

EUGENIO GADDINI

SE E COME SONO CAMBIATI I NOSTRI PAZIENTI FINO AI NOSTRI GIORNI

Premessa: oggettività e aggettivazione

Se è vero, come oggi crediamo, che l'individuo non è il risultato automatico della sua combinazione genetica, ma è invece il risultato del suo sviluppo, vale a dire della sua interazione con l'ambiente in cui nasce e cresce, dobbiamo ammettere che la psicopatologia individuale cambia, così come cambia l'individuo umano, a seconda dell'ambiente socio-culturale in cui si forma (Rangell, 1975). Di fatto, l'epidemiologia della malattia mentale varia quantitativamente e qualitativamente da una società all'altra, e in una stessa società nel tempo, man mano che questa società cambia. La valutazione di queste variazioni è però molto difficile, perché richiede una descrizione "oggettiva" dei disturbi mentali visibili, così da consentire una loro catalogazione e una loro classificazione statisticamente usabili. Occorre cioè inventare una diagnostica statistica. L'esempio recente più cospicuo in questa direzione è il DSM-III della American Psychiatric Association (1980). Esso implica necessariamente una forte distorsione e la coercizione di una realtà per sua natura soggettiva, e perciò "astatistica", per farla diventare oggettiva e capace di statistica, ma come dicono i curatori del DSM-III, "ateorica". Ciò che conta è la descrizione di un determinato disturbo mentale, così come si manifesta, e supporre che debba manifestarsi così in qualunque individuo. "Un equivoco comune" – avvertono correttamente i curatori – "è quello di ritenere che una classifica dei disturbi mentali classifichi gli individui, mentre in realtà ciò che viene classificato sono i disturbi che gli individui hanno". Ciò vuol dire che l'individuo non esiste in quanto tale. Egli acquisisce significato solo in quanto "portatore" e non come "autore" di un determinato disturbo mentale. In conseguenza, "per la massima parte dei disturbi elencati nel DSM-III ... l'eziologia è sconosciuta".

Tutto ciò, naturalmente, è egli antipodi della psicoanalisi, secondo la quale lo studio della psicopatologia individuale esige che la situazione in cui i fenomeni vengono osservati sia essenzialmente quella clinica, una situazione, cioè per sua natura, "esperienziale", e non "sperimentale". Inevitabilmente l'esperienza in tale situazione è reciproca, e in nessun modo omologabile con quella di laboratorio, dove c'è un osservatore da un lato, e i fenomeni da osservare dall'altro. I dati della ricerca sulla mente umana non possono pertanto essere mai definiti come "oggettivi", e hanno, per questa ragione, bisogno di essere continuamente e per quanto possibile "oggettivati". Occorre, per questo, un lungo addestramento. L'analisi personale del futuro psicoanalista e gli anni di supervisione delle sue prime esperienze cliniche dovrebbero costituire un importante avvio al raggiungimento di una sua capacità di oggettivare. Ma occorrono, dopo il training, anni di esperienza clinica, perché tale capacità raggiunga un livello di sicura sufficienza prima, e di ulteriore evoluzione dopo.

Vorrei distinguere due stadi, in questo necessario processo di oggettivazione che ogni psicoanalista si trova a fare. Il primo è limitato in modo specifico ad una determinata situazione clinica, alla oggettivazione cioè della esperienza soggettiva in una particolare

relazione terapeutica. Più l'analista riesce a questo, più egli è in grado di consentire al paziente di oggettivare progressivamente l'esperienza di sé nella situazione clinica. Questo primo stadio è quindi una essenziale componente del processo psicoanalitico. Il secondo stadio è quello della oggettivazione a livello della ricerca e della comunicazione scientifica. È vero che, in psicoanalisi, terapia e ricerca coincidono, ma è vero anche che molto più spesso di quanto non si creda la ricerca non viene in alcun modo perseguita e comunicata. Il passaggio dal primo al secondo stadio comporta evidentemente uno sforzo e un impegno diversi da quello che si pone nella esperienza terapeutica. La oggettivazione terapeutica si fa insieme con l'analizzando, quella scientifica si fa da soli; oltre a questo, e sempre sul piano emozionale, la comunicazione scientifica comporta una esposizione e una definizione di sé, rispetto agli altri. Sul piano del pensiero, essa comporta comunque operazioni complesse, come quella di trovare gli eventuali nessi che esistono tra dati selettivamente colti tra quelli oggettivati in situazioni cliniche diverse, o quella di fare operazioni logiche che conducono a eventuali formulazioni teoriche basate su dati clinici previamente oggettivati, e che prescindano dal coinvolgimento soggettivo in una situazione clinica determinata.

Tutto questo non impedisce che gli psicoanalisti, mentre il secolo volge al tramonto, e il secolo della psicoanalisi sta per compiersi, si domandino legittimamente se e come, nel tempo trascorso fino ad ora, i loro pazienti siano cambiati. Evidentemente non si pongono questa domanda in modo statisticamente oggettivo. Essi sanno, nel porsi questa domanda, di dover fare i conti in primo luogo con come gli psicoanalisti siano cambiati nei confronti dei loro pazienti. In secondo luogo, con il fatto che i pazienti degli psicoanalisti sono, nonostante tutto, un'assoluta minoranza rispetto al numero dei pazienti "psicologici" di una società, così come gli psicoanalisti sono un'assoluta minoranza, rispetto agli psicoterapeuti di ogni genere che, dopo la comparsa degli psicoanalisti, sono sorti da ogni dove. In terzo luogo, col fatto che, nella cultura, la psicoanalisi risuona in una maniera del tutto sproporzionata, rispetto al numero degli psicoanalisti presenti, e che, se si potesse rappresentare in un solo individuo ciò che nella cultura si manifesta, si dovrebbe riconoscere che quell'individuo-cultura è animato da una profonda e irriducibile ambivalenza nei riguardi della psicoanalisi, e da un'ambivalenza ancora più profonda e irriducibile nei riguardi degli psicoanalisti (1).

Prima dunque che un certo numero tra i pazienti "virtuali" diventino pazienti degli psicoanalisti, occorre tener conto che il rapporto tra loro e gli psicoanalisti è mediato dalla cultura dell'ambiente

(1) Un filosofo idealista italiano molto noto, Ugo Spirito, scrisse non più di sette-otto anni or sono un articolo sulla psicoanalisi, in cui dichiarava con molta enfasi che l'inconscio era la scoperta più grande del secolo, e di questo dava atto a Sigmund Freud. Ma seguiva dicendo che l'inconscio è per definizione inconoscibile, e che pertanto gli psicoanalisti sono dei cialtroni, perché danno a bere agli ignari di conoscere l'inconscio. La sua conclusione era che, se fosse stato Ministro della Educazione (il suo maestro, in epoca fascista, lo era stato), avrebbe "perseguitato" gli psicoanalisti. in cui essi vivono. Io cercherò di descrivere, nei limiti del possibile, e così come mi appare, questo rapporto mediato, e come esso intervenga in qualche modo a selezionare i pazienti degli psicoanalisti.

Prenderò anche in esame alcuni cambiamenti massivi e apparentemente oggettivi, riscontrati periodicamente dagli psicoanalisti, in conseguenza di straordinari e durevoli sconvolgimenti sociali, e cercherò di mostrare quale parte gli eventi esterni abbiano effettivamente avuto in quelle occasioni.

Risulterà inoltre evidente l'importanza – nonostante tutto – del cambiamento

graduale e più silenzioso dei pazienti nel corso del tempo, in funzione della progressiva capacità diagnostica e del progressivo ingrandirsi del campo di intervento terapeutico da parte degli psicoanalisti.

Ciò che può preoccupare, e che comunque gli psicoanalisti possono tendere a considerare, è una evidente tendenza all'aggravamento che la psicopatologia individuale ha mostrato nel corso del secolo, fino ai nostri giorni. Ciò pone un serio problema riguardo al prossimo futuro. Cercherò, nella conclusione, di riflettere su questo problema.

La cultura, tra gli psicoanalisti e i pazienti

È un fatto constatato che tra il numero, relativamente scarso, di psicoanalisti presenti in una società e la risonanza ambientale che la psicoanalisi suscita nella stessa società c'è un divario assolutamente sproporzionato. Io tendo a vedere questo divario come un effetto difensivo di allergia e di allarme della cultura nei confronti della psicoanalisi. È qualcosa che rassomiglia al comportamento difensivo di certi pazienti nella fase iniziale dell'analisi. Dicono a tutti che sono in analisi, parlano dovunque di psicoanalisi, fanno in modo, nei salotti, da suscitare dibattiti sulla psicoanalisi, che difendono a spada tratta contro chi l'attacca, etc. La risonanza ambientale della psicoanalisi diventa comprensibile se si tiene conto che una dimensione psicologica non è mai esistita in nessuna società, prima che la psicoanalisi vi facesse il suo ingresso.

Gradualmente, i discorsi si fanno più seri e più cauti tra gli intellettuali, che sono naturalmente il maggior veicolo della risonanza culturale, ma anche, in qualche modo, dell'approfondimento dell'informazione.

Le difese ambientali in un primo momento disorientate si riorganizzano, mezzi nuovi e appropriati vengono approntati per fronteggiare ciò che appare alla confluenza inconscia della maggioranza come un nemico non paragonabile con nessun altro tra quelli noti, un nemico capace di scoprire e spodestare le difese di sicurezza, messe a guardia di luoghi profondi e pericolosi, che si intendeva dovessero rimanere per sempre inaccessibili e sconosciuti. La risonanza comunque rimane, a testimonianza della necessità ambientale di mantenersi costantemente vigile e alerte. Con la risonanza, tuttavia, l'informazione psicoanalitica di superficie tende a dilagare. La psicoanalisi entra così a vele spiegate nel linguaggio, nel costume, nelle manifestazioni visibili di ogni genere. La gente usa il gergo psicoanalitico. Nelle relazioni interpersonali i lapsus e i comportamenti vengono reciprocamente interpretati sul campo, e così via. Dietro a tutto questo c'è una difesa profonda, generalizzata, che è quella di diventare ciascuno, magicamente, un analista.

Nella situazione analitica, io ho imparato a riconoscere questa operazione difensiva come una tra le più insidiose e temibili, e l'ho chiamata "transfert imitativo". Quella di imitare è un'operazione mentale che, a detta dei biologi, è esclusiva del genere umano. Non ho alcuna difficoltà ad accettare che questo sia vero. L'imitazione negli animali è un comportamento istintivo, e non un'operazione mentale. L'errore comune, tuttavia, è quello di credere che l'operazione mentale consista soltanto nel rifare quello che un altro fa per raggiungere un determinato scopo. Questo, nel genere umano, si raggiunge solo quando l'imitazione venga integrata con la spinta a internalizzare, vale a dire con l'introyezione. È questa integrazione tra imitazioni e introiezioni che porta alla più evoluta capacità di identificazione (2).

(2) L'imitazione da sola non consente di internalizzare, perché non consente di concepire l'esistenza di un oggetto esterno: imitando, si "diventa" magicamente ciò che, altrimenti,

dovrebbe essere riconosciuto come un oggetto esterno. Poiché non consente di internalizzare, l'imitazione non è una difesa strutturante. Originariamente infatti è una difesa elementare protettiva del sé. L'introiezione invece implica la capacità di riconoscere l'oggetto come esterno, e sé stesso separato dall'oggetto, e quindi la dinamica primitiva del mangiare e dell'essere mangiati. Si introietta in luogo di incorporare per far diventare parte di sé ciò che è fuori da sé. Anche l'introiezione è quindi una difesa magica e primitiva, ma la sua onnipotenza è limitata dall'angoscia di perdere per sempre l'oggetto, dopo averlo incorporato, e di non essere in grado di sopravvivere senza l'oggetto (che è il primo apparire, a mio avviso, del senso di dipendenza reale). Occorrerebbe perciò distinguere, io credo, due tipi di onnipotenza: con la prima, totale, si sfugge all'angoscia istintuale diventando magicamente l'oggetto; con la seconda, pulsionale e magicamente più limitata, si è obbligati al riconoscimento dell'oggetto e a incontrarsi con l'angoscia della dipendenza reale per la propria sopravvivenza.

L'imitazione gioca, a mio avviso, una parte essenziale nella relazione della cultura ambientale con la psicoanalisi. Il "transfert imitativo", a cui mi sono prima richiamato, richiede per questa ragione, e perché ha a che fare con i pazienti e con i candidati, un minimo di precisazione. In analisi è temibile, perché è una difesa potente e silenziosa. È insidioso, perché si presenta con tutti gli aspetti più convincenti di un desiderabile transfert positivo. Ancora più insidioso, per questo, in un'analisi di training. Occorre a volte parecchio tempo, prima che l'analista si renda conto che il paziente (o candidato) continuamente lo imita. Usa le sue parole nei modi propri del suo linguaggio, adotta i suoi atteggiamenti, lo imita nel modo in cui si veste. La massima difficoltà sta nel fatto che il paziente lo imita soprattutto in sua assenza, e cioè fuori dalla stanza d'analisi. Gli capita con insolita frequenza, per esempio, di incontrare per la prima volta persone che dopo pochi minuti gli raccontano la loro storia, i loro problemi. Il paziente ascolta serio e silenzioso, con gli stessi mhm mhm del suo analista, e se necessario interviene nel modo in cui il suo analista sarebbe intervenuto. A volte è il paziente stesso a raccontare all'analista qualcuno di questi episodi, aspettandosi di suscitare il suo compiacimento. Può anche accadere che l'analista venga a sapere da altri che il paziente (candidato), fuori dall'analisi, si comporta come se fosse lui, si esprime negli stessi suoi modi, e con le stesse sue inflessioni nella voce. Silenziosamente e costantemente l'analista viene così relegato a strumento del proprio bisogno e annientato come oggetto. Fino a quando il paziente (candidato) riuscirà, nel suo modo magico e onnipotente, a "essere" l'analista, non correrà il rischio di incontrarsi con i problemi che sorgerebbero se dovesse riconoscere l'analista come separato e diverso da sé (introiezione, conflitto, angoscia, dipendenza reale e, soprattutto, perdita della onnipotenza magica). D'altra parte, fino a quando l'analista non sarà in grado di rendersi conto che ciò che appare come transfert è una difesa massiva e preventiva contro il transfert, continuerà a sentirsi oggetto di una costante, ammirata attenzione, che lo spingerà a una disposizione di favore e di consenso verso il paziente (candidato).

Alla spinta del paziente (candidato) a compiacerlo e a guadagnarsi la sua approvazione, risponderà così l'effettivo compiacimento dell'analista, e il suo atteggiamento di consenso.

Tutto questo, se ci si pensa, è straordinariamente simile a ciò che si verifica nella cultura di una società quando un gruppo di analisti vi fa la sua comparsa. Le variazioni relative alle caratteristiche locali della cultura, e ai tempi diversi in cui la psicoanalisi è apparsa nei diversi paesi, non alterano la sostanza dei fenomeni interazionali che da quel momento hanno inizio. Al centro di questi fenomeni c'è l'uso massiccio dell'imitazione, che consente a chi la usa di "diventare" analista. A quel punto, ciascuno possiede

magicamente la psicoanalisi, ed è alla pari con gli altri, soprattutto alla pari con gli psicoanalisti, che non sono, perciò, "diversi". L'imitazione è particolarmente usata dalle difese intellettive, e così come a scuola un bambino che usa l'imitazione al posto della introiezione può rapidamente apprendere (senza, però, essere in grado di ritenere a lungo ciò che apprende) ed essere considerato tra i primi della classe, gli imitatori degli psicoanalisti discettano di psicoanalisi in giornali, riviste, volumi; fanno convegni, congressi nazionali e internazionali. Tutto come se fossero i veri psicoanalisti.

Un'altra caratteristica della imitazione è il rapido "contatto" con gli altri, in luogo dell'impossibile "rapporto". Sulla imitazione si fonda, io credo, l'identità della folla, dove il termine identità vuol dire "identicità", "tutti uguali", "tutti come uno e uno come tutti". Quelli che vengono chiamati, imitativamente, congressi, sono più spesso assembramenti di folle di intellettuali di ogni genere e grado e di ogni età, accomunati dall'uso magico della difesa imitativa. Il nome di Sigmund Freud echeggia dovunque, come se ognuno lo conoscesse a fondo. In realtà ciò che meno importa è la conoscenza effettiva di Freud. Ma pronunciarne il nome avvalora magicamente se stessi. In Italia, in questi ultimi anni, pronunciato il nome di Freud si passava subito a Lacan, la conoscenza del quale non era meno virtuale di quella di Freud. Solo che "essere" Lacan, consentiva di dire o scrivere liberamente cose non intelleggibili nel modo più oscuro. Una sola cosa di Lacan è diventata subito chiara a tutti, la sua asserzione (nel modo in cui è stata intesa) che ognuno è libero di decidere di essere analista. Una legittimazione della difesa imitativa, dalla quale lo stesso Lacan ha finito con l'essere sommerso, e alla quale ha tentato di reagire sconfessando, prima di morire, i suoi adepti e, attraverso loro, l'intero movimento culturale che di lui aveva fatto uso. Di fatto, nominare Freud e diventare Lacan era lo specchio di ciò che Lacan aveva fatto, chiamandosi "École Freudienne".

Un'ultima caratteristica della imitazione, è che essa favorisce l'impostura (3). L'impostore ha massivamente sviluppato le possibilità dell'imitazione, non avendo alcuna capacità di identificazione, e alcun senso di sé. Egli organizza pertanto delle figurazioni imitative in cui si impersona, ma che per essere vere debbono sembrare tali al mondo esterno. Ciò obbliga l'impostore a costruire intere serie di situazioni imitative, ciascuna delle quali dovrebbe far sembrare vera l'altra, fino a creare una sorta di coerenza imitativa. Regolarmente, in realtà riesce, prima o poi, a svelare l'impostura, e a quel punto, a seconda delle situazioni, l'impostore può incorrere nella legge. Ma più spesso egli si trasferisce altrove, dove può cominciare ex novo le sue obbligate attività imitative. Perché un impostore venga svelato come tale, occorre dunque che ciò che egli vuole sembrare, esista nella realtà ambientale come vero. Ma è proprio questo che consente all'impostore il suo acting-out. Egli conta sul fatto che, prima che la sua falsità si riveli, ci sarà un tempo più o meno lungo in cui i suoi artefatti saranno considerati come fatti reali. È difficile, e forse impossibile che un impostore intraprenda e sostenga una intera analisi terapeutica sotto il segno deliberato dell'impostura. Non mi risulta almeno, per quanto io sappia, alcun caso del genere. Ma si può dare che questo avvenga, invece, se l'analisi è di training. Di un caso almeno ho saputo, a suo tempo, con certezza. L'impostura venne scoperta, e il training interrotto, solo ad analisi avanzata, quando il soggetto "candidato" aveva già in trattamento i casi di supervisione.

Le risposte che la psicoanalisi genera nella cultura, sono tali che, riportate a ciò che di analogo si può riconoscere nell'individuo, dovrebbero essere definite come patologiche. Il problema è che, come Freud aveva chiaramente inteso (1930) i rapporti interumani in una società sono molto meno progrediti del rapporto che può intercorrere con se stesso o tra due individui. Io credo che in ciò che ora cominciamo a conoscere dell'attività mentale individuale che precede il funzionamento dell'io stiano i fondamenti del rapporto

interumano nella società, un rapporto che non si può ancora chiamare "oggettuale". Quest'ultimo, invece, è compito dell'io. L'attività mentale che lo precede, anche se individuale, non è sufficientemente individualizzata.

Questo per dire che un'attività mentale che nell'individuo può stare alla base della sua patologia, quando viene confusa con l'individuo nel gruppo, può diventare semplicemente la base del suo funzionamento sociale, e ciò può far perdere senso alla patologia individuale. Se migliaia di persone partecipano a una marcia per la pace, la folla fa parte dell'individuo come l'individuo fa parte della folla, e ognuno, a buon diritto, si sente "normale". La eventuale patologia, in ciascun individuo, è temporaneamente soverchiata dal potenziamento dell'attività mentale di base, imitativa e accomunante. Quando invece l'individuo è solo ad affrontare una richiesta ambientale – un esame, o un qualunque altro compito di realtà – è la sua patologia individuale (strutturale) ad essere potenziata. Anche se si tratta, come accade, di un compito di realtà che viene posto a tutti, ciascuno si trova solo nel doverlo affrontare.

Ciò può dare conto della difesa particolare a cui persone patologicamente "immature" ricorrono, per ovviare al fatto che le richieste del mondo esterno procurano angoscia. È una difesa che in apparenza si presenta come "socializzazione", e in realtà è un tentativo di "occultamento nel sociale" della propria patologia individuale. Come tutte le difese, può essere più o meno efficace. Al suo fallimento possono contribuire eventi della realtà esterna, dalla quale, in casi del genere, si dipende in modi molto vicini alla dipendenza infantile.

Ciò che intendo dire è, naturalmente, che il rapporto dell'individuo con la società in cui vive è in buona parte determinato dal rapporto dell'individuo con la realtà oggettiva. Il problema è di valutare fino a che punto un individuo (oggi forse rappresentato da una maggioranza crescente) è costretto ad usare la realtà sociale come una madre al servizio dei propri bisogni infantili, e fino a che punto invece è abbastanza strutturato da poter sostenere un'effettiva autonomia nel riconoscimento della dipendenza reale. Le difese che si mettono in opera nel primo caso, tendono spesso a organizzare un'autonomia apparente, che si potrebbe definire autarchica. Rispetto all'autonomia, l'autarchia è fondata sul bisogno, e su un funzionamento imitativo, magico e onnipotente.

L'avvento della psicoanalisi nella cultura, per il fatto stesso che promuove nell'ambiente culturale l'effetto di un sasso che piombi in uno stagno, promuove anche una alterazione dei rapporti tra la cultura e gli individui che ne partecipano. La conoscenza psicoanalitica del mondo interiore potenzia in ciascuno, fuori dalla cerchia degli psicoanalisti, l'angoscia relativa ai pericoli che incombono dall'interno. Confluire nella sopra descritta risposta culturale alla psicoanalisi consente a ciascuno di alleviare la propria angoscia, in apparenza con operazioni valide di partecipazione alla realtà ambientale. Ciò non impedisce, naturalmente, che altri individui (di solito una minoranza), più autonomi e meno impauriti di se stessi, intervengano nel dibattito culturale in modi più consapevoli e realistici. È probabile che questa minoranza contribuisca in qualche modo a indebolire la difesa di occultamento nel sociale della patologia individuale, almeno in un certo numero di persone, così che queste, rese più penosamente consapevoli della loro patologia, rinunciano alla mediazione culturale, ed entrano in rapporto diretto con l'analista. In altri casi ciò avviene perché la difesa di occultamento di sé nel sociale, alimentata per un certo tempo, giunge a mostrarsi insufficiente, per ragioni inerenti all'ambiente e/o alla patologia individuale. Altri invece, prima che ciò possa accadere, agiscono la fantasia inconscia imitativa, e cercano di diventare di fatto terapeuti, senza spendere nulla di sé. Vi sono molti analisti improvvisati, che sottopongono altri a pseudo-analisti, non come intento terapeutico, ma col proposito comune di fare dell'altro un terapeuta. Giunti all'acting-out, il

problema diventa quello di come perfezionarlo. Comincia così l'imitazione del training psicoanalitico. E così via. Vi sono infine coloro che entrano in analisi con un "vero" psicoanalista, avendo nella loro coscienza deciso che quello è il modo "serio" per diventare psicoterapeuti. Sono in genere pseudo-pazienti, e il transfert imitativo è quasi la regola. Il compito, per l'analista che non intende rendersi complice del piano inconscio delinquenziale, può essere non meno arduo di quello simile con cui può incontrarsi in un'analisi di training.

(3) Un eccellente studio della personalità dell'impostore è tuttora quello di Phyllis Greenacre (1958).

Gli psicoanalisti e i loro pazienti

Io ho l'impressione che le difese organizzate dall'io di ciascun individuo durante la crescita per giungere a far parte, per quanto possibile, del mondo degli adulti, siano state scosse una prima volta, in questo secolo, dalla prima guerra mondiale. Gli psicoanalisti notarono comunque allora, per la prima volta, un cambiamento nei pazienti (Eitingon, 1922). È chiaro che le più colpite debbano essere state le strutture individuali più soggette a rischio. Ma l'esperienza psicoanalitica non dimostra, io credo, che le strutture meno soggette a rischio siano la maggioranza. La patologia che emerse dalla prima guerra mondiale venne considerata dagli psicoanalisti soprattutto come isterica (di conversione e di angoscia) e fobica. L'abbondanza del materiale clinico favorì di fatto la tendenza degli psicoanalisti di allora allo studio delle nevrosi, e allo studio dell'angoscia, che portò Freud (1925) alla sua seconda teoria. In realtà, sorgono ora dubbi legittimi, mi sembra, sulle diagnosi di allora, considerato il fatto che la diagnostica possibile era strettamente limitata dallo stato delle conoscenze psicoanalitiche del tempo. Non era possibile, ad esempio, distinguere allora un evento psicosomatico da un sintomo di conversione. L'apparente camaleontismo dell'isteria poteva risultare in buona parte da manifestazioni patologiche, che oggi non farebbero affatto venire in mente l'isteria. Non era ancora avvenuto lo spostamento di interesse dalla nevrosi al carattere. La psicosi era in genere sottaciuta.

Naturalmente, nei venti anni tra le due guerre, molte cose cambiarono, dalla riformulazione sorprendente della teoria degli istinti (Freud, 1920) e dalla rivoluzionaria teoria strutturale (Freud, 1922), al riconoscimento e allo studio dei meccanismi di difesa dell'io (Freud A., 1936), del transfert e, più silenziosamente, del contro-transfert, e in genere lo studio della teoria della tecnica (Fenichel, 1935), con l'accento particolare posto sulle interpretazioni. Per non dire della istituzione obbligatoria del training sul modello dell'Istituto psicoanalitico di Berlino, e della crescita del numero degli psicoanalisti e dell'area geografica di diffusione della psicoanalisi. Più che a un cambiamento dei pazienti, tenderei ad attribuire all'accresciuta esperienza clinica degli psicoanalisti lo spostamento di interesse verso lo studio dei cosiddetti "disturbi del carattere" (Reich, 1933). Si rinnovò insieme l'interesse per il narcisismo (Freud, 1915) e si avviò l'interesse per i disturbi somatici psicogeni, distinti dai sintomi di conversione (Alexander, 1939). La cosiddetta "psicosomatica" allargava difatti allo studio della personalità il concetto più limitato di "nevrosi d'organo". Sorsero e cominciarono a svilupparsi in Europa le teorie dell'oggetto (Fairbairn, Klein), e in America la psicologia psicoanalitica dell'io (Hartmann e coll.). Sorsero inoltre la psicoanalisi dei bambini (Freud, 1926; Klein, 1932) e la psicoterapia psicoanalitica delle psicosi. Il ventennio si chiuse con la morte di Freud. Un nuovo attacco dall'esterno alle difese dell'io intervenne allora, con la seconda guerra mondiale, e per la

seconda volta gli psicoanalisti, alla fine della guerra, constatarono un cambiamento nei pazienti. Questa constatazione è molto simile, io credo, per il suo significato, a quella fatta alla fine della prima guerra mondiale. Anche se il livello diagnostico e tecnico degli psicoanalisti era adesso molto più avanzato rispetto ad allora, il cambiamento constatato riguardava soprattutto un aumento quantitativo della sindrome a cui erano maggiormente interessati all'inizio della guerra, vale a dire dei disturbi del carattere. È chiaro che il campo diagnostico era comunque molto più esteso, e che intorno ai disturbi del carattere c'erano la perversione (Gillespie, 1952), il narcisismo, i disturbi somatici, etc. L'isteria non cessava di impressionare, ma l'evoluzione del concetto era anch'essa molto indicativa del cambiamento degli psicoanalisti, piuttosto che dei pazienti. Venne ora riconosciuto, ad esempio, un "carattere isterico" (Siegmán, 1954), e insieme il fatto che sintomi isterici si potevano trovare in altri tipi di personalità. Venne anche riconosciuta l'esistenza di una "regressione orale" nell'isteria. Lo studio dei disturbi del carattere stava infatti rinnovando l'interesse per l'oralità, ma in modo diverso da quelli successivi alla prima guerra mondiale (Glover, 1925). La regressione orale era ora reperibile frequentemente nei casi disturbi del carattere. L'oralità originaria veniva ora descritta in termini dinamici da B. Lewin (1950) e da M. Klein e la sua scuola (1952), e andava insieme con l'interesse per il narcisismo, la perversione, e la psicosi. Chiaramente, la patologia dei caratteriali, l'analisi dei bambini e la psicoterapia psicoanalitica delle psicosi, svelavano agli psicoanalisti livelli di attività mentale più profondi e remoti di quelli fino ad allora conosciuti. D'altra parte, lo studio del contro-transfert, molto arricchito dall'istituzione della supervisione dei candidati, contribuì molto, soprattutto dal 1950 in poi (Heiman, 1950), ad approfondire la conoscenza del rapporto psicoanalitico (Gaddini, 1962).

Una menzione speciale merita il fatto che, in quello stesso immediato dopoguerra, un nuovo concetto venne ufficialmente introdotto nella teoria psicoanalitica, il concetto del "sé" (Hartmann, Kris e Loewenstein, 1947; Hartmann, 1950), che tanta parte doveva avere nello sviluppo ulteriore della psicoanalisi. L'intento di Hartmann era quello di depurare l'io (argomento principale del suo studio) da qualcosa che non gli apparteneva precipuamente, e che ne confondeva continuamente la definizione. Rispetto all'io, il "sé" è il risultato dell'insieme della struttura psichica e del corpo. Nell'io si possono dare immagini del sé, ma l'io non va confuso con il sé.

In quegli anni del dopoguerra, D. W. Winnicott (1958) conduceva una sua ricerca psicoanalitica su bambini e su pazienti adulti, e gradualmente scopriva e descriveva un'attività mentale primitiva ed elementare, che precede quella del funzionamento dell'io e delle altre agenzie psichiche. Per questa ragione, egli si riferiva a questa prima espressione della vita psichica col termine "sé". Si può dire quindi che mentre Hartmann intendeva distinguere l'io dal sé, Winnicott tendeva a descrivere e a distinguere un sé dall'io. Hartmann cercava in questo modo di perfezionare la teoria strutturale di Freud; Winnicott conduceva una indagine psicoanalitica sistematica sulla prima infanzia, che portava a nuove scoperte, da aggiungere a quelle di Freud. In questa stessa direzione – la scoperta e l'esplorazione di un'area mentale non ancora strutturata – e in modo del tutto indipendente, si spingeva anche qualche altro autore (Greenacre, 1958a; Gaddini, 1969).

Io credo che questa fosse la ricerca psicoanalitica più avanzata, nei venti anni dal 1950 al 1970. Ciò che infatti accadde dopo la morte di Freud, fu che la ricerca si trovò condizionata dall'ultimo assetto che Freud era riuscito a dare alla teoria psicoanalitica: da una parte la teoria degli istinti (1920) e dall'altra la teoria strutturale (1923). A questa eredità dicotomica corrispose una dicotomia nella ricerca: da una parte lo sviluppo di una psicologia psicoanalitica dell'io, concepita e guidata da H. Hartmann, dall'altra lo sviluppo di una teoria del rapporto istintuale con l'oggetto, concepita e guidata da M. Klein, che

prendeva le mosse, in modo che apparve provocatorio, da una totale accettazione del controverso istinto di morte. La ricerca di Hartmann era soprattutto teorica, e dominata dalla fondamentale preoccupazione che le formulazioni teoriche di Freud non fossero scientificamente accoglibili. Egli ritenne perciò di doverle modificare e perfezionare, partendo da un modello teorico scientificamente valido, quale era quello biologico. Si può obiettare che questo atteggiamento di Hartmann fosse basato su una pregiudiziale metodologicamente errata. Nessuna disciplina scientifica può teorizzare secondo un modello teorico ad essa estraneo, quale è quello di un'altra disciplina scientifica. Se questo accadesse, bisognerebbe concludere che la prima non è, per suo conto, una disciplina scientifica. Ma questo era proprio ciò che, secondo R. Schafer (1970), Hartmann pensava.

Un'altra obiezione che si può fare a Hartmann è che egli riteneva che la teoria dovesse precedere e informare l'esperienza clinica, e non viceversa, come invece pensava Freud. Hartmann cioè non ha tenuto conto che una teoria scientifica degna di questo nome si costruisce sui dati dell'esperienza, e che questi dati, nello studio della mente umana, si possono solo raccogliere nella situazione clinica. Che poi una teoria così costruita torni alla clinica come una conoscenza preliminare è ovvio, ma questo implica anche un suo confronto con la clinica, che può convalidarla o modificarla.

Infine, si può obiettare a Hartmann (1949) di avere arbitrariamente postulato l'esistenza di un "istinto di aggressività", non corroborato da alcuna indagine scientifica, e col solo intento di sostituire con un concetto scientificamente (biologicamente) accettabile, le ultime formulazioni freudiane per lui inaccettabili, sugli istinti di vita e di morte, e di avere altrettanto arbitrariamente stabilito che il supposto istinto di aggressività andasse incontro a vicissitudini del tutto simili a quelle della libido (Freud, A., 1972; Gaddini, 1972). Al contrario di H. Hartmann, M. Klein non partiva, nella sua ricerca, da postulati arbitrari sull'aggressività, ma adottava senza discutere il controverso istinto di morte. Ciò che si può dire a questo proposito, è che M. Klein e i suoi seguaci "hanno accumulato un'impressionante documentazione clinica di come l'aggressività sia in azione fin dai primissimi tempi della vita individuale; non solo, ma hanno mostrato anche come l'aggressività sia massimamente distruttiva nei primi tempi della vita. Nulla però dell'importante lavoro compiuto da questi analisti conferma o nega la concezione freudiana dell'istinto di morte, eccetto che per la parte riguardante il carattere innato dell'aggressività, nei suoi aspetti più distruttivi. In conseguenza, se il termine 'istinto di morte' venisse mutato in quello di 'istinto di aggressività', nulla muterebbe delle scoperte compiute da questi analisti. Ma il fatto che essi non si siano mai posti il problema in questi termini, fa capire come e perché tutto il lavoro compiuto da questo gruppo, se molto può avere aggiunto alla conoscenza dei fenomeni dinamici dell'aggressività, non abbia aggiunto che poco alla conoscenza metapsicologica dell'aggressività come istinto" (Gaddini 1972a).

A parte, comunque, il problema di una formulazione teorica dell'aggressività, che rimane tuttora aperto, si può dire che, al contrario di H. Hartmann, M. Klein e il suo gruppo sono sempre partiti dalla clinica per arrivare alla teoria. Se, per ciò che riguarda l'aggressività, essi non si sono posti il problema teorico, ciò è dovuto presumibilmente al fatto che essi ritenevano valida la formulazione teorica freudiana dell'istinto di morte. Essi hanno invece costruito teorie, per ciò che riguarda lo sviluppo del rapporto con l'oggetto, che costituiscono importanti aggiunte al campo teorico della psicoanalisi. Queste teorie, essendo basate sui dati dell'esperienza clinica, potranno essere modificate soltanto da ulteriori esperienze cliniche, vale a dire da ulteriori conoscenze.

È ciò che del resto sta, a mio avviso, avvenendo. Gli psicoanalisti kleiniani hanno posto ad esempio l'origine del rapporto con l'oggetto al momento della nascita. Il seno è

immediatamente oggetto per il neonato, anche se oggetto "parziale", e investito perciò fin dall'origine di cariche istintuali, con relativi conflitti. Ciò presuppone un io, anche se primordiale.

Ora invece possiamo dare per acquisito – dopo le ricerche di Winnicott e di altri psicoanalisti – che l'oggetto e il rapporto con l'oggetto si formano gradualmente, in concomitanza con la formulazione infantile del sé, in un periodo che precede i fenomeni descritti dalle teorie kleiniane e che i processi di tale periodo, per loro natura elementari, non richiedono ancora una struttura mentale, e tanto meno una attività istintuale e vissuti conflittuali. Per altre vie, e partendo dalla percezione primitiva, io ero giunto a mostrare l'importanza mentale prioritaria delle sensazioni (prima della struttura) rispetto alle percezioni (inizio della struttura) e a descrivere l'origine e il funzionamento pre-strutturale delle imitazioni (legate alle sensazioni) rispetto alle introiezioni (legate alle percezioni), ciò che mi aveva portato, a mia insaputa, alle stesse conclusioni di Winnicott (1971) per ciò che riguarda l'assenza, in questi processi, di una istintualità e di una qualsiasi conflittualità (E. Gaddini, 1969). Pertanto, l'argomento che in passato veniva opposto alle teorie kleiniane – che vi fosse, in principio, una fase senza oggetto – non era meno inesatto della teoria kleiniana dell'io e dell'oggetto presenti alla nascita (4).

Occorre tener presente che la ricerca psicoanalitica post-kleiniana è avvenuta ad opera di singoli psicoanalisti, e all'insaputa l'uno dell'altro. Per post-kleiniana, non mi riferisco tanto al tempo della ricerca, quanto ai suoi intenti e ai suoi risultati. In questo senso, anche la ricerca sistematica, negli Stati Uniti, di M. Mahler e quella meno sistematica ma eccezionalmente acuta e illuminante di P. Greenacre, possono essere considerate post-Hartmanniane (5).

Le caratteristiche che accomunano i nuovi ricercatori, si possono così definire: a) la loro ricerca è personale; b) nessuno di loro ha sentito il bisogno di circondarsi di seguaci e di contendere come gruppo con gli altri psicoanalisti c) la loro ricerca riguarda in modo focalizzato i primissimi tempi della vita, quando il problema mente-corpo è assolutamente dominante, e una struttura psichica non è ancora presente.

In questo senso, la nuova ricerca psicoanalitica si è trovata a confermare ampiamente con i suoi dati ciò che Freud (1914) aveva supposto come necessario: "Siamo costretti a supporre che una unità come quella dell'io non possa esistere nell'individuo fin dall'inizio: l'io deve essere sviluppato". La nuova ricerca si svolgeva soprattutto sulla psicosi infantile e su pazienti adulti borderline e narcisistici, i quali potevano spesso, negli anni sessanta, essere considerati come seri disturbi del carattere, o come casi di psicosi latente, o come psicotici.

Ecco come una ammirevole studiosa e ricercatrice americana, P. Greenacre (1963), descriveva, così come lei stessa li provava, i difficili problemi diagnostici che, già nei primi anni sessanta, si ponevano a un analista che affrontava le situazioni nuove, quelle che ancora sfuggivano all'attenzione dell'"analista conservatore".

"Il gruppo di pazienti sui quali, comunque, io mi concentrerò, non appartiene alle isterie d'angoscia o ad altri stati angosciosi o fobici, o alle nevrosi coatte, che costituiscono il grosso della pratica dell'analista conservatore.

È probabile che alcuni clinici li definiscano come psicopatici, o almeno come caratteri impulsivi. Ma in genere essi non sono tanto impulsivi, eccetto che sotto la pressione dell'analisi, e anche allora lo sono principalmente nella relazione di transfert. Altri tenderebbero a porli in quel gruppo generico dei casi "borderline". Ma questo termine sembra troppo spesso non definire dove la linea di confine (borderline) all'incirca si trovi, o che cosa questa linea divida in parte da che cosa. Io ho pensato che alcuni di essi fossero nevrosi del carattere con speciali deformazioni dello sviluppo dell'io. Ma ho anche pensato

che alcuni di essi potrebbero essere casi di grande isteria, un gruppo che abbiamo ritenuto che non esista più. È possibile invece che questo sia un gruppo che esiste, ma che è stato escluso dalla nostra considerazione per una riclassificazione e per la difficoltà del loro trattamento" (p. 149) ... "Si potrebbe pensare che questi pazienti siano psicotici, dal modo in cui emozioni del tutto incongrue, rispetto al setting in cui vengono espresse, possono colorare l'intero quadro e dominare il comportamento, senza che appaia di solito alcun insight anche superficiale, relativo alla loro incongruità. Certo, il paziente psicotico distorce la realtà nell'interesse delle sue reazioni emozionali spostate, ma quando la distorsione invade la relazione di transfert sensibile, essa ha già colorato in genere, e continua a colorare, anche aspetti della relazione con la realtà esterna. Ora, in questi pazienti, la realtà fuori dalla relazione di transfert non è affatto coinvolta o deteriorata." (p. 150).

Fu solo dopo gli sconvolgimenti sociali intervenuti negli ultimi anni sessanta che gli analisti si trovarono, per la terza volta in questo secolo, a dover constatare che i pazienti erano cambiati. In luogo dei disturbi del carattere, la maggioranza dei pazienti degli anni settanta era costituita da casi borderline e da personalità narcisistiche. Chiaramente, anche questa volta, ciò che veniva considerato come "cambiamento" era un fenomeno di ordine soprattutto quantitativo. Erano aumentate in senso assoluto forme psicopatologiche che già nella decade precedente si erano rivelate, tanto da concentrare su di esse l'attenzione di un certo numero di psicoanalisti e la ricerca di alcuni tra loro. Il brano sopra riportato di Phyllis Greenacre ne è una chiara testimonianza.

(4) Una conseguenza della diffusione delle teorie kleiniane è che tuttora vengono descritti come neonatali o molto vicini alla nascita, fenomeni che sono in realtà molto più avanzati (a cominciare dalla cosiddetta identificazione proiettiva) e che richiedono il funzionamento di una struttura psichica non ancora in opera.

(5) Ciò che negli Stati Uniti è post-Hartmanniano nel tempo (R. Schafer da un lato, e H. Kohut e O. Kernberg dall'altro) più che nuova ricerca mi appare piuttosto come il necessario ma difficile tentativo di liberarsi dalla grande ombra di H. Hartmann.

Conclusione: il problema

A prima vista, e tenendo presente ciò che abbiamo detto a proposito dei precedenti "cambiamenti", si dovrebbe dedurre che: i pazienti cambiano continuamente, anche e soprattutto quando gli psicoanalisti, che a loro volta cambiano continuamente, non lo notano come fenomeno generale e "oggettivo"; quando particolari eventi esterni intervengono a sconvolgere per un periodo di anni la vita e l'organizzazione sociale – così come è avvenuto per ben tre volte nel corso di questo secolo – ciò sembra catalizzare e scatenare, negli individui meno costruiti, il manifestarsi di una psicopatologia che, nelle condizioni di vita abituali, sarebbe stata meglio o del tutto contenuta, e perciò meno visibile; la patologia che emerge come conseguenza di situazioni esterne eccezionali non è perciò mai "nuova" e imprevedibile; di norma, si tratta di sindromi che erano diventate oggetto di crescente interesse per gli psicoanalisti, nel periodo precedente a tali situazioni, ma che, per effetto delle situazioni scatenanti, si manifestano in tutta la loro evidenza e si diffondono in forma, per così dire, epidemica; questo è dunque il fatto nuovo e imprevedibile, rispetto alla situazione abituale; si può dire perciò che gli eventi esterni eccezionali hanno obbligato ogni volta gli psicoanalisti a fare il punto sui cambiamenti in

corso della psicopatologia individuale, e hanno fornito una sorta di conferma oggettiva ai risultati delle loro esperienze cliniche.

Si può aggiungere che il tempo finora trascorso consente una visione retrospettiva dei cambiamenti intervenuti nei pazienti e negli psicoanalisti. In sintesi, mi sembra si possa dire che, dalla parte dei pazienti, abbiamo assistito a una progressiva espansione della psicopatologia, nel senso della varietà delle forme riconoscibili e diagnosticabili, e a un suo progressivo approfondimento, nel senso che i fattori etiologici e patogenetici riconoscibili sono diventati sempre più remoti e profondi, e capaci perciò di influenzare lo sviluppo della intera personalità. Dal canto loro, gli psicoanalisti hanno progressivamente affinato le loro conoscenze e la loro capacità diagnostica e tecnica, e allargato di conseguenza il campo delle indicazioni all'intervento terapeutico. È un fatto che gli psicoanalisti si trovino oggi a svolgere quotidianamente la loro funzione terapeutica con pazienti che per lungo tempo avevano considerato inaccessibili alla terapia psicoanalitica.

È a questo punto che il problema si pone. Il problema, cioè, di sapere in quale direzione tendano ad evolvere le forme della psicopatologia individuale. Ciò che si può dedurre dalla retrospettiva sembra abbastanza esplicito: le forme prevalenti sembrano essere progressivamente più gravi. Il test oggettivo determinato non dagli psicoanalisti ma dagli eventi esterni eccezionali, ha indicato come forme prevalenti una prima volta l'isteria, una seconda volta i disturbi del carattere, una terza volta le forme borderline e le personalità narcisistiche, con fasi intervallari della durata di venti-venticinque anni. Se tutto questo fosse, come sembra, vero, dovremmo concludere che è come se stessimo navigando, nostro malgrado e con velocità crescente, verso il bordo di una cascata.

** **

Ciò che sto per dire non è la soluzione del problema, ma una interpretazione, che mi sembra accettabile, di questi dati apparentemente oggettivi. Essa coinvolge il senso della psicoanalisi e del lavoro degli psicoanalisti, e come conseguenza, il senso dei pazienti degli psicoanalisti.

Un altro modo di guardare retrospettivamente al passato riguarda infatti la psicoanalisi, la quale è partita a suo tempo allontanandosi dalla psicosi, e si trova oggi, nel suo cammino, molto vicina a imbattersi nella psicosi. Io penso che questo non sia un cammino determinato dai pazienti, ma, al contrario, che i pazienti siano determinati dal cammino della psicoanalisi. Questo cammino è con tutta probabilità determinato dalla situazione clinica, cioè dal lavoro degli psicoanalisti; dal fatto, sempre saputo, che la situazione terapeutica è anche l'unica valida per la ricerca. Volenti o nolenti, gli psicoanalisti sono un esercito di ricercatori, che per la prima volta nella storia umana, indagano sistematicamente da circa un secolo sulla patologia del funzionamento mentale, e attraverso questa, sul funzionamento mentale naturale. Nel corso di questa indagine hanno segnato senza saperlo un percorso, delineato da ciò che gradualmente acquisivano e dall'esperienza che ne traevano.

La psicopatologia umana è sempre stata un deserto della conoscenza, prima che gli psicoanalisti, seguendo Freud, cominciassero a penetrarvi. Tra le mille cose che Freud ha insegnato agli psicoanalisti, c'è il senso della scientificità e della gradualità in questo tipo di ricerca. Inutile correre avanti. Chi lo ha fatto, è rimasto per strada. Occorreva guadagnare quel deserto della conoscenza palmo a palmo, e sapendo che non poteva esserci alcun percorso programmato. Il percorso si autodeterminava via via, si faceva da sé, sulla base della conoscenza acquisita a quel punto, ed ha continuato fino ad oggi a farsi da sé. Mi

sembra importante, ora, intendere questo percorso. È chiaro, ora, che sul deserto della conoscenza incombeva la pazzia, e che pazzia rendeva deserto il deserto. Dovrebbe essere chiaro, ora, che la conoscenza della psicoanalisi è andata verso la conoscenza della pazzia, circondata dalla paura di tutti. Non sono i nostri pazienti che vanno verso la pazzia, ma gli psicoanalisti che si vanno avvicinando con il loro aiuto, e debitamente muniti di esperienza, a quella conoscenza perennemente temuta. L'uso che noi facciamo dei nostri pazienti è reso possibile dall'uso che loro fanno di noi, dal fatto che nessun altro potrebbe aiutarli nel modo che possiamo, e da tutto quello che di noi poniamo nel lungo rapporto che manteniamo con loro. Sul percorso nel deserto stiamo insieme, i nostri pazienti e noi.