

Il momento di crisi nell'analisi

Aldo Carotenuto, Roma

|

Un trattamento analitico che si caratterizzi per la lunga durata presenta un problema che ogni terapeuta prima o poi dovrà confrontare. Il tema che intendo discutere non si riferisce tanto alle difficoltà di una patologia quanto piuttosto alla struttura stessa del processo di analisi. Una prima visione del problema, affrettata e fondamentalmente superficiale, assimila l'incontro analitico al rapporto fra una persona competente, l'analista, e una persona sofferente di disturbi funzionali nei quali appunto la componente psichica è così elevata da dover richiedere un intervento con mezzi psichici (1). Vediamo insieme che cosa significa essere un analista competente.

Partiamo dall'idea, dagli anni inflessibilmente confermata, che la competenza si acquisisce con l'aver sperimentato su se stessi quella serie di eventi che saranno in un periodo successivo campo di esperienza nel rapporto con il paziente. L'analista competente è quindi stato un « paziente », anche se non sempre portatore di una specifica patologia psichica. Egli ha appreso una serie di cognizioni e di

(1) Béla Grunberger, << Il ruolo del narcisismo nella controtraslazione dell'analista >>, in // *narcisismo*, Bari, laterza, 1977, pp. 177-185.

(2) S. Freud (1926), « il problema dell'analisi condotta da non medici », in *Opere 1924-1929*, Torino. Boringhieri, 1978. pp. 386-387.

(3) Heinz Hartmann. « La psicoanalisi come teoria scientifica », in Sidney Hook (a cura di), *Psicoanalisi e metodo scientifico*, Torino, Einaudi. 1967. pp. 5-32.

(4) *Ricordi, sogni, riflessioni di C.G. Jung*, raccolti ed editi a cura di Aniela Jaffé, Milano. Rizzoli. 1978, p. 198.

(5) S. Freud (1914). « Per la storia del movimento psicoanalitico », in *Opere 1912-1914*, Torino, Boringhieri, 1975, p. 393.

atteggiamenti che nel loro insieme possono essere considerati come l'essenza dell'ascolto analitico (2). Non esistono infatti esperienze o situazioni che di per sé qualificano come analitico un incontro terapeutico: ciò che è specifico e qualificante è l'ascolto, vale a dire lo speciale atteggiamento che l'analista ha di fronte a qualsiasi contenuto venga espresso dal paziente. Naturalmente non si tratta di un ascolto del tutto neutro e passivo, ma di un atteggiamento che rimanda invariabilmente a un modello teorico, più o meno coerente, che ha sempre la caratteristica di un tentativo di spiegare e comprendere la molteplicità dei fenomeni psichici (3). Le difficoltà di Freud e Jung riguardavano proprio questo punto, poiché in un primo tempo essi dovettero abbandonare qualunque schema di riferimento. Per esempio Jung, dopo la rottura con Freud, confessa: « Mi sentivo letteralmente sospeso, poiché non avevo trovato ancora un punto di appoggio » (4). Dal canto suo Freud ci riferisce che prima di intuire l'importanza dell'interpretazione dei sogni si trovava nel mare agitato dell'incertezza (5). Da questa fase di confusione e priva di riferimenti l'analista competente costruisce una rete di conoscenze interpretative che gli saranno di grande aiuto per dare una denominazione all'apparente caos del disturbo psichico. Generalmente l'analista non risponde alle domande, in particolar modo a quelle che cercano risposte capaci di bloccare nelle parole un atteggiamento che il paziente sente strano. Ma in linea di massima bisogna pur pensare all'esistenza di questi punti di riferimento che ogni terapeuta ha maturato con lo studio e con l'esperienza personale. Questo tipo di preparazione teorica e pratica dell'analista soddisfa le esigenze, magari non necessariamente espresse, del paziente il quale, di fronte alle contraddizioni dei propri disturbi psichici funzionali, chiede una competenza interpretativa. D'altra parte la situazione non potrebbe essere diversa. Ogni disturbo psicologico testimonia soltanto la disperazione, poiché l'individuo perde il senso della sua unità, è come se il suo

spazio interiore fosse pieno di buchi da cui fuoriesce energia. In queste condizioni precarie nasce una aspettativa riguardo la capacità dell'altro, l'analista, al quale si chiede di ristabilire l'unità perduta e la integrità dello spazio interiore. Questo desiderio però ha una sua precisa configurazione in quanto attribuisce al terapeuta un'abilità per così dire tecnica nel trattare il disturbo psicologico. Con questo processo viene di fatto trasferita nel campo della psiche la meccanica del corpo, che può star bene o ammalarsi, e sul quale è possibile intervenire tecnicamente attraverso i farmaci o la chirurgia. Per ogni essere umano nulla c'è di più rassicurante che pensare la propria psiche come un meccanismo che può essere riparato quando si rompe.

Un evento culturale di fondamentale importanza fu quando si cominciò a scindere il funzionamento del corpo dal funzionamento psichico (6). Questa rivoluzione di fatto comportò che l'individuo potesse sentirsi innocente di fronte ai mali del suo corpo, ma terribilmente colpevole di fronte ai disturbi della psiche. Non credo che questo, come tutte le rivoluzioni, sia stato un processo indolore. Fa sempre male pensare alle proprie responsabilità per un destino avverso. Difficoltà di questo tipo sono alla base di molti rituali che individuano in questa o quell'altra potenza infernale le cause dei nostri disastri. E in effetti, l'unica preghiera insegnataci direttamente da Dio, recitando un « liberaci dal male », dimostra come il desiderio inconscio di considerarci un passivo gioco di forze occulte sia una componente umana fondamentale.

Essere posseduti da un disturbo psicologico equivale a una situazione di prigionia, in genere sentita come l'espiazione ingiusta di una colpa non commessa. L'incontro con lo « specialista », al di là delle apparenze e nel suo significato profondo e fondamentale, rimanda a un'alleanza con chi potrà difenderci e farci assolvere di fronte al tribunale della vita. Ho già detto varie volte come sia importante l'aspettativa da parte del paziente e come questa aspettativa,

(6) Richard L. Gregory, *Mind in Science. A History of Explanations in Psychology and Physics*, Londra, Cambridge University Press, 1981, p. 503.

(7) Henry F. Ellenberger, *La scoperta dell'inconscio*, Torino, Boringhieri, 1972, pp. 39 e sgg.

cui si possono dare vari nomi che alludono tutti al significato di fede, sia uno dei fattori fondamentali per il processo di guarigione (7).

1 rapporti oggettuali che si riattivano nell'analisi evidenziano e mettono in primo piano l'onnipotenza dell'analista come colui che sa. Anche pazienti intelligenti e colti non sfuggono a questo atteggiamento che consiste nell'attribuire al terapeuta una conoscenza superiore con significato esoterico. In altre parole c'è un aspetto quasi magico che è quasi impossibile non attribuire all'analista e questo perché il paziente « sente » che la sola ragione, l'impostazione ragionevole del problema, non sarà sufficiente ad affrontare gli interrogativi emergenti dalla nevrosi. Questa sensazione spiega inoltre il fiorire di molte terapie diverse e di analisti-guaritori che hanno la capacità di ispirare grande fiducia malgrado l'assoluta incompetenza. È forse lecito equiparare il disturbo psicologico al tumore. Chi si trova colpito dal tumore viene spinto a un livello irrazionale per il quale è disposto a qualsiasi cosa. a credere perfino nei *curanderos* filippini che operano soltanto con le dita. Alla dimensione umana malata non rimane che il ricorso al diabolico o al divino.

Ma vediamo adesso la situazione psicologica dello analista. Le aspettative del paziente attivano sempre delle risposte archetipiche e, malgrado la più severa delle analisi e la più rigorosa autosservazione, il terapeuta può rischiare di identificarsi con i bisogni che vengono proiettati su di lui (8). Per questa ragione l'analista, nella sua professione, possiede tre strumenti operativi. In primo luogo abbiamo a che fare con la conoscenza. Dopo i tentativi della medicina romantica di comprendere la psiche. soltanto Jung e Freud riuscirono a dare una coerenza logica all'insieme delle osservazioni accumulate nei secoli precedenti. La cura della psiche lasciava il campo del semplice buon senso e dell'intuizione e si trasformava in uno strumento che poteva essere trasmesso da maestro ad allievo.

In altre parole, con la psicoanalisi si costruisce, sul

(8) C.G. Jung, *Psicologia analitica. Le conferenze alla Clinica Tavistock 1935*, Milano. Mondadori, 1975, p. 143.

modello medico, una fisiologia e una patologia della psiche. A questo punto l'analista acquista una conoscenza che, pur non essendo certo definitiva, è di gran lunga quella che più si avvicina alla verità. In secondo luogo abbiamo quelli che possiamo chiamare fattori della personalità. Questi fattori vanno considerati come un talento particolare per una certa professione che, nel caso particolare, si concretizza in una capacità intuitiva ed empatica insieme alla capacità di investire libidicamente il rapporto con il paziente. Come ultimo elemento dobbiamo considerare la spinta delle cariche affettive dei pazienti i quali, come ho già detto, desiderano dall'analista quasi una capacità magica. L'analista, sotto questa spinta, assume un sentimento di onnipotenza e su di esso si basa quello che chiamiamo ottimismo terapeutico.

Gli interventi analitici sono generalmente molto lunghi. Come si sa, da un punto di vista storico, dopo i primi entusiasmi condivisi dallo stesso Freud, la cura si è trasformata da una interpretazione a una elaborazione. L'interpretazione può essere di fatto un problema semplice e rapido che Freud riusciva ad affrontare passeggiando nei boschi intorno a Vienna. Ma l'elaborazione è tutta un'altra cosa. Soffermiamoci su una delle possibili definizioni: « Processo con cui l'analizzato assimila un'interpretazione superando le resistenze da essa suscitate. Si tratterebbe di una specie di lavoro psichico che consente al soggetto di accettare alcuni elementi rimossi sottraendosi all'influenza dei meccanismi ripetitivi. La elaborazione terapeutica è continua nella cura, ma è in azione soprattutto in certe fasi in cui il trattamento sembra ristagnare e in cui una resistenza, sebbene interpretata continua a sussistere » (9).

In questa definizione è nascosto il fattore del tempo perché, se si riflette bene, la possibilità di accettare ciò che l'interpretazione mette in risalto, può avere di fronte a sé anche l'infinito, come testimoniano in modo tragicomico le analisi che durano dieci, quindici e anche vent'anni.

(9) J. Laplanche e J.-B. Pontalis, *Enciclopedia della psicoanalisi*, Bari, Laterza, 1968. p. 135.

A prescindere dal fatto che per le analisi lunghe bisognerebbe inventare un nome nuovo che evidenzi se non altro anche la dipendenza che l'analista ha nei riguardi di un tale paziente, esse presentano un problema su cui vorrei portare l'attenzione del lettore. Se è pur vero che con ogni probabilità gli strumenti teorici che l'analista possiede sono a tutt'oggi i più idonei per la comprensione di un disturbo psicologico, può accadere che l'analista cominci a dubitare della validità del costruito teorico cui si ispira e della sua capacità terapeutica. Certo può anche capitare che un terapeuta si sia trasformato in un fanatico e che come tale abbia fugato i suoi dubbi attraverso il dogmatismo, ma per fortuna della scienza psicoanalitica sono molti coloro che hanno conservato una visione storica del proprio lavoro per cui un dubbio salutare si insinua durante i trattamenti, in particolar modo in quelli di lunga durata. Vorrei far capire che non si tratta di mettere in discussione il solito sano ottimismo che deve accompagnare l'uomo nel percorso della sua durissima vita, ma di qualcosa di molto più radicale che scuote le fondamenta stesse del suo lavoro. In quei momenti ci si accorge della grande solitudine di fronte al paziente perché diventa impossibile, e quasi ripugnante, riferirsi a qualcosa che già si conosce sul piano teorico per spiegarsi la situazione che si confronta.

Il caso ci sfugge di mano e noi non capiamo più niente. Con raccapriccio ci accorgiamo che ciò che abbiamo imparato ha il sapore di formule vuote. Per quanto riguarda il paziente osserviamo un altro fenomeno. Abbiamo già detto che la natura stessa della nevrosi spinge un individuo quasi sulla soglia di ciò che non è ragionevole. In queste condizioni si crea un'atmosfera quasi di magia e sull'analista si proiettano delle esigenze di poteri soprannaturali. Nessuna malattia, come la nevrosi, mina la fede nella ragione ma, paradossalmente, il prolungarsi della terapia genera una sfiducia non tanto per le capacità tecniche del terapeuta, quanto piuttosto per

le sue dimensioni magiche. A questo punto la crisi è duplice. Da parte dell'analista ci si interroga sul referente teorico, da parte del paziente si mettono in discussione le componenti taumaturgiche del terapeuta. Io individuo in queste due fasi incrociate la dimensione fondamentale della crisi in analisi. Ma a questo punto bisogna chiedersi che cosa significa in effetti mettere in discussione il modello. Il problema è complicato dal fatto che non esiste una esatta connessione fra la conduzione di un'analisi (pratica) e i punti di riferimento cui si ispira il terapeuta. L'analista cioè non lavora con la stessa sicurezza con cui ad esempio lavora un chimico che con i suoi esperimenti riesce sempre a convalidare la teoria delle valenze. Dobbiamo però partire dall'ipotesi che un analista sia molto rigoroso e che quindi nella sua prassi quotidiana segua una metodologia tecnica che, almeno nella sua mente, sia adeguata alla teoria. Che cosa succede però quando un trattamento fallisce? La mia esperienza mi insegna che, purtroppo, l'analista difficilmente entra in crisi mentre è più propenso a pensare che il suo « sbaglio » sia consistito nel prendere in terapia un « caso » non indicato per la terapia. E questo non deve tanto meravigliare se si pensa che un'indagine americana sulle caratteristiche del paziente adatto all'analisi evidenzia dei tratti che si avvicinano in modo preoccupante alla persona sana (10). Ma il problema è un altro, e cercherò di spiegarmi attingendo al modello archetipico di Freud che diventa emblematico per il mio discorso. Nel 1886 nella sua professione privata Freud segue le indicazioni di W. Erb: « Mi ero affidato alla terapia fisica e mi ritrovai perplesso dinanzi alle delusioni causatemi dalla Elettroterapia di Erb. peraltro così ricca di consigli e di indicazioni. Se a quel tempo non giunsi per mio conto alla conclusione più tardi fatta prevalere da Mobius secondo cui i successi del trattamento elettrico nei disturbi nervosi sono effetti della suggestione, ciò fu dovuto solo al fatto

(10) *Bullettin of the Menninger Foundation*, vol. 36, 1972, n. 1-2, pp. 36-39.

(11) S. Freud (1914), << Per la storia del movimento psicoanalitico >>, op., cit., p. 383.

che i successi promessi dall'elettroterapia non si verificarono » (11).

Di fronte all'evidenza Freud si trova perplesso e deluso. A differenza dei suoi colleghi, che probabilmente per tutta la vita continuarono a usare l'elettroterapia, Freud si rivolge al metodo suggestivo di Liébeault e Bernheim, e successivamente all'uso dell'ipnosi che aveva imparato da Breuer. Successivamente la scoperta della rimozione, l'uso pratico della analisi dei sogni, la resistenza e la sessualità infantile si sovrapporranno al cambiamento della tecnica con l'uso delle libere associazioni e il conseguente abbandono dell'ipnosi. Ciò che mi importa far notare è che il lavoro clinico diviene, agli occhi di Freud, non una conferma della teoria ma un modo per metterla in discussione come è avvenuto per la teoria della seduzione infantile, la teoria strutturale della psiche, il concetto dell'angoscia e alcuni mutamenti tecnici per la conduzione dell'analisi. L'archetipo di Freud diventa un modello del continuo cambiamento per l'osservazione e per la prassi. Non voglio con questo dire che Freud vivesse sempre in crisi, ma dobbiamo pure mettere in guardia dalla pigrizia a volte del tutto inguaribile che impedisce di vedere in faccia anche le realtà più evidenti. La crisi dell'analisi cui io alludo è una tensione rinnovatrice da cui si può uscire cercando insieme al paziente una tenue luce nell'apparente caos. E in questo senso ci si può etichettare autenticamente junghiani. Spesso mi viene chiesto quale modello alternativo potrebbe sostituirsi a quello che già conosciamo. Almeno per adesso è impossibile pensare a un modello completamente rivoluzionario ed è più ovvio ritenere che si tratti di alcuni aggiustamenti che, nell'ottica personale dell'autore, si avvicinano di più alla verità. E qui conviene citare le parole di Guglielmo Ferrerò che già Jung usò per la sua prima opera che lo distaccava da Freud: « Perciò la teoria che conferisce ai fatti il loro valore e il loro significato è sovente utilissima anche quando è in

parte falsa, giacché essa fa luce su fenomeni ai quali nessuno badava...» (12).

Personalmente, confortato dagli stessi scritti di Jung, penso che nel conflitto psichico generatore di nevrosi, sia più giusto individuare la coppia antagonista attività-passività. Ad un esame più approfondito ci si accorge che il conflitto riguarda l'attitudine creativa dell'uomo contrapposta a una controforza che ne vorrebbe la paralisi. In un mio articolo ho già affrontato esaurientemente l'argomento (13).

Si tratta di considerare la pulsione creativa come spinta di base dell'uomo. Questa pulsione può essere rimossa in funzione di una paura paterna. In questa prospettiva, complesso di Edipo e complesso di Crono giocano un ruolo fondamentale nello sviluppo dell'individuo. Quest'ottica di modello alternativo credo che richieda una minore passività nell'ambito strettamente tecnico dell'analisi. Si rammenti che in un articolo del 1919, scritto sotto l'influenza dei cambiamenti tecnici proposti da Ferenczi, Freud affermava: « La nostra tecnica si è sviluppata in relazione al trattamento dell'isteria, ed è tuttora orientata principalmente su questa forma morbosa. Ma già le fobie ci hanno costretti ad andare oltre i nostri limiti precedenti... In questi ultimi casi si ha successo solo se si riesce a indurre i malati, con l'influenza dell'analisi, a comportarsi nuovamente come i fobici di primo grado, e cioè a uscire per strada e, durante questi tentativi, a lottare con la angoscia » (14).

Ho notato che il comportamento dei fobici e delle persone che rimuovono la loro creatività ha impressionanti analogie poiché entrambi temono qualcosa che sfugge alla loro coscienza. Con le debite cautele, che in questi casi ritengo non siano mai eccessive, in riferimento al mio modello teorico è necessario spingere, *sotto l'influenza dell'analisi*, l'individuo a realizzare quei desideri creativi che sono appunto rimasti a livello di desiderio. L'obiezione che esistono persone non creative non regge, in quanto

(12) C.G. Jung, *La libido. Simboli e trasformazioni*, Torino, Boringhieri, 1965, p. 15.

(13) « Nevrosi e processo creativo », di imminente pubblicazione.

(14) S. Freud (1918/19), « Vie della terapia psicoanalitica », in *Opere 1917-1923*, Torino, Boringhieri, 1977, pp. 25-26.

l'attività creativa è una forza strutturale dell'uomo che cambia l'ambiente ed è presente in misura più o meno diversa in tutti gli uomini. Un piccolo esempio di quello che effettivamente si fa è descritto in un mio libro (15).

(15) A. Carotenuto, *Senso e contenuto della psicologia analitica*, Torino, Boringhieri, 1977.

Ma è tempo ora di giungere alle conclusioni. Ritengo che un aspetto fondamentale della crisi durante la analisi sia il venir meno da parte del paziente di alcune aspettative messianiche nei riguardi dell'analista, mentre da parte di quest'ultimo entrano in discussione i modelli teorici di riferimento. Ma si tratta, come ho cercato di spiegare, di una fase benefica perché da parte sua il paziente è costretto a confrontarsi con la dimensione terrena dell'analista. A questi non rimane che cercare e ricercare incessantemente una nuova « verità » ed è proprio in quei momenti che il terapeuta smette di essere un adepto e comincia a essere se stesso, memore che « la grandezza di un uomo è di essere un ponte e non uno scopo: nell'uomo si può amare che egli sia una transizione e un tramonto » (16).

(16) F. Nietzsche, *Così parlò Zarathustra*, Milano, Adelphi, 1979, p. 8.