, più di quanto faccia la teoria, di parlare di ciò che non comprendiamo nel materiale”.

La via suggerita da Bernardi è precisamente quella che si tenta di percorrere in questo lavoro. L'errore che deve essere corretto, e in cui è tanto facile cadere, consiste nello scambiare la propria visione per la realtà *tout court*, senza avvedersi di come e quanto ciò che si vede sia in effetti il prodotto del modo in cui l'attenzione viene diretta. *La relazione terapeutica è strutturata in primo luogo dalle strategie, coscienti e inconscie, che governano il flusso dell'attenzione*.

2. La difesa

Per cominciare, l'attenzione può essere mantenuta sospesa e fluttuante, oppure essere messa a fuoco su qualche cosa. Per stabilire connessioni, cogliere significati o emettere ipotesi è necessario estrarre alcuni elementi dal flusso dell'esperienza e concentrare l'attenzione su di essi. Se, d'altra parte, la concentrazione è troppo rigida, a scapito di ciò che è lasciato in ombra, può accadere che elementi essenziali, in un primo tempo considerati ininfluenti, rimangano esclusi dalla considerazione. Solo una valutazione del contesto permette di decidere, di momento in momento, se è il caso di focalizzare o lasciar fluttuare l'attenzione. In secondo luogo ognuno, che lo sappia o meno, ha i propri criteri per decidere se una cosa sia più o meno degna di attenzione. Colpisce tutto ciò che è insolito, singolare, fuori misura rispetto a quello che si suppone essere lo svolgimento ordinario delle cose. Inoltre l'ascolto è generalmente teso a cogliere conferme di ciò che è atteso e a privilegiare elementi e connessioni che consentano di ricondurre i fenomeni a quadri percettivi noti. Osserviamo ancora una

volta che l'uso di modelli tratti dall'esperienza passata propria o altrui è indispensabile per organizzare l'esperienza attuale, ma l'adesione ad essi, se è rigida e acritica, impedisce sia di cogliere il nuovo, sia di accedere a quella dimensione della relazione che si apre solo attraverso la rinuncia a dominarla cognitivamente.

Con queste premesse è possibile esaminare le principali strategie dell'attenzione che sono abitualmente impiegate nella relazione terapeutica. La domanda che forse più di ogni altra orienta l'ascolto, soprattutto, ma non soltanto, dei terapeuti di orientamento analitico, è la seguente: "*da che cosa e in che modo si sta difendendo il paziente?*". L'origine di questa domanda è nell'osservazione che spesso i disturbi psicologici sono riconducibili a esperienze che il paziente evita perché ha qualche motivo di temerle. Può trattarsi di conflitti infantili o attuali, stimoli che inducono risposte di ansia o altro: in ogni caso si suppone che il disturbo cesserebbe se il paziente accettasse o fosse in grado di affrontare ciò che teme. Questa ipotesi è alla base sia delle interpretazioni psicoanalitiche classiche, sia delle principali tecniche di terapia comportamentale.

Secondo una regola spesso ripetuta, la difesa dovrebbe essere interpretata prima dell'impulso o dell'affetto temuto. Tuttavia, come fa notare Wachtel (1977, p. 259), l'applicazione non meditata di questa regola può dare effetti opposti a quelli desiderati. Infatti in ogni momento la comunicazione del paziente può essere vista come un intreccio di tentativi espressivi e modalità difensive. Poiché il significato di ciò che sta accadendo in un momento dato può essere valutato solo nell'ambito di un processo, la decisione di incoraggiare l'espressione o di mostrare la difesa può essere presa solo in quel contesto.

Un principio più rispondente all'effettivo andamento del lavoro può essere formulato così: *occorre dirigere l'attenzione sulla difesa quando questa impedisce l'accesso all'esperienza, e su questa quando il paziente è già almeno in parte pronto ad accoglierla purché sia incoraggiato e sostenuto a farlo*. Non è affatto detto che la seconda evenienza debba essere preceduta e preparata dalla prima: può ben essere che un paziente sia pronto ad affrontare un'esperienza dolorosa perché la decisione è maturata in lui ed esistono le condizioni per farlo, indipendentemente da un lavoro precedente sulle difese. Inversamente, è possibile che una difesa sia indebolita non da ripetute interpretazioni, ma dal venir meno della sua ragione d'essere, dal momento che l'esperienza temuta ha iniziato ad essere affrontata ed elaborata.

3. Sospetto e comprensione

Il fatto che il terapeuta rivolga un'attenzione prevalente alla difesa o all'esperienza temuta può dipendere, e molto spesso dipende, più da un orientamento ideologico che da una valutazione del contesto. Le *strategie del sospetto* derivano dalla convinzione che la tendenza basilare dell'essere umano sia quella di cercare il piacere e di evitare la realtà quando è spiacevole; le *strategie della comprensione* si fondano sulla convinzione opposta che l'uomo sia naturalmente orientato alla realtà, o almeno a quel suo aspetto parziale che è la ricerca oggettuale, e se ne allontani solo in conseguenza di circostanze esterne che la rendono intollerabile.

All'interno della prima strategia si tratta soprattutto di smascherare illusioni, mentre la seconda punta alla creazione di un ambiente favorevole alla crescita e alla riparazione di fallimenti dovuti a relazioni originarie non sufficientemente buone. Entrambe le strategie sono fondate, mentre non lo è la contrapposizione tra di esse che vorrebbe indurre a scegliere l'una o l'altra. Infatti, se è evidente che tanto il corredo ereditario quanto l'ambiente in cui un bambino cresce hanno un'importanza decisiva sul suo sviluppo, nulla autorizza a pensare che l'essere umano sia un prodotto passivo di effetti ambientali su predisposizioni biologiche. Al contrario, la capacità di scegliere entro certi limiti il proprio destino è una caratteristica talmente centrale dell'uomo che il disturbo mentale, rispettivamente di tipo nevrotico o psicotico, è definito precisamente dalle condizioni in cui questa è ridotta o assente.

Un difetto maturativo può essere dovuto tanto alla mancanza di fattori necessari per la crescita,

quanto al rifiuto di compiere una scelta evolutiva, pur in presenza delle condizioni che la consentirebbero. La dipendenza dell'uomo dall'aiuto esterno è altrettanto evidente e altrettanto grande della sua capacità di illudersi e ingannarsi per sottrarsi a scelte sgradevoli. Una concentrazione esclusiva o prevalente su uno solo dei lati della questione rischia di tradursi in un'impasse terapeutica.

Autori come Rogers, Winnicott e Kohut, pur nella diversità delle rispettive posizioni, hanno richiamato l'attenzione sull'importanza di ricreare nella relazione terapeutica un clima positivo, empatico e incondizionatamente accogliente. Il loro contributo è valso a correggere e temperare gli eccessi di sospettosità interpretativa propri della psicoanalisi classica, benché in quegli autori si ritrovino anche eccessi di segno opposto. Un approccio troppo critico o uno troppo fiducioso possono essere visti come deviazioni rispetto alla *fiducia critica* che dovrebbe caratterizzare l'atteggiamento psicoterapeutico di base: una posizione che non vede l'uomo come intrinsecamente dedito alla ricerca del piacere o al contrario realistico per natura, ma piuttosto come un *soggetto capace di scelte buone o cattive*. Da questo punto di vista il terapeuta ha solo il compito di aiutare il suo paziente a fare scelte migliori di quelle che lo hanno portato ad aver bisogno di terapia.

4. Il soggetto ignoto

Shafer, tra gli analisti contemporanei, si è assunto il compito di riportare continuamente l'attenzione sul soggetto in quanto agente della propria esperienza. Questa funzione è implicita in ogni psicoterapia, ma è utile che sia resa esplicita per liberarla dall'azione contraria esercitata dalle teorizzazioni metapsicologiche:

“E' necessario sottolineare l'idea della persona come agente *unitario* e ripetere che il termine unitario non implica delle azioni perfettamente coordinate o l'assenza di azioni contraddittorie di ciò che siamo soliti chiamare conflitto. Si parla di agente unitario per evitare di postulare l'esistenza di un apparato mentale al quale vengono poi attribuite, come componenti, una molteplicità di istanze agenti più o meno indipendenti. Non appena si ricorre all'idea di una molteplicità di istanze agenti, si resta inevitabilmente coinvolti in una visione meccanicistica della psicologia umana: non importa più molto, allora, se queste componenti vengono definite strutture mentali diverse (Es, Io e Superio) o sé diversi o frammenti di sé. Nella concezione meccanicistica la vita delle persone è vissuta dalle loro parti, che agiscono più o meno autonomamente, ciascuna a seconda della propria natura (ad esempio il crudele Superio o il sé megalomane); è come se ciascuna di queste parti fosse una specie di persona che persegue un unico scopo e che, nella migliore delle ipotesi, accetterà qualche compromesso. E' questa la concezione espressa in sintesi dalla metapsicologia freudiana” (Shafer, 1983, p. 142).

Questo spostamento dell'attenzione, che restituisce al soggetto la competenza e la responsabilità della propria esperienza, produce i suoi effetti su due punti di ingorgo: la nevrosi del paziente e l'ideologia del terapeuta. Il primo, che percepisce la propria vita come determinata da fatti e forze oggettive indipendenti dalla sua volontà, sarà indotto a riflettere sulla propria percezione e a riconoscere in essa non una semplice registrazione della realtà, ma una costruzione cui egli stesso contribuisce in modo decisivo con le proprie valutazioni e scelte. Il secondo imparerà a riconoscere i “piccoli mostri” che il processo di formazione ha seminato nella sua mente e riuscirà ad ascoltare il paziente con mente almeno relativamente sgombra.

Tuttavia, per quanto benefico sia questo recupero del soggetto dall'oggettivazione cui era andato incontro nella psicoanalisi e nel comportamentismo classici, l'operazione non è priva di rischi. Il pericolo è che sia vanificato proprio il contributo più rivoluzionario di Freud, precisamente il decentramento del soggetto, la detronizzazione dell'io dalla posizione centrale che si illude di avere nella coscienza ordinaria. Freud ha insistito sul primato dell'analisi sulla sintesi, mentre ora Shafer afferma che

“in fin dei conti l’interpretazione psicoanalitica non è un’*analisi* nel senso di una scomposizione del materiale nei suoi elementi. Pur essendo vero che strada facendo di fatto si opera questa enucleazione di temi e problemi, fondamentalmente l’interpretazione analitica è una *sintesi*, in quanto dimostra la partecipazione dell’analizzando a ogni evento significativo, compresa la stessa azione del disconoscere” (*ibid*, p.143).

Questa accentuazione della funzione sintetica dell’io, che si ritrova oggi in molti autori e scuole, soprattutto nel settore non analitico, rischia di mettere in ombra la sostanziale debolezza e dipendenza dell’io nei confronti dell’inconscio, che Freud aveva ben riconosciuto pur mancando di fare il passo ulteriore che trasforma la debolezza in forza. Il programma “dov’era l’es deve venire l’io” non può che andare incontro a uno scacco, al pari di ogni progetto di dominio del piccolo io sulla sconfinata regione che lo circonda e lo sovrasta. Solo riconoscendo nell’inconscio una dimensione intrinsecamente inconoscibile, rinunciando a un’impossibile padronanza e instaurando rispetto ad essa un atteggiamento di ascolto e apertura come nella formula *F in O* di Bion il piccolo e debole io diviene partecipe della potenza ignota che lo avvolge da ogni lato.

Va bene dunque il recupero della centralità del soggetto, se questo significa affrancamento dal meccanicismo metapsicologico: purché segua un nuovo e più radicale decentramento a favore dell’altro, del *soggetto ignoto*. Questo altro soggetto è inafferrabile, ma può essere incontrato al confine interno o esterno del sé. All’interno si può udire la sua parola: nell’inconscio lacaniano “*ça parle*: un soggetto nel soggetto che trascende il soggetto”. All’esterno lo si può intravedere, secondo la formula di Lévinas, “nel volto dell’altro”. La relazione psicoterapeutica è un luogo privilegiato per l’ascolto dell’altro su entrambe le linee: nel dialogo che si instaura tra paziente e terapeuta e si approfondisce come sovente è impossibile nelle condizioni dell’esistenza ordinaria; e nella comunicazione che ognuno dei due allaccia col proprio inconscio, di cui il dialogo esterno si alimenta.

5. La comprensione e l’azione

La relazione terapeutica stessa diviene oggetto di attenzione, un’attenzione che per alcuni psicoanalisti è pressoché esclusiva. Certo merita di esserlo, ma se questo avviene a scapito di altri oggetti, diversi dalla relazione, è solo per una scelta aprioristica che non trova giustificazione nella realtà dei fatti. Ugualmente ingiustificata è la scelta opposta, se attuata indiscriminatamente, di considerare la relazione come un contenitore neutro in cui parlare di cose che accadono altrove. Entrambe le decisioni, viceversa, possono essere appropriate nella situazione in cui sono prese.

Spesso i pazienti portano problematiche familiari, di coppia, sociali o di lavoro di grande intensità e urgenza; è inevitabile occuparsene, mentre è illusorio credere che possano risolversi automaticamente per effetto del lavoro compiuto “sul transfert”. Può anche succedere che problemi esterni siano in un dato momento prevalenti, ma il paziente non ne parli e colluda con l’analista nel continuare a riportare l’attenzione su ciò che accade nella stanza della terapia: in questi casi il “transfert” viene utilizzato congiuntamente come resistenza per non affrontare difficoltà maggiori, che risiedono altrove (Jacobs, 1986).

La tendenza a essere unilaterali nell’occuparsi di ciò che avviene dentro o fuori la relazione terapeutica è ben rappresentata rispettivamente da analisti e comportamentisti, i quali poi rappresentano insieme un’altra scissione caratteristica e ancora più decisiva di quella accennata sopra. Nella circolarità che unisce la comprensione all’azione, o la teoria alla prassi, gli uni privilegiano un momento, gli altri il secondo, pensando che il polo mancante sia meno bisognoso di considerazione o addirittura che sia del tutto inutile interessarsene. Così per lo più gli analisti disdegnano di impegnare i loro pazienti o sé stessi in azioni definite, nella convinzione che, una volta ottenuti i giusti *insight*, i comportamenti non potranno che

adeguarsi. Dall'altro lato i comportamentisti, quando non considerano la coscienza un fenomeno irrilevante o piuttosto inesistente, mostrano di ritenere che l'unica comprensione che conta è quella che si ottiene attraverso l'esercizio e la pratica di comportamenti precisi e programmati.

In tal modo gli steccati che le scuole erigono per proteggere le rispettive identità impediscono di vedere quanto l'azione possa favorire la comprensione e viceversa.

N. si lamenta della freddezza e dell'indifferenza del marito, riferendo diversi episodi a dimostrazione di ciò che afferma e riportando continuamente questo tema al centro dell'attenzione. Il terapeuta le chiede di descrivere con precisione uno di questi episodi. Il quadro tipico è questo: il marito è assorbito da uno dei suoi hobby; N. si avvicina e cerca di coinvolgerlo in un dialogo; il marito risponde a monosillabi o non risponde del tutto; N. sospira e ritorna alle sue faccende. Il terapeuta le fa notare che il marito ha un gioco troppo facile: se vuole ottenere qualcosa deve essere più combattiva. Si esaminano alcune azioni che potrebbero scuotere l'imperturbabilità del coniuge, dalla rottura di piatti all'abbandono del tetto coniugale. Stimolata e incoraggiata a farlo, N. decide di lottare finalmente con decisione per fare funzionare il suo matrimonio. Alla prima occasione dichiara al marito di non essere più disposta ad accettare il suo comportamento. Il marito tace. Lei si alza ed esce di casa. Il marito la rincorre e ammette che forse è il caso di parlare. Così la situazione ha un primo sblocco, cui ne seguono altri, con due risultati. Primo, finalmente si instaura una comunicazione accettabile tra i coniugi. Secondo, N., ora che ha ottenuto ciò che voleva, si rende conto che il problema principale non è nel rapporto col marito, ma in quello col terapeuta, verso il quale prova i sentimenti intensi e ambivalenti che da bambina provava per il padre. Solo adesso è pronta e motivata a lavorare su questo nodo.

Al terapeuta può essere chiaro sin dall'inizio che il problema principale non è là dove il paziente crede che sia, ma il punto è che la cosa deve diventare chiara anche a lui. Non è detto che la via migliore per fare comprendere una cosa sia ripeterla fino alla noia. Nel caso riportato un tipico *insight* ("il vero problema è nel rapporto con mio padre, che ripeto qui con lei") non è stato ottenuto per via interpretativa, ma applicando una classica tecnica comportamentale: il training di assertività. E non è stato ottenuto lavorando sul "transfert", ma su uno scenario esterno. Uno psicoanalista non avrebbe usato questi mezzi, mentre un terapeuta del comportamento si sarebbe probabilmente accontentato del buon risultato raggiunto e non avrebbe creato il clima relazionale adatto per la messa in scena del dramma più profondo. La libertà di passare dall'uno all'altro registro ha consentito invece di produrre un'azione che ha favorito una presa di coscienza che a sua volta ha prodotto la motivazione per una nuova fase del lavoro.

Wachtel (1985), che ha studiato i molteplici modi in cui le tecniche analitiche e comportamentali possono essere applicate in modo sinergico per spezzare i circoli viziosi in cui l'esistenza nevrotica è imprigionata, è giunto a una conclusione che può essere pienamente condivisa: i risultati migliori si ottengono quando, con l'esperienza, si mettono a punto delle modalità di intervento discrete, poco strutturate e poco invasive, che consentono una integrazione ottimale tra l'applicazione di tecniche attive e lo stile più fluido e coinvolgente che è tipico delle terapie analitiche.

Ricapitolando, abbiamo visto che la relazione terapeutica è strutturata dai modi in cui è governata l'attenzione, che può essere mantenuta fluttuante o essere messa a fuoco. Tra gli oggetti o gli atteggiamenti alternativi che orientano l'attenzione abbiamo considerato in questo capitolo: la difesa e l'esperienza temuta; il sospetto e la comprensione; la centralità e il decentramento del soggetto; la relazione di terapia e le relazioni esterne; la modifica del comportamento e la ricerca dell'*insight*.

Quanto più ricco è il repertorio di coppie polari di termini al cui interno cercare di momento in momento il punto di equilibrio, tanto più è probabile che il terapeuta riesca a sintonizzarsi con la domanda del paziente e a rispondervi correttamente. Continuiamo quindi nell'esplorazione e nella descrizione degli assi lungo i quali si svolge il processo della terapia.

*Manovre fisiche**1. Sentire e pensare*

Alcuni pazienti vivono emozioni intense nella seduta di terapia, ma hanno difficoltà a fermarsi e a considerare con un distacco sufficiente ciò che provano, per cercarvi significati e collegamenti. Altri sono ben disposti al lavoro di analisi, mentre sono trattenuti sul piano emotivo. Alcuni pensano molto e sentono poco, altri mostrano l'inclinazione opposta. Nei primi deve essere attivata e stimolata la capacità di sentire, nei secondi quella di pensare. Da questo punto di vista la regola fondamentale della psicoanalisi, cioè l'invito a dire qualsiasi cosa passi per la mente, può non essere sufficiente.

Peterfreund ha scritto uno dei migliori libri sulla tecnica della psicoterapia che siano mai stati scritti. Tuttavia, poiché ha deciso di continuare ad essere uno psicoterapeuta *analitico* e non ha voluto varcare quel confine oltre il quale comincia la psicoterapia *tout court*, e poiché inoltre è un uomo assolutamente onesto, non nasconde la frustrazione che prova nel trattamento dei pazienti ossessivi. Che cosa non va con gli ossessivi? Sono persone abituate ad analizzare tutto, e quindi rispondono poco e male al metodo analitico. Con questi pazienti è necessario applicare delle tecniche atte a interrompere la barriera di intellettualizzazioni e a far emergere il vissuto sottostante. Uno psicoterapeuta analitico si trova in difficoltà, perché con il paziente ossessivo non basta introdurre qualche "parametro" (termine con cui gli analisti usano indicare le deviazioni dal metodo classico): è tutta l'impostazione del lavoro che deve essere modificata, ed è arduo farlo rimanendo all'interno di una logica analitica.

L'invito a dire "ciò che viene in mente" orienta l'attenzione appunto sulla mente piuttosto che sul corpo, sulle idee piuttosto che sui vissuti più profondi e viscerali. Alcune persone hanno un'esistenza prevalentemente mentale e una consapevolezza molto scarsa delle proprie emozioni e sensazioni. A costoro non è sufficiente chiedere di verbalizzare tutto ciò che passa per la mente, occorre anche dirigere specificamente l'attenzione sulla parte sommersa della loro esperienza, ad esempio con domande mirate.

"Spesso suggerisco ai pazienti di tornare indietro e cogliere di nuovo esattamente ciò che sentivano, pensavano, immaginavano o temevano durante l'evento che li aveva turbati e di cui stavano parlando" (Peterfreund, 1983, p. 166).

In generale, se vogliamo che il paziente porti in terapia delle esperienze intense e vivide e dobbiamo volerlo, perché il cambiamento avviene *in vivo*, non *in vitro* non possiamo limitarci a proporre una volta per tutte una regola pur ottima come quella fondamentale della psicoanalisi. E' necessario intervenire ripetutamente e in una vasta gamma di modi per stimolare, risvegliare, attivare ciò che deve essere portato alla luce e messo in gioco.

Ad esempio a un paziente con forti tendenze a razionalizzare si può dire, come fanno specialmente i terapeuti delle scuole esperienziali: "ho capito che cosa *pensa*, ora vorrei sapere anche che cosa *sente* e che cosa *vuole*". Nelle stesse circostanze un analista interpreterebbe la

resistenza, cioè direbbe qualcosa come “ho l'impressione che lei eriga una barriera di pensieri per non entrare in contatto con qualcosa che le fa male”. Nel primo caso la difesa viene *attaccata* direttamente, nel secondo viene solo *mostrata*. Gli analisti sostengono spesso che solo la seconda modalità è rispettosa del paziente, mentre la prima è manipolativa. Ma chi può affermare che tutti i pazienti hanno bisogno solo e sempre di essere illuminati sulle proprie difese, e mai di trovare qualcuno che le contrasti direttamente?

2. Il divano e la sedia

Consideriamo l'invito di Peterfreund riportato sopra a “tornare indietro” per reimmergersi in un'esperienza e riviverla nel modo più completo possibile. Probabilmente nel tentativo il paziente chiuderà spontaneamente gli occhi per isolarsi dal contesto attuale e facilitare la ricerca. Per lo stesso motivo può essere lo stesso terapeuta a chiedere al paziente di chiudere gli occhi, o di assumere una posizione distesa se è seduto, o di tirare qualche respiro profondo. Vediamo il fantasma della manipolazione che riprende subito ad agitarsi. Il fatto che richieste come quelle indicate possano essere considerate incompatibili con un “buon lavoro analitico” non ci preoccupa, se per noi l'analisi è solo una delle componenti della terapia e pensiamo che sia la prima a doversi subordinare alla seconda, e non viceversa. Tuttavia a maggior ragione quel fantasma va esorcizzato, perché nella buona psicoterapia non c'è posto per alcun tipo di manipolazione.

In base a quale principio si può stabilire che è scorretto proporre al paziente di cambiare posizione nel corso della seduta, mentre non lo è impegnarlo ad assumere una posizione fissa sin dall'inizio del trattamento? Convinzioni del genere poggiano su almeno due presupposti. Il primo è che l'obbligo per il paziente di confrontarsi con un insieme di regole rigide e immutabili abbia di per sé un valore terapeutico. Il secondo discende dal primo: poiché è ovviamente insostenibile la pretesa che qualsiasi insieme di regole, anche le più innaturali e capricciose, possa servire allo scopo, si deve attribuire al terapeuta la conoscenza certa di ciò che è giusto e appropriato.

La fragilità del primo presupposto è già stata esaminata (v. capitolo II), e diviene immediatamente visibile nel suo nesso necessario con il secondo: l'uno e l'altro definiscono congiuntamente il carattere di ogni sistema educativo o regime di tipo autoritario, al cui interno si danno solo relazioni in cui qualcuno deve affidarsi e obbedire a qualcun altro perché quest'ultimo *sa* qual è il suo bene. Si troveranno sempre persone che scelgono questo regime, nell'uno o l'altro dei ruoli, perché è loro congeniale. Occorre solo chiarire che la vera psicoterapia è altra cosa, posto che si voglia dare un fondamento razionale, dialogico ed euristico a questa disciplina, sottraendola alla volontà di dominio di tutte le scuole e istituzioni che si attribuiscono o cui la stessa opinione pubblica attribuisce una relazione privilegiata con la verità.

Liberato ancora una volta il campo dalle ipoteche ideologiche, possiamo esaminare il significato e il valore di alcune semplici *manovre fisiche* nella relazione di terapia.

La *posizione dell'asse corporeo*, che può oscillare tra la verticale e il piano orizzontale, ha effetti evidenti sullo stato di coscienza. Il divano ha assunto una funzione emblematica perché in chi vi sta disteso i nessi associativi si fanno più lassi, la coerenza del discorso si indebolisce, il flusso di fantasie e pensieri sotterranei guadagna un accesso tanto più agevole alla parola quanto più la coscienza vigile diurna tende allo stato sognante. La proprietà della coscienza di declinare assieme all'asse corporeo è stata sfruttata dagli ipnotisti, ereditata dagli psicoanalisti ed è ora utilizzata dalla gran parte degli psicoterapeuti.

E' ben noto che il divano non può e non deve essere proposto indiscriminatamente a tutti. Ad esempio gli psicotici, che sono già per conto loro immersi e risucchiati nell'immaginario per la compromissione del loro rapporto di realtà, sono di regola invitati a sedere di fronte al terapeuta, se non si ritiene conveniente aprire ulteriormente una comunicazione con l'inconscio già di per sé troppo aperta. Poiché con questi pazienti si tratta in primo luogo di ricostruire

argini e punti di riferimento nel mondo reale, il terapeuta ha l'obbligo di presentarsi come una figura ben concreta e visibile, che possa fungere da punto d'appoggio per la riapertura del negoziato con la realtà.

Schematicamente si potrebbe affermare che, nel gioco tra presenza e assenza, il terapeuta deve accentuare la prima con gli psicotici e la seconda con i nevrotici. Sviluppando lo stesso schematismo, si potrebbe poi suggerire per gli uni la posizione *visàvis*, per gli altri il divano. In tempi in cui si credeva di poter diagnosticare con sicurezza l'appartenenza all'una o all'altra popolazione di pazienti, quello schema si traduceva senz'altro in una regola pratica molto semplificata: ai nevrotici il divano, agli psicotici nemmeno una sedia perché ritenuti incurabili.

Oggi la psicosi non è più considerata intrattabile, anche perché nel frattempo si è visto che qualche nucleo psicotico si trova facilmente anche nei nevrotici e nei "normali". Più in generale, in ogni paziente e in ogni terapeuta si possono generalmente riconoscere atteggiamenti sani e nevrotici, assieme almeno a qualche grano di follia, mescolati e combinati tra loro nelle proporzioni e nei modi più vari. La proposta indiscriminata del divano era in un certo senso giustificata dalla approssimazione diagnostica di altri tempi, ma che significato può avere oggi? All'interno di un trattamento stereotipato è comprensibile allo stesso modo e titolo di qualsiasi altro dogma o rituale, la cui presenza è funzionale alla conservazione del sistema che li prevede. Nella psicoterapia autentica, invece, il posto abusivamente occupato da quello stereotipo deve essere lasciato libero e a disposizione della domanda che emerge di momento in momento, anche nel corso della stessa seduta.

Nella scelta tra la sedia e il divano si dovrà valutare la prevalenza relativa tra il bisogno di relazione attuale e quello di esplorazione e recupero di esperienze passate o rimosse; tra bisogno (di nuove esperienze) e desiderio (di ricongiungimenti impossibili); tra la necessità di strutturare un'identità evanescente o destrutturare una costruzione difensiva; di imparare a pensare in modo coerente e realistico o ad abbandonarsi al sogno e al sentire. Queste e altre alternative si dovranno considerare, ma soprattutto occorrerà ricordare che la proposta del divano o della sedia o di qualsiasi altra cosa ha un senso per chi la fa e un altro per chi la riceve, e questi significati debbono essere continuamente visti, portati alla luce e confrontati. Se il terapeuta è pronto a modificare il *setting* in base alle esigenze elencate sopra, per come lui stesso le ha valutate, ma non è poi disposto a mettere in gioco le proprie valutazioni nel confronto e nel negoziato con quelle del paziente, la sostanza della relazione autoritaria resta ovviamente immodificata quando non sia aggravata dalla mistificazione di un'apertura apparente.

3. Chiudere gli occhi

Il divano è un accessorio indispensabile in psicoterapia? Molti terapeuti ne fanno a meno, sostituendolo ad esempio con due poltrone uguali, che meglio del divano sembrano trasmettere un messaggio di apertura al dialogo. La soluzione ottimale si ha quando è disponibile l'alternativa tra le due possibilità; in mancanza di questa, si dovrà tener presente che una posizione costantemente *visàvis* facilita certamente lo scambio interpersonale, ma può essere di ostacolo all'emergenza di fantasie e vissuti profondi. Si può constatare che la *chiusura degli occhi*, o la copertura degli occhi con una mano, ha nella maggior parte dei casi effetti paragonabili a quelli che si ottengono con la posizione reclinata, ed è in grado di ovviare per lo più a quell'inconveniente.

L'invito a eliminare temporaneamente la componente visiva dalla relazione per facilitare il raccoglimento non sembra una proposta più audace dell'indicare il divano, e in compenso è di più agevole applicazione. Per quanto riguarda il sospetto di manipolazione, la questione si pone negli stessi termini. Ciò che è inteso dal terapeuta come una facilitazione, può essere vissuto dal paziente come una prevaricazione. Il divano o la chiusura degli occhi possono rappresentare un aiuto per esplorare vissuti altrimenti poco accessibili, come anche un'occa-

sione per evitare di trovarsi faccia a faccia col terapeuta. Quale che sia la manovra, la manipolazione consiste invariabilmente nell'imporla senza tener conto di ciò che essa significa per l'altro.

La correttezza non sta nell'astenersi da qualsiasi intervento o nel fissare delle regole una volta per tutte, ma nel proporre qualsiasi cosa sembri utile nel caso e nel momento dato, e valutare assieme al paziente il significato che assume in quel contesto, l'opportunità di metterla in atto e gli effetti che provoca. E' chiaro che le valutazioni possono divergere; se le obiezioni del paziente sembrano pretestuose, il terapeuta lo farà notare e poi sceglierà se insistere sulla sua proposta o accantonarla. In ogni caso dall'interazione che ne risulta si ricavano elementi preziosi di conoscenza sul processo in corso.

Nella ricerca scientifica tutto può servire, ha mostrato Feyerabend (*Contro il metodo*, 1975). Le vie più bizzarre ed eterodosse possono condurre a scoperte importanti, e in genere gli scienziati più creativi preferiscono lavorare a modo loro. Questo principio è valido in linea di massima anche per la relazione psicoterapeutica, che può essere considerata come un laboratorio in cui sono impegnati due ricercatori. Si devono tuttavia tener presenti due limitazioni. La prima è ovvia: il terapeuta deve attenersi in primo luogo alle tecniche e ai procedimenti collaudati, abbandonando la via conosciuta solo in caso di necessità. D'altro canto è vero che se le modalità abituali di lavoro non producono risultati, il terapeuta non dovrebbe attribuirne la responsabilità alle resistenze del paziente prima di aver provato qualcosa di diverso, eventualmente non previsto dal suo metodo, ma suggerito dalle circostanze. Per la particolarità del lavoro psicoterapeutico, caratterizzato da un tasso elevato di imprevedibilità, chi lo esegue non può mai limitarsi a mettere in pratica gli schemi appresi, ma, con tutte le cautele del caso, è sempre impegnato in una ricerca sul campo, in cui è necessariamente coinvolto e corresponsabile il paziente.

In secondo luogo l'integrazione tra diversi stili di lavoro è possibile e auspicabile, ma richiede evidentemente una mediazione. Modalità di intervento troppo dirette o invasive rischiano di dare contorni più netti di quanto sia desiderabile alla figura del terapeuta, che dovrebbe restare più sfumata e almeno relativamente neutrale per facilitare al paziente la presa di coscienza delle fantasie che su di essa via via si depositano.

Ad esempio a volte i sintomi sono così disturbanti che il paziente può chiedere un *aiuto farmacologico*, o può essere lo stesso terapeuta a considerarne l'opportunità. In questi casi il terapeuta può consigliare il paziente di rivolgersi a uno psichiatra o, se è medico, somministrare i farmaci lui stesso. Nella prima eventualità esprime un'opinione o dà un consiglio, ma non si assume una responsabilità diretta. Nella seconda prende un ruolo preciso e attivo di lotta contro il sintomo, cosa che in seguito potrebbe rendergli difficile analizzare il significato di quello stesso sintomo nella relazione. Per questo motivo gli psicoterapeuti che sono anche psichiatri di regola, e con ragione, si astengono dal prescrivere farmaci. In questo, come in tanti altri casi, una neutralità perfetta è impossibile, ma è sufficiente che sia almeno relativa per consentire al terapeuta di conservare la sua funzione analitica, che consiste nel mostrare i significati che di volta in volta coglie nel processo terapeutico.

L'invito a chiudere gli occhi è una tecnica che ha il vantaggio di essere poco intrusiva e di non interferire con la funzione analitica del terapeuta. Freud stesso la applicò almeno fino al 1899, e la abbandonò solo quando la decisione di sedere alle spalle dei pazienti, nascosto alla loro vista, la rese praticamente superflua (Freud 1895, 1899, 1903). Questa tecnica ritorna attuale nel momento in cui si rinuncia ad applicare in modo stereotipato l'indicazione freudiana del divano.

4. L'attenzione al respiro

I suggerimenti di variare la posizione del corpo o di chiudere gli occhi riguardano semplici azioni che rientrano perfettamente nella competenza del paziente, perché l'intenzione ad esse sottesa è euristica, cioè sono proposti nell'ipotesi che favoriscano l'esplorazione e la scoperta. Lo stesso significato ha l'invito a dirigere l'attenzione sul *respiro*. L'alterazione prodotta dagli stati emotivi sul ritmo e la profondità del respiro è di agevole osservazione, e attraverso questa il paziente può entrare in contatto con emozioni e affetti altrimenti esclusi dalla consapevolezza o difficilmente accessibili.

“E' evidente che l'esperienza alimentare è anche una vicenda comunicativa e relazionale. E' meno frequente invece trovare riconosciuto lo stesso spessore ad altre funzioni biologiche, ad esempio la respirazione... Si può comprendere che assumere la consapevolezza del proprio ritmo respiratorio e la capacità di controllarlo in certe circostanze possa agire come un trasformatore di vissuti somatico-emotivi in rappresentazioni mentali, dove possono essere sentiti e acquisiti come esperienze relazionali... Non ci stupiremo che le vicende del respiro siano così intrecciate con quelle del dolore e del piacere e che si influenzino reciprocamente, soprattutto i dolori e i piaceri legati a ritmi di avvicinamento-allontanamento, di incorporazione-separazione... [Durante il travaglio di parto la donna] impara ad abbandonarsi all'onda travolgente che l'assale, senza resistervi e senza sentirsi annientare, accordando ad essa il ritmo del proprio respiro. Scende dentro di sé al punto e nello stesso modo in cui il bambino inizierà la propria vita: respirando” (De Toffoli, 1988).

L'osservazione degli stati respiratori aggiunge profondità al rapporto di terapia, anche se questo è condotto secondo una modalità analitica abbastanza tradizionale, come fa l'autrice delle riflessioni sopra riportate. Tuttavia, se è vero che “la consapevolezza del respiro e la capacità di controllarlo in certe circostanze può agire come un trasformatore di vissuti somatico-emotivi in rappresentazioni mentali”, perché non impiegare per finalità terapeutiche questa possibilità? Ad esempio invitando il paziente a “scendere dentro di sé” utilizzando la *via maestra del respiro*, oltre alla via regia dei sogni; o incoraggiandolo a respirare profondamente quando il respiro è bloccato e superficiale, così come lo si invita ad associare liberamente per sciogliere il suo pensiero dalle costrizioni difensive. E se resiste al nostro invito, notiamo che le resistenze a respirare possono essere analizzate come quelle a sentire o a pensare.

O. tace, dichiara di non avere niente da dire e di non provare nulla, oppure produce solo intellettualizzazioni e discorsi superficiali. Viene invitata a fare qualche respiro profondo e a riferire ciò che sente. O. rifiuta e dice: “Se lo facessi dovrei mettermi a nudo di fronte a lei, e non ho nessuna intenzione di farlo”.

Il solo suggerimento di respirare profondamente è sufficiente per spazzare via in un attimo tutta la cortina di impedimenti e pretesti dietro la quale la paziente nascondeva i suoi sentimenti. Il “non posso” è messo subito da parte e sostituito da un più onesto “non voglio”, con il quale essa da un lato si assume la responsabilità del rifiuto e dall'altro lo attenua in quanto, per la via traversa di una negazione, ammette che ciò di cui soprattutto teme l'affiorare è la relazione affettiva con il terapeuta.

Sin dai tempi più antichi il nesso tra stati mentali e respirazione è stato sfruttato per finalità terapeutiche. A differenza di un maestro di yoga, tuttavia, il terapeuta non può vantare alcuna conoscenza di energie sottili su cui basare tecniche sofisticate di alterazione del respiro. Poiché i suoi interventi non si basano sul possesso di una conoscenza, ma piuttosto sulla consapevolezza di non sapere nulla di certo, a lui spetta solo di dirigere l'attenzione su ciò che è lasciato in ombra, o proporre semplici azioni dalle quali è lecito attendersi un'esperienza capace di spezzare il circolo chiuso delle convinzioni stereotipate.

Si può cogliere un'analogia con un'altra tecnica fisica della prima psicoanalisi.

“Comunico al paziente che, nell'istante successivo, eserciterò una pressione sulla sua fronte, e gli assicuro che durante tutto il tempo della pressione egli vedrà innanzi a sé come immagine, o gli verrà in

mente come idea, un ricordo, e gli impongo di comunicarmi tale immagine o tale idea, quali esse siano... Ritengo... che il vantaggio del metodo stia nel fatto che in questo modo dissocio l'attenzione del paziente dalla sua ricerca e riflessione cosciente, in breve da tutto ciò in cui può esprimersi la sua volontà" (Freud, 1895, p. 408).

La tecnica descritta rientra in uno stile suggestivo e direttivo ("gli assicuro... gli impongo...") estraneo alla psicoterapia autentica, ma contiene un elemento significativo: ponendo la mano sulla fronte del paziente, Freud dirige l'attenzione su una sensazione corporea, distogliendola dalla "ricerca e riflessione cosciente". In tal modo è facilitato l'accesso alla coscienza di esperienze che solo con difficoltà potrebbero entrare nei canali abitualmente percorsi dal pensiero cosciente. Dirigendo l'attenzione del paziente sul respiro si ottiene un risultato simile, col doppio vantaggio di non fare ricorso a una manovra intrusiva come è un contatto fisico e di attivare un canale privilegiato di accesso alle emozioni e ai sentimenti.

Molti terapeuti delle scuole esperienziali applicano una varietà di tecniche corporee "forti": i pazienti ricevono dei "massaggi reichiani", sono invitati a urlare, dare pugni e calci a materassi e cuscini, e simili. Le esperienze che in tal modo si evocano sono comprensibilmente intense, ma la figura del terapeuta può risultarne impoverita, ridotta alla funzione di produrre delle "buone catarsi". Non è affatto escluso che con alcuni pazienti e per periodi limitati questa scelta sia corretta; tuttavia in generale un impegno troppo esplicito e diretto in questo senso ha per effetto una riduzione corrispondente dello spazio disponibile per lo sviluppo della relazione terapeutica, sia sul piano immaginario che su quello reale.

XVII

Neutralità e azione

1. Accoglimento e azione

Più che da qualsiasi altra cosa, lo sviluppo del processo terapeutico è determinato dallo *stile* con cui il terapeuta si pone nella relazione: il modo di parlare e di tacere, di interrogare e di rispondere, di accogliere e di contrastare, e così via.

Poiché lo stile è determinato in primo luogo dalla personalità del terapeuta, è probabilmente questa il fattore decisivo del cambiamento, al di là di qualsiasi teoria o tecnica impiegata. Nello stesso tempo è il fattore più incontrollabile, perché i tentativi di selezionare e forgiare personalità "adatte" per questo lavoro producono in generale più inconvenienti e problemi di quanti non ne risolvano (Cremerius, 1986, 1989). Ne discendono due conseguenze. La prima è che non è possibile fornire al paziente alcuna reale garanzia sulla personalità del terapeuta. Chi

chiede una terapia sarebbe salvaguardato meglio se fosse messo al corrente di questa spiacevole realtà, piuttosto che essere fuorviato dall'idea infondata che l'analisi didattica possa essere quella garanzia. Sarebbe chiaro a entrambi, e sin dall'inizio, che la messa in gioco riguarda tutti e due, pur nel rispetto dei ruoli; il paziente si sentirebbe meno in soggezione e più responsabile di ciò che accade, il terapeuta sarebbe forse meno tentato da atteggiamenti oracolari e più disposto a negoziare la relazione, con un probabile guadagno per tutti.

La seconda conseguenza è che occorre rivolgere maggiore attenzione a quella componente dello stile che non dipende da fattori imponderabili e imprevedibili, bensì dall'apprendimento e dalla pratica di alcune regole o, più precisamente, di alcuni criteri generatori di regole.

Chi si rivolge a un terapeuta è di solito una persona spaventata che ha bisogno prima di tutto di trovare un luogo sufficientemente sicuro e protetto. Creare un'atmosfera di relativa sicurezza è quindi il primo e indiscutibile dovere di ogni psicoterapeuta. Questo significa accogliere, tollerare e contenere tutto il carico che il paziente porta di esperienze angosciose, richieste rabbiose, attacchi autodistruttivi, in condizioni che possono restare apparentemente immobili per lungo tempo. Se il terapeuta accetta di prendere su di sé tutto ciò che l'altro proietta addosso e dentro di lui, e ve lo trattiene per tutto il tempo necessario a elaborarlo, digerirlo, e restituirlo trasformato, lentamente il paziente acquisterà la capacità di compiere lui stesso queste operazioni.

Questo aspetto del lavoro, specialmente esplorato dagli analisti kleiniani, è certamente fondamentale, ma è un errore fare di questa parte il tutto, come proprio quegli analisti tendono a fare. Jacqueline Amati Mehler e Simona Argentieri (1989) sono giunte alla conclusione che quando il lavoro propriamente analitico-interpretativo, per quanto apparentemente corretto, protratto per anni e anche accettato dal paziente, non sembra in grado di spostare questi da una posizione passiva, rivendicativa e rinunciataria, la situazione può essere sbloccata ponendo il paziente di fronte a una scelta. Gli si comunica in sostanza che il lavoro che si doveva fare è stato fatto, e se non ha dato frutti non resta che prenderne atto. Ciò equivale a dire che il tempo della madre è terminato: inizia il tempo del padre, in cui ciascuno deve fare i conti con le proprie risorse e rispondere come può alla realtà che gli sta di fronte. In entrambi i casi riportati dalle due analiste questo messaggio ha avuto il potere di scuotere il paziente dall'illusione di un accoglimento senza limiti di tempo, provocando un salutare risveglio e un'assunzione di responsabilità.

L'espressione "*holding* interpretativo", usata da alcuni psicoanalisti, riflette una concezione del lavoro centrata sulla funzione materna dello *holding* e sulla funzione analitica dell'interpretare. L'analista interpreta come la madre parla all'infante, traducendo in parole angosce paniche, terrori senza nome, furie devastanti. Questo è certamente un polo del lavoro: che tuttavia è visto nella sua interezza solo in congiunzione con l'altro, in cui *al paziente è riconosciuta e restituita la capacità di scegliere nello stesso momento in cui il terapeuta si riappropria della facoltà di agire.*

2. Il terapeuta come agente

Ponendo l'accoglimento interpretativo da un lato e l'azione responsabilizzante dall'altro definiamo la polarità basilare entro cui si colloca qualsiasi intervento terapeutico. Non si tratta di un'oscillazione tra passività e attività: se applichiamo il linguaggio shafariano dell'azione anche al terapeuta, questi può essere descritto come un soggetto che fa diverse cose, tra cui analizzare, in risposta alla domanda di cura del paziente. In questa ottica diviene impossibile contrapporre l'analisi (buona) alla "terapia attiva" (meno buona): abbiamo solo una molteplicità di azioni terapeutiche, tra le quali conviene imparare a orientarsi.

Il silenzio, ad esempio, è un'azione come un'altra:

“Nella situazione psicoanalitica classica il silenzio è un mezzo di comunicazione straordinariamente importante. Benché sia lo sfondo o il contesto tipico per le associazioni del paziente, e quindi apparentemente inosservabile come il mare per il pesce che vi nuota dentro, è un mare turbolento e mutevole le cui correnti possono essere percepite dal paziente e influenzare le sue associazioni e i suoi sentimenti. Vi sono silenzi ostili, silenzi accettanti, silenzi sconcertati, silenzi deprivanti, e ciascuno ha il suo proprio impatto” (Wachtel, 1977, p. 256).

Al pari di qualsiasi altra azione del terapeuta,

“il silenzio non esercita la sua influenza sul paziente direttamente, senza la mediazione delle sue aspettative e fantasie. Un silenzio che riflette la paura del terapeuta di ciò che potrebbe dire può essere sperimentato dal paziente come un segno di calma accettazione di ciò che questi ha appena comunicato; similmente, un silenzio che riflette un ascolto partecipe e pieno di interesse e uno sforzo di capire ciò che il paziente intende dire prima di rispondergli può essere sperimentato come un rifiuto sprezzante di aiuto. Ma persino nei terapeuti più ‘completamente analizzati’ è probabile che vi siano dei modi tipici di stare in silenzio o, piuttosto, di tacere e di parlare, perché ciò che rende significativo il silenzio è il fatto che il terapeuta non sta sempre in silenzio. A volte parla e a volte no, e in un certo senso sceglie e decide costantemente di fare una cosa o l’altra... In parole semplici, noi diciamo ‘sì’ o ‘no’ in molti più modi di quanto siamo usualmente disposti ad ammettere” (Wachtel, *ibid*).

Il silenzio, dunque, non è affatto uno sfondo neutro, ma un potente mezzo di comunicazione. Che se ne renda conto o meno, il terapeuta se ne serve per trasmettere una quantità di messaggi di ogni genere. Lo stesso vale del resto per le parole: il tono di voce, la scelta dei vocaboli, il momento e il modo in cui sono dette dicono molte cose, molte di più che non dica il loro senso esplicito. Le parole e il silenzio veicolano significati, ma anche messaggi affettivi di accettazione e rifiuto, di approvazione e riprovazione. Come osserva Wachtel, tutto ciò che il terapeuta dice e non dice può essere visto anche come una modalità di *rinforzo* dei comportamenti che il terapeuta considera desiderabili. In primo luogo si tratta di riconoscere che questo è un fatto. In secondo luogo bisogna vedere se questo fatto deve essere neutralizzato il più possibile, come affermano gli analisti, oppure deve essere accettato e utilizzato come una componente essenziale del lavoro terapeutico, come sostengono i comportamentisti.

3. Analisi e terapia

Già nel nome, il terapeuta non è neutrale. La sua intenzione di *curare* è aperta e dichiarata sin dal primo momento, benché ciò che poi si debba intendere per cura dipende dalla domanda del paziente e dal dialogo che a partire da essa si sviluppa. Sin dall’inizio il terapeuta prende posizione per la salute, sia nel significato negativo di liberazione da sintomi e impedimenti a vivere, sia nel senso positivo di crescita, realizzazione, divenire sé stessi.

Certo anche l’analista è un terapeuta anzi ho cercato di mostrare la difficoltà se non l’impossibilità di distinguere una figura dall’altra (v. cap. III, note 7 e 8). Tuttavia almeno concettualmente una differenza esiste. Freud era convinto che la *vera* cura fosse l’analisi; di conseguenza l’analista doveva astenersi da qualsiasi tentativo di curare direttamente il paziente e attendersi invece una vera guarigione solo dalla presa di coscienza, da parte del paziente, dei propri conflitti inconsci. In altre parole l’analista dovrebbe essere un terapeuta che cura solo, o principalmente, mediante l’analisi, e quindi rinuncia a impiegare altri mezzi o lo fa solo in caso di necessità.

Data questa definizione, la differenza dovrebbe essere chiara. Se non lo è, dipende dal fatto che col passare del tempo si è visto, e si continua a vedere sempre di più, che i casi in cui è necessario intervenire con mezzi non analitici non sono l’eccezione, ma la regola, la routine quotidiana. Così l’analista può anche decidere di impiegare solo l’oro puro dell’analisi nel suo lavoro, ma poi la realtà della relazione lo costringe a maneggiare ogni sorta di materiali meno nobili, come tutti gli altri terapeuti. Ugualmente il comportamentista può anche immaginarsi di

applicare una metodologia strettamente scientifica basata sul modello sperimentale dello stimolo-risposta: ma la medesima realtà lo obbliga poi a districarsi tra le fantasie con cui i pazienti contaminano il suo laboratorio, che invano cerca di conservare asettico.

Del resto, anche se psicoanalisti e comportamentisti riuscissero a realizzare le loro fantasie teoriche, la neutralità sarebbe solo una fantasia in più, dal momento che la relazione sarebbe condizionata precisamente dal desiderio di realizzare quelle fantasie. Per la verità il problema non si pone per i comportamentisti: poiché sono convinti che i comportamenti adattivi debbano essere rinforzati, la neutralità è per loro un concetto privo di interesse. Gli psicoanalisti, invece, che scambiano per neutralità la fede nel metodo interpretativo, esercitano con le teorie di cui si servono per costruire le interpretazioni un condizionamento più sottile di chi condiziona alla luce del sole.

In realtà un terapeuta non può non avere presupposti e teorie, e anzi ne ha bisogno per fare il suo lavoro. Il pericolo comincia quando si convince del loro valore superiore.

La psicoanalisi didattica è il procedimento che libera il candidato dalle fantasie di superiorità per trasferire quelle fantasie sulla psicoanalisi. Il principio non è nuovo, è applicato anche nel cristianesimo e in diversi altri procedimenti di cura dell'anima sicuramente efficaci. Tuttavia, perché non essere ancora più ambiziosi? Perché non pensare a un metodo che liberi *anche* dalle fantasie di potere depositate sul metodo?

Se il terapeuta usa le proprie teorie e fantasie, e poi le proprie emozioni, i giudizi, le intuizioni, gli atti insomma tutto ciò di cui dispone nella relazione col paziente, senza mai dimenticare la relatività di tutti i suoi strumenti personali e culturali; se mette in gioco tutto questo, pronto a riconoscere in ogni momento che la teoria, la fantasia o il giudizio del paziente possono valere più dei suoi; se è disposto a confrontare i suoi casi con colleghi di altre scuole, ad ammettere che altri metodi possono essere più efficaci del suo e ad accettare di integrarne qualche elemento nel proprio, senza timore di contaminarlo; se fa tutto questo, che cosa rimane cui poter ancora affidare un sogno di potenza?

Si obietterà: non è un segno di straordinaria superbia proprio questa pretesa di affrancarsi da ogni credo, da ogni fedeltà scolastica e dottrinale? Può esserlo, non è detto che lo sia. Dipende dal punto su cui si fa leva per questo affrancamento. Se quel punto si trova entro i confini, per quanto vasti, dell'ego, la risposta è sì: la pretesa di fare a meno di ogni pastore e di ogni ovile non si fonda sul superamento dell'istinto gregario, ma solo sulla sua negazione megalomane. Altrimenti l'investimento narcistico sulla scuola o il metodo (in cui consiste, secondo Kohut, la malattia della psicoanalisi v. cap. II, nota 5) può essere superato solo se in primo luogo è riconosciuto (secondo Kohut per lo più non lo è), e in secondo luogo è abbandonato grazie a un atto di affidamento a una verità che non si lascia catturare dalle teorie psicoanalitiche più di quanto si sia mai fatta rappresentare dai dogmi delle chiese. E' l'atto che Jaspers ha indicato come apertura all'*Umgreifende* e Bion come F in O, è la verità di cui Nietzsche ha detto:

“La verità non vuole nessun altro Dio oltre sé.

La fede nella verità comincia col dubbio su tutte le ‘verità’ fino allora credute”.

4. La neutralità

Benché al terapeuta sia radicalmente impossibile essere neutrale, ciò non significa che non debba ugualmente cercare di esserlo. Occorre chiarire in quale senso sia impossibile, e in quale sia possibile e anzi necessario sforzarsi di esserlo.

Per curare bisogna avere idee, fantasie e giudizi su ciò che significa una cura. Se per un terapeuta questa consiste nell'analisi dell'inconscio, tutto ciò che favorisce l'analisi sarà reputato buono; se invece si pensa che essa richieda un apprendimento pratico, sarà questo a essere favorito. Inoltre il terapeuta è coinvolto nella relazione con una vasta gamma di affetti ed emozioni personali che non è possibile né utile sopprimere sistematicamente. Il paziente può

avere *bisogno* di vedere che il suo terapeuta non è un automa programmato per rispondere in modo sempre cortese e accogliente, ma un essere umano capace di provare sentimenti calorosi, come anche disappunto, dolore, irritazione.

Il terapeuta lavora con idee, impulsi, giudizi e sentimenti, e quindi con la sua personalità, la sua storia e la sua cultura in questo è radicalmente non neutrale. Ma solo una parte di questi elementi è utilizzabile per la cura: tutto il resto deve essere *neutralizzato*. Ad esempio la capacità di provare simpatia per il paziente è un potente fattore terapeutico: tuttavia è evidente che la simpatia può anche essere eccessiva e controproducente ai fini della cura. Il terapeuta deve essere in grado di regolare e moderare le proprie risposte in funzione di uno svolgimento ottimale del processo, neutralizzando via via tutto ciò che non è funzionale ad esso.

La capacità terapeutica è paragonabile al *bricolage*: consiste nell'utilizzare tutto ciò che si trova, tutto ciò che capita, per facilitare l'esplorazione, la scoperta e il cambiamento. E' l'arte di mettere ogni cosa al servizio del processo terapeutico. La funzione neutralizzante è definibile come il reciproco di quella capacità: tutto ciò che *non* può essere utilizzato ed è di ostacolo al processo deve essere tolto di mezzo.

Facciamo l'esempio del terapeuta che si annoia con un determinato paziente. Per cominciare dovrà interrogarsi sul significato di questo sentimento. Forse esso nasconde un ritiro difensivo del terapeuta da una relazione che sente per qualche motivo minacciosa. Oppure il paziente sta cercando attivamente, se pure inconsapevolmente, di annoiarlo, per tenerlo lontano da qualcosa che teme. O forse è una persona strutturalmente noiosa, a causa di una difesa di carattere eretta contro il coinvolgimento affettivo. O, ancora, la terapia sta volgendo al termine, e la noia semplicemente segnala questo fatto. Queste e altre ipotesi dovranno essere valutate, messe a confronto con i dati disponibili, verificate con interventi *ad hoc*, che potranno essere di tipo interpretativo ("mi pare che lei cerchi continuamente di assopire la relazione perché ha paura di ciò che potrebbe risvegliarsi"), tecnico ("penso che potrebbe essere utile se lei ora andasse sul divano e/o respirasse un po' più profondamente"), provocatorio ("forse non abbiamo più niente da dirci e dobbiamo cominciare a salutarci").

Dalle risposte che verranno il terapeuta ricaverà ulteriori elementi che gli permetteranno di precisare meglio la sua azione. In questo caso potrà dire di avere messo la propria noia al servizio del processo. Se invece da quelle risposte, oltre che dall'introspezione, il terapeuta fosse indotto a pensare che il suo annoiarsi non è la spia di un problema del paziente, ma piuttosto di un problema suo personale, il suo ruolo lo impegnerebbe a risolvere quel problema o quanto meno a impedire che la relazione con il paziente ne sia condizionata. Questa è una prima determinazione del concetto di neutralizzazione.

Per procedere oltre, osserviamo che per neutralizzare ciò che interferisce con il processo della terapia bisogna avere un'idea di ciò che deve essere protetto dall'interferenza. Poiché le idee al riguardo sono almeno tante quanti sono i metodi di terapia, bisognerebbe concludere che la neutralità in questione è al più relativa alle premesse adottate. Possiamo accontentarci di questa relatività? La nostra risposta non può essere che negativa: se abbiamo deciso di non accettare la segmentazione del campo psicoterapeutico operata dalle scuole, non possiamo nemmeno accettare la limitazione al concetto di neutralità che ne deriva.

Un'idea più forte di neutralità può venire solo da un indebolimento dell'identità del terapeuta. Un terapeuta che non voglia essere freudiano o junghiano, esperienziale o comportamentale, ma semplicemente un terapeuta che si pone in ascolto, e solo a partire da questo ascolto si muove, parla e agisce, è un terapeuta che ha deliberatamente indebolito e messo a repentaglio la propria identità a favore di una relazione più autentica con il paziente.

Riflettendo su "l'enigma dell'*epoché*", Rovatti (1989a) ha mostrato lo sviluppo che questa nozione ha avuto dalla prima intuizione husserliana ai giorni nostri. Per Husserl il superamento dell'esperienza "ordinaria" era alla portata del soggetto disposto a sottoporsi all'esercizio necessario per sospendere il giudizio abituale. Nell'*epoché* "implicita" di Heidegger la soggettività stessa (l'identità) deve essere in qualche modo revocata perché possa prodursi

l'apertura all'essere dei fenomeni.

“Che cosa accade della e nella soggettività quando agiscono il silenzio e l'intervallo? E *quando* essi agiscono? E' per me chiaro che qui entra in gioco una trasformazione o indebolimento della soggettività che non può più riconoscersi in nessuna immagine coscienziale forte. Il silenzio e l'intervallo non si lasciano manovrare come se ci fosse un supersoggetto che ne dispone e ne controlla gli effetti... accade qualcosa nell'*epoché* che spiazza di colpo ogni possibile recupero illuministico e che è molto simile a una perdita di coscienza” (Rovatti, 1989b).

E' un processo esattamente inverso a quello che spinge l'orgoglioso io della psicoanalisi a cercare di occupare il luogo dell'es. E' invece l'io (vale a dire l'ego) con la sua identità chiaramente distinta dall'altro che deve farsi da parte perché l'essere dell'altro possa manifestarsi.

Nell'*epoché* fenomenologica, che sospende e indebolisce il *cogito* cartesiano (e freudiano) al di là di quanto lo stesso Husserl aveva intravisto, ha luogo una neutralizzazione ben più radicale di quanto sia espresso da formule come “analisi del controtransfert”. Non basta, in altri termini, che il terapeuta impari a riconoscere e controllare le proprie fantasie inconse: è la stessa struttura della coscienza e dell'identità dell'io che deve essere messa in sospensione, nel momento in cui è riconosciuta come *resistenza* a un'apertura più profonda e autentica alla relazione con l'altro in sé e con l'altro di fronte a sé.

XVIII

Terapia antica e moderna

1. La filosofia antica

La filosofia antica (grecoromana), scrive Hadot (1987), non è un'attività teorica e concettuale, ma in primo luogo una via pratica per la trasformazione di sé.

“Per tutte le scuole filosofiche la principale causa di sofferenza, di disordine, di incoscienza, per l'uomo, è costituita dalle passioni: desideri disordinati, timori esagerati. Il dominio della cura, delle preoccupazioni, gli impedisce di vivere veramente. La filosofia appare dunque in primo luogo come una terapia delle passioni... Ogni scuola ha il metodo terapeutico suo proprio, ma tutte collegano questa terapia a una trasformazione profonda della maniera di vedere e di essere dell'individuo. Gli esercizi spirituali avranno precisamente lo scopo di realizzare tale trasformazione” (p. 32).

La filosofia antica è eminentemente un esercizio, che Hadot definisce con un termine, “spirituale”, il cui uso oggi “non è più elegantissimo”, ma che gli sembra ancora il più adatto per caratterizzare un'attività che non è solo intellettuale, ma coinvolge profondamente anche il

sentimento, l'immaginazione e la volontà in un processo di trasformazione che conduce alla scoperta dell'"io autentico". Poiché la condizione ordinaria dell'uomo, oscurata da "desideri disordinati e timori esagerati", è paragonata a una malattia, la filosofia, che è amore della sapienza, cioè della conoscenza del vero esser sé stessi, è la terapia di quel disordine.

Come è accaduto che col passare dei secoli questo carattere essenziale sia andato perduto, e la filosofia sia considerata dagli storici contemporanei di questa disciplina prevalentemente come un procedimento teorico e astratto?

"Sembra proprio che sia il risultato dell'assorbimento della filosofia da parte del cristianesimo... La filosofia, svuotata degli esercizi spirituali che facevano ormai parte della mistica e della morale cristiane, è stata ridotta al rango di un'*ancilla theologiae* che fornisce a quest'ultima un materiale concettuale, dunque puramente teorico. Quando, nell'epoca moderna, la filosofia ha riconquistato la propria autonomia, ha nondimeno conservato molti tratti ereditati dalla concezione medievale, e specialmente il suo carattere puramente teorico... E' soltanto con Nietzsche, Bergson e l'esistenzialismo che la filosofia ridiventa consapevolmente una maniera di vivere e di vedere il mondo, un atteggiamento concreto" (Hadot, p. 67).

In alcune scuole psicoterapeutiche la filosofia non è collocata in posizione ancillare, ma è guardata con la stessa benevola sufficienza che è riservata a chiunque sia ritenuto sprovvisto delle chiavi di accesso all'inconscio o, più semplicemente, è ignorata come qualcosa di cui si può in tutta tranquillità fare a meno. In ogni caso è raro trovare negli scritti di quelle scuole il riconoscimento di un debito o di una parentela stretta con la filosofia come era intesa dagli antichi e come ha ricominciato a esserlo a partire da Nietzsche.

Questo non vale, in ogni modo, per tutte le scuole. Ad esempio la sentenza di Epitteto "l'uomo non è disturbato dalle cose, ma dalle rappresentazioni che se ne fa" è diventata un segno di riconoscimento per i terapeuti cognitivi. Il brano da cui è tratta è citato da Meichenbaum (1977):

"Gli uomini non sono disturbati dalle cose che accadono, ma dalle opinioni sulle cose: ad esempio, la morte non è niente di terribile, perché se lo fosse, sarebbe apparsa tale a Socrate; perché la cosa terribile è l'opinione che la morte sia terribile. Pertanto quando siamo ostacolati o disturbati o addolorati, non diamo mai la colpa agli altri, ma a noi stessi, cioè alle nostre opinioni. E' l'atto di un uomo poco istruito dar la colpa agli altri per le proprie cattive condizioni; è l'atto di uno che ha cominciato a essere istruito, dar la colpa a sé stesso; e di uno la cui istruzione è stata completata, non dar la colpa né agli altri né a sé stesso".

Come ha osservato Ellis (1962), molti filosofi greci e romani, oltre a molti pensatori buddhisti, hanno indicato nelle fantasie e nelle opinioni la causa principale della sofferenza umana, e hanno suggerito numerosi metodi per modificarle. Il carattere psicoterapeutico di gran parte della filosofia antica, occidentale e orientale, è evidente, ma molti terapeuti moderni lo ignorano, oppure considerano i rimedi antichi alla stregua di pratiche ingenui e primitive del tutto superate dai sofisticati procedimenti attuali. Tuttavia, come la filosofia contemporanea sempre di più ritrova quel carattere di esercizio meditativo che aveva in origine, così gli psicoterapeuti, riflettendo sulle proprie origini, potrebbero riconoscere la matrice comune alle operazioni riportate in auge dalle diverse scuole.

2. *Necessità dell'integrazione*

In tutti i metodi di psicoterapia il paziente è indotto a osservare la propria esperienza e il proprio comportamento, a prendere coscienza delle immagini e delle verbalizzazioni interne che li condizionano, a modificare le une e le altre per generare esperienze e comportamenti più desiderabili.

In tutti i metodi ha luogo un apprendimento. Terapeuta e paziente assieme formulano nuove ipotesi o interpretazioni che debbono poi essere messe alla prova. Costruzioni derivate dai più vari orientamenti teorici si dimostrano capaci di produrre i cambiamenti richiesti, perché non si tratta di scoprire la visione giusta da mettere al posto di una sbagliata, ma solo di sciogliere la fissazione a determinati assunti e abitudini per sperimentare modalità alternative di vedere e affrontare le cose.

Perché un nuovo atteggiamento si stabilisca in modo permanente non è sufficiente che si dimostri migliore e sia accettato dal paziente: occorre anche che sia messo in pratica e sia esercitato ripetutamente e per lungo tempo. Ad esempio in una terapia psicoanalitica non basta che una interpretazione sia corretta e riceva l'assenso del paziente: deve essere riproposta numerose volte, nel contesto di una esposizione ripetuta ai conflitti che ne sono oggetto. L'esercizio specifico della psicoanalisi consiste precisamente nella continua e prolungata rielaborazione dei conflitti infantili che sono rivissuti nella relazione terapeutica (*working through*).

Nelle terapie non analitiche la problematica del paziente è riattivata nella seduta con mezzi diversi, particolarmente con la somministrazione di stimoli ansiogeni e con l'uso dell'immaginazione. Il paziente è aiutato a riconoscere i modi inefficaci che abitualmente impiega per far fronte alle sue difficoltà e ad elaborarne di più validi, che sono poi messi in pratica. Molta cura è rivolta ai compiti da eseguire al di fuori della seduta, che consistono in esercizi di autoosservazione, controllo dell'attenzione, correzione del "dialogo interno", concentrazione su immagini o simboli particolari, comportamenti assertivi o di confronto con situazioni temute, e simili.

I due tipi di esercizio non sono incompatibili, al contrario si potenziano vicendevolmente. A sostegno di questa tesi si possono portare alcune osservazioni.

L'analista non è uno schermo completamente bianco su cui il paziente possa proiettare qualsiasi cosa, ma una persona con almeno alcuni tratti relativamente ben definiti: ha un sesso, un'età, dei modi di rispondere e di interagire che gli sono peculiari. Ad esempio, se il terapeuta è un uomo accade con una certa frequenza che le pazienti si innamorino di lui, mentre questo non accade ai pazienti maschi, a meno che non siano apertamente omosessuali. Se le tematiche conflittuali profonde di un paziente emergono solo in un rapporto d'amore, e questo non coincide con il rapporto di terapia, è evidente che in quest'ultimo si dovrà lavorare su sentimenti e fantasie che appartengono a un'altra scena.

Se un paziente non sceglie il proprio terapeuta come primo oggetto d'amore, non è detto che si tratti di una "resistenza al transfert"; può darsi, più semplicemente, che l'interesse principale di quella persona sia altrove. Un terapeuta non prevenuto dovrebbe essere pronto ad accettare questa eventualità e a farne parte integrante del lavoro.

Quando non sia accaduto prima, è particolarmente nella fase terminale della terapia che appare evidente la necessità di occuparsi di ciò che avviene nel mondo esterno. Se nella relazione è stato raggiunto un buon livello di comprensione e di comunicazione, è improbabile che il paziente possa realmente accettare di separarsene, a meno che non sia riuscito nel frattempo a costruire almeno un'altra buona relazione, capace di accogliere le esigenze di maturazione continua che la fine della terapia lascerà scoperte. Sciogliere il legame terapeutico non significa solo "elaborare il distacco", ma anche preparare e accompagnare per quanto è possibile il passaggio ad altri legami. Al fatto che questa necessità sia spesso trascurata si deve probabilmente attribuire in molti casi il ritorno del paziente, o l'inizio di una nuova terapia dopo qualche tempo.

La terapia è un'operazione che si svolge su uno scenario più vasto della stanza che le è riservata, e coinvolge altri partner che possono avere un ruolo più significativo di quello dello stesso terapeuta. Non si tratta solo degli altri del mondo esterno, cui si è appena accennato, ma anche dell'altro in sé, il "terapeuta interno" che quello esterno dovrebbe saper risvegliare e attivare. L'assenza di questo riferimento imprigiona la relazione in un'autocentratura o in

rimandi sterili agli “oggetti interni”, piuttosto che al soggetto interno. L’“ospite interno” (Fachinelli), la cui presenza è riconosciuta da tempo dagli analisti junghiani e dai terapeuti di orientamento esistenziale e transpersonale, riceve oggi un’attenzione e un rispetto crescenti anche in campo freudiano. L’esperienza insegna a ogni terapeuta quanto siano esigue le sue forze in rapporto alle resistenze da superare, e quanto sia essenziale trovare buoni alleati nel mondo esterno e soprattutto interno del paziente. Il tempo costringe ad abbandonare ogni illusione di poter contare nella terapia su mezzi esclusivamente analitici.

La terapia non può essere solo analitica, ma deve essere *anche* analitica. La limitazione più seria di cui soffrono i metodi di tipo cognitivo-comportamentale consiste nel fatto che la richiesta del paziente viene presa troppo alla lettera. Si presenta qualcuno che lamenta una fobia o una disfunzione sessuale o una difficoltà nei rapporti di lavoro. Il problema riceve tutta l’attenzione che merita: viene indagato accuratamente, si raccolgono gli elementi significativi e i fattori scatenanti, si ricostruisce il dialogo interno che accompagna l’esperienza o il comportamento in questione. Quindi si procede nella ricerca dei mezzi per eliminare la risposta maladattiva e sostituirla con un’altra più sana. Il procedimento descritto sarebbe certamente il più efficace per affrontare il problema presentato, se potessimo essere sicuri che si tratta del *vero problema*.

Se una persona dice: la mia vita complessivamente va bene, salvo per questa o queste difficoltà, è giusto affrontare il problema in primo luogo nei termini in cui lei lo pone. Può ben darsi ad esempio che la disfunzione sessuale lamentata sia semplicemente l’effetto di un malapprendimento, corretto il quale il disturbo sparisca senza lasciare traccia. Ma può darsi altrettanto bene, e anzi è il caso più frequente, che la disfunzione sia solo la punta emergente di una sofferenza più vasta, collegata a fantasmi arcaici o carenze profonde di cui il soggetto può essere del tutto ignaro. Se c’è motivo di sospettare che le cose stiano così, la decisione di limitarsi a esplorare il disturbo nei termini circoscritti in cui lo definisce il paziente potrebbe contribuire a rinforzare ulteriormente la negazione da lui messa in atto nei confronti di ciò che lo determina.

Se un problema riconosciuto e ben formulato è già risolto per metà, la prima metà del lavoro consiste precisamente nell’arrivare a quel punto. Per consentire a ciò che è nascosto e sepolto di emergere occorre fornire uno spazio relazionale poco strutturato, che assomigli a una conversazione informale piuttosto che a una ricerca mirata, in cui il paziente sia esplicitamente autorizzato e anzi incoraggiato a parlare di qualsiasi cosa gli aggradi o gli passi per la mente. Certo questo non è sufficiente, a volte è necessario stringere e creare percorsi obbligati: tuttavia lo stile di rapporto proposto da Freud rimane sempre la base che consente al processo psicoterapeutico di svilupparsi secondo la propria logica e necessità interna.

Paradossalmente è proprio su uno sfondo relativamente neutro come quello freudiano che risaltano meglio i problemi focali di cui si occupano i terapeuti cognitivi e comportamentali. Se esso manca, il lavoro rischia di appiattirsi in una accettazione troppo letterale delle richieste e dei modelli sui quali misurare l’adattamento. Lo sfondo dà profondità e senso ai problemi che sono messi a fuoco in primo piano, così come questi possono gettare nuova luce su quello nel momento in cui sono affrontati attivamente e pragmaticamente. Come afferma Wachtel (1977),

“il lavoro del terapeuta comportamentale promette di fornire ciò che è soprattutto mancato in psicoanalisi: un mezzo per intervenire attivamente nei dilemmi umani che la psicoanalisi ci ha permesso di comprendere così acutamente” .

Questa integrazione può avvenire, ha mostrato Wachtel, solo se tanto la psicoanalisi quanto il comportamentismo (e del resto ogni altro metodo psicoterapeutico) si liberano delle rispettive metapsicologie: se cioè da un lato la psicoanalisi è intesa essenzialmente come una *psicologia dei significati*, e sono lasciate da parte certe “grezze tautologie” come “energia psichica” o “carica energetica”; e dall’altro il comportamentismo è visto come una *psicologia dell’apprendimento*, che studia le modalità apprese di esperienza e comportamento, rinunciando allo

schema non meno grezzo che spiega le azioni umane come risposte passive agli stimoli ambientali. Lo studio dei modi in cui gli esseri umani danno significato alla loro esperienza e in cui certi schemi di percezione e di risposta possono essere imparati e disimparati appartengono allo stesso titolo al campo della psicoterapia, mentre le fantasie metapsicologiche di Freud o di Watson servono solo per costruire gli steccati che lo segmentano.

3. *L'esercizio dell'attenzione*

In tutti i metodi di psicoterapia il paziente viene addestrato a dirigere l'attenzione in modi diversi da quelli che gli sono abituali. Per cogliere il significato di questo esercizio nel suo insieme, conviene partire dai suoi antecedenti storici. Non c'è nulla di realmente nuovo nei metodi attuali; anzi per certi aspetti la disciplina dell'attenzione era praticata dagli antichi in modo più consapevole e sofisticato.

Ad esempio la tecnica delle libere associazioni, che è basilare nella terapia psicoanalitica, era ben nota agli autori buddhisti, che istruivano e tuttora istruiscono gli apprendisti a interrompere il pensiero cosciente e a osservare il flusso dei pensieri subconsci.

“Appena il pensiero cosciente si interrompe, il subcosciente, non essendo più arginato dalle barriere della coscienza, scorre liberamente; d'altronde, l'osservazione del subcosciente che passa davanti all'occhio della coscienza conduce alla vera comprensione, cioè a quella non intellettuale, di questo subcosciente” (Deshimaru, 1978, p. 12).

I buddhisti insegnano a lasciar “scorrere liberamente” il subcosciente, come gli psicoanalisti invitano a lasciar “fluttuare liberamente” l'attenzione. L'obiettivo è il medesimo: giungere a un vero *insight*, cioè a una visione profonda, non puramente intellettuale, di ciò che si muove al di sotto della coscienza.

Oggetto privilegiato di questa osservazione sono i *bonno*, termine che corrisponde alle *passioni* dei filosofi occidentali (*bon* è ciò che turba e sconvolge, *no* ciò che tormenta e addolora). Le scuole buddhiste hanno elaborato complesse metapsicologie, che sono utilizzate per interpretare il materiale del flusso associativo. “L'oggettivazione cosciente dei *bonno*... per mezzo dell'osservazione vigile e imparziale” conduce alla liberazione (*ibid*, p. 17). Alla “oggettivazione cosciente” dei buddhisti corrisponde il procedimento freudiano in cui i complessi inconsci sono portati alla coscienza grazie all'osservazione “analitica” (vigile e neutrale) e al legame con rappresentazioni verbali che “fissano” (oggettivano) le energie libere dell'inconscio; questa oggettivazione cosciente libera dagli effetti patogeni dei complessi inconsci.

Il lavoro sui *bonno*, tuttavia, è solo un aspetto particolare, per così dire preliminare, della pratica dello *zazen*. C'è un altro tipo di osservazione, che è diretto, immediato, intuitivo. E' legato al corpo e al superamento della dualità corpo-mente. In questa osservazione non esiste più la distinzione tra un soggetto che osserva e un oggetto che è osservato, e allo stesso modo vengono meno tutte le distinzioni del pensiero discriminante. E' sostanzialmente un'esperienza dell'unità di tutte le cose, ma

“lo spirito non si riflette nell'unità ritrovata che annulla ogni discriminazione, lo spirito è, senza esserne cosciente e senza vedersi... Del tutto semplicemente, esso è. Appena ci rendiamo conto di volerlo vedere, un abisso incolmabile divide questo proposito dallo spirito che fu e che è sparito” (*ibid*, p. 1415).

La relazione tra i due tipi di osservazione è essenziale: la realizzazione dello “spirito *mushotoku*”, cioè di un modo di essere spontaneo, naturale, consapevole ma non cosciente (v. cap. V., §4), è vista come l'unico modo per liberarsi realmente dai *bonno*: “o abbiamo lo spirito *mushotoku*, senza cercare di ottenere alcunché, oppure ci lasciamo prendere dallo

sconvolgimento” (p. 208). Ciò equivale a dire che la prima parte del percorso, di “oggettivazione cosciente” del subconscio, deve essere superata da un tipo di esperienza che non è più né oggettuale né cosciente. In mancanza di questa, la coscienza rimane divisa in sé stessa e alienata, e nessuna vera guarigione può essere ottenuta.

Si può affermare che il buddhismo zen era già arrivato alla conclusione che la psicoterapia contemporanea sta riscoprendo: la terapia deve essere analitica, ma non può essere solo analitica. Rendere cosciente e oggettivare l’incoscio va bene, fin tanto che si tratta del rimosso, delle passioni e dei desideri infantili. Ma l’idea di prosciugarlo, come la civiltà ha prosciugato lo Zuiderzee, è essa stessa infantile, osserva Fachinelli (1989, p. 21 e seg.): come “svuotare il mare con un secchiello”. E’ necessario un ribaltamento, dalla volontà di dominio all’accogliamento: “Accogliere chi? Un ospite interno” .

La psicoanalisi contemporanea, nella sua ricerca più avanzata, deve esprimersi quasi con le stesse parole degli antichi. “Ascolto dei rumori *dal punto di vista del silenzio*”, scrive Fachinelli. “Pensare partendo dall’intimo del non pensiero”, diceva il Maestro Dogen nel tredicesimo secolo. Anche la frase che segue, in perfetto stile buddhista, è di Fachinelli:

“Nel punto in cui svanisce il confine tra il soggetto e l’oggetto, emerge il senso di un tutto che è insieme nulla. Esperienza del tuttonulla, del pienovuoto”.

Il metodo buddhista utilizza strumenti analitici, ma in effetti è una forma di *psicosintesi*: in generale nelle culture orientali il pensiero olistico non discriminativo è il valore supremo, e ogni attività analitica deve essergli subordinata. La psicoanalisi invece già nel proprio nome annuncia la scelta opposta, che è caratteristica del pensiero occidentale. Tra le cose migliori del nostro tempo si potrebbe includere il fatto che molti cominciano a sentirsi liberi dal bisogno di affermare la superiorità della psicoanalisi rispetto al buddhismo o viceversa, e più in generale dei valori dell’occidente rispetto a quelli dell’oriente o viceversa. Queste forme di narcisismo culturale perdono terreno, mentre si aprono spiragli significativi all’ascolto delle culture diverse e all’integrazione dei rispettivi valori e punti di vista.

XIX

L’esercizio

1. L’osservazione di sé

Nelle scuole antiche l’esercizio della presenza, o dell’attenzione al momento presente, occupava una posizione centrale, perché alla base di ogni ossessione o melanconia si riconosceva un intorpidimento dell’anima, un estraniamento a sé stessi causato dall’assorbimento nel passato e dalla fuga nel futuro. Le diverse tecniche si proponevano tutte di risvegliare l’individuo dalla sua incoscienza, sciogliendo i legami e dissipando le illusioni che gli impedivano di vivere con maggiore pienezza e serenità. Le tecniche comportamentali,

cognitive, transpersonali e delle altre scuole contemporanee riprendono gli esercizi tradizionali, sviluppandoli e adattandoli alle esigenze attuali.

Il primo esercizio, basilare in tutte le scuole passate e presenti, consiste nell'*osservazione di sé*. E' necessario per superare la posizione del realismo ingenuo e prendere coscienza di quanto profondamente l'esperienza sia condizionata da opinioni, fantasie e sogni. La maggior parte delle scuole cerca di accendere quella visione interna che va oltre una comprensione puramente intellettuale e che oggi si usa indicare con il termine di *insight*. Il principio del "conosci te stesso" è la pietra angolare della filosofia antica come della psicoterapia moderna. Ciò che è decisivo nel produrre l'*insight* non è il luogo in cui è ottenuto (una relazione o l'introspezione meditativa), ma la qualità dell'osservazione. Occorre in sostanza che sia posto in sospensione il giudizio abituale, cioè il modo consueto di strutturare l'esperienza, così che questa da un lato sia separata dai significati in cui è costretta, e dall'altro possa riceverne di nuovi. Su questa base di autoosservazione si impiantano i diversi esercizi suggeriti correntemente nelle relazioni di terapia, che impegnano tutte le principali funzioni psichiche.

L'analisi, la correzione e la verifica degli schemi cognitivi che modellano l'esperienza e il comportamento sono effettuate regolarmente nel corso di ogni seduta, ma non c'è motivo di confinarle in questa sede. Benché il trasferimento alla vita quotidiana dei metodi appresi in terapia tenda ad avvenire spontaneamente, non è il caso di contarci troppo. Come in qualsiasi altro apprendimento, i progressi sono proporzionali alla serietà e alla costanza dell'esercizio. Gli antichi conoscevano bene l'utilità di staccare ogni giorno l'attenzione per almeno qualche momento dalle attività quotidiane per un "esame di coscienza".

"Non cedere al sonno che dopo aver destata la parte razionale del nostro essere e averla nutrita con bei pensieri e belle ricerche, concentrandoci su noi stessi, dopo avere anche calmata la parte appetitiva del nostro essere... e ammansita la parte irascibile". Questo suggerimento di Platone, tratto dal Fedone, è citato da Hadot, che descrive anche l'esercizio di meditazione praticato dagli stoici: "Al mattino si esaminerà in anticipo ciò che si deve fare nel corso della giornata, e si fisseranno in anticipo i principi che dirigeranno e ispireranno le azioni. Alla sera il soggetto si esaminerà nuovamente, per rendersi conto delle colpe o dei progressi compiuti. Si esamineranno anche i propri sogni" (p. 36).

Non c'è motivo di pensare che i moderni abbiano meno bisogno degli antichi di curare l'igiene mentale forse è vero il contrario. L'abitudine di ritagliare nel corso della giornata qualche momento specificamente dedicato a un lavoro su di sé è raccomandata dai filosofi antichi come dai terapeuti moderni, psicoanalisti esclusi. Grazie ad essa il paziente può disporre di altri laboratori in cui esercitarsi, oltre alla seduta di terapia.

La letteratura delle scuole non analitiche è ricca di indicazioni sugli esercizi da proporre, o sulla base dei quali inventarne e negoziarne di nuovi, adatti alle esigenze specifiche del soggetto. In tutti i casi il punto di partenza è l'osservazione delle fantasie e delle idee rigide e stereotipate che condizionano l'esperienza e il comportamento.

2. Il progetto

Osservarsi non basta. L'autoanalisi può degenerare in ruminazione ossessiva se non è collegata a una pratica di trasformazione. Questa a sua volta ha bisogno di un *progetto* che orienti e nello stesso tempo stimoli l'azione.

Apparentemente nel metodo freudiano non c'è posto per progetti, perché se l'attenzione deve fluttuare liberamente non può essere orientata in una direzione qualsiasi senza venir meno alla regola fondamentale. In realtà esiste un progetto globale: *dov'era l'es deve venire l'io*. Attraverso la riattivazione e l'elaborazione di fantasie e conflitti si punta a una crescita e un rafforzamento dell'io; non si perseguono direttamente altre finalità, perché si ritiene che questo

io così rafforzato avrà la libertà e l'energia necessarie a raggiungere gli obiettivi realistici che sceglierà di darsi.

In realtà non è detto che questo io, al termine del processo, sia automaticamente capace di risolvere i problemi per cui ha iniziato la terapia, né che il chiarimento sistematico dei conflitti inconsci gli abbia conferito la forza e la competenza specifiche di cui ha bisogno. Come abbiamo rilevato più volte, alla base dei problemi nevrotici è spesso agevole riconoscere circoli viziosi che si instaurano tra i comportamenti e gli effetti da essi prodotti, che li confermano e li rinforzano. Se una persona si sottrae regolarmente alle prove che è persuasa di non saper affrontare, la sua convinzione di incapacità ne uscirà ogni volta rinsaldata. Se ripropone sempre le stesse soluzioni che si sono già dimostrate improprie, l'idea di inadeguatezza metterà radici. Per estirpare queste radici occorrerà individuare risposte corrette ai problemi attualmente irrisolti, e poi metterle in pratica ed esercitarle finché le impressioni di incapacità e inadeguatezza relative a quelle difficoltà svaniscano.

In effetti, non solo il lavoro focalizzato su uno o più obiettivi non è incompatibile con una strategia a lungo termine di esplorazione delle fantasie inconscie che via via emergono, ma tra i due piani del lavoro possono prodursi sinergie preziose.

P. ha un atteggiamento passivo, lamentoso e rivendicativo che gli crea ovvie difficoltà nelle relazioni. Viene impegnato in diversi esercizi tesi a sviluppare un atteggiamento più attivo e responsabile. P. li esegue in modo ambivalente: ne riconosce l'utilità, ma nello stesso tempo cerca di boicottarli; è grato al terapeuta da cui sente di essere realmente aiutato, ma contemporaneamente protesta di non sentirsi abbastanza capito. Mentre l'atteggiamento gradualmente cambia nel senso desiderato, P. individua esplicitamente nel terapeuta una figura di padre nei cui confronti vive un conflitto acuto: riconosce di aver bisogno di lui per crescere, e tuttavia non perde occasione per attaccarlo e tentare di sottrarsi alla sua tutela. Viene ricostruito il rapporto con il padre reale, con cui aveva vissuto lo stesso conflitto ma da una posizione molto più favorevole, perché la madre era sempre pronta a schierarsi dalla sua parte. Per la debolezza del padre o per la forza dell'alleanza con la madre l'influenza paterna era stata neutralizzata e il processo maturativo aveva subito un arresto. La relazione di terapia ripropone il vecchio conflitto e offre i mezzi per una nuova soluzione. Il lavoro si svolge su due piani. Sul primo si definiscono obiettivi ed esercizi pratici, sul secondo si mette in luce e si elabora il conflitto tra la volontà di collaborare e il desiderio di opporsi. Gradualmente l'opposizione lascia il posto all'accettazione grata e la terapia si conclude con questi risultati: l'io si è considerevolmente rinforzato grazie agli esercizi eseguiti e all'elaborazione del conflitto, è avvenuta una rappacificazione con il padre interno, è stata interiorizzata una figura guida affidabile cui P. può ora riferirsi autonomamente.

Come si vede, il progetto di rafforzamento mediante esercizi di diverso genere (autoservazione, concentrazione, scrittura, assertività) non solo non ha impedito che la vicenda infantile fosse riattivata, ma ha consentito che venisse rivissuta, esplorata e infine riparata in ciò che aveva di manchevole.

La questione del progetto è strettamente legata al modo in cui è diretta l'attenzione. In quasi tutte le terapie non analitiche l'attenzione è orientata su uno o più obiettivi definiti. In campo analitico questo vale solo per le terapie cosiddette focali, mentre nei trattamenti a lungo termine viene di consueto privilegiata l'attenzione fluttuante, non focalizzata. Così viene separato qualcosa che in diverse pratiche tradizionali era unito. Ad esempio nella meditazione buddista *za zen* entrambi i tipi di attenzione sono esercitati in modo contestuale e integrato. Infatti un'attenzione troppo concentrata ostacola l'osservazione dei contenuti subconsci che affiorano spontaneamente e causa una fissazione o un assorbimento autoipnotico, mentre se l'attenzione fluttua troppo liberamente il soggetto rischia di perdersi nel flusso associativo.

Il progetto della psicoterapia, nella formulazione che è stata proposta (*dov'era l'ego deve venire l'io*, cap. XIII), non solo non esclude, ma richiede che l'attenzione sia addestrata, oltre che a fluttuare liberamente, anche a concentrarsi su oggetti particolari. Ricordiamo che il termine *ego* è stato impiegato nell'accezione che ha nel linguaggio corrente, dove designa il soggetto alienato: il soggetto che nell'ansia di possedere il proprio mondo e sé stesso si lascia

catturare dalle immagini e dagli oggetti in cui si identifica. Il termine *io*, in contrapposizione a *ego*, è stato impiegato per indicare il soggetto emancipato dal legame coatto, positivo o negativo, con le proprie identificazioni. In altre parole, il soggetto è libero nella misura in cui è in grado sia di liberare la propria attenzione da ciò che la vincola, sia di dirigerla e focalizzarla dove decida di farlo. Per contrasto, l'attenzione del soggetto alienato è catturata da desideri e paure, e di conseguenza dagli oggetti che vuole possedere o teme di perdere e dalle immagini con cui ha identificato sé stesso e il suo mondo.

Il processo di liberazione dell'io da tutto ciò che lo estrania a sé stesso il processo del divenire sé stessi consiste essenzialmente in un *addestramento dell'attenzione*. Questo consiste nel far sì che essa da un lato possa fluttuare liberamente, uscendo dalle vie obbligate dell'abitudine per rivolgersi a tutto ciò che le strutture dominanti del pensiero lasciano nell'ombra; dall'altro possa concentrarsi metodicamente su oggetti diversi, per costruire strutture e abitudini alternative a quelle che si sono dimostrate inadatte alle finalità che il soggetto si propone. Le diverse scuole hanno privilegiato l'una o l'altra fase di un processo che invece dovrebbe essere considerato nella sua globalità.

3. Il governo dell'attenzione

Esaminiamo alcuni dei principali metodi di addestramento al governo dell'attenzione. In primo luogo tutti i terapeuti incoraggiano i pazienti a porsi di fronte a ciò che abitualmente evitano, quando hanno l'impressione che possano farlo con un sostegno adeguato. Non è sempre necessario dirigere esplicitamente: i pazienti imparano a indovinare da minimi cenni ciò che il terapeuta si aspetta da loro, perché naturalmente il desiderio di compiacerlo o di contraddirlo è una delle principali forze motrici della relazione.

Esistono principalmente due vie per mettere una persona nelle condizioni di affrontare esperienze temute o dolorose. La prima consiste nell'offrirle una "base sicura", cioè una relazione in cui possa sentirsi contenuta, compresa e sostenuta. Nella seconda il soggetto è aiutato a trovare piuttosto in sé stesso la sicurezza e le risorse di cui ha bisogno, grazie a esercizi particolari.

Nelle procedure di desensibilizzazione dei comportamentisti il paziente è confrontato con gli stimoli che inducono risposte di ansia dopo essere stato aiutato a rilassarsi. Il principio è questo: in primo luogo il paziente è invitato a concentrarsi sulla muscolatura, sulla respirazione o su immagini gradevoli fino al momento in cui si sente calmo e rilassato. A quel punto viene somministrato lo stimolo ansiogeno, che non riesce più a catturare tutta la sua attenzione perché una parte consistente di questa rimane ancorata alle sensazioni o alle immagini di benessere che sono state evocate precedentemente. In questo modo il soggetto è addestrato a non perdere la calma nelle situazioni che sente minacciose, e quindi a esaminare realisticamente ciò che accade e a rispondervi in modo adeguato.

Nelle procedure di tipo cognitivo vengono messe in luce le verbalizzazioni interne che creano o aggravano il problema (ad esempio: "non posso tollerare che non mi si dia ciò che mi spetta", o "non ce la faccio e non ce la farò mai"). Prima deve essere vista l'arbitrarietà di questi assunti, quindi inizia la ricerca di altre formulazioni che possano sostituirli vantaggiosamente (ad esempio: "non so che cosa mi spetta, ma so ciò che voglio; sono disposto a lottare per averlo e posso tollerare di non avere tutto e subito"). Una volta raggiunto l'accordo sulle nuove verbalizzazioni, queste debbono essere messe in pratica ripetutamente, in condizioni di laboratorio e sul campo. In questo modo il paziente impara a far leva sulla capacità di riconoscere, attivare, disattivare e modificare le istruzioni che dà a sé stesso.

Infine molti terapeuti, di diverse scuole, suggeriscono di lavorare con simboli capaci di attivare le forze di autoguarigione più profonde. A questa serie appartengono alcune figure che sono state esaminate, come il demone di Socrate, il padre di Eckart o il genio del cuore di Nietzsche:

“Il genio del cuore che fa ammutolire ogni voce troppo sonora e ogni compiacimento di sé e insegna a porsi in ascolto, che leviga le anime scabre e infonde loro un nuovo desiderio da assaporare quello di starsene taciturni come uno specchio affinché in esse si rispecchi il profondo cielo... Il genio del cuore che insegna alla mano maldestra e precipitosa l’indugio e una maggiore delicatezza nell’afferrare: che sa divinare il tesoro occulto e obliato, la goccia di bontà e di dolce spiritualità sotto un ghiaccio torbido e spesso, ed è una bacchetta magica per ogni granello d’oro, che a lungo sia restato sepolto nel carcere di molto fango e sabbia; il genio del cuore, dal cui tocco ognuno si diparte più ricco, non graziato e stupito, non beneficiato e oppresso come da un bene estraneo, sibbene più ricco di sé, più nuovo che per l’innanzi, dissigillato, alitato e spiato da un vento astrale, forse più insicuro, più delicato, più fragile, più infranto, ma colmo di speranze che non hanno ancora un nome, colmo di un volere e di un fluire nuovo, colmo di una nuova riluttanza e di un nuovo riflusso...”.

Tutti questi metodi si fondano su un principio comune: esiste in ogni individuo una ricchezza di risorse potenziali che possono diventare attuali se sono scoperte e attivate. Una persona è tesa perché non ha mai imparato a rilassarsi, è prigioniera di convinzioni deprimenti perché non sa che è possibile cambiarle, si sente arida e sfiduciata perché non conosce il modo di entrare in contatto con i propri affetti e le proprie energie creative. *La chiave che apre l’accesso a tutte queste possibilità è l’attenzione.* E’ sufficiente dirigere l’attenzione sulla muscolatura in tensione per rilassarla, sulle convinzioni stereotipate per prenderne le distanze, su nuove idee per renderle operative, su determinati simboli per attingere alle risorse profonde. Il governo dell’attenzione è la base di ogni tecnica terapeutica; imparare a lasciarla fluttuare liberamente è necessario, ma non sufficiente. *Non c’è vero governo se alla libera fluttuazione non si aggiunge la capacità di concentrazione su diversi oggetti, funzioni o simboli,* ed entrambe queste modalità possono essere sviluppate solo con esercizi appropriati.

4. *L’esercizio fondamentale*

I terapeuti delle scuole non analitiche si preoccupano soprattutto di ottenere una buona collaborazione dai loro pazienti. Invece gli psicoanalisti di fronte a un paziente che collabora diligentemente si chiedono in primo luogo perché lo fa. Mentre i primi sono inclini ad accettare senza eccessive riserve il ruolo di curante che i pazienti attribuiscono loro, e ad esercitarlo in modo abbastanza letterale, i secondi dirigono un’attenzione privilegiata alle fantasie di cui vengono investiti. Sono troppo ingenui gli uni o troppo sospettosi gli altri?

Nelle scuole non analitiche si afferma in generale che è possibile risolvere una situazione patologica senza occuparsi delle fantasie che i pazienti rivolgono al terapeuta, e soprattutto senza favorirle e stimolarle dedicando ad esse troppa attenzione. La tesi degli psicoanalisti che solo la guarigione ottenuta analizzando i conflitti inconsci e il transfert è vera guarigione vale solo se valgono i postulati della psicoanalisi, e quindi è ritenuta di nessun valore dai terapeuti delle altre scuole. L’incomunicabilità che regna tra gli uni e gli altri è fatta essenzialmente di affermazioni tanto perentorie quanto indimostrate.

Il punto di vista fenomenologico, che mette tra parentesi tutti i principi e i postulati, sembra essere l’unico in grado di gettare un ponte tra concezioni che sembrano inconciliabili. A un’osservazione non pregiudiziale appare evidente l’arbitrarietà di separare un singolo disturbo dall’esperienza da cui emerge, che include affetti, aspettative, convinzioni e scelte; lo è ugualmente scindere l’esperienza di un soggetto dalla rete di relazioni da cui nasce e prende forma; lo è infine la pretesa di eliminare da quella rete proprio la relazione con il terapeuta, che non è certo meno coinvolgente e significativa di altre.

Si può dire, di conseguenza, che hanno ragione gli analisti quando sostengono che non si può fare terapia senza rivolgere un’attenzione speciale alla relazione terapeutica. E’ questa il terreno privilegiato della cura, e l’esercizio di consapevolezza che su di esso si svolge non può che avere un valore primario, logicamente antecedente ad ogni altro. E tuttavia hanno ragione i terapeuti delle scuole non analitiche quando affermano che quell’esercizio non può essere

l'unico: ce ne sono molti altri di sicura efficacia, che possono rendere più rapido ed economico il trattamento e che a volte sono gli unici in grado di risolvere una situazione.

Come possono essere rese compatibili queste opposte ragioni? Ricordiamo ancora una volta che metodi diversi convivono regolarmente nella pratica degli psicoterapeuti, per i quali l'impegno a operare solo all'interno di un orizzonte teorico prestabilito può essere tutt'al più un'aspirazione, peraltro sistematicamente disattesa. Una cosa è comune a tutti gli interventi praticati: la relazione da cui ricavano il senso che hanno. L'analisi della relazione terapeutica (o del transfert, come si usa dire con un termine vago e buono per troppi usi), dovrebbe essere un esercizio costante in ogni terapia di qualsiasi indirizzo, perché è l'unico strumento che consenta di cogliere il significato di ciò che viene fatto, qualsiasi cosa si stia facendo. Ad esempio di fronte a un paziente che chiede ripetutamente istruzioni, e quando le riceve le svaluta rapidamente e ne chiede altre, qualsiasi terapeuta osserverebbe che l'interesse a risolvere il problema è inferiore a quello di dimostrare che nessun suggerimento è efficace. Poiché per molti pazienti la richiesta di aiuto passa in secondo piano rispetto al bisogno di rappresentare un copione in cui al terapeuta è assegnato un ruolo particolare, è evidente che l'unico aiuto che può essere dato in questi casi consiste nel mostrare il gioco a chi ne è inconsapevole e nel trovare il modo di neutralizzarlo.

Stabilito che l'analisi della relazione è necessaria, nulla autorizza ad affermare che sia anche sufficiente. Non solo non esistono motivi di incompatibilità con altre modalità di intervento, ma proprio la costante attenzione per la dinamica della relazione permette di lavorare su problemi e con strumenti specifici nel modo più corretto, mirato ed efficace. Solo una sospettosità morbosa potrebbe indurre il terapeuta a pensare che qualsiasi richiesta di aiuto e qualsiasi disponibilità a collaborare concretamente su questioni e con mezzi definiti sia un tentativo di manipolazione o una richiesta infantile mascherata. L'attenzione rivolta alle interferenze inconse nel lavoro della terapia non dovrebbe mai diventare così esclusiva da obliterare le aree dove è possibile costruire una collaborazione adulta, in cui le finalità da raggiungere e gli strumenti per farlo siano sistematicamente discussi e concordati.

Concludendo, osserviamo che se dal punto di vista empirico l'integrazione tra i due approcci si impone nella pratica anche contro le convinzioni teoriche dei terapeuti, è proprio la logica interna della relazione a richiederla nel modo più convincente. Infatti non solo il monitoraggio interpretativo del sottofondo fantasmatico della relazione prepara il terreno su cui basare qualsiasi altra procedura terapeutica; ma poi queste stesse procedure permettono di modificare quel sottofondo ben al di là di quanto sia possibile con metodi esclusivamente interpretativi, indispensabili come mezzi di conoscenza, ma troppo spesso inadeguati come strumenti di trasformazione.

Nel rapporto tra l'uomo e il suo mondo l'azione e la conoscenza sono legate da un nesso circolare: la prima promuove la seconda, che a sua volta dirige la prima. Se la conoscenza viene privilegiata a scapito dell'azione o viceversa, come troppo spesso avviene nelle scuole psicoterapeutiche, il processo globale non può che esserne impoverito.

XX

Il fondamento e l'idolo

1. La valutazione dei risultati

Tutti i metodi principali di psicoterapia funzionano, cioè producono effetti che in un valutazione globale possono essere definiti “modestamente positivi”. Tuttavia nessun metodo può essere detto superiore a un altro, per il semplice motivo che ogni scuola ha elaborato i propri criteri per valutare i risultati ottenuti; dal momento che questi criteri non coincidono mai con quelli adottati dalle altre scuole, non è possibile fare alcun confronto significativo.

Il punto sulle ricerche attuali in questo campo è fatto da Lambert e Christensen (1983):

“C'è una sensibilità crescente al fatto che il cambiamento è multidimensionale e che i risultati delle valutazioni dipendono dalla *fonte* da cui i dati sono raccolti; esiste anche una consapevolezza crescente dei *metodi* che sono usati, dell'area di *contenuti* da cui si attingono i dati e dei *valori* impliciti che sono associati agli strumenti disponibili” (corsivi miei).

La *fonte* prima è naturalmente il terapeuta, che alla fine del trattamento valuta i risultati raggiunti. La parzialità di questa fonte può essere almeno relativamente compensata da un'autovalutazione del paziente, che generalmente è ritenuta più attendibile della prima. Può accadere tuttavia che, giunti alla conclusione, paziente e terapeuta si complimentino a vicenda per un risultato che è giudicato irrilevante da parenti e amici del paziente. Una terza fonte di valutazione è data quindi dalle persone significative dell'ambiente di questi, e una quarta da esperti che esprimono un giudizio “alla cieca”.

Per quanto riguarda il *metodo*, ci si può basare su una valutazione fatta direttamente dai soggetti delle prime tre fonti, che naturalmente è la più condizionata da fattori soggettivi. Per ridurre l'influenza di questi, si può chiedere agli stessi soggetti di limitarsi per quanto è possibile a fornire dati descrittivi, che saranno valutati da esperti non coinvolti nel processo. Inoltre gli stessi esperti possono ricavare ulteriori dati dall'osservazione di sedute audio o videoregistrate, o direttamente del paziente in situazioni particolari. I test proiettivi e psicodiagnostici in genere non sono più considerati molto utili per questo tipo di valutazione, che giustamente privilegia l'esperienza e il comportamento del paziente nelle situazioni di vita quotidiana.

I *contenuti* su cui la valutazione si basa possono essere prevalentemente interni ed esperienziali oppure esterni e comportamentali. Naturalmente i primi sono privilegiati dagli psicoanalisti e i secondi dai comportamentisti. Con questo si viene ai *valori* che influenzano in modo decisivo tutto il processo di valutazione. Per esempio, fa rilevare Lambert, se nella cura dell'eiaculazione precoce si prende come criterio di successo “un miglior funzionamento erettile a distanza di un anno”, si possono registrare dei risultati molto buoni, dell'ordine del 70 per cento di miglioramenti. Se però allo stesso campione di pazienti si applica un criterio diverso, come questo: “miglioramento nel funzionamento e nella soddisfazione sessuale della coppia, più stabilità nel tempo”, il tasso di miglioramenti cade drammaticamente al 6 per cento.

Per quanto si cerchi di neutralizzare al massimo l'influenza dei fattori soggettivi sulla valutazione dei cambiamenti, affidandola a esperti non coinvolti nel processo, i valori sottesi al giudizio di questi sembrano un fattore condizionante insuperabile. In altre parole, la valutazione di uno psicoanalista resterà sempre non confrontabile con quella di un comportamentista. Per uscire da questa impasse, che impedisce di giungere alla definizione di criteri standardizzati da applicare a qualsiasi forma di psicoterapia, Lambert suggerisce di valutare il cambiamento in riferimento a un certo numero di dicotomie, come internoesterno, esperienzialecomportamentale, dinamicosintomatico, superficiesorgente. Mentre le diverse scuole tendono per lo più a privilegiare uno solo dei termini di queste coppie polari, una considerazione non pregiudiziale del processo e del suo esito dovrebbe includerli entrambi.

Poiché questo orientamento è stato adottato sistematicamente nel presente lavoro, conforta

constatare che la stessa scelta è sollecitata da chi si preoccupa di fornire un criterio di valutazione generale che obblighi le diverse scuole a uscire allo scoperto e a confrontarsi l'una con l'altra, in modo che chi cerca una psicoterapia possa disporre, per fare la sua scelta, di qualcosa di meglio di ciò che gli viene offerto ora: miti, suggestioni e pretese infondate di superiorità.

2. La ricerca empirica

I fattori che portano al cambiamento sono numerosi, e in generale abbastanza ben individuati. Quello che rimane da stabilire è *quale tipo di approccio, tecnica o intervento sia più indicato in quale tipo di personalità, situazione o problema*. Esistono già dei centri in cui i pazienti vengono trattati con interventi specificamente mirati alla difficoltà presentata. Certo non deve essere sottovalutato il pericolo che la psiche sia parcellizzata come lo è stato il corpo, con la conseguenza che il paziente finirebbe per rivolgersi al terapeuta delle fobie, della depressione o dell'impotenza come oggi si va dal cardiologo o dal dermatologo. Tuttavia, come è evidente che la specializzazione non è affatto uno svantaggio nel caso delle malattie fisiche, allo stesso modo non è detto che lo sia nel campo della psiche. Le conoscenze aumentano rapidamente, lo psicoterapeuta non può nemmeno lontanamente pensare di tenersi al corrente degli sviluppi in ogni settore della sua disciplina. In effetti ciò che necessariamente accade è che l'aggiornamento e l'approfondimento sono limitati a un campo circoscritto, ma il criterio di questa autolimitazione per lo più è definito da una scelta culturale o ideologica piuttosto che da un insieme di problemi affini; in altri termini la specializzazione non è fatta in funzione degli interessi del paziente, ma di quelli del terapeuta.

Una diversa settorializzazione del campo psicoterapeutico, le cui linee seguano i contorni di diverse aree problematiche, piuttosto che ideologiche, è uno sviluppo in sé stesso non sfavorevole, e del resto probabilmente inevitabile. Tuttavia è evidente che una suddivisione come questa avrebbe senso e sarebbe accettabile unicamente all'interno di una visione unitaria del modo di vedere e di trattare i problemi della psiche. Se, per ipotesi, le fobie fossero affidate ai comportamentisti, i casi di isteria agli analisti e le crisi esistenziali agli esistenzialisti, la babele attuale troverebbe solo la sua sanzione definitiva.

In realtà, come un cardiologo deve essere prima di tutto un medico, in grado di porsi di fronte all'unità psicosomatica del suo paziente come a un tutto, per poter poi collocare correttamente all'interno di quell'insieme un'angina pectoris, così uno specialista di disturbi depressivi dovrebbe essere in primo luogo uno psicoterapeuta generale. Salvo che, per arrivare a tanto, bisognerebbe in primo luogo che una psicoterapia generale esista, e non siamo ancora a quel punto. Anzi, a giudicare dall'interesse che le diverse scuole dimostrano a dialogare tra di loro, si direbbe che ne siamo lontanissimi.

D'altra parte non è solo la comunicazione tra le scuole a versare in condizioni molto precarie. E' paradossale che alla rivendicazione di uno statuto scientifico per la psicoanalisi e la psicoterapia corrisponda un livello così "seriamente inadeguato" (Wallerstein, 1988b) della ricerca propriamente scientifica in questo campo. Anche se, come penso, la relazione psicoterapeutica pone diversi problemi che richiedono di essere affrontati su un piano filosofico prima che scientifico, esiste tutto un ambito di questioni che andrebbero indagate con i metodi delle scienze. Occorrerebbe esaminare con procedimenti empirici falsificabili

"quali cambiamenti abbiano effettivamente luogo (la questione dell'esito) e come questi cambiamenti avvengano o siano prodotti dall'interazione di quali fattori o variabili nel paziente, nella terapia e nel terapeuta, e nella situazione di vita del paziente che si sviluppa e interagisce con la terapia (la questione del processo)" (Wallerstein, *ibid*).

Secondo Gill la ricerca sistematica e controllata in psicoanalisi, in contrasto con la ricerca clinica consueta (cioè lo studio non controllato del singolo caso) è "quasi totalmente assente".

Quel tipo di ricerca sarebbe invece molto utile perché in psicoanalisi, e del resto in ogni altra forma di psicoterapia, è molto facile razionalizzare qualsiasi risultato per trarne un'autoconvalida delle proprie ipotesi. Popper aveva bollato come pseudoscienza la psicoanalisi proprio perché la vedeva interamente basata su ipotesi non falsificabili. In questo Popper è stato smentito: la psicoanalisi è in grado di formulare ipotesi falsificabili (Grünbaum, 1984). Secondo il suggerimento dello stesso Grünbaum, il controllo delle ipotesi dovrebbe essere extraclinico, attraverso sperimentazioni controllate e studi statistici epidemiologici. Queste ricerche sono più una speranza per il futuro che una realtà attuale; tuttavia, anche se quella speranza si avverasse, la psicoterapia perderebbe ogni autonomia se non fosse in grado di verificare le proprie ipotesi in primo luogo dal proprio interno. Ma per far questo, fa notare Wallerstein, è necessario ricorrere a ipotesi predittive, cioè bisogna stabilire *in anticipo* che cosa deve accadere perché un'ipotesi sia confermata o confutata: è l'unico modo per sottrarsi all'insidia dell'autoconvalida sistematica delle proprie convinzioni.

E' stato proprio Wallerstein uno dei pochissimi psicoanalisti a mettere in pratica questo principio, nel *Psychotherapy Research Project* della Menninger Foundation. Un risultato notevole di questa ricerca, certo la più imponente che sia mai stata effettuata in campo psicoanalitico, è stato la dimostrazione che i fattori terapeutici sono molto numerosi e complessi, e tra questi quelli propriamente analitici non hanno avuto il ruolo che era stato previsto nel produrre i cambiamenti più significativi e profondi. La ricerca si è basata su una predizione falsificabile infatti è stata falsificata. Questo dimostra da un lato che una ricerca empirica rigorosa può essere fatta anche senza uscire dal campo strettamente clinico, e può dare risultati molto interessanti; e dall'altro spiega come mai gli psicoanalisti non siano molto attratti da questo tipo di ricerche, capaci di mettere realmente a rischio le credenze più radicate.

3. Il terreno comune

In questo lavoro mi sono mosso sin dall'inizio su un doppio registro. Cercando di mettere in luce gli elementi salienti di una struttura o di una base comune a tutti i metodi di psicoterapia, ho tentato di descrivere un fenomeno che ho osservato per molti anni, in differenti contesti e con diversi presupposti teorici e pratici. D'altra parte, descrivendo qualcosa non posso evitare di selezionare e organizzare i dati di cui dispongo, e queste operazioni sono influenzate da una quantità di fattori connessi alla particolarità della mia esperienza: in altri termini ho costruito una teoria, falsificabile come qualsiasi altra.

L'ambiguità del risultato, per un verso descrizione e per l'altro costruzione, è probabilmente ineliminabile perché lo stesso lavoro psicoterapeutico risente da cima a fondo della medesima ambiguità. Come ogni relazione terapeutica è un evento unico, perché nasce dall'incontro imprevedibile e irripetibile tra due individui, così tutti i tentativi di descriverla portano impresso lo stesso carattere di singolarità. E' un fatto che deve essere accettato, ma che può anche essere utilizzato per giustificare gli approcci più fantasiosi e arbitrari, senza che chi li adotta si senta obbligato a renderne conto ad altri che non condividono le stesse premesse.

La proliferazione di metodi sedicenti psicoterapeutici è proseguita a lungo e senza controllo, ma sembra essere arrivata a un punto critico, per almeno due motivi. Il primo riguarda le garanzie di validità ed efficacia che in modo sempre più pressante sono richieste dagli istituti pubblici e privati che in alcuni paesi, come Stati Uniti e Germania, sostengono per una quota considerevole i costi delle psicoterapie.

L'altro segnale viene dall'interno della cittadella psicoanalitica, che ha iniziato a perdere la sua compattezza pochi anni dopo la morte di Freud con il conflitto tra kleiniani e ortodossi contenuto ma mai risolto dall'istituzione. A quella prima incrinatura se ne sono aggiunte diverse altre, fino a giungere alla situazione odierna caratterizzata dalla convivenza sotto lo stesso tetto di teorie che non pochi tra gli stessi psicoanalisti considerano alla stregua di paradigmi incommensurabili, cioè irriducibili l'uno all'altro (Bernardi, 1989: v. cap. XV, §1).

Gli psicoanalisti che si sono riuniti a congresso a Roma nel 1989 si sono interrogati sul loro “terreno comune”, nell’ipotesi che ne esista uno. La fede nell’esistenza di questo terreno sembra essere ciò che realmente unisce gli psicoanalisti, al di là di tutte le divisioni. Le difficoltà iniziano quando si tratta di definirlo, perché per farlo è inevitabile impiegare precisamente quei linguaggi che sono ormai diventati incapaci di comunicare tra di loro. Ad esempio si afferma che

“la psicoanalisi attuale, postegopsicologica, è caratterizzata da una ritirata generale dalla visione egemonica di Hartmann e Rapaport [cioè il sogno di una psicoanalisi come psicologia generale che comprenda tutti gli ambiti del funzionamento mentale normale e anormale] a una posizione che Kris aveva enunciato già nel 1947: che la psicoanalisi è, dopo tutto, *nient’altro che* il comportamento umano considerato dal punto di vista del conflitto cioè essa può veramente illuminare e influenzare solo quegli aspetti del funzionamento mentale che nascono dal conflitto” (Wallerstein e Weinshel, 1989).

Secondo una definizione come questa, tutto ciò che non è psicologia del conflitto non è psicoanalisi. Che fare allora della psicologia del sé di Kohut, che ha esplicitamente distinto il proprio approccio da quello classico in quanto basato sul deficit, invece che sul conflitto? Bisogna escluderla e considerarla una semplice “psicoterapia” (gli psicoanalisti usano spesso questo termine come un’invettiva da lanciarsi l’uno contro l’altro nelle lotte intestine), come fanno alcuni, oppure ampliare e ridefinire la nozione di conflitto per includervi anche la psicologia del sé, come fanno gli autori citati sopra. Si può fare, perché il senso delle parole si lascia allargare o restringere quasi senza limiti: ma una volta ridefinito un termine in questo modo, quanti vi si riconosceranno?

Se il linguaggio non è usato per descrivere, ma per stabilire identificazioni e appartenenze, ogni gruppo si crea il proprio gergo, e l’incomunicabilità tra i gruppi che ne è una ovvia conseguenza non può essere eliminata con semplici operazioni linguistiche. Ci vorrebbe un’analisi delle fantasie profonde e delle dinamiche narcisistiche su cui si fonda l’identità dei gruppi. Ma anche se questi avessero voglia di farsi analizzare, dove trovare un analista *super partes*?

L’insieme delle sei comunicazioni prepubblicate proposte come base di discussione per i lavori congressuali di Roma può essere considerato un campione rappresentativo di ciò che accade quando gli psicoanalisti dell’era postfreudiana tentano di definire il loro terreno comune. Il procedimento è sempre lo stesso. Si prendono le consuete parole chiave: l’inconscio e il conflitto, il transfert e la resistenza, la regressione e l’interpretazione; si combinano in un insieme in cui l’una o l’altra riceve maggiore risalto; si presenta il risultato come l’essenza della psicoanalisi. Questo metodo è applicato in cinque su sei delle comunicazioni in questione, che ripetono un rito già più volte celebrato (v. cap. III, nota 7). Può sorprendere il fatto che il procedimento sia seguito con scrupolo anche da chi, come Aslan, descrive lucidamente il seguente stato di fatto:

“Ci troviamo in una babele psicoanalitica dove: (1) Le stesse parole designano concetti differenti; (2) gli stessi concetti sono designati da parole differenti; (3) esiste una quantità di parole che hanno valore solo all’interno di un dato quadro di riferimento”.

Tra l’inconscio di Freud e l’inconscio di Lacan ci sono meno somiglianze di quante ce ne siano tra il dio dei cristiani e il dio dei musulmani; la parentela tra un conflitto kleiniano e un conflitto kohutiano è ancora più incerta e cose analoghe si possono dire di tutte le parole ritualmente invocate con intenzioni ecumeniche. Questi termini, che hanno senso unicamente all’interno del quadro di riferimento proprio di chi li impiega, possono servire a tutto fuorché allo scopo di definire un terreno comune.

4. L'ombrello di Goldberg

Nessun fondamento comune può essere descritto con parole che sono intese diversamente da coloro che dovrebbero esserne accomunati: in questo modo si può costruire tutt'al più un'unità di facciata, e forse qualcuno non chiede altro. La fallacia del tentativo, tuttavia, non toglie valore all'esigenza di fondo.

Dei sei autori considerati solo Goldberg, mi pare, offre un'indicazione concreta. Egli afferma:

“La ricerca di un terreno comune da parte di analisti che lavorano con punti di vista differenti ha il suo parallelo nella ricerca di una unità simile che ha luogo tra analista e paziente: una visione condivisa del mondo”.

Nel corso di ogni analisi paziente e terapeuta partono da un'area minima di condivisione, per affrontare il campo più vasto in cui le convinzioni divergono. Ciascuno dei due cerca di conquistare l'altro al proprio punto di vista. L'obiettivo è di giungere a una visione condivisa della vita e della storia del paziente, e ad esso ci si avvicina gradualmente attraverso un negoziato che comporterà rinunce e cambiamenti per entrambi. Come ci attendiamo dai nostri pazienti questa disponibilità a mettere in gioco le loro convinzioni, afferma Goldberg, non dovremmo attenderci di meno da noi stessi: allo stesso modo dovremmo essere disposti a dubitare delle nostre certezze teoriche, ad ascoltare e imparare dai nostri colleghi.

Non è probabile che la proposta di Goldberg incontri molto favore presso gli psicoanalisti, perché le sue implicazioni, anche se appena accennate, sarebbero dirompenti:

“Va da sé che più uno sa, meglio è; pertanto nessuno può mettere da parte le idee kleiniane, kohutiane o lacaniane, più di quanto non possa fare con qualsiasi strumento terapeutico”.

In altre parole, se si imbecca la strada suggerita da Goldberg non c'è ragione di rifiutare a qualsiasi strumento terapeutico il credito che è accordato alle idee kleiniane, kohutiane o lacaniane. In tal modo la distinzione tra psicoanalisi e psicoterapia, già così labile e incerta, salterebbe del tutto, e con essa l'identità di gruppo degli psicoanalisti, cioè quel poco che di essa sopravvive.

Tuttavia un altro passo della comunicazione di Goldberg può suscitare perplessità anche in chi non ha particolari identificazioni da difendere.

“Poiché la psicoanalisi non è suggestione né indottrinamento, essa è rivelazione o negoziato. E' seducente credere che sia rivelazione, ma ogni nuova scoperta nella nostra scienza dissolve questa bella illusione”.

In un capitolo precedente (il quinto) ci siamo interrogati sul luogo della verità in psicoterapia. Abbiamo visto, come Goldberg, che il raggiungimento del piano negoziale e dialogico è un passaggio essenziale per il superamento della posizione in cui si presume di sapere qualcosa con sicurezza, e questo vale tanto all'interno della terapia quanto nel confronto tra terapeuti. Tuttavia, su che cosa può fondarsi un negoziato se non c'è mai una verità che si rivela? L'importanza del negoziato consiste nel condurci al limite oltre il quale non c'è più nulla da negoziare. La parola *insight*, che pure non è mai stata impiegata da Freud, è divenuta insostituibile per designare l'esperienza viva, rivelatrice e trasformativa che giunge improvvisa e segna i momenti più alti del percorso terapeutico. La luminosità di questa esperienza non ha nulla in comune con l'opacità del procedimento scientifico, che tuttavia ha una parte essenziale in psicoterapia, in cui un'ipotesi è messa pazientemente alla prova per essere confutata o per ricevere una conferma sempre parziale e provvisoria. Si sa che troppa luce può anche accecare, e per questo la penombra discreta e sobria del procedimento scientifico è necessaria alla ricerca non meno dei lampi che illuminano la visione. Lo psicoterapeuta deve riuscire a sottrarsi a una

doppia insidia: l'oscurantismo dei visionari e la cecità saccente degli scienziati.

Certamente nella scienza non c'è posto per alcuna rivelazione, ed è proprio per questo che la psicoterapia non potrà mai essere una disciplina scientifica, benché al suo interno le procedure proprie della scienza trovino larga applicazione. E' importante vedere a che cosa si va incontro se si pretende di portare la psicoterapia interamente nei recinti della scienza: il confronto dialogico e negoziale, non potendo fondarsi su alcuna rivelazione di verità, non può appoggiarsi ad altro che a una teoria, cioè a qualcosa che dovrebbe essere a sua volta negoziato. Ma è possibile negoziare il fondamento del negoziato? Non lo è, e Goldberg lo dimostra nel momento in cui assume la teoria kohutiana come base di tutto il suo discorso e come un "ombrello" che dovrebbe coprire tutta la varietà dei modi in cui gli analisti lavorano. E' abbastanza facile prevedere, tuttavia, che nessun analista kleiniano o lacaniano accetterà mai di ripararsi sotto un ombrello kohutiano.

Rinunciando a servirsi di parole d'ordine per chiamare a raccolta i colleghi, Goldberg li ha posti di fronte alla realtà: se si vuole trovare una vera intesa occorre mettere in discussione e negoziare le rispettive convinzioni, esattamente come avviene nel processo della terapia e, si può aggiungere, in ogni relazione adulta. Tuttavia il limite della sua proposta consiste nella pretesa di fondarla interamente su un terreno scientifico: decidendo di rimanere su questo non può evitare di collocare la propria teoria in posizione egemonica, e così facendo contraddice il proprio intento negoziale e ripropone nei fatti quella contrapposizione che a parole nessuno vuole.

Dal confronto produttivo si trapassa allo scontro sterile quando la teoria diventa un credo. Ma la teoria *deve* diventare un credo quando non esiste la capacità o la volontà di porsi di fronte all'ignoto nell'atteggiamento che Bion ha designato con la formula *F in O*, cioè quando manca l'apertura al fondamento non teorizzabile di ogni teoria. Chi non sa mettersi in contatto con il vero fondamento deve crearsene uno falso per non andare alla deriva. Così nascono, in ogni tempo, gli idoli.

XXI

Il nuovo sciamano

1. Lo sciamanismo tradizionale

Secondo la concezione corrente, lo sciamano è un "tecnico del sacro", intermediario tra il mondo degli uomini e quello degli spiriti, la cui funzione principale è la cura delle anime. Al di là di questa definizione essenziale, le opinioni degli studiosi divergono. Per Eliade "l'elemento specifico dello sciamanismo non è l'incorporazione degli 'spiriti' da parte dello sciamano, ma l'estasi che permette l'ascesa in Cielo o la discesa agli Inferni" (1951, p. 529). Al contrario per

altri, come Lewis (1971), è proprio il rapporto con gli spiriti l'elemento specifico: chiunque può avere a che fare con loro, ma solo lo sciamano è capace di governarli, cioè di neutralizzarli se sono malvagi e di assicurarsene l'aiuto se sono benevoli.

La contraddizione insita in questi modi di rappresentare l'attività dello sciamano può essere risolta se si considera che il viaggio nell'aldilà e il commercio con gli spiriti sono semplicemente due modi metaforici di designare quella modalità di esperienza che oggi, con un'altra metafora, si usa indicare come "relazione con l'inconscio".

Il viaggio può essere ascendente o discendente e gli spiriti possono essere buoni o cattivi. La distinzione non è netta, ma con buona approssimazione si può dire che gli spiriti malvagi, abitanti dei regni inferiori, ricavano la loro connotazione negativa dal fatto di essere il prodotto di una negazione. In altre parole, il mondo dei demoni cattivi è ampiamente sovrapponibile al rimosso freudiano. Invece gli spiriti benevoli che stanno in cielo, custodiscono la morale della tribù e hanno una funzione di protezione e di guida, corrispondono in parte a quell'ambito psichico che Freud ha chiamato "superio", per un'altra parte all'inconscio come è stato inteso da Jung: il luogo di una potenza sorgiva e di un'intelligenza intuitiva capace di ispirare e guidare l'io oltre i limiti della razionalità cosciente.

"In quale misura possiamo legittimamente assimilare lo sciamanismo alla psicoterapia e alla psicoanalisi?"

La questione è posta da Lewis (1971, p. 161). La sua argomentazione si sviluppa come segue:

"Per incominciare a cercare una risposta a questa domanda, la cosa più ovvia è guardare più attentamente alla 'seduta' sciamanica. Come abbiamo visto, la 'seduta' è invariabilmente, almeno per una sua parte, una rappresentazione carica di forti emozioni drammatiche... [Essa] fornisce un ambiente in cui viene dato libero sfogo all'espressione dei problemi e delle ambizioni che si riferiscono direttamente alle circostanze sociali normalmente frustranti... L'atmosfera, anche se controllata e non così anarchica come potrebbe sembrare, è essenzialmente permissiva e confortante. Ogni cosa assume il tono e il carattere del moderno psicodramma o della terapia di gruppo. L'abreazione è all'ordine del giorno. Gli impulsi e i desideri rimossi, quelli relativi alla costituzione del singolo così come quelli condizionati socialmente, ricevono pieno sfogo pubblico. Non ci si ferma davanti a nulla. Non c'è interesse o pretesa che in questo ambiente sia tanto sconveniente da non ricevere un'attenzione comprensiva... Gli sciamani... possono anche prescrivere una ristrutturazione dei rapporti del paziente secondo le migliori tradizioni della moderna psicoterapia".

La conclusione di Lewis è che "lo sciamano non è meno di uno psichiatra, è di più", perché la cura dei disturbi mentali è solo una delle sue competenze:

"La psichiatria, e in particolare la psicoanalisi, come Jung avrebbe ammesso molto più liberamente di quanto voglia fare la maggioranza dei freudiani, rappresenta forme di sciamanismo limitate e imperfette. I loro fini sono gli stessi: mantenere l'armonia tra uomo e uomo, tra uomo e natura".

Uno psicoanalista freudiano potrebbe ribattere agevolmente che nella seduta sciamanica ha luogo il tipo di psicoterapia che è sempre stato esercitato, con poche varianti, dai tempi più antichi fino a Freud. Ciò che manca, in quella pratica, è precisamente ciò che Freud vi ha introdotto: l'analisi delle resistenze e del transfert. L'obiezione dello psicoanalista deve essere accolta. Anche lo sciamano compie un certo lavoro analitico, ma in modo molto rudimentale. E' del tutto corretto affermare che il genio di Freud ha rivoluzionato una pratica che era rimasta sostanzialmente immutata per millenni.

D'altra parte, la rivoluzione freudiana ha potuto mettere l'analisi al posto di comando solo al prezzo di togliere la sintesi da quella posizione. Se lo sciamanismo è l'oriente, perché l'Asia è il suo luogo classico e più ancora perché sta all'inizio di ogni arte medica, allora la psicoanalisi è il frutto maturo dell'occidente. Ma può l'occidente dimenticare la propria origine, oltretutto: può l'analisi fare a meno della sintesi? Non può, come proprio gli sviluppi più recenti nel

campo analitico stanno a dimostrare.

2. *Psicoanalisti e sciamani*

Bion è stato definito uno sciamano. Credo sia più esatto dire che Bion è un *nuovo sciamano*, nel senso che ha recuperato la modalità “mistica”, cioè diretta, non mediata dall’intelletto né dall’istituzione, di porsi in rapporto con la verità, che è tipica dello sciamanismo ma lo ha fatto dalla posizione altamente sofisticata di uno psicoanalista kleiniano:

“Coniugando il pensiero mistico con le finalità dell’investigazione scientifica, Bion si propone di collocare la psicoanalisi in una dimensione intermedia tra la cultura occidentale e quella orientale, che superi la parzialità e le impotenze di entrambe” (Vegetti Finzi, 1986, p. 352).

Evidentemente la “psicoanalisi” di Bion non è più una psicoanalisi, dal momento che ha recuperato nella sua interezza il momento sintetico. Sarebbe più esatto parlare di “psicoterapia analitico-sintetica”, e meglio ancora di psicoterapia *tout court*, dal momento che l’analisi e la sintesi sono due funzioni fondamentali di ogni psicoterapia, e non esiste alcun motivo logico di privilegiare l’una a scapito dell’altra.

Poiché, come abbiamo già rilevato, gli psicoanalisti oggi non riescono più a definire un’identità comune, l’unica cosa che possa ancora essere identificata come psicoanalisi è il metodo freudiano classico, ispirato dalla determinazione ferrea di rendere cosciente l’inconscio, di prosciugare l’es come se fosse lo Zuidersee, di portare la luce della scienza nel cuore di ogni mistero. In questo senso, ovviamente Bion non è più uno psicoanalista. L’inconscio che lo interessa non è più il rimosso freudiano, ma l’inconoscibile, l’elemento originario di cui tutto ciò che può essere detto è una trasformazione. La conoscenza trasforma il suo oggetto, per cui l’oggetto conosciuto è solo il prodotto di un’operazione conoscitiva, non la cosa in sé:

“Dico che O è inconoscibile non perché non reputi la capacità umana all’altezza del compito [di conoscere O], ma perché K, L o H [la conoscenza, l’amore e l’odio] sono inadeguati a O. Essi sono appropriati a trasformazioni di O, non a O”. (Bion, 1965, p. 194). Fornaro (1990) commenta: O è “fondamento, inizio, ma anche fine, per lo meno nel senso di ciò per cui occorre comunque ripassare al fine di un’effettiva crescita; è fonte di vita, di creatività, di assoluta novità, ma anche di follia se non trova il ‘contenitore’, la forma adeguati. E’ ovvio che Bion (1970) espressamente finisca con l’attribuire carattere divino a quell’area, che come punto O si pone alla radice del nostro essere. Proprio per questo O è ineffabile, non perché esso sia una sorta di scatola nera... non è inconoscibile perché l’uomo non è all’altezza, ma per una ragione di principio: poiché fonte di ogni essere, qualunque concettualizzazione, quale messa in forma, è trasformazione di quell’area, e non è quell’area; in altri termini, ogni dire di essa è sempre parziale, sempre la tradisce, perché non è più quell’essere stesso”.

Il nuovo sciamano analizza, ma non è analista. Egli non lega più la propria identità all’analizzare, perché le sue analisi sono trasformazioni dell’ignoto, forme dell’inconoscibile. Nel mondo delle forme il loro valore dipende dai processi di verifica e falsificazione cui debbono essere sottoposte, al pari di ogni altra conoscenza, ma il loro contenuto di verità dipende dall’essere trasformazioni di O: è ciò che viene in essere perché il terapeuta-sciamano si svuota temporaneamente di ogni desiderio e di ogni memoria e permette che O parli attraverso di lui.

Con una semplificazione che certo non renderebbe giustizia a molti terapeuti, ma può essere utile in questo contesto, il campo psicoterapeutico può essere diviso in tre parti. Il primo gruppo è costituito da tutti coloro che lavorano con modalità non analitiche o solo rudimentalmente analitiche, e quindi prevalentemente catartiche e suggestive. Costoro possono essere detti *vecchi sciamani*, perché il loro stile, al di là delle differenze individuali e di scuola, è nella sostanza il medesimo degli antichi progenitori. Il secondo gruppo comprende coloro che

possono legittimamente dirsi analisti, perché hanno adottato il metodo freudiano come cardine del loro lavoro. Infine, possono essere detti *nuovi sciamani* i terapeuti di orientamento integrativo che hanno ben assimilato la lezione freudiana e sono riusciti a coniugarla con il recupero della matrice sciamanica originaria: terapeuti che hanno un rapporto “sufficientemente buono” con il loro inconscio, nel senso che sono in grado di neutralizzare e integrare i fantasmi negativi, come anche di affidarsi e lasciarsi guidare dal loro demone.

Naturalmente le etichette dicono poco. Un terapeuta può definirsi analista e lavorare a tutto campo meglio di uno che si definisca integrativo, un altro può dirsi selvaggio e disporre di capacità analitiche più raffinate di un ordinario della SPI, e così via. La tripartizione suaccennata non ha lo scopo di inquadrare i singoli terapeuti operazione che comporterebbe inutili forzature ma solo di fornire uno strumento di orientamento per navigare nel vasto e disperso arcipelago della psicoterapia.

3. Terapeuti al limite: Fornari

Bion ha varcato la soglia del pensiero mistico ed è diventato uno sciamano. Altri analisti sono giunti a quel limite, ma non hanno voluto o potuto superarlo.

Franco Fornari è stato uno degli analisti italiani più originali e generosi. Nel suo sforzo di “laicizzare” la psicoanalisi ha cercato di mostrare che il sapere trasformativo non è e non può essere possesso esclusivo e geloso di una corporazione di scienziati, ma deve essere competenza comune di ogni uomo. Il patrimonio genetico della specie umana contiene necessariamente la predisposizione a tutte le esperienze e le decisioni cruciali per la sopravvivenza e la crescita. Il bambino cerca la madre e il padre perché esistono in lui le preconcezioni corrispondenti, che debbono essere saturate da esperienze effettive. Ogni individuo sceglie istintivamente i codici di comportamento e di comunicazione più idonei ai bisogni del momento e alle circostanze esterne. Se le scelte sono errate, o non più corrispondenti alle condizioni mutate, può prendere nuove decisioni, sempre attingendo alla sua attrezzatura di predisposizioni innate.

E' possibile tuttavia che un codice o modello abbia preso il sopravvento ed eserciti un dominio tirannico sugli altri. Si rende necessario allora un intervento esterno per rimettere in movimento la dialettica interna e ricreare una “democrazia degli affetti”, facendo leva sui vantaggi evidenti, in termini di sopravvivenza e di benessere, assicurati da un regime democratico rispetto a un regime tirannico.

L'idea che ogni individuo sia in grado di trarre da sé stesso tutto il sapere che gli serve per regolare la propria vita affettiva è alla base dell'approccio dialogico e negoziale che è proprio di ogni psicoterapia autentica. Per contrasto, terapeuti di diverso orientamento vedono il paziente come un bambino confuso e incapace di organizzare la propria esperienza, bisognoso quindi di vere e proprie trasfusioni di conoscenza, che deve essergli somministrata tramite interpretazioni o istruzioni di vario genere. Lo sforzo di laicizzazione di Fornari, che tende a restituire al soggetto la competenza innata che gli esperti delle varie discipline cercano di sottrargli, attribuisce al terapeuta una funzione maieutica, moderatrice e animatrice, togliendogli quella di depositario di un sapere di cui dispone in quanto membro di una confraternita iniziatica.

L'approccio democratico di Fornari è quasi del tutto sovrapponibile all'asse negoziale e dialogico della psicoterapia, come è stato descritto nel presente lavoro, discostandosene solo per un punto significativo. Mentre Bion intende le preconcezioni innate come potenze di significazione, capaci di generare significati multipli e anche divergenti, Fornari tende a identificare il coinema (l'unità minima di significazione) con il significato, precisamente con il significato “naturale”. Così nell'analisi di un testo Fornari individua una serie di significanti che rinviano regolarmente ai membri della famiglia naturale, a parti della corporeità erotica, alla nascita e alla morte. La difficoltà di questa ermeneutica sta nel fatto che è piuttosto arduo

individuare dei significati realmente naturali. Ad esempio Fornari riconduce spesso la coppia madre-padre all'opposizione pathos-logos, e quindi affetto-conoscenza. In tal modo i significanti paterni sono regolarmente ricondotti a una figura di padre che all'interno della famiglia presiede ai processi conoscitivi. Ma questa identificazione è possibile in quanto all'interno dei diversi possibili significati associati alla parola (al significante) padre ne viene scelto uno: precisamente il principio logico.

Che si tratti di una preferenza personale di Fornari risulta subito chiaro se si considera che in questa scelta viene scartato proprio il significato che più frequentemente è associato al nome del padre: la tutela dell'ordine e della legge. Il padre, in questo significato, è il primo tutore della legge, richiama all'ordine il trasgressore e lo castiga se il richiamo non ha seguito. E' tipicamente il padre freudiano, tanto colpevolizzante e minaccioso quanto il padre fornariano è benevolo e innocentizzante.

Nessuna delle due figure è "naturale", entrambe occupano una posizione di rilievo nella cultura dell'occidente, rispettivamente nelle sue due radici greca ed ebraica. Socrate è il padre della filosofia occidentale che identifica la virtù con la conoscenza e vede nell'ignoranza l'unica colpa. Paolo è l'ebreo che denuncia l'impotenza morale della conoscenza: conosco il bene e faccio il male, la conoscenza non redime. Ma una terza figura paterna veglia sull'occidente, il padre di Mastro Eckart, che non è interessato alla conoscenza né al rispetto della legge, ma risana e rigenera colui che ha la forza di andare oltre l'una e l'altra per affidarsi alla potenza generativa dell'origine. Se la preconcezione "padre" è in grado di dar luogo a significati tanto diversi, lo stesso si dovrà dire per ogni altra.

Nella sua lettura coinemica dei miti, Fornari affascina e lascia perplessi. Persuade la sua tesi che nel teatro degli affetti si avvicendino sempre gli stessi attori, ma la sua decisione di far recitare quegli attori secondo un copione fisso ottiene a volte l'effetto indesiderato di ridurre il simbolo a semplice segno.

Si consideri ad esempio il modo in cui Fornari (1985, p. 102) tratta la storia manzoniana del miracolo delle noci, che riassumo in breve. "In un convento c'era un padre, il quale era un santo e si chiamava padre Macario". Questo santo passò un giorno in un campo dove dei contadini si accingevano a tagliare un noce, perché, come spiegò il proprietario del campo, non dava frutti da anni. Padre Macario li invitò ad aspettare, perché quello stesso anno l'albero avrebbe dato più noci che foglie. Il proprietario, "che sapeva chi era colui che aveva detto quella parola", accolse l'invito e promise che metà della raccolta sarebbe stata per il convento. La profezia a tempo debito si avverò, ma il proprietario morì prima di poter rispettare l'impegno preso. Lasciò un figlio "di stampa ben diversa", che rifiutò di mantenere la parola paterna perché "non aveva mai sentito che i cappuccini sapessero far noci". Quando però, qualche tempo dopo, volle mostrare agli amici quell'enorme mucchio di noci, non trovò che un gran mucchio di foglie secche.

Nel racconto compaiono due significanti paterni. Se consideriamo che ad essi corrispondono due significati diversi della parola padre, troviamo agevolmente la chiave della storia. Il proprietario del campo è un padre-padrone, il cui potere si estende su campi e contadini, ma si arresta davanti a un altro potere di cui egli riconosce la superiorità: è il potere della generatività primaria, rappresentato da padre Macario. Il proprietario del campo può attingere ad esso perché non gli oppone i poteri inferiori della conoscenza (sa che l'albero non dà frutti da anni) e della legge (la legge naturale per cui una pianta sterile da tempo non ricomincia a dare frutti senza un motivo). Al contrario il figlio si contrappone ai frati del convento facendosi forte precisamente della sua conoscenza delle leggi naturali: i cappuccini non fanno noci, quindi nulla è loro dovuto per il buon raccolto. Come risultato di questa contrapposizione, la sorgente generativa inaridisce e al posto delle noci restano solo foglie secche.

Nella lettura in chiave naturalistica di Fornari non c'è posto per il padre eckartiano. Pertanto il padre santo è considerato un significante del bambino onnipotente, invidioso e distruttivo:

“l’onnipotenza del bambino controlla sia la produzione del latte, sia la sua distruzione: ‘Stai attento che se non fai tutto quello che voglio io, distruggo tutto e tutti moriranno di fame’... Il male nasce da un conflitto tra codici, a causa della tendenza al controllo onnipotente, che porta alla prevaricazione di un codice sugli altri. In questa prospettiva, il bene è dato da un’armonizzazione tra codici diversi”.

Il padre muore, cioè viene tolto di mezzo dalla prevalenza del codice del bambino, che porta all’instaurarsi del narcisismo distruttivo. La favola mostra, secondo Fornari, come dal mancato armonizzarsi dei codici familiari possa nascere un impulso di proliferazione incontrollata, che si incurva in un progetto di morte. Evenienze di questo tipo potrebbero avere un ruolo nella psicogenesi dei tumori.

Se il mito è *spiegato*, o è utilizzato per *spiegare* qualcosa, la sua potenza evocativa viene meno. Se il padre santo non è altro che un segno dell’onnipotenza infantile, tutto ciò che se ne può ricavare è una teoria, in questo caso sull’origine dei tumori. Se al contrario il simbolo non è ridotto a qualcos’altro, ma è lasciato al suo posto, può sviluppare la sua specifica funzione *mutativa*. I miti narrano di eventi prodigiosi, in cui è sospeso il corso abituale e prevedibile delle cose. In questa interruzione accade un incontro con l’inesplicabile. Si dischiude un mondo di infinite possibilità, e per un momento la struttura cristallizzata dell’esperienza si apre e lascia intravedere un nuovo inizio. Nel linguaggio bioniano, l’ordine delle cose note K è sospeso e si ha una trasformazione in O. Viceversa nessuna *accensione d’anima*, come Fornari chiama la riattivazione della fiducia e della speranza, può essere promossa dalla spiegazione che il padre santo è un camuffamento del bambino ingordo e distruttivo.

In tal modo proprio l’obiettivo dell’*accensione d’anima*, che Fornari indica come prioritario nella psicoterapia, entra in contraddizione con un approccio interpretativo di tipo naturalistico.

4. L’anima

L’anima è “riscoperta” da Fornari (1984) nel suo senso tradizionale di luogo del divino o del sacro nell’uomo. Questa riscoperta è compatibile con la permanenza nel campo psicoanalitico in quanto al suo interno l’anima è spiegata come fantasia, è anzi la “fantasia primaria”, il residuo fantasmatico dell’esperienza del feto nel grembo materno. Poiché in quella condizione il nascituro si sente “come un dio”, totalmente soddisfatto e beato nell’unione col suo mondo, unicamente intento a creare sé stesso senza alcuno sforzo, la traccia di quell’esistenza primaria, cioè l’anima, ha caratteristiche divine, e si costituisce come nucleo originario, come “primo motore immobile”, di tutta l’esperienza successiva.

Questa spiegazione può essere vera o falsa, ma non è essenziale alla funzione che Fornari assegna all’anima nella terapia: in quanto fantasia o rappresentazione simbolica dello stato originario, essa deve essere riaccesa o riattivata, perché solo questa esperienza dell’origine permette di risvegliare la fiducia, la speranza, la volontà e la forza di guarire. Si vede bene che questo processo di recupero dell’origine, di “reinfetazione e rinascita” è perfettamente sovrapponibile alla bioniana “trasformazione in O” così come è ricollegabile al processo di morte e rinascita che occupa una posizione centrale in ogni tipo di sciamanesimo.

Con il recupero della nozione di anima, Fornari riscopre in realtà il principio di ogni pratica sciamanica: *l’identificazione profonda con lo stato originario rigenera, rinnova e risana*. Tuttavia, a differenza di Bion, l’autore della teoria dei codici non è uno sciamano, ma uno psicoanalista, perché non intende lo stato originario come una dimensione ignota e inconoscibile, ma come uno stato mentale riconducibile a una realtà naturale ben determinata, la condizione intrauterina. Fornari si richiama a Freud (1937), per il quale le allucinazioni e i miti contengono sempre un nucleo di verità storica. Compito dello psicoanalista è di liberare questo nucleo dalle deformazioni e sovrapposizioni fantastiche che hanno finito per obliterarlo.

“In particolare scrive Fornari (1985, p. 238) l’evento remoto, antichissimo, che Freud ipotizza, può

essere rintracciato nella condizione intrauterina e nel partonascita come eventi della nostra preistoria personale”.

Abbiamo già osservato che la traduzione naturalistica dei miti non è utile dal punto di vista terapeutico, perché spegne piuttosto che accendere il potenziale mutativo di cui sono portatori. Dal punto di vista strettamente teorico, d'altra parte, è possibile evitare di cadere in posizioni ingenuie di tipo positivistico solo riconoscendo che la lettura in chiave naturalistica dei miti è un'operazione ermeneutica come altre, e deve essere valutata per la sua coerenza interna e per i suoi risultati. Fornari evita l'insidia fiscalistica o biologistica e ammette che la sua teoria dell'anima ha una fondazione ermeneutica:

“Essa si fonda sul fatto che le rappresentazioni dell'anima, a livello clinico e a livello mitico, rimandano a un ordine di naturalità. Ciò permette di verificare che le metafore nelle quali l'anima viene simbolizzata (assenza di peso ed esperienza di luce) si rispecchiano nella reale condizione del feto dentro la madre” (p. 235).

In che cosa consiste questa operazione ermeneutica? L'anima è senza peso, come il feto nel liquido amniotico. L'analogia tiene. Ma come spiegare il fatto che l'anima tende alla luce come al suo elemento naturale? Mediante l'ipotesi che al sonno REM del feto corrisponda un'attività psichica: in pratica si fa la supposizione che il feto passi la maggior parte del suo tempo sognando, quindi producendo una sorta di schermo luminoso su cui sono proiettate le immagini oniriche. In sostanza, per ricondurre l'esperienza dell'anima all'esperienza intrauterina dobbiamo *immaginare* che il feto *immagini* di vedere la luce. Si vede così che la “realtà naturale” da cui deriverebbe la fantasia dell'anima è in effetti il risultato di un processo doppiamente immaginario.

Le “verità” storiche o naturali con cui vengono abitualmente “spiegati” i miti sono in realtà il prodotto di interpretazioni che, anche quando non sono troppo fantasiose, contengono inevitabili forzature perché cercano di trasformare i miti in qualcosa di sostanzialmente diverso. Poiché il mito parla all'uomo di una dimensione dell'esistenza che non può essere afferrata con idee chiare e distinte, gli sforzi di interpretarlo intellettualmente non possono che snaturarlo in misura più o meno grande.

In tutti i tentativi di obliterazione del noumeno e sua riduzione a fenomeno è possibile cogliere i segni dell'accanimento conoscitivo che gli scienziati condividono con i teologi nei confronti dell'ignoto. Si percepisce un forte bisogno di *definire*, cioè di togliere al noumeno la sua indefinitezza per dargli una collocazione storica o naturale. La definizione può essere di tipo fisico (la pulsione), storico-naturale (la condizione intrauterina), storico-spirituale (il Dio biblico che si incarna in un unico figlio e fonda un'unica chiesa). Una volta definito, l'ignoto diventa riconoscibile, controllabile e utilizzabile per diversi scopi. Per esempio, ridurre la potenza generativa dell'essere a fantasia di vita prenatale può servire per non essere accusati di misticismo e continuare a far parte di una istituzione scientifica.

Per riconoscere la grandezza di Fornari bisogna liberare la sua opera dal limite che una contraddizione non risolta le ha imposto. Si trovano in essa, accanto a ripetute affermazioni di orgogliosa appartenenza a una corporazione scientifica, numerosissimi passi in cui la bardatura scientifico-naturalistica appare come nient'altro che un faticoso tributo pagato nel tentativo di far accettare la sostanza più vera del suo pensiero. Come scrive Silvia Vegetti Finzi:

“Il valore del suo pensiero non risiede certo nella scientificità intesa secondo i canoni neopositivistici, quanto nell'aver rappresentato i grandi temi della verità e del bene in modo aderente alle speranze e ai timori della nostra epoca. La dimensione in cui il suo pensiero si dispiega è quella del mito come rivelazione del senso essenziale e complessivo del mondo, capace di suscitare un'adesione profonda che si colloca al di là delle contingenze storiche. Egli stesso ne era consapevole...[quando] affermava (in un testo reso noto pochi giorni dopo la sua morte): ‘Nella definizione dello statuto della propria verità, la

psicoanalisi quindi si trova più a dipendere dalla verità del mito che non da quella della filosofia e della scienza: ma per farla accettare in era scientifica, la deve vestire di scienza”(1986, p. 368, corsivo mio).

Tuttavia la verità del mito può starsene anche nuda: i vestiti che la scienza le confeziona per renderla più presentabile possono essere rifiutati, purché chi le sta vicino sia disposto ad affrontare i rischi della sua presenza imbarazzante. Fornari non ha voluto farlo, e quindi non può essere annoverato tra i nuovi sciamani. Nondimeno la sua opera, se è letta in trasparenza, rivela la sostanza della psicoterapia autentica, che si dispiega in un campo definito da due assi cartesiani: uno orizzontale, negoziale-dialogico, e uno verticale, simbolico-generativo.

5. Le coordinate della terapia

Chiamiamo K l'asse orizzontale, e O l'asse verticale della relazione terapeutica. Sull'asse K, o fenomenico, due mondi si incontrano e iniziano a negoziare il loro rapporto, definendo aree minime di consenso e progetti di mutamento. Una buona relazione negoziale si stabilisce quando da una parte e dall'altra si percepisce la *convenienza* a cedere qualcosa in cambio di qualcos'altro ad esempio quando il paziente vede il vantaggio pratico di rinunciare alla sua interpretazione di certi fatti in cambio di un'altra interpretazione fornitagli dal terapeuta. Quando dallo scambio ispirato alla convenienza si passa per gradi allo scambio ispirato alla ricerca della verità, il negoziato tende a trasformarsi in dialogo. La linea orizzontale comincia a incurvarsi in direzione verticale.

Il dialogo dovrebbe essere una pratica molto popolare, perché tutti lo lodano e lo vogliono. Ma se, per esempio, un credente della religione A dichiara di voler dialogare con i credenti della religione B, e tuttavia non è disposto a mettere in discussione gli articoli di fede in base ai quali la sua religione è vera e le altre lo sono un po' meno, la cosa che impropriamente viene chiamata dialogo è in effetti una disponibilità a condividere aspetti marginali del pensiero altrui, quando non è un tentativo coperto di convertire altri alla propria fede. Il vero dialogo può fondarsi solo sulla volontà di mettere in gioco tutte le convinzioni che separano dall'interlocutore per immergersi in un confronto al termine del quale una o più convinzioni radicate potranno essere abbandonate o modificate.

Un dialogo autentico richiede pertanto un sacrificio iniziale: l'abbandono della convinzione pregiudiziale della giustezza del proprio pensiero (o dei propri diritti, o dei propri sentimenti in termini bioniani: ascoltare senza memoria e senza desiderio). Questo a sua volta può essere detto un sacrificio autentico, perché non si rinuncia a qualcosa in vista di un guadagno qualsiasi, ma solo per *aprire uno spazio* in cui potrà avvenire un incontro autentico. Quando invece si “sacrifica” qualcosa per ottenere qualche vantaggio, l'operazione si situa sul piano negoziale ed è dunque uno pseudosacrificio, anche se il garante dell'affare è una figura sacra, o se il guadagno è atteso solo nell'aldilà.

Il sacrificio apre uno spazio “sacro” lo spazio in cui avvengono le “trasformazioni in O”, l'asse verticale della terapia. Già all'intersezione tra i due assi, abbiamo visto, il negoziato tende a mutarsi in dialogo. Procedendo nel senso di un'ulteriore verticalizzazione, il dialogo diventa legame affettivo profondo, intesa, intimità, come al di fuori della terapia è possibile solo nei rapporti d'amore. L'intensificarsi e approfondirsi della relazione affettiva è da intendersi come trasformazione in O in quanto movimento unitivo, di superamento delle barriere che separano due individui. Questo processo, in una terapia non ingenua, deve essere compreso alla luce dei fenomeni cui Freud ha dato il nome di transfert.

Ritorniamo ancora a Fornari (1979, p. 70), che ha preso a prestito dal linguaggio della religione il termine “transustanziazione” per indicare il trasferimento di sostanza affettiva da una scena del passato a una situazione presente. Lo sviluppo della sua ricerca, esaminato in questo capitolo, lo ha condotto a identificare una “sostanza primaria” nell'esperienza intrauteri-

na, un'esperienza "divina" di perfetta unione e beatitudine. La relazione terapeutica riattiva vissuti infantili, che a loro volta riattivano il vissuto prenatale. Se ciò che dall'origine si trasferisce al presente non è un ricordo carico di desiderio che ha l'effetto di distorcere l'esperienza attuale, ma una potenza affettiva sostanziale, portatrice di una *vis medicatrix*, di una capacità autentica di risanare e rigenerare, siamo di fronte a un evento che è certamente imparentato con il transfert classico, ma che modifica e in un certo senso capovolge il senso della terapia freudiana. Ciò che emerge dal passato non è più una fantasia inattuale che deve essere riconosciuta e alla fine abbandonata in vista di un adattamento a una realtà deludente; è invece il nucleo più vero del nostro essere, cui è necessario riconnettersi per guarire dall'alienazione e dalla perdita di senso cui l'oblio dell'origine ci ha destinato.

Beninteso il paziente porta nella relazione di terapia *anche* pretese e sogni di ricongiungimenti impossibili, che debbono essere freudianamente interpretati e mostrati nella loro inattualità. Tuttavia, questo lavoro più propriamente analitico avrà maggiori probabilità di successo se il terapeuta saprà discriminare come hanno saputo fare Jung e Fornari l'illusione da estinguere dalla sostanza da salvare. A questa sostanza o noumeno si può alludere con metafore naturalistiche la gravidanza e la nascita o spiritualistiche la nascita del Messia o con le metafore che si preferiscono. Essa può essere realizzata simbolicamente con modalità non metaforiche, ma metonimiche, come nel caso delle tecniche meditative orientali (Fornari, 1985, p. 124). La "transustanziazione" può avvenire nella relazione di terapia o fuori di essa, nel contesto di altre relazioni affettive o attraverso esercizi particolari e con l'uso di simboli appropriati.

Come in qualsiasi altra relazione autentica, nella relazione di terapia avvengono continuamente passaggi dal fenomeno al noumeno e viceversa. A momenti di intesa e intimità succedono fasi di differenziazione e costruzione di un'identità personale più solida. Le forme irrigidite, non più attuali o disadattive debbono essere rifuse nel crogiuolo della sostanza primaria, da cui emergono forme sempre nuove. Questo movimento, che è stato descritto da Nietzsche come passaggio dalla forma apollinea al caos dionisiaco, e da questo nuovamente a quella, è del resto il ritmo della vita stessa.

6. *L'arcipelago*

Nell'arcipelago della psicoterapia c'è posto per tutti: da coloro che amano creare forme nuove a coloro che preferiscono aggiustare le forme esistenti, utilizzando gli strumenti più diversi. Un terapeuta che si specializzi nell'arte di liberare le persone dalle fobie e faccia solo quello, senza cercare di sapere che cosa c'è sotto o dietro, e lo faccia bene, merita incomparabilmente maggior rispetto dell'analista o dello sciamano che spingono i loro pazienti a esplorazioni profondissime senza sapere sempre come riportarli indietro.

E' bene, quindi, che questo arcipelago sia composto da una miriade di isole, su ognuna delle quali esiste una scuola che autolimita il suo campo d'indagine e d'azione, ed è bene che da queste scuole escano terapeuti che disciplinatamente fanno quello che hanno imparato e non altro. E' bene, a due condizioni. La prima è che gli abitanti di un'isola sappiano di essere abitanti di un'isola che sta in un arcipelago, non necessariamente al centro, non necessariamente la più bella e la più colta. La seconda impone, quando un viaggiatore o un naufrago approda all'isola, di informarsi sulle sue richieste e i suoi bisogni, senza dare per scontato che possa trovare ciò che gli serve sul posto. Se richieste e bisogni andranno al di là delle competenze locali e capiterà spesso, se le due condizioni precedenti saranno soddisfatte sarà possibile scegliere tra due possibilità: chiedere una consulenza su un'altra isola, ed eventualmente grazie a questa allargare le competenze di base, o indirizzare subito il richiedente altrove.

Molti terapeuti trovano dimora stabile su una delle tante isole, mentre altri non possono o non vogliono fermarsi troppo a lungo su nessuna e preferiscono continuare a esplorare usi e

costumi di molti luoghi diversi. Gli uni possono giudicare gli altri disadattati e selvaggi, e il giudizio può cogliere un'effettiva difficoltà, uno stallo prodotto dalla contraddizione tra il desiderio di appartenenza a un'istituzione e l'incapacità di accettarne le regole. E' relativamente agevole, tuttavia, distinguere un terapeuta disadattato un "cattivo selvaggio" da un vero sciamano. Il primo è riconoscibile dai segni del conflitto irrisolto: affermazioni ingenuamente categoriche che mascherano l'insicurezza sottostante, atteggiamenti polemicici che nascondono la soggezione nei confronti delle scuole maggiori. Un vero sciamano non è esente da conflitti personali, ma può contare sulla sicurezza di chi si sente a casa propria: precisamente non su un'isola, ma nello spazio tra le isole, o nel mare aperto.

La teoria che ho presentato è la descrizione dell'arcipelago psicoterapeutico nei suoi aspetti generali, dal punto di vista di un navigante che non ha investimenti personali su alcuna isola, o ha disinvestito quelli che aveva. Da questo vertice, che considero privilegiato rispetto a qualsiasi altro che si trovi su una terra ferma, è possibile osservare una realtà che mantiene tratti generali coerenti nel variare delle sue manifestazioni particolari. Come uno zoologo che descrivesse, per esempio, la classe dei mammiferi, non parlerebbe del cane o del cavallo, ma di ciò che essi hanno in comune, così io ho cercato di descrivere la struttura della relazione psicoterapeutica nei suoi elementi essenziali che si ritrovano nella pratica, ma non nella teoria, dei terapeuti di tutte le scuole.

Oltre a questo, ho cercato di mostrare il modo di lavorare del terapeuta che non ha una terra ferma sotto i piedi, e che ho chiamato "nuovo sciamano": è come se il navigante, oltre a descrivere l'arcipelago che attraversa, descrivesse anche la sua stessa nave e le attività che vi si svolgono. E' un terapeuta che non ha costruito la propria casa sul terreno solido di una teoria, ma sul fondamento indefinito, sfuggente e non teorizzabile da cui nascono tutte le teorie.

A questa fondazione è da ricondurre il paradosso di un terapeuta che può costruire e utilizzare diverse teorie senza che il suo lavoro abbia una base teorica. E' una scelta che presenta inconvenienti e vantaggi. Rispetto ai terapeuti di terra ferma è maggiore il rischio di incoerenza e confusione, ma è minore la probabilità di manipolazione e costrizione pregiudiziale dell'esperienza. Spero di aver fornito qualche elemento che possa aiutare qualcuno terapeuta o paziente a fare la sua scelta.

Bibliografia

- Albrecht Schwaber, E. (1990). The psychoanalyst's methodological stance. *Int. J. Psa.*, 71, 3136.
- Amati Mehler, J., Argentieri, S. (1989). Hope and hopelessness: a technical problem? *Int. J. Psa.*, 70, 2, 295304.
- Aslan, C.M. (1989). Common ground in psychoanalysis. *Int. J. Psa.*, 70, 1215.
- Balint, M. (1947). *L'analisi didattica*, Guaraldi, Rimini, 1974.
- (1952). *L'amore primario*. Guaraldi, Rimini, 1973.
- (1968). *Il difetto fondamentale*. In *La regressione*, Cortina, Milano, 1983.
- Basch, M.F. (1982a). Dynamic psychotherapy and its frustrations. In Wachtel, P.L. *Resistance. Psychodynamic and behavioral approaches*. Plenum, New York.
- (1982b). Behavioral and psychodynamic psychotherapies: mutually exclusive or reinforcing? In Wachtel, P.L. *Resistance. Psychodynamic and behavioral approaches*. Plenum, New York.

- Beitman, B.D., Goldfried, M.R., Norcross, J.C. (1989). The movement toward integrating the psychotherapies: an overview. *Am. J. Psychiatry*, 146, 2, 138147.
- Bernardi, E.R. (1989). The role of paradigmatic determinants in psychoanalytic understanding. *Int. J. Psa.*, 70, 2, 341357.
- Bettelheim, B. (1982). *Freud e l'anima dell'uomo*. Feltrinelli, Milano, 1983.
- Binswanger, L. (1955). *Per un'antropologia fenomenologica*, Feltrinelli, Milano, 1970.
- (1956). *Ricordi di S. Freud*. Ubaldini, Roma, 1971.
- Bion, W.R (1965). *Trasformazioni*. Armando, Roma, 1973.
- (1970). *Attenzione e interpretazione*, Armando, Roma, 1973.
- Boadella D., Liss J. (1986). *La psicoterapia del corpo*. Ubaldini, Roma, 1986.
- Cacciari, M. (1986). *L'angelo necessario*. Adelphi, Milano.
- Calasso, R. (1969). *Monologo fatale*. In F. Nietzsche, *Ecce homo*, Adelphi, Milano.
- Civita, A. (1990). Osservazioni sul "Trattato di psicoanalisi" curato da A. A. Semi. *Gli argonauti*, 45, 139148.
- Cooper, M.A. (1987). Changes in psychoanalytic ideas: transference interpretation. *J. Am. Psa. Assn.*, 35, 7798.
- Corradi Fiumara, G. (1985). *Filosofia dell'ascolto*. Ed. universitarie Jaca, Milano.
- Cremerius, J. (1983). "Il linguaggio della tenerezza e il linguaggio della passione". Riflessioni sul contributo di Sandor Ferenczi del 1932 a Wiesbaden. *Psicoterapia e scienze umane*, 1985, 3, 3462.
- (1986). Alla ricerca di tracce perdute. Il "movimento psicoanalitico" e la miseria dell'istituzione psicoanalitica. *Psicoterapia e scienze umane*, 1987, 3, 334.
- (1989). Analisi didattica e potere. *Psicoterapia e scienze umane*, 3, 328.
- Cummings, N.A. (1987). The future of psychotherapy. *Am. J. Psychotherapy*, 41, 349360.
- De Maria, B. (1988). Intervento. *Psicoterapia e scienze umane*, 4, 121126.
- Deshimaru, T. (1978). *La pratica della concentrazione*. Ubaldini, Roma, 1982.
- De Toffoli, C. (1988). Trasformazioni del dolore mentale e vicissitudini del respiro. *Riv. Psa.*, 34, 4, 715747.
- Di Chiara, G. (1985). Una prospettiva psicoanalitica del dopo Freud: un posto per l'altro. *Riv. Psa.*, 31, 451461.
- Eckart, Meister. *Trattati e prediche*, Rusconi, 1982.
- Eigen, M. (1985). Toward Bon's starting point: between catastrophe and faith. *Int.J. Psa.*, 66, 321330.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart Press, New York.
- Eissler, K.R. (1950). Il "Chicago Institute of Psychoanalysis" e il sesto periodo di sviluppo della tecnica psicoanalitica. *Psicoterapia e scienze umane*, 1984, 3, 533.
- Eliade, M. (1974). *Lo sciamanismo e le tecniche dell'estasi*. Edizioni Mediterranee, Roma.
- Fachinelli, E. (1989). *La mente estatica*. Adelphi, Milano.
- Fairbairn, R. (1952). *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Boringhieri, Torino, 1970.
- Fay, A., Lazarus, A.A. (1982). Psychoanalytic resistance and behavioral nonresponsiveness: a dialectical impasse. In Wachtel, P.L. *Resistance. Psychodynamic and behavioral approaches*. Plenum, New York.
- Ferenczi, S. (1932 1985). *Diario clinico*. Cortina, Milano, 1988.
- Ferraro, F., Genovese, C. (1986). Nota storicocritica: il setting. *Riv Psa*, 32, 1, 95109.
- Feyerabend, P.K. (1975). *Contro il metodo*. Feltrinelli, Milano, 1984
- Fink, K. (1989) From symmetry to asymmetry. *Int. J Psa.*, 70, 3, 481490.
- Fornari, F. (1979). *I fondamenti di una teoria psicoanalitica del linguaggio*. Boringhieri, Torino.
- (1983). *La lezione freudiana*, Feltrinelli, Milano.
- (1984). *La riscoperta dell'anima*. Laterza, RomaBari.
- (1985). *Affetti e cancro*. Cortina, Milano.
- Fornaro, M. (1990). Biopsicologia e scienza: per una nuova lettura di Wilfred R. Bion. *Gli argonauti*, 44, 3760.
- Fossi, G. (1984). *Le teorie psicoanalitiche*. Piccin, Padova.
- (1987). Problemi (irrisolvibili?) della formazione e dell'insegnamento psicodinamici. *Psicoterapia e scienze umane*, 3, 3554.
- Freud, S. (1895). *Per la psicoterapia dell'isteria*. In *Studi sull'isteria*. O.S.F., 1. Boringhieri, Torino.

- (1899). *L'interpretazione dei sogni*. O.S.F., 3. Boringhieri, Torino.
- (1903). *Il metodo psicoanalitico freudiano*. O.S.F., 4. Boringhieri, Torino.
- (1912a). *Dinamica della traslazione*. O.S.F., 6. Boringhieri, Torino.
- (1912b). *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*. O.S.F., 6. Boringhieri, Torino.
- (1913). *Inizio del trattamento*. O.S.F., 7. Boringhieri, Torino.
- (1915). *Considerazioni attuali sulla guerra e la morte*. O.S.F., 8. Boringhieri, Torino.
- (1922). *L'Io e l'Es*. O.S.F., 9. Boringhieri, Torino.
- (1924). *Il tramonto del complesso edipico*. O.S.F., 10. Boringhieri, Torino.
- (1925). *La responsabilità morale per il contenuto dei sogni*. O.S.F., 10. Boringhieri, Torino.
- (1937). *Analisi terminabile e interminabile*. O.S.F., 11. Boringhieri, Torino.
- (1938). *Compendio di psicoanalisi*. O.S.F., 11. Boringhieri, Torino.
- Gadamer, H.G. (1965). *Verità e metodo*, Fratelli Fabbri, Milano, 1972.
- Galimberti, U. (1979/1987). *Psichiatria e fenomenologia*. Feltrinelli, Milano.
- (1987). *Gli equivoci dell'anima*. Feltrinelli, Milano.
- Galli, P.F. (1986). Poscritto. *Psicoterapia e scienze umane*, 3, 369378.
- Gill, M. (1981). Analysis of the transference. In H.J. Schlesinger (Ed.), *Psychological Issues Monograph Series* (N.53). IUP, New York.
- (1984). Psychoanalysis and psychotherapy: a revision. *Int. Rev. Psa.*, 11, 161179.
- Goldberg, A. (1987). Psychoanalysis and negotiation. *Psychoanal. Q.*, 56, 109129.
- (1989). A shared view of the world. *Int. J. Psa.*, 70, 1619.
- Grinberg, L. (1987). Dreams and acting out. *Psychoanal. Q.*, 56, 155176.
- Grünbaum, A. (1984). *The foundation of psychoanalysis*. Univ. Calif. Press, Berkeley.
- Grof, S. (1985). *Oltre il cervello*. Cittadella editrice, Assisi, 1988.
- Hadot, P. (1987). *Esercizi spirituali e filosofia antica*. Einaudi, Torino, 1988.
- Hoffman, I.Z., Gill, M.M. (1988). Clinical reflection on a coding scheme. *Int. J. Psa.*, 69, 5564.
- Jacobs, T.J. (1986). On countertransference enactments. *J. Am. Psa. Ass.*, 34, 289308.
- Jaspers, K. (1962). *La fede filosofica di fronte alla rivelazione*. Longanesi, Milano, 1970.
- Jaynes, J. (1976). *Il crollo della mente bicamerale e l'origine della coscienza*. Adelphi, Milano, 1984.
- Joseph, E.D., Wallerstein, R.S. (1982). *Psychotherapy: Impact on Psychoanalytic Training*, IUP, New York.
- Jung, C.G. (1946). *Psicologia della traslazione*. Opere, vol 16. Boringhieri, Torino.
- Kantrowitz, J.L., Katz, A.L., Paolitto, F. (1990). Followup of psychoanalysis five to ten years after termination: I. Stability of change. *J. Am. Psa. Ass.*, 38, 471496.
- (1990). Followup of psychoanalysis five to ten years after termination: II. Development of the selfanalytic function. *J. Am. Psa. Ass.*, 38, 637650.
- Kaufman, R.V. (1983). Oedipal object relations and morality. *The Annual of Psychoanalysis*, vol XI, 245256.
- Kernberg, O.F. (1986). Institutional problems of psychoanalytic education. *J. Am. Psa. Ass.*, 34, 799834
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* The University of Chicago Press, Chicago and London.
- Lacan, J. (1966). *Scritti*. Einaudi, Torino, 1974.
- Lambert, M.J. (1983). Introduction to assessment of psychotherapy outcome: historical perspective and current issues. In Lambert, M.J., Christensen, E.R., DeJulio, S.S. (Eds), *The assessment of psychotherapy outcome*, Wiley, New York.
- Lambert, M.J., Christensen, E.R. (1983). Assessing the effects of psychological treatments: a summary. In Lambert, M.J., Christensen, E.R., DeJulio, S.S. (Eds), *The assessment of psychotherapy outcome*, Wiley, New York.
- Langs, R. (1982). *Psychotherapy: a basic text*. Aronson, New York.
- (1986). Diventare uno psicoanalista comunicativo. *Psicoterapia e scienze umane*, 20, 3, 273277.
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1967). *Enciclopedia della psicanalisi*. Laterza, Bari, 1973.
- Lazarus, A.A., Fay, A. (1982). Resistance or rationalization? A cognitivebehavioral perspective. In Wachtel, P.L. *Resistance. Psychodynamic and behavioral approaches*. Plenum, New York.
- Lewis, I.L. (1971). *Le religioni estatiche*. Ubaldini, Roma, 1972.
- Lombardo, G.P. (1990). Per una analisi storica della psicologia italiana. Formazione e ruolo dello psicologo clinico. *Psicoterapia e scienze umane*, 24, 4, 6177.
- Lopez, D. (1982). La coscienza come deiezione della consapevolezza. *Gli argonauti*, 13, 8193.

- Matte Blanco, I. (1989). Comments on Klaus Kinsky. *Int. J. Psa.*, 70, 3, 491498.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitivebehavior modification*. Plenum, New York.
- Melandri, R., Secchi, C. (1989). Note sugli stili interpretativi in psicoanalisi. *Riv. Psa*, 35, 1, 531.
- Michels, R. (1985). Discussion. In Schwaber E.A. (ed), *The transference in psychotherapy*, IUP, New York.
- Modell, A.H. (1984). *Psychoanalysis in a new context*. IUP, New York.
- Nietzsche, F. *Così parlò Zarathustra*. Adelphi, Milano, 1976.
- Al di là del bene e del male*. Adelphi, Milano, 1968.
- Ecce Homo*. Adelphi, 1969.
- Norcross, J.C., Strausser, D.J., Faltus, F.J. (1988). The therapist's therapist. *Am. J. Psychotherapy*, 42, 1, 5366.
- Orgel, S. (1982). A summarizing statement on the theme of the congress. In Joseph, E.D, Wallerstein, R.S. *Psychotherapy: Impact on Psychoanalytic Training*, IUP, New York.
- Pagliarani, L. (1985). *Il coraggio di Venere*. Cortina, Milano.
- Penzo, G. (1981). *Friedrich Nietzsche: il divino come polarità*. Pàtron, Bologna.
- Peterfreund, E. (1983). *Il processo della terapia psicoanalitica*. Astrolabio, Roma, 1985.
- Rhoads, J.M.(1984). Psychoanalysis contrasted with psychodynamic and behavior therapies, in Arkowitz H., Messer S.B. (ed), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy*, Plenum, New York and London.
- Ricoeur, P. (1965). *Dell'interpretazione. Saggio su Freud*. Il Saggiatore, Milano, 1967.
- Rogers, C.R. *La terapia centrata sul cliente*, Martinelli, Firenze, 1970.
- Rogers, C.R., Kinget, M. (1965). *Psicoterapia e relazioni umane*. Boringhieri, Torino 1970.
- Rovatti, P.A. (1987). *La posta in gioco. Heidegger, Husserl, il soggetto*. Bompiani, Milano.
- (1989a). L'enigma dell'epoché, in AA.VV., *Filosofia* 88, a cura di G. Vattimo.
- (1989b). Il tempo della sospensione. *Aut aut*, 231, 1989.
- Samuels, A. (1988). Letter to the editors. *Int. J. Psa.*, 69, 551552.
- Sartre, J.P. (1960). *Critica della ragione dialettica*. Il Saggiatore, Milano, 1963.
- Shafer, R. (1983). *L'atteggiamento analitico*. Feltrinelli, Milano, 1984.
- (1990). The search for common ground. *Int. J. Psa.*, 71, 4952.
- SpezialeBagliacca, R. (1984). Emature e l'enunciato del non agire. *Riv. Psa*. 30, 143155.
- Spinelli, A. (1987). *Come ho tentato di diventare saggio. La goccia e la roccia*. Il Mulino, Bologna.
- Trevi, M. (1987). *Per uno junghismo critico*. Bompiani, Milano.
- Tuckett, D, Hayley, T. (1990). Editorial. *Int. J. Psa.*, 71,12.
- Turillazzi Manfredi, S. (1979). *La linea d'ombra delle psicoterapie*. Edizioni del riccio, Firenze
- Vattimo, G. (1982). Etica. In *Enciclopedia di Filosofia*, Garzanti, Milano.
- Vegetti Finzi, S. (1980). Topologia della sessualità e cancellazione del femminile. *Aut aut*, 177178, 2758.
- (1986). *Storia della psicoanalisi*, Mondadori, Milano.
- Wachtel, P.L. (1977) *Psychoanalysis and behavior therapy*. Basic books, New York.
- (1982). *Resistance. Psychodynamic and behavioral approaches*. Plenum, New York.
- (1985). Integrative psychodynamic therapy. In S. Lynn & J. Garske (Eds.), *Contemporary psychotherapies: models and methods*. Ch. E. Merril, Columbus, OH.
- Wallerstein, R.S. (1985). How does self psychology differ in practice? *Int. J. Psa.*, 66, 391404.
- (1986). *Fortytwo lives in treatment*. Guilford Press, New York London.
- (1988a). One psychoanalysis or many? *Int. J. Psa.*, 69, 522.
- (1988b). Psychoanalysis, psychoanalytic science and psychoanalytic research. *J. Am. Psa. Ass.*, 36, 1, 330.
- (1990). Psychoanalysis: the common ground. *Int. J. Psa.*, 71, 320.
- Wallerstein, R.S., Weinshel, E.M. (1989). The future of psychoanalysis. *Psychoanal. Q.*, 58, 341373.
- Watkins, J. (1984) *Certezza e verità. Per una epistemologia postpopperiana*. Laterza, Bari, 1986.

Il vecchio e il nuovo nella relazione

1. Il transfert

2. Il gioco delle parti

3. Il livello affettivo

4. Il livello cognitivo

5. La dialettica esistenziale

XII

Il desiderio e la colpa

1. La mancanza e l'espedito

2. La pretesa e la colpa

3. Strategie di intervento

4. Il desiderio del terapeuta

XIII

L'io e l'ego

1. L'io del paziente e l'io dell'analista

2. L'io e il suo demone

3. Il "terapeuta interno"

XIV

Le azioni terapeutiche

1. La buona famiglia interna

2. Psicoterapia e scienza

3. La fiducia

XV

Strategie dell'attenzione

1. Piccoli mostri

2. La difesa

3. Sospetto e comprensione

4. Il soggetto ignoto

5. La comprensione e l'azione

XVI

Manovre fisiche

1. Sentire e pensare

2. Il divano e la sedia

3. Chiudere gli occhi

4. L'attenzione al respiro

XVII

Neutralità e azione

1. Accoglimento e azione

2. Il terapeuta come agente

3. Analisi e terapia

4. La neutralità

XVIII

Terapia antica e moderna

1. La filosofia antica

2. Necessità dell'integrazione

3. L'esercizio dell'attenzione

XIX

L'esercizio

1. L'osservazione di sé

2. Il progetto

3. Il governo dell'attenzione

4. L'esercizio fondamentale

XX

Il fondamento e l'idolo

1. La valutazione dei risultati

2. La ricerca empirica

3. Il terreno comune

4. L'ombrello di Goldberg

XXI

Il nuovo sciamano

1. Lo sciamanismo tradizionale

2. Psicoanalisti e sciamani

3. Terapeuti al limite: Fornari

4. L'anima

5. Le coordinate della terapia

6. L'arcipelago

Bibliografia