

## **La narrazione analitica come costruzione**

*David Meghnagi*

Professore di psicologia clinica all'Università degli studi Roma Tre, dove dirige il Master internazionale in didattica della *Shoah*; Full member dell'International Psychoanalytical Association (IPA); membro ordinario della Società psicoanalitica italiana (SPI); già vicepresidente dell'Unione delle comunità ebraiche italiane. È membro della Delegazione italiana presso la ITFR

### **Abstract**

La postura positivistica dell'analista che studia dall'esterno la realtà del paziente, per quanto superata dagli sviluppi del pensiero psicoanalitico, conserva una sua forza di attrazione. Il campo analitico è vasto e pluridimensionale. Il racconto clinico è un'elaborazione dell'esperienza dell'analisi, una sua "trasformazione" dove è evidente la presenza di un dialogo tra due persone in cui entrano in gioco molte variabili, individuali, interpersonali e collettive. L'interpretazione funziona se è all'unisono con i bisogni profondi del paziente. Il paziente deve percepire nel profondo che quel che è detto è sentito come vero dall'analista. La conquista del rispetto di sé è un passaggio fondamentale perché in seguito l'interpretazione dell'analista possa svolgere una funzione trasformativa.

### **Premessa**

La postura positivistica dell'analista che studia dall'esterno la realtà del paziente, per quanto superata dagli sviluppi del pensiero psicoanalitico, conserva una sua forza di attrazione. Il fatto che la classificazione del DSM sia oggi orientata in senso statistico, cambia solo in parte la situazione (DSM-IV-TR, 2002). Nei genitori che si rivolgono per

chiedere aiuto per un figlio o per una figlia, quest'atteggiamento permette di immaginarsi come "esterni" al problema per il quale essi hanno deciso di rivolgersi a uno specialista. In tal modo i genitori possono continuare a illudersi che il problema sia esclusivamente dei figli. Nell'analista questo schermo difensivo permette di evitare il contatto con gli aspetti scissi della propria personalità.

Lo sviluppo delle conoscenze teoriche e l'accumularsi dell'esperienza clinica rende oggi possibile, nell'esposizione del materiale clinico, un salto dalla concreta materia di cui ci parla Freud a una più astratta. Ciò è possibile perché le passate scoperte della psicoanalisi vi sono presupposte. In realtà è solo uno degli aspetti del problema. Accanto a importanti questioni etiche e deontologiche di tutela della privacy dei pazienti, ci può essere da parte dell'analista il timore di esporre la propria persona alle critiche altrui.

Non potendo più utilizzare lo schermo di un'oggettività reificata propria di un modello naturalistico ormai improponibile, che guarda al paziente come un oggetto e non come a un soggetto di relazione, l'analista potrebbe essere tentato di mettere in atto dispositivi più complicati di occultamento del processo analitico.

Nell'esposizione di un caso clinico quanto più asettica è la descrizione e quanto più confacente appare ai *cliché* della prassi riconosciuta e consolidata, tanto più dovremmo insospettirci che non tutto è stato riferito dall'analista: la parte più importante e interessante della relazione analitica è stata occultata.

Gli allievi in formazione lo sanno talmente bene da essere tentati di tenere nascoste le loro vere convinzioni, piegando la scrittura del caso alla volontà del supervisore, rimandando a quando saranno liberi di dire quel che veramente pensano. In nome del "realismo" e del "principio di realtà" molti allievi evitano di complicarsi l'esistenza. Il guaio è che dopo l'associatura bisogna diventare "membri ordinari" e poi magari "analisti con funzioni di training". Parafrasando Ferenczi il richiamo "al principio di realtà" si rivela in questo caso già in partenza come un cedimento regressivo al "principio del piacere" (S. Ferenczi, 2004, p. 89).

Quando si incontrano delle difficoltà nel trattamento di un caso clinico, la cosa più saggia da fare, anche per un analista esperto, è di discuterne con altri colleghi. Tanto più lo devono fare gli allievi e se non sono convinti di ciò che gli insegnanti e i supervisori dicono loro, è bene che lo dicano e che lo rendano esplicito. Non è detto, infatti, che ad avere torto siano sempre loro. Potrebbero sbagliare gli insegnanti. Assumere internamente la possibilità di condividere con altri il proprio lavoro ha una funzione benefica sul

funzionamento mentale dell'analista. Contribuisce a far uscire molte analisi da una situazione di stallo.

### **La narrazione come trasformazione**

La narrazione clinica è un'elaborazione dell'esperienza dell'analisi, una sua "trasformazione" dove è evidente la presenza di un dialogo tra due persone in cui entrano in gioco molte variabili.

La presentazione del materiale di una seduta è il segno della trasformazione cui è andata incontro la relazione, il modo in cui il vissuto del paziente è empaticamente diventato parte del vissuto dell'analista. Non è un punto di arrivo, ma una possibile apertura su un intero mondo che chiede ascolto.

La scelta dell'analista di riferirsi a un vertice piuttosto che un altro del campo analitico dipende dalle condizioni generali del paziente, dal materiale prodotto in seduta e da molti altri elementi. Il campo analitico è vasto e pluridimensionale. I vertici da cui osservare una situazione sono diversi. Ci sono aspetti individuali e intrapsichici che riguardano sia l'analista sia il paziente. C'è una dimensione interpersonale che li coinvolge in un rapporto speciale finalizzato alla cura. Ci sono aspetti gruppalmente che rimandano alla realtà sociale e culturale del paziente e dell'analista. C'è una dimensione collettiva che li oltrepassa e che ha un ruolo importante nella dinamica del transfert e del controtransfert. Ci sono "cripte" che collegano a "un passato che non passa", legami spezzati e incompiuti che collegano a un mondo che il paziente può non avere conosciuto direttamente.

La vera posta in gioco nell'esposizione del materiale clinico riguarda la capacità di esporre il proprio lavoro alla critica del lettore e, in primo luogo, dei colleghi. Ogni qual volta le difficoltà di un caso sono discusse con un collega, come d'incanto la storia analitica diventa più chiara. Le difficoltà svaniscono non appena si rinuncia alla tentazione dell'onnipotenza di poter controllare tutto. Talora basta il solo pensiero di parlare con un collega delle difficoltà incontrate nel trattamento di una situazione particolare, perché essa cominci a essere più chiara. La rinuncia all'onnipotenza e alla segretezza evita di proporre al paziente la logica del segreto, che è poi logica di potere e di dominio dal quale egli faticosamente sta cercando di svincolarsi chiedendo aiuto.

Tra le cose peggiori che possano verificarsi in un'analisi, è che il paziente, spaventato di poter perdere la protezione del suo terapeuta, finisca per cercarne una "conferma" a

discapito dei suoi bisogni più profondi di crescita ed emancipazione. In queste situazioni è come se il paziente dicesse:

“Ti lascio apparentemente vincere. In realtà ho vinto io, anche se *non lo so*. Posso sognare alla maniera delle isteriche di Charcot le cose che ti piacciono di più, fornirti gli spunti che ti confermano nella tua volontà di potenza. Posso portarti le associazioni che desideri di più come fanno i figli ciecamente obbedienti o gli studenti che ripetono le parole dei loro insegnanti come se si trattasse di un verbo divino saturandole e rendendole inservibili. Con le tue stupide teorie credi di avermi in pugno, in realtà non hai mai saputo niente di me e non lo saprai, anche se a dire il vero neppure io mi conosco ...” .

Chiedendo aiuto il paziente ha accettato di schiudere “il vaso di pandora” in cui è avviluppata la sua vita interiore con tutte le sue cripte e i suoi fantasmi. (Cfr. N. Abraham e M. Torok, 1993). Un paziente immigrato che i servizi e gli psichiatri avevano qualificato come schizofrenico era in realtà sofferente a causa *della parte di sé* che aveva lasciato nel paese di origine. I sintomi “schizofrenici” e lo sdoppiamento della personalità cui era andato incontro erano una risposta deformata al bisogno di ricomporre l’unità perduta. La sua “malattia” era una richiesta di ascolto di questa frattura e del bisogno di *transitare* anche con *l’anima* (intendendo con questo termine la parte più preziosa della nostra vita interna). Un’altra paziente di padre mussulmano, una personalità autorevole in esilio, e di madre cristiana, aveva vagato da uno studio medico all’altro, imbottita di psicofarmaci inutili e devastanti, sino a che al padre non venne in mente di rivolgersi per chiedere consiglio e aiuto a un conoscente ebreo che, come centinaia di migliaia di ebrei, aveva forzatamente lasciato il suo paese di origine per ricostruire la sua vita spezzata in luoghi più ospitali. Nella sua richiesta di aiuto era esplicito che il terapeuta dovesse essere un ebreo proveniente da un paese arabo! Lavorai per mesi come questa paziente, passando dall’italiano all’arabo sino a che non ritrovò in sé le forze per dare un valore a una vita che percepiva come vuota e priva di significato. Non ci fu bisogno più di psicofarmaci né del consiglio bizzarro che le era stato dato dal medico che l’aveva seguita prima di distrarsi andando in palestra! Era bastato dare ascolto al timore di andare in frantumi di fronte alle richieste contraddittorie dei genitori.

### **Alcune considerazioni provvisorie.**

Ciò che rende valida un'interpretazione non è la sua correttezza descrittiva. L'interpretazione funziona se è all'unisono con i bisogni del paziente, se è capace di attivare processi trasformativi nel paziente. Altrimenti anche la "più esatta" delle interpretazioni rischia di diventare un attacco, segno di una resistenza dell'analista, di una sua difficoltà di accoglienza e di empatia che rischia di produrre l'effetto opposto.

Il paziente deve percepire nel profondo che quel che è detto loro è sentito come vero dall'analista. Un esempio in tal senso è l'ossessiva ripetizione con cui una paziente schizofrenica s'interrogava sulle ragioni dei consigli della di non vendere un immobile che aveva in comproprietà con la cugina. In modo commovente la paziente ripeteva:

"Io ho bisogno di sapere che quel che fa per me la zia, lo fa per me e non per i figli ... So che è vantaggioso per me non vendere la proprietà, devo sapere se mia zia mi dà questi consigli per me... o per i suoi figli, se lo fa per me o anche per loro".

Il dilemma non le dava pace e non c'era verso di convincersi che le due cose potessero coincidere e non escludersi. La sua era una domanda assoluta e non c'era verso per farle sentire che le due cose potevano non escludersi a vicenda. La richiesta assoluta era la condizione perché il sincero affetto e coinvolgimento della zia (analista) di prendersi cura di lei non apparisse meramente strumentale.

In un caso trattato per anni una giovane paziente, che diversi colleghi avevano sbrigativamente catalogato come *borderline* con gravi nuclei psicotici, poté recuperare il suo sentimento di autostima ricostruendo la sua identità attraverso un serrato confronto con quella dell'analista. La sua vita interna era costellata da cimiteri interni e da cripte nascoste, fantasmi in cerca di ascolto, echi di mondi che l'avevano segnata e attraversata, percorsi di un lutto irrisolto che attraversava le generazioni. Anche se allora apparivano vuoti, i cassetti della libreria avrebbero potuto un giorno essere "riempiti" (problema della riparazione). Alla fine sarebbe apparsa "una voce interiore" con cui la paziente aveva in realtà segretamente dialogato.

Per aiutare la paziente dovevo pormi tra la madre e lei. Dovevo colmare l'assenza del padre e aiutarla a liberarsi dalle immagini interne negative da cui era perseguitata. In una fase avanzata dell'analisi avendo cominciato a studiare l'inglese, aveva scoperto un piacere nuovo nel pronunciare il mio cognome come se fosse britannico. La paziente aveva

cominciato a non rappresentarsi come una “una povera meridionale”, incompresa e umiliata. Era “la discendente” di una grande civiltà. Nel suo bisogno di rinascita il suo dialogo con l’analista aveva assunto le sembianze di un incontro “fra il sapere dell’antica Grecia e quello degli ebrei”. L’evoluzione del romanzo familiare e la sua trasformazione sono ben visibili se si considera che nei suoi primi sogni ci fosse solo desolazione. Sognava di essere in una stanza interamente vuota e disadorna. Intorno era un grande silenzio, simbolo di una condizione in cui la comunicazione con le figure importanti della sua vita da cui era fuggita e da cui era internamente inseguita appariva bloccata.

La conquista del rispetto di sé è uno sviluppo fondamentale del processo terapeutico che permette al paziente di leggere in luce nuova il passato dandovi un senso nuovo. Sottovalutare il bisogno profondo di riscatto identitario e di ricostruzione del Se, che sta alla base di questi processi all’interno dell’analisi è come rigettare il paziente nell’immagine interna svalutata che disperatamente sta cercando di superare. In situazioni di fragilità e di frammentazione delle condizioni di vita, soprattutto con pazienti adolescenti, tale processo di riconquista del rispetto di sé ha come sfondo un confronto costante con ciò che vi è di psichicamente *reale* e non solo immaginario della persona del terapeuta.

### **Bibliografia delle opere citate**

Abraham Nicolas, Torok Marie (1987), *La scorza e il nocciolo*, ed. italiana a cura di L. Russo, Roma, Borla, 1993.

Amati, J., Agentieri, S., Canestri, J. *La babele dell’inconscio. Lingua madre e lingue straniere nella dimensione psicoanalitica*, prefazione di O. Kernberg, introduzione di T. De Mauro, Milano, Cortina, 1990.

DSM-IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Text Revision, quarta edizione italiana a cura di Vittorino Andreoli, Giovanni B. Cassano, Romolo Rossi, Milano Masson, 2002.

Ferenczi Sandor, *Diario clinico*, a cura di J. Dupont, edizione italiana cura di C. Carloni, Milano, Cortina, 1988.