

Psicoanalisi e/o psicoterapia analitica

(N. Lalli, 1997)

Presente in: N. Lalli, *L'isola dei Feaci. Percorsi psicoanalitici nella storia della psichiatria, nella clinica, nella letteratura*, Nuove Edizioni Romane, Roma 1997.

1. Considerazione generali

Da lungo tempo si pone il quesito circa le affinità o le differenze tra psicoanalisi e psicoterapia analitica: alcuni affermano essere la seconda una degenerazione della prima, altri invece esistere una differenza sostanziale che non permette confronti.

Per rispondere a questo quesito alternerò interrogativi e risposte, così come sono emersi e si sono sviluppati nel corso del mio lavoro di psicoterapeuta che dalla psicoanalisi è passato alla psicoterapia analitica: più che un discorso, questo lavoro si propone quindi come un percorso.

Il primo, fondamentale, interrogativo da porsi è a quale modello di psicoanalisi ci si riferisce quando si parla di psicoanalisi.

È incontestabile che esistano diversi modelli di psicoanalisi, spesso incompatibili fra di loro ed in contrasto con quello ortodosso anche se molti rappresentanti di questi modelli tendono poi, sempre e comunque a sottolineare che, pur nella diversità, la loro fonte rimane il *corpus* teorico freudiano: fenomeno singolare che richiede un attimo di riflessione.

È una ben strana incongruenza osservare che un Fairbairn, il quale rifiuta il concetto di pulsione come scarica e propone che scopo della libido è la ricerca dell'oggetto, o un Kohut il quale, dopo aver soppresso il concetto di istinto di morte, formula una teoria del Sé molto diversa dalla psicologia di Freud, o un G. S. Klein il quale nega totalmente le pulsioni, o un Weiss che parla di inconscio cognitivo proponendo un modello operativo assolutamente diverso da quello classico, tutti poi si affrettino alla fine ad affermare che le loro formulazioni sono la logica conseguenza, o al massimo un ampliamento, degli scritti del orimo, secondo o terzo Freud.

Ovviamente non si tratta di una dinastia, ma semplicemente dei tre periodi che hanno caratterizzato le diverse posizioni di Freud: prima del 1897, dal 1900 al 1920, dal 1920 in poi.

La genesi di questa incongruenza deriva, secondo il mio parere, direttamente da Freud che nel corso del tempo ha formulato modelli della mente diversi l'uno dall'altro, spesso inconciliabili, senza mai operare una selezione o perlomeno una messa in crisi del modello precedente, proponendo così una sorta di stratificazione anziché un superamento: stratificazione che non può essere definita, come sostengono i freudiani, un'evoluzione del pensiero. In effetti essa è il frutto di una continua correzione e aggiustamento delle iniziali proposizioni teoriche con le successive evidenze della clinica, senza mai giungere ad una sintesi. Ciò è dimostrato ampiamente dal fatto che il cambiamento della teoria non ha avuto alcuna influenza sulla tecnica che è rimasta immutata nel tempo¹. Infatti, come è stato sottolineato giustamente da E. Gilliéron le variazioni teoriche non hanno mai avuto alcuna ripercussione sul dispositivo di cura, cioè sul setting che dal 1897 in poi è rimasto sostanzialmente immutato: astinenza – neutralità dell'analista – uso del lettino – 5-6 sedute settimanali – invito alle libere associazioni. È evidente che questo dispositivo di cura, imponendo sia una situazione di passività-dipendenza e quindi una necessaria

regressione del paziente, sia un distacco ed una neutralità del terapeuta influenzava la modalità relazionale creando una situazione di osservazione distorta e falsificante.

Se l'incongruenza segnalata prima è imputabile certamente alla modalità di lavoro e di osservazione di Freud, la sua persistenza e la coazione a ripeterla da parte di tanti Autori dimostra che essa deve avere radici e motivazioni molto profonde. Non possiamo ritenere quindi sufficienti le solite spiegazioni storico-sociologiche, come quella che chiama in causa il bisogno di legittimazione della psicoanalisi o psicologiche, come quella che chiama in causa l'identificazione con la figura paterna.

Io ritengo che una caratteristica della psicoanalisi, ovviamente agita dagli psicoanalisti, è il *non riuscire ad attuare ed elaborare una separazione dall'oggetto*.

Che l'oggetto sia Freud e la sua teoria o il paziente non cambia nulla nella sostanza.

Nel primo caso ci troviamo di fronte all'affermazione che tutto ciò che è psicoanalisi discende inevitabilmente da Freud; nel secondo ci troviamo di fronte al concetto di analisi interminabile, eufemismo di incurabilità. Con la variante dell'analisi intermittente, ad uso specifico degli psicoanalisti, che paradossalmente conferma l'interminabilità-inutilità della terapia stessa.

In questa ottica la nascita della psicoanalisi *breve*, anzi per meglio dire *attiva*, assume un significato preciso di opposizione e di cambiamento non solo del dispositivo della cura, ma anche della teoria.

I primi tentativi operati da Stekel, Rank, Ferenczi nascono dall'intuizione che la tecnica analitica classica condizionava e bloccava il processo di conoscenza e di trasformazione del paziente e quindi della teoria, visto che questa derivava da una falsata modalità relazionale con il paziente.

La psicoterapia analitica proseguirà poi l'impegno di continuare una ricerca fermatasi fin dal 1897, cercando di proporre un modello teorico ed operativo diverso.

Dobbiamo a questo punto, prima di delineare quali sono i punti qualificanti di questo modello, capire cosa è un modello.

2. Il problema del modello

La psicoterapia, come tutte le scienze, è un insieme di due tipi di proposizioni.

Alcune sono *descrittive*: ovvero si limitano a registrare ed a generalizzare i fenomeni osservati (fenomenologia) ed a raggrupparli secondo una classificazione sindromica.

Altre sono *esplicative*: sulla base dei dati descrittivi, cercano di dare una spiegazione dei fenomeni osservati ed offrono quindi la possibilità di formulare ipotesi generali. Queste ultime danno luogo ad un modello.

Prima di passare a descrivere cosa è un modello (quello analitico in particolare) bisogna operare una distinzione tra alcuni concetti che erroneamente vengono ritenuti interscambiabili: come teoria, paradigma, modello. Per teoria dobbiamo intendere una costruzione logica ed organizzata che spiega la genesi e l'evolversi dei fenomeni nata induttivamente dai fenomeni osservati e che riesce a formulare leggi generali sulla base di una scoperta fondamentale.

Per paradigma Kuhn intende

«(...)Una ricerca stabilmente fondata su uno o più risultati raggiunti dalla scienza del passato, ai quali una particolare comunità scientifica, per un certo periodo di tempo riconosce la capacità di costruire il fondamento della sua prassi ulteriore»².

Ma aggiunge

«(...) ad un certo momento può accadere che vengono individuate delle anomalie nel rapporto tra teoria e fenomeni e da ciò dovrebbero conseguire mutamenti, ovverosia una crisi»³.

Le crisi sono necessarie per l'emergenza di nuove teorie, ma, dice sempre Kuhn «(...) molti scienziati hanno probabilmente abbandonato la scienza per la loro incapacità a tollerare una crisi»⁴.

La mia seconda affermazione è che la psicoanalisi freudiana è stata incapace di tollerare la crisi di cui parla Kuhn: proposizione che si lega strettamente alla prima (incapacità di separarsi dall'oggetto).

Ma debbo enunciare una terza proposizione per chiarire il problema. Ed è questa: *che Freud ha elaborato diversi modelli, li ha successivamente elevati a rango di teoria, e poi, aiutato soprattutto dagli epigoni, ha trasformato il tutto in un paradigma.*

A questo punto mi tocca l'onere di dimostrare le seguenti quattro affermazioni:

1. che la costruzione freudiana è un insieme di modelli diversi spesso in contraddizione tra loro e non una teoria;
2. che alla base di questi vari modelli ci sono spesso ipotesi deduttive e non induttive;
3. che queste ipotesi sono spesso state elevate a rango di teoria;
4. che, per proporre una psicoterapia analitica, bisogna proporre un modello teorico-clinico nuovo e diverso.

Ma cosa è un modello?

«Se noi ci troviamo di fronte ad un fenomeno misterioso e che suscita in noi degli interrogativi, per rispondere a questi interrogativi dobbiamo costruire un modello che viene considerato come analogo alla situazione misteriosa.

Il modello viene costruito in modo tale che, per l'analogia di esso con la situazione "x", l'interrogativo che ci ponevamo si possa trasformare in un altro interrogativo attinente al modello. In questo modo si ottiene una risposta che sia comprensibile in termini del modello prefigurato: è evidente che questa risposta deve essere sottoposta a verifica e controllo. Da questa risposta, per analogia, si pongono altri quesiti che ci diano la possibilità di ulteriori risposte»⁵.

Quando ci troviamo di fronte ad un fenomeno, quale ad esempio la dissociazione, la costruzione di un modello di funzionamento della mente basato sul concetto di catene associative rende possibile spiegare che la *rottura* di questa catena associativa è la causa psicologica della schizofrenia: nasce così il concetto di "dissociazione" che Bleuler considerava la causa della schizofrenia.

Il modello è quindi indispensabile se vogliamo comprendere un fenomeno. Questo vale anche per la psicoterapia, perché è impossibile pensare una *esperienza* interpersonale (la psicoterapia) senza un modello di riferimento.

Esaminiamo ora alcuni punti fondamentali (modelli) della teoria freudiana.

Il primo modello della mente è apertamente neurologico: egli lo deriva da Herbart che riteneva le idee simili agli atomi (cioè particelle costitutive ed indistruttibili). Secondo Freud alcune di queste idee spiacevoli vengono rimosse e diventano inconsce (inconscio rimosso). Il recupero di questo ricordo comporta un'abreazione che implica un cambiamento dell'assetto nevrotico del paziente (è chiara la derivazione dall'ipnosi).

Ma Freud si accorge che il paziente non sempre collabora, anzi il più delle volte si oppone a questo lavoro (resistenza come concetto teorico) e a questa resistenza contrappone, sul piano operativo, la tecnica delle libere associazioni.

Inoltre constata che quasi sempre nei nevrotici sono presenti disturbi della sessualità e che quasi sempre i pazienti ricordano di aver subito traumi sessuali nell'infanzia: questo lo porta a porre la seduzione al centro della psicopatologia (teoria).

Questo primo modello viene bruscamente invertito nel 1897, quando Freud, per una serie complessa di motivi derivati fondamentalmente da problematiche personali, ritiene che gli episodi di seduzione o di trauma sessuale, avvenuti nell'infanzia e ricordati dai pazienti, sono non episodi reali, ma frutto della fantasia.

Questa inversione di rotta (da alcuni considerata rivoluzionaria) se comporta, da un lato, il riconoscimento della presenza e dell'importanza della sessualità infantile, dall'altra comporta la messa in crisi di un modello che, per quanto semplice, era abbastanza coerente ed attinente ai fenomeni osservati. Ed a questo modello seguirà una complessa teoria, con modelli spesso inconciliabili tra loro, a causa di tre errate impostazioni di base.

La prima è che l'attività psichica è un fenomeno mentale e quindi lo schema di riferimento rimane sempre quello neurologico, anche quando sarà ammantato da speculazioni metapsicologiche. Osserva giustamente Walker che il modello neurologico, se ci spiega come e perché una lesione cerebrale possa danneggiare la parola, non sarà mai in grado di spiegarci perché un bambino lasciato solo nella sua stanza, pur con i giocattoli e con una scatola di dolci, possa essere profondamente infelice.

La seconda è che la modalità di osservazione diventerà sempre più naturalistica–oggettivante, negando quindi l'importanza del contesto e della relazione interpersonale, di quella relazione che gli ipnotisti avevano considerato come strumento fondamentale della terapia. In questo modo la psicoanalisi diventerà sempre più una psicologia unipersonale (monadica) e quindi totalmente falsificante.

La terza è che con l'esclusione di eventuali fattori traumatici, viene negata completamente l'importanza dell'ambiente interumano, sia per l'evoluzione psichica sia come causa della psicopatologia.

Questa teorizzazione sarà successivamente ampliata con l'introduzione, nel 1920, del concetto di istinto di morte inteso come coazione a ripetere e ritorno all'inanimato. Non è un caso che proprio a partire da questo periodo iniziano i tentativi di terapia breve, anzi per essere più precisi di terapia *attiva*.

Si comincia infatti ad intuire che l'eccesso di teorizzazione va considerata come resistenza del terapeuta alla terapia. Ovverosia quando non si riesce ad operare una reale trasformazione psichica, l'eccesso di teorizzazione mostra il sempre maggiore divario e distacco della teoria dalla prassi.

Evidente quindi che, per fondare un modello di psicoterapia analitica, bisogna evidenziare e rifiutare drasticamente la teoria classica. Ma rifiutare la teoria, comporta automaticamente un atteggiamento diverso del terapeuta: il terapeuta dal momento che rifiuta la terapia come processo che si svolge *naturalmente*, innescato dal setting e sostenuto dalle libere associazioni, deve cercare di capire cosa sta facendo, perché lo sta facendo e quali possono essere le previsioni circa la risposta e l'evoluzione del paziente.

Per comprendere la differenza mi sembra molto suggestiva la descrizione di L. Friedman, un analista tutto sommato ortodosso, quando nel suo lavoro afferma a proposito della psicoanalisi:

«Se un antropologo di una cultura diversa volesse capire cosa è un trattamento psicoanalitico ed in che cosa si differenzia da altre situazioni sociali, noterebbe che la psicoanalisi è una *sorta di lavoro* in collaborazione tra due persone e sarebbe poi colpito dal fatto che a differenza degli altri lavori presenti nella nostra società il *compito* del paziente risulta *indefinito*. Percepirebbe poi che analista e paziente hanno spesso *scopi contrastanti* e che diversamente da altre situazioni collaborative non viene fatto alcuno sforzo per correggere le direzioni in conflitto. Infine si accorgerebbe che l'*atmosfera* del trattamento analitico è sempre piena di *incertezza* circa la natura e l'intensità dell'interesse personale dell'analista nei confronti del paziente»⁶.

L'Autore sostiene inoltre che

«(...) l'analista deve necessariamente suscitare nel paziente delle *illusioni* circa l'interesse dell'analista nei suoi confronti, perché se il paziente non credesse che l'analista si prende cura di lui molto di più di quanto questi non faccia in realtà, non potrebbe dar luogo alla quota di attaccamento necessaria».

Se la psicoanalisi è questa, bisogna dire che ha poco a che fare con la psicoterapia analitica.

Questa si distingue infatti per vari fattori:

- a) Il compito è definito, perlomeno lo deve essere nella mente del terapeuta.
- b) Il tempo non può essere infinito; ogni psicoterapia analitica deve avere in sé il concetto di terminabilità. Il tempo può essere determinato o indeterminato, comunque è fondamentale che non ci sia l'idea di interminabilità.
- c) Il terapeuta deve avere un'identità ben precisa e soprattutto non può creare illusioni "per aumentare la quota di attaccamento".
- d) Non ci può essere un clima d'incertezza perché la coerenza del terapeuta deve essere tale da non poter creare ambiguità, oltre quelle naturali dovute alla negazione e alle proiezioni del paziente.

Questo ultimo aspetto mi sembra centrale. Perché alcuni cambiamenti del setting (come il faccia a faccia) rendono inevitabile al terapeuta proporre ed al paziente riconoscere, un'immagine del terapeuta ben precisa (ritorneremo poi sui vantaggi o svantaggi di questa situazione). Questa identità-chiarezza del terapeuta non è staticità-immobilità, ma piuttosto deve corrispondere ad un valido assetto interno del terapeuta.

Il problema dell'assetto interno e dell'identità del terapeuta apre ad un tema centrale per la psicoterapia analitica. Il riconoscimento che la cura avviene attraverso la validità psichica del terapeuta comporta infatti che questa validità corrisponda ad una sanità psichica intesa come presenza, coerenza, interesse per l'altro.

È evidente che solo in questo modo è possibile differenziare la svalutazione del terapeuta da parte del paziente dovuta alla negazione, da un corretto rapporto con la realtà quando il paziente intuisce la reale incoerenza del terapeuta.

Le due situazioni, sono radicalmente diverse evidenziano che la psicoterapia analitica ha veramente poco a che fare con la psicoanalisi.

Ma perché allora denominare questa psicoterapia come analitica? Perché è una terapia che si basa sicuramente sull'analisi della psiche ed utilizza alcuni elementi fondamentali della psicoanalisi, anche se in un'ottica a volte completamente diversa, quali: l'inconscio; la relazione terapeutica come dinamica di transfert-controllo; l'interpretazione come principale strumento di terapia.

Questi tre elementi fondano la psicoterapia analitica e la distinguono dalle altre psicoterapie. Freud invece riteneva che ogni terapia che riconoscesse la resistenza ed il transfert poteva essere definita psicoanalitica.

Ma inconscio, relazione terapeutica, interpretazione non sempre sottendono

concetti uguali.

Pertanto è necessario proporre un modello ben definito della psicoterapia analitica e per costruire un modello dobbiamo tener presente la teoria e la prassi. Occorre quindi proporre un *modello teorico* che riguarda lo sviluppo psichico e la psicopatologia e un *modello operativo* che sia coerente con la teoria, ma anche una teoria della tecnica, e quando parlo di tecnica non mi riferisco a banali consigli operativi, ma alla necessità di avere un contesto teorico che permetta di saper usare gli strumenti operativi, come l'interpretazione, con piena consapevolezza.

Per esempio quando si afferma che l'interpretazione riguarda il materiale inconscio e deve nascere dal controtransfert si dice tutto, ma si dice anche poco. Forse può essere più utile sottolineare che l'interpretazione può riguardare la pulsione, l'ansia o i meccanismi di difesa, può essere utile specificare quale interpretazione, in una certa psicopatologia o in una certa fase del processo terapeutico, deve essere ritenuta più utile e più valida ai fini della terapia, quando può essere necessario non dare un'interpretazione che potrebbe risultare prematura per il paziente.

3. La psicoterapia analitica: la prassi

Rimando ad altri lavori per quanto attiene alla teoria. Poiché ho precedentemente sottolineato come incongruità della psicoanalisi il fatto che nulla sia cambiato nella prassi, pur con continue modificazioni teoriche, mentre mi sembra utile, in questa sede, sottolineare alcuni aspetti della prassi della psicoterapia analitica che si differenziano nettamente dalla psicoanalisi.

La scelta del paziente

Non a caso utilizzo una dizione ambigua per sottolineare il duplice aspetto della scelta che riguarda sia le motivazioni che inducono un paziente a chiedere una psicoterapia, sia i criteri che usa lo psicoterapeuta nel dare una risposta (rifiuto o accettazione).

Il paziente che chiede una psicoterapia, in maniera più o meno esplicita, porta con sé tre situazioni.

Una concezione se non del terapeuta, certamente della psicoterapia che forse possiamo definire come un pre-transfert e che sicuramente è dovuta a fattori personali, ma anche al contesto culturale.

Una struttura psicopatologica in crisi.

Una domanda più o meno latente e che bisogna rendere esplicita: Cosa fantastica e si aspetta il paziente dal terapeuta? Cosa vuole: una cura, un sostegno, un alibi? Qual è il suo desiderio di cambiamento e quale la sua capacità?

Il terapeuta deve saper riconoscere, ma tenerle distinte perché è così che avere una visione tridimensionale del paziente. In questo senso si può affermare che il paziente va esaminato con occhio psichiatrico (osservare cosa ha) ed uno psicoterapeutico (osservare cosa è e cosa vuole).

Ma non basta, perché questa visione del paziente va valutata rispetto ad una immagine precisa che il terapeuta deve avere della sanità mentale. In questo modo è possibile porre, oltre che una diagnosi, anche una prognosi avendo sempre un riferimento teorico ben preciso.

La teoria è un aspetto fondamentale, non solo perché permette di comprendere

cosa e quanto succede nella relazione terapeutica, ma soprattutto perché esprime in maniera chiara quale è il controtransfert del terapeuta.

Il primo colloquio come crisi

Il primo incontro, che ci sia o no da parte del paziente l'idea o il desiderio di un lavoro psicoterapeutico, è quindi sempre molto denso di aspettative e di proiezioni e perciò anche di possibili delusioni. In questi primi incontri, il terapeuta deve svolgere un compito molto preciso.

Da una parte contenere le ansie eccessive e le proiezioni del paziente, dall'altra proporre direttamente cosa può essere un lavoro di analisi, frustrando eventuali idealizzazioni o massicce negazioni del paziente. Inoltre il terapeuta deve valutare attentamente il proprio controtransfert, partendo dal principio fondamentale egli potrebbe non sentirselo di affrontare quella particolare dinamica o quel particolare paziente.

Per il paziente questo primo momento deve rappresentare un momento di crisi, inteso come possibilità di una scelta che lo può portare a mettere in discussione se stesso. Cosa che può avere una analogia, chiaramente molto simbolica, con la nascita. Anche perché, come questa, il lavoro analitico offre delle possibilità, ma offre anche inevitabilmente delle frustrazioni.

Il setting

Una volta deciso per l'inizio di una psicoterapia, debbono essere comunicate le informazioni fondamentali rispetto al setting ed alle modalità materiali che regoleranno il corso dell'analisi.

La relazione analitica si svolge all'interno di due coordinate fondamentali: una centrata sulla stabilità-continuità, l'altra sul cambiamento-trasformazione.

Alla prima appartengono il setting, la continuità ed il ritmo del lavoro; alla seconda, l'interpretazione e le separazioni. Comincerò con l'esaminare il primo aspetto, partendo appunto dal setting.

Il setting rappresenta, a livello manifesto, le coordinate temporo-spaziali che, restando definite e fisse, permettono lo svolgersi del rapporto terapeutico. Ad un livello più profondo e globale è una *forma di comunicazione del terapeuta: comunicazione circa il proprio assetto interno, la propria teoria, la propria disponibilità*. Quindi non può esistere una sola modalità di setting: ritenere che la modalità del setting sia unica, corrisponde ad una acritica e ritualistica accettazione di regole determinate non da esigenze del terapeuta e del paziente, ma da fattori sociali e culturali, quando non esclusivamente da bisogni del terapeuta. *In realtà esistono modalità diverse di setting e queste sono valide se corrispondono ad una precisa e stabile situazione controtransferale del terapeuta.*

È chiaro che il setting comprende non solo gli aspetti temporo-spaziali delle sedute, ma anche le separazioni che interverranno nel corso dell'anno: separazioni che, come vedremo, sono fondamentali e costituiscono parte integrante del lavoro analitico.

Quindi il setting che si propone al paziente (e che vincola in maniera paritaria il terapeuta) deve nascere da un assetto interno preciso, coerente, globale del terapeuta: il setting non è un rito, ma un impegno preciso che deve evidenziare con chiarezza non solo la corretta organizzazione temporale, ma soprattutto la disponibilità del terapeuta.

In questa concezione del setting è evidente che il tempo della seduta è il tempo per

il paziente. Sono quindi inammissibili, perché dimostrazione di totale indifferenza, i comportamenti del terapeuta che legge, telefona o scrive durante le sedute: cose purtroppo non infrequenti. Personalmente propongo un setting di due sedute settimanali, intervallate nell'arco dell'anno da due periodi di separazione, stabiliti in precedenza e fissi. L'assetto del setting, una volta stabilito, va mantenuto non per motivi di rigidità, ma semplicemente perché molte volte l'attacco e la "resistenza" del paziente si esplicitano proprio nei confronti del setting: ritardi, anticipi, sedute saltate, ecc. Un cambiamento del setting da parte del terapeuta porterebbe o a non vedere o, se viste, a non poter interpretare queste "resistenze". Ma bisogna anche tener presente che spesso l'assetto continuativo del lavoro analitico può essere utilizzato dal paziente come una difesa per mantenere scisso il lavoro terapeutico dalla sua vita quotidiana.

È possibile modificare il setting da parte del terapeuta, e per quali motivi? Ritengo che sia poco utile apportare modificazioni al setting se prima non si è costituita una solida e stabile situazione di lavoro. In alcuni casi possono esserci modificazioni del setting se servono a comunicare qualcosa di significativo al paziente.

Descrivo una situazione di limitata modificazione del setting, corrispondente al prolungamento del tempo della seduta.

Una ragazza in analisi da circa un anno, e con gravi problemi di inibizione emotiva e di rapporto, arriva con 15 minuti di ritardo. Si scusa e dice che ha sbagliato "la linea dell'autobus"; poi aggiunge che sull'autobus ha visto un uomo borseggiare una vecchietta. Raccontando vari episodi inerenti il lavoro, esprime la sua difficoltà ad accettare un mondo che definisce grigio. Quindi alla fine della seduta racconta un sogno: «Lei in maglietta e pantaloncini sta insieme ai colleghi d'ufficio: è una specie di maratona, con un clima molto scherzoso. Ad un certo punto i colleghi si fermano e lei prosegue. Arriva in una specie di giardino dove incontra il direttore: c'è un gran piatto d'uva e di frutta, lei vorrebbe mangiarne un po', insieme al direttore». Dice che questa è una persona di cui si fida. Anche se è un sogno chiaramente di transfert, preferisco fare una interpretazione più generale. Le propongo che c'è una sua situazione meno bloccata che le permette di muoversi e anche di separarsi dai colleghi di ufficio. L'incontro con il direttore, persona della quale lei dice di fidarsi, corrisponde ad un suo desiderio di una maggiore intimità. La paziente reagisce dicendo che non ha mai pensato di voler avere rapporti sessuali con il direttore. Le propongo che intimità non vuol dire necessariamente avere rapporti sessuali: ma questa sua affermazione-negazione mi dà la possibilità di aggiungere qualcosa. Cioè che lei dice di fidarsi degli uomini, ma in effetti è ambivalente e continua a non fidarsi: in fondo c'è sempre l'immagine di un ladro che le ruba le cose e che corrisponde ad una sua immagine di essere vecchia e povera (derubata).

Il sogno era stato comunicato, e forse non a caso, alla fine della seduta: avrei potuto chiudere la seduta e rimandare l'interpretazione alla prossima. Ma recuperare i quindici minuti del suo ritardo iniziale oltre tutto comunica una situazione precisa: non frustrare un suo desiderio, seppure espresso in maniera ambivalente. In questo modo, le propongo che è possibile trovare una *linea* di percorso valida, ma questa deve passare attraverso un reale recupero della fiducia, altrimenti lei continuerà a sentire che c'è sempre qualcuno che la deruba e continuerà ad essere vecchia e grinzosa (ovverosia senza desideri). Ed è quanto la paziente avrebbe vissuto riconfermandosi che in fondo c'è sempre qualcuno che le ruba qualcosa: in questo caso i minuti della seduta. In questo caso la modificazione del setting aveva una valenza comunicativa molto precisa: proporre nei fatti una presenza che andando oltre l'orario stabilito, poteva mettere in crisi la sua "credenza".

Le funzioni dell'analista: presenza, memoria, continuità

Normalmente si ritiene che la funzione fondamentale dell'analista sia interpretare; ma l'interpretazione va preparata e sostenuta da una serie di operazioni che sono:

- a) l'ascoltare-recepire;
- b) la presenza dell'analista;
- c) l'analista come memoria;
- d) l'analista come intermediario del desiderio.

Queste funzioni si oppongono alla tendenza, da parte del paziente, a scindere l'oggetto e lo costringono quindi ad un lavoro di integrazione.

a) Ascoltare-recepire. La capacità di ascoltare e di recepire deve essere rivolta principalmente alle dimensioni inconse del paziente. Il terapeuta, tramite la sua recettività, deve saper cogliere la realtà interna del paziente senza negazioni o proiezioni. La capacità di ascoltare-recepire permette inoltre la costituzione di un reticolo cronologico mediante il quale il terapeuta riesce a dare una collocazione ed una sistemazione esatta agli avvenimenti del paziente, separando ciò che è avvenuto nel passato da ciò che avviene nel presente.

b) La presenza dell'analista. Questa dimensione fondamentale può essere meglio compresa se vista in contrapposizione a quella della neutralità-assenza. Il concetto di neutralità nasce all'interno di una teoria, secondo la quale il processo analitico consiste nel fatto che l'analizzando tramite le libere associazioni deve ricordare e che il ricordo è di per sé terapeutico. Quindi la funzione dell'analista è quella di un ascolto passivo; egli deve intervenire solo quando questo flusso associativo si interrompe; teorizzazione che evidentemente si lega strettamente a quella del narcisismo inteso come pulsione autoerotica.

L'analisi invece è un lavoro che si oppone continuamente alle fantasie di sparizione, agli annullamenti, alle negazioni dell'analizzando. È evidente che, concettualizzando l'analisi come lavoro, non c'è posto per la neutralità o per l'assenza dell'analista, come non c'è posto per la parità o uguaglianza. Il lavoro di analisi esiste solo se c'è una differenza che consiste nella presenza-attività dell'analista e nella tendenza dell'analizzando a negare il lavoro di ricerca.

Frustrare gli annullamenti, le assenze, le fantasticherie onnipotenti del paziente, corrisponde al concetto di presenza dell'analista ed alla possibilità di poter utilizzare la frustrazione con interesse. Ma per proporre correttamente il concetto di frustrazione con interesse bisogna esplicitare la differenza tra esigenze e bisogni. Molto schematicamente si può dire che le esigenze sono costituite dalla ricerca di conoscenza, di crescita globale, di possibilità di capire-vedere e di rapportarsi validamente con gli altri. I bisogni sono invece richieste di rapporto parziale, tentativi di non mettersi in crisi, atteggiamenti bramosi e neganti che tendono fondamentalmente a rendere statica e ripetitiva la situazione di analisi e quindi a bloccare ogni possibilità evolutiva e di crescita.

I bisogni vanno sempre e comunque frustrati, anche se questo comporterà l'emergenza di affetti come la rabbia e l'odio; le esigenze invece soddisfatte. Questa duplice modalità di rapporto, costituisce la base della frustrazione con interesse.

Se invece i bisogni sono più o meno gratificati e le esigenze frustrate, per assenza di una risposta valida, si costituisce allora una dinamica opposta: quella della frustrazione sadica. La neutralità dell'analista freudiano sembra apparentemente non appartenere a nessuna delle due modalità: sembra, perché la neutralità è in effetti assenza e come tale è sempre frustrazione sadica.

Per porre una frustrazione con interesse ci deve essere una situazione di reale

presenza dell'analista che combatte l'indifferenza dell'analizzando nulla concede alle strutture caratteriali, ben consapevole che emergeranno inevitabilmente una serie di affetti negativi come la rabbia e l'odio ma anche che questo e solo questo può portare ad una dinamica di desiderio e di ricerca. Sarà poi compito dell'analista far affrontare all'analizzando, all'interno di una dinamica affettiva intensa, il problema della separazione e far sì che questa non avvenga con rabbia, odio o fantasia di sparizione, ma, invece, con una fantasia ricordo grazie alla quale ritornando, potrà continuare il lavoro. Allo stesso modo del bambino che, dopo essersi attaccato al seno ed aver ricevuto insieme al latte anche l'investimento sessuale della madre, può staccarsi, addormentarsi e risvegliarsi con la sicurezza di poter ritrovare il seno, proprio nella misura in cui la soddisfazione del desiderio non gli ha fatto fare alcuna fantasia di sparizione.

Questo paragone è solo apparentemente una metafora; più esattamente ci sono due momenti diversi nella storia dell'individuo, due realtà diverse: quella del bambino che ha bisogno di latte e di investimento sessuale e quella dell'analizzando che ha bisogno di risposte e... di investimento sessuale.

c) L'analista come memoria. La rimozione, riducendo emozioni, pensieri ed affetti allo stato inconscio, è causa di patologia, perché la progressiva perdita della capacità di contenere e memorizzare comporta un progressivo depauperamento delle possibilità operative dell'Io. La rimozione è quindi l'opposto della memoria. Ma come si sviluppa la memoria? Il bambino subito dopo la nascita è bombardato da una miriade di sensazioni tattili, visive, acustiche che pian piano riuscirà ad ordinare. Questo progressivo ordinamento è la memoria. Questo processo lungo e complesso avviene attraverso una progressiva mielinizzazione che rende il SNC sempre più discriminante, ma soprattutto attraverso la sempre maggiore attività dell'Io. È però fondamentale l'esistenza di un oggetto esterno, valido e soddisfacente, che consenta questo ordinamento, base della memoria. L'oggetto esterno necessariamente si propone, e non può essere altrimenti, come discontinuo sul piano materiale. In questa situazione il bambino deve compiere un lavoro creativo che, mediante la costruzione delle immagini e dei ricordi, gli consenta una continuità interna. Quindi per la costruzione dell'immagine e del ricordo è necessaria una separazione: ma questa separazione può essere creativa solo se è stato soddisfacente il rapporto con l'oggetto. Se l'oggetto non è soddisfacente si ha, invece, *la creazione dell'oggetto interno*. Se l'oggetto invece propone una dinamica soddisfacente, il bambino accetta la separazione, e la separazione porta alla costruzione dell'immagine. Quanto più l'oggetto è coerente e presente, tanto più l'immagine interna corrisponderà alla realtà dell'oggetto dando al bambino una sensazione di fiducia e stabilità.

Sicuramente la memoria è collegata all'intensità ed alla qualità dell'emozione. È chiaro che noi ricordiamo avvenimenti che ci hanno colpito (intensità); ma è importante anche la qualità, nel senso che situazioni molto angoscianti possono essere oggetto di rimozione. Quindi una situazione di rapporto molto negativa suscita una tendenza a non accettarla e a rimuoverla. Da ciò origina l'inconscio rimosso: la proiezione successiva di questo rimosso rende la distanza tra l'Io e la realtà sempre maggiore.

Questi pochi cenni servono a comprendere che l'analista può funzionare come memoria,

1. Perché ripropone cose che il paziente ha detto, ma che successivamente tende a dimenticare;

perché si costituisce come oggetto di riferimento stabile e presente, e quindi assume una funzione simile a quella che ha la madre per il bambino;

perché nella proposizione ritmica dell'incontro e delle separazioni, offre al paziente la possibilità di recuperare il tempo interno.

Tutto questo pian piano permetterà al paziente non solo di recuperare il ricordo di cose passate, ma anche di acquisire una capacità di memoria sempre maggiore man mano che rinuncerà all'annullamento ed alla rimozione.

d) L'analista come intermediario del desiderio. È evidente che l'analista non può porsi esclusivamente e materialmente come oggetto del desiderio. Se lo facesse, questo comportamento sarebbe dettato da problemi personali: onnipotenza o tentativi di difesa dalla depressione. Il bisogno di essere al centro dell'attenzione e la necessità di essere amati, chiaramente, renderebbe impossibile accettare le inevitabili frustrazioni che il lavoro di analisi comporta.

Inoltre se egli si ponesse come *unico* oggetto del desiderio, proporrebbe un legame regressivo, perché manterrebbe una situazione di simbiosi perenne, ed inevitabilmente stimolerebbe il desiderio di cose materiali, ovverosia la bramosia.

Se volessimo utilizzare una metafora, potremmo dire che l'analista non deve porsi né sopra, né sotto, né dietro, rispetto all'analizzando; posizioni che corrispondono rispettivamente a situazioni di dominio, sottomissione o persecuzione. Ma a lato del paziente per aiutare questi nella sua *ricerca e nella conoscenza, che devono costituire il reale oggetto del desiderio*. Quindi l'analista non deve essere né quello che, neutrale-assente, non risponde, né quello che, in maniera esibizionistica e seduttiva, risponde a tutto.

L'interpretazione. Le difese dall'analisi

Voglio sottolineare subito che il termine "difese dall'analisi" è sovrapponibile al termine classico "resistenze all'analisi". Uso "difese" perché il termine "resistenza" in questo contesto è utilizzato per indicare la capacità del soggetto di opporsi e rifiutare dinamiche ostili, o comunque negative.

Molto sinteticamente potremmo dire che *l'analista interpreta il transfert e le difese del paziente*. Questa definizione ci permette di differenziare la psicoterapia analitica da altre psicoterapie che avendo nella suggestione il principale strumento di lavoro, tendono a manipolare il transfert e a far aumentare le difese. Manipolare il transfert vuol dire far sviluppare ed utilizzare il transfert positivo, cioè la tendenza ad identificarsi con il terapeuta che diventa una sorta di Io ausiliario per il paziente, vestendo però i panni del giudice o del pedagogo. Aumentare le difese vuol dire aumentare la capacità di rimozione e di regressione del paziente. Interpretare vuol dire esattamente il contrario. L'interpretazione è la comunicazione verbale dell'analista che, collegando vari avvenimenti e cogliendo il significato profondo della comunicazione del paziente, gli offre i mezzi per una più completa conoscenza di se stesso, soprattutto in termini emotivi.

Quindi non tutte le comunicazioni dell'analista sono interpretazioni, ma solo quelle che, riuscendo a cogliere i significati latenti delle comunicazioni del paziente, li veicolano al paziente in termini chiari e precisi.

Precedentemente ho definito l'interpretazione una comunicazione verbale, ma ci sono casi in cui continuare ad interpretare diventa inutile perché rinforza un circolo vizioso. Questo succede soprattutto nei massicci processi di negazione gestiti con il comportamento: per esempio un ripetuto ritardo o assenza dalle sedute. In questi casi può essere necessaria quella che definisco una «interpretazione agita», ovverosia non si interpretano più i motivi inconsci del comportamento, ma si comunica la decisione unilaterale, ma esplicita, di terminare il lavoro di analisi.

Infine, per ultimo, ci dobbiamo chiedere qual è la risposta media ad un'interpretazione. In genere un'interpretazione determina una maggiore capacità di comprensione da parte del paziente. Ma non è infrequente che, ad una interpretazione corretta, soprattutto quanto più è incisiva, il paziente possa rispondere con la frase «non è vero», che è un tentativo di negare l'incisività dell'interpretazione. Quando un'interpretazione invece è errata, può insorgere una situazione di confusione da parte del paziente; ma soprattutto il ritornare iterativo di quella dinamica nei discorsi, nei comportamenti e particolarmente nei sogni ci dimostra che l'interpretazione era errata o comunque parziale.

Transfert. Controtransfert

Gran parte del lavoro di psicoterapia analitica è centrato sull'analisi e la risoluzione del transfert negativo. È pertanto necessario accennare al problema del transfert e controtransfert.

La concezione del transfert ha subito numerose variazioni rispetto a quella classica freudiana che considerava fondamentalmente il transfert come “resistenza” (ovverosia una difesa contro l'analisi) del paziente, il quale, vivendo emozioni e ricordi del passato sull'analista, agiva, evitando quindi di ricordare. Concezione strettamente legata alla idea secondo cui la funzione terapeutica dell'analisi è esclusivamente quella di recuperare i ricordi rimossi. Attualmente tre sono le concezioni principali per definire il transfert: tutti i sentimenti del paziente verso l'analista; solo quelli che esprimono la sua nevrosi; solo quelli che hanno una origine infantile.

Rycroft sostiene che

«Il transfert è il processo per cui un paziente sposta sul suo analista i sentimenti, le idee ecc., che derivano da figure precedenti della sua vita, entra in rapporto con il suo analista, come se questo fosse un qualche oggetto precedente della sua vita, proietta sull'analista le rappresentazioni oggettuali acquisite come precedenti introiezioni, attribuisce all'analista il significato di un altro soggetto, di solito precedente»⁷.

Questo è certamente vero, ma parziale, perché nel rapporto analitico il paziente riconosce la realtà e vive anche una situazione del presente, oltre che del passato. Se il paziente visse esclusivamente il presente in termini di passato, dovremmo ritenere che ogni paziente è un delirante.

D'altra parte non è facile distinguere quanto del vissuto del paziente è frutto del rapporto presente con l'analista e quanto di sue proiezioni.

Pertanto penso che sia più accettabile definire il transfert come la globalità della relazione che il paziente vive nei confronti del terapeuta. In questo modo si evita anche il termine confusivo di transfert negativo o positivo, dove non si capisce se negativo è inteso come non utile o invece come ostile nei confronti dell'analista. Infatti ritengo che, in una concezione ampia del transfert, si possa distinguere da un lato una collaborazione ed un'accettazione della realtà da parte del paziente, che più correttamente possiamo definire “alleanza di lavoro”; e dall'altro emergenze di attacco contro l'analista che possiamo definire “transfert ostile”.

Inoltre un'accezione ampia del concetto di transfert evita di cadere nella trappola di considerare il transfert esclusivamente un “come se”, ovverosia una finzione. Infatti, se il paziente prova amore o odio, anche se questi sentimenti possono riguardare situazioni del passato, non sono meno reali. Nella concezione del “come se”, dobbiamo ritenere che l'analista è costretto a far finta di trovarsi di fronte a derivati o sostituti di sentimenti e non a sentimenti veri e propri.

Quindi considerare il transfert come l'insieme dei vissuti del paziente, sapendo che tra questi molti sono legati non alla persona dell'analista, ma a figure del passato, ci permette di avere una visione più vera del processo analitico.

In questo modo, più correttamente potremmo dire che, all'interno del lavoro analitico, si possono articolare tre modalità di transfert:

a) l'uso massiccio di proiezioni o identificazioni proiettive: è la forma più regressiva che esprime anche una più grave patologia in quanto indica che il paziente è invaso da oggetti interni che non riesce a contenere;

b) il paziente proietta sul terapeuta una serie di rapporti non superati o mal superati del suo passato; c'è una situazione conflittuale che coinvolge il terapeuta, che però viene riconosciuto in parte anche per la sua realtà;

c) il paziente vive il terapeuta come persona diversa ed altra da sé, anche se interessata e coinvolta nella ricerca.

Queste tre modalità, pur potendo intrecciarsi, indicano una progressione evolutiva la costituzione dell'ultima essendo un segno di una maggiore consapevolezza e maturità del paziente.

Alcune volte il transfert può bloccarsi in una situazione ripetitiva che, basata su di una specifica dinamica, può connotare complessivamente tutto il lavoro di analisi.

Un esempio tipico, ma non unico, è il transfert erotico. Per transfert erotico si intende una manifesta intenzione del paziente o della paziente nei confronti del terapeuta di sesso opposto di voler trasformare il rapporto di analisi in rapporto erotico e sessuale. Alcune volte questo comportamento può esprimere una momentanea difesa dal lavoro di analisi: l'interpretazione delle angosce sottostanti può sbloccare la situazione. In questi casi è più corretto parlare di erotizzazione del transfert.

Nel transfert erotico invece questa dinamica tende a perpetuarsi, e molto spesso l'atteggiamento di rifiuto dell'analista non viene letto come tale, ma come una forma di ritrosia, che pertanto prima o poi verrà a cessare. Manifestazione evidente di una mancanza di rapporto con la realtà, tale da rendere impossibile, a volte, il proseguimento della terapia.

L'evidente aspetto irrealistico di questa dinamica permette di distinguerla nettamente da un'altra, con la quale frequentemente viene confusa: cioè l'innamoramento da transfert. L'innamoramento da transfert è una dinamica che coinvolge il paziente non tanto sulla base di un investimento di situazioni del passato, quanto nell'ambito del riconoscimento delle qualità del terapeuta; il che implica una capacità di conoscenza e di investimento della realtà psichica, indizio di maturità. L'elaborazione di questa dinamica è facilitata dal riconoscimento delle valenze libidiche e delle emozioni del paziente, piuttosto che da un atteggiamento di rifiuto o di esclusiva interpretazione in chiave del "come se".

Il problema del transfert ci apre al problema del controtransfert: termine che nel nome tradisce la sua origine. Infatti esso è stato concettualizzato come la risposta del terapeuta alle situazioni transferali del paziente. Definizione imprecisa e limitante: è infatti più esatto considerare il controtransfert (come abbiamo fatto per il transfert) come la relazione globale (e non la reazione semplicemente) del terapeuta con il paziente.

In questo modo è possibile eliminare anche la dizione ambigua di "controtransfert negativo", che ancora una volta non chiarisce se è usata per definire un controtransfert non funzionale o, invece, una situazione ostile del terapeuta nei confronti del paziente. Credo sia necessario precisare allora la dinamica della controidentificazione proiettiva, che spesso genericamente ed impropriamente viene definita come controtransfert. Il paziente, come abbiamo visto, oltre le proiezioni può

investire massicciamente il terapeuta di emozioni, affetti, angosce che non riesce a contenere e che pertanto vengono messe non sopra (proiezioni), ma dentro l'analista (identificazione proiettiva). Così l'analista viene vissuto come una parte integrante del paziente: questa dinamica, soprattutto se permanente, è segno di una patologia grave.

Di fronte a questa identificazione proiettiva, il terapeuta può reagire impropriamente e antiterapeuticamente con una controidentificazione proiettiva, che si manifesta come incapacità a separare il proprio Io da quello del paziente e quindi sul piano comportamentale a corrispondere o a rifiutare violentemente le dinamiche del paziente. In questo caso parlare di controtransfert positivo o negativo serve solo a confondere le idee. In questo caso ci troviamo di fronte ad una controidentificazione proiettiva del terapeuta: che sia in positivo (cioè accettante) o in negativo (cioè rifiutante) poco importa. Quello che importa è che in una dinamica di questo genere non c'è alcuna possibilità di terapia: il terapeuta viene agito dal paziente.

Ben diversa deve essere la situazione del controtransfert: in base ad essa il terapeuta riconosce la realtà del paziente, ne elabora le angosce e gli risponde in termini interpretativi. Controtransfert che nasce quindi non solo dalla relazione con il paziente, ma anche dalla capacità del terapeuta di conoscere se stesso e proseguire continuamente in questa ricerca.

Quindi transfert-controtransfert segnala la modalità di una relazione di crescita, di sviluppo, di terapia: e questa relazione è stata posta, non a caso, in contrappunto con il conflitto edipico. Non solo per gli enigmi che la relazione terapeutica comporta e che bisogna risolvere; non solo perché può essere vista come modello della relazione maestro-allievo, simile quindi a quella genitore-figlio; non solo perché a volte il paziente può vivere il terapeuta come Laio, o porsi come Giocasta che cerca disperatamente di nascondere la verità, ma per un fondamentale motivo. Anche nella terapia analitica, come nel mito di Edipo, c'è una strada stretta (*stené odòs*) che costringe l'analista ad un grande cimento. Riconoscere ed accettare l'altro, frustrandone le dinamiche negative, e facilitare, nel momento della maggiore capacità ed autonomia del paziente, la separazione e la fine del lavoro di analisi.

Le separazioni

Parlando del setting, ho accennato ad una organizzazione di lavoro della psicoterapia che prevede, oltre le due sedute settimanali, due periodi di separazione (di una settimana e di un mese) stabiliti in anticipo, e vincolanti in maniera paritaria sia il terapeuta che il paziente.

È chiaro che già tra una seduta e l'altra, c'è una separazione: ma questa, pur con qualche difficoltà, in genere più evidente nella seduta che segue la domenica, è sufficientemente accettata.

Le difficoltà insorgono invece rispetto ad una separazione che comporta un lasso di tempo maggiore. Definisco questa interruzione temporanea del lavoro analitico, *separazione* e non vacanza (come invece la chiamano i pazienti), perché la ritengo parte integrante ed inevitabile del lavoro di analisi⁸.

L'analisi terminabile. La fine del lavoro psicoterapeutico

Il concetto di perdita, nei rapporti umani, deve essere visualizzato alla luce delle modalità di formazione dell'immagine-ricordo dell'Altro significativo; e soprattutto della capacità di persistenza e di mantenimento di questa immagine che è collegata all'investimento libidico. Ma bisogna anche tener presente un'altra "capacità",

espressione dell'istinto di morte, che è quella di far scomparire l'Altro e conseguentemente l'immagine interna.

Quindi non si può identificare la separazione con la perdita, come non si può identificare la separazione con la vacanza.

La perdita o è reale perché legata alla scomparsa materiale e duratura dell'Altro, oppure è legata ad una precisa dinamica psichica. L'angoscia del paziente per la separazione, vissuta invece (sulla base di precedenti esperienze) come perdita, nasce dalla convinzione che l'Altro significativo tende a cancellare l'immagine del paziente. Se questo accade, soprattutto nel delicato momento della rottura della corazza caratteriale e quindi nel momento della fragile costituzione di un rapporto di base, attraverso l'identificazione, la separazione è equiparata ad una perdita assoluta dell'altro: situazione che si tende a fronteggiare con la fantasia di sparizione contro l'Altro significativo, il che comporta la caduta nel vuoto e nel buio dell'indifferenza.

Ed il terapeuta è certamente - e per un lungo periodo di tempo - non solo una persona significativa, ma la più significativa per il paziente. Di qui la necessità di una presenza costante, di una stabilità e di una continuità dell'analista che solo in questo modo può opporsi alla tendenza inevitabile del paziente di vivere la separazione come perdita assoluta e totale.

Avviandomi alle conclusioni, dirò che la continua elaborazione delle separazioni e delle conseguenti dinamiche difensive può portare pian piano il paziente ad affrontare l'ultima separazione: cioè la fine del lavoro. Accettando la fine senza scendere nell'annullamento e nella depressione, bensì come lutto, cioè come perdita reale. Perdita reale, ma che non può riguardare il terapeuta che altrimenti dovrebbe essere vissuto come scomparso-morto, bensì la fine di quel lavoro -cammino fatto insieme.

Quindi non è necessario, come spesso viene teorizzato, che la fine di una psicoterapia «ben riuscita» debba esitare nella fine del rapporto stesso.

Quello che sicuramente termina è il lavoro di analisi, e questo termina nel momento in cui il paziente non solo non vive più la separazione come abbandono-morte, ma è anche in grado di poter proseguire il cammino. Non sempre questo è facile, e pertanto il paziente cercherà spesso, proprio in previsione di un possibile termine del lavoro, di riottenere quello che teme di star perdendo. Ma molti segni ci indicano se questo è un timore o una reale incapacità.

Una paziente, dopo un lungo lavoro di analisi ha molta difficoltà ad accettarne la fine. Questo problema viene elaborato a lungo. Un sogno:«Consulta un vocabolario per trovare la parola morte. Non riesce a trovarla, ma trova numerosi equivalenti come: separazione, fine». Uno dei suoi problemi centrali era stato di aver sempre stabilito legami simbiotici che le facevano vivere eventuali separazioni o la fine di un rapporto come una morte.

Nel considerare una separazione definitiva, dopo le tante affrontate ed interpretate nel lavoro di terapia, cerca di riproporre in questa separazione, ancora una volta, un vissuto di morte. Ma non ci riesce, il che vuol dire che oggi per lei è possibile accettare una separazione come tale e non più come una morte-distruzione.

Così nell'alternanza dei rapporti e delle separazioni, il paziente, mentre vive la sua storia attuale nell'analisi, comincia a ricostruire, con i ricordi del passato, la sua storia globale. Così avendo rinunciato all'onnipotenza dell'annullamento e quindi alla fantasticherie di eternità, riesce a recuperare il senso del tempo (e quindi della possibilità della morte) e la propria identità, che devono rappresentare gli scopi ultimi di qualsiasi psicoterapia che non sia assistenza, ma realmente terapeutica, cioè trasformativa.

La psicoterapia analitica deve considerarsi quindi come la modalità di terapia che usando fermezza e flessibilità rende possibile l'ascolto e propone una risposta: non a

tutti e non sempre uguale per tutti.

¹ Gilliéron E., *Manuale di psicoterapia analitica breve*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 1992.

² Kuhn T. S., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino 1978.

³ *Op. cit.*

⁴ *Op. cit.*

⁵ Manfredi S. – Turilazzi M.S. *La linea d'ombra della psicoterapia*, Del Riccio, Firenze 1979.

⁶ Friedman L., *Forma e sostanza del trattamento psicoanalitico*, in "Psicoterapia e scienze umane" 2, 1993.

⁷ Rycroft C., *Dizionario critico di psicoanalisi*, Astrolabio, Roma 1970.

⁸ Cfr. Lalli N., *Le separazioni nel corso del lavoro analitico*, pubblicato nel medesimo volume di questo saggio.